



HACIA LA EQUIDAD EN SALUD:

**MONITORIZACIÓN DE LOS DETERMINANTES
SOCIALES DE LA SALUD Y REDUCCIÓN DE
LAS DESIGUALDADES EN SALUD**

Informe independiente de expertos comisionado por la
Presidencia Española de la UE

© Ministerio de Sanidad y Política Social 2010

NIPO: 840-10-075-6

Todos los derechos reservados. Las definiciones utilizadas y la presentación del material en esta publicación no implican expresión alguna de opiniones por parte del Ministerio de Sanidad y Política Social sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas ni de sus autoridades, o respecto a la delimitación de sus fronteras o límites.

Esta publicación está siendo distribuida sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. La responsabilidad de la interpretación y el uso de este material recae sobre el lector.





Agradecimientos (los nombres han sido enumerados por orden alfabético)

Esta publicación ha sido producida bajo la dirección de Ildelfonso Hernández Aguado, Director General de Salud Pública y Sanidad Exterior del Ministerio de Sanidad y Política Social de España. El diseño de los contenidos, producción, co-autoría y revisión del texto cuando fue necesario ha corrido a cargo de un Comité Técnico nombrado para la Presidencia española de la UE compuesto por los siguientes miembros: Pilar Campos Esteban, Daniel Catalán Matamoros, Karoline Fernández de la Hoz, Theadora Koller, Begoña Merino Merino, Charles Price y Rosa Ramírez Fernández. Y la especial colaboración de Zaida Herrador Ortiz y María Santaolaya Cesteros. El Comité Técnico ha recibido el apoyo técnico de las siguientes personas del Ministerio: David Bernardo González, María del Carmen García Jiménez, Laura Moya Alonso, Carlos Risco Risco, María Isabel Torres López y Jorge Vázquez Pérez.

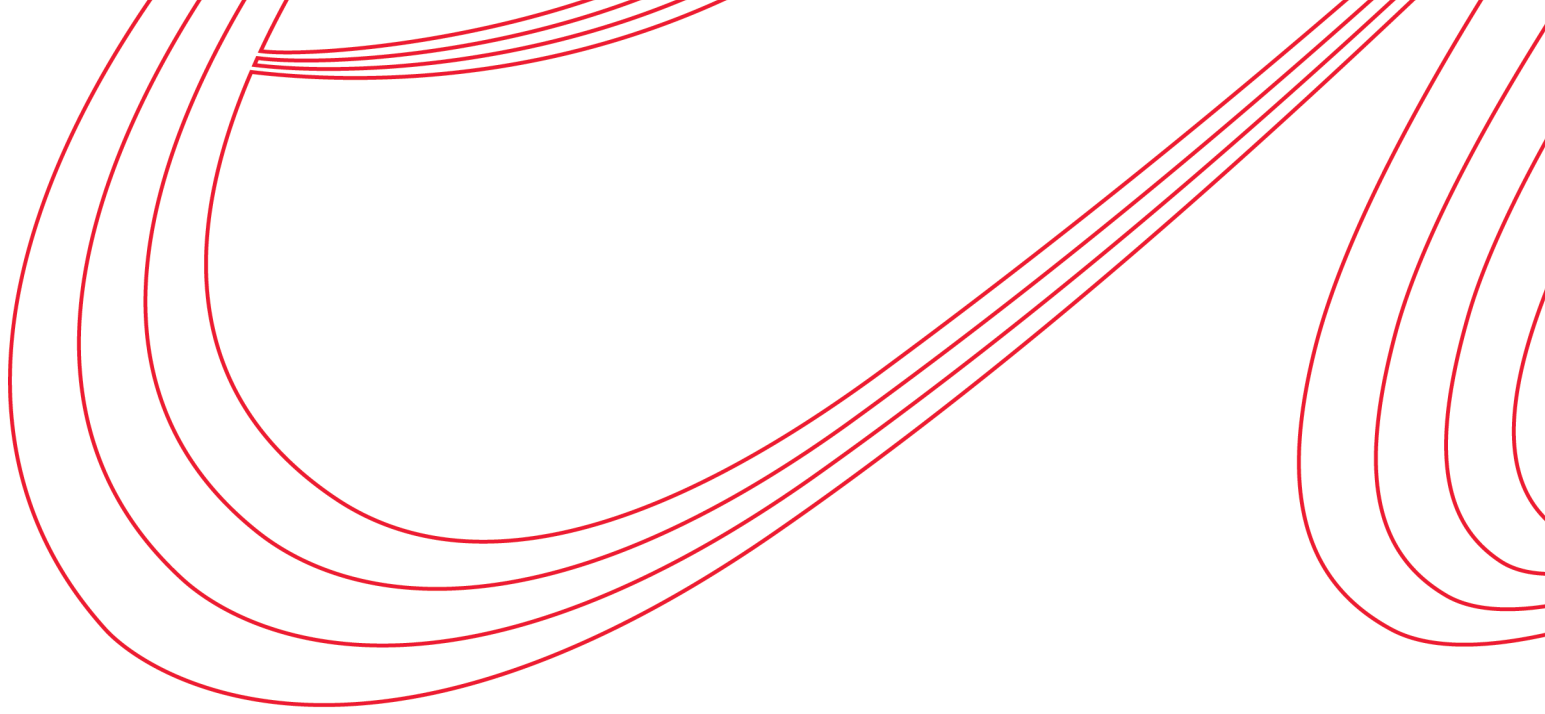
Agradecer especialmente al Comité Asesor nombrado con motivo de esta prioridad de la Presidencia Española de la UE: “Innovación en Salud Pública: Monitorización de los Determinantes Sociales de la Salud y Reducción de las Desigualdades” por su apoyo durante todo el proceso de producción incluida la revisión de los capítulos. Son miembros del Comité Asesor: Pedro Alonso, Liam Donaldson, Ildelfonso Hernández Aguado, Michael Hubel, Bjørn-Inge Larsen, Guillén López Casanovas, Michael Marmot, Vicente Navarro, Bosse Petersson, Pekka Puska, José Rodríguez García Caro, Andrzej Rys, Margaret Whitehead y Erio Ziglio.

El Ministerio desea manifestar su sincero agradecimiento a la coordinación y co-autores que participan en la producción de los contenidos de este informe: Capítulo I – Ildelfonso Hernández Aguado; Capítulo II – Eero Lahtinen, Kimmo Leppo; Capítulo III – Chris Brown, Peter Goldblatt, Ahmad Reza Hosseinpour, Jennifer Lee, Ritu Sadana; Chapter IV – Luis Rajmil, Barbara Starfield; Capítulo V – Johannes Siegrist; Capítulo VI – Anna Basten, Roumyana Petrova-Benedict, Ana Rico, Rosa Urbanos; Capítulo VII – Pedro Alonso, Theadora Koller, Kumanan Ilago Rasanathan, Magda Roberts, Eugenio Villar. Por favor, véase el Anexo VI para los detalles de los autores.

El Ministerio desea expresar también su gratitud a las personas que pusieron su tiempo a nuestra disposición para la revisión u otros aspectos técnicos de uno o más capítulos del informe. Entre ellas se incluyen pero no están limitados a: Mercedes Alfaro Latorre, Javiera Valdés, Isabelle Balot, Enis Barış, Martin Bobak, Bianca Bortot, Carme Borell, Agnes Cser, Francois Decaillet, Michael Erhart, David Evans, José Manuel Fresno García, Sergio Galán, Juan Garay, Montserrat García Gómez, Manfred Huber, Ini Huijts, David Ingleby, Mike Kelly, Rüdiger Krech, Anton Kunst, Daniel La Parra Casado, Michael de Looper, Johan Mackenbach, Juan Carlos Mato Gómez, Antony Morgan, Clive Needle, Sergi Noguera, Canice Nolan, Inés Palanca Sánchez, Lucy Parker, María José Peiro, Alena Petrakova, Ulrike Ravens-Sieberer, M^o Dolores Ruiz Bautista, María Sastre, Xenia Scheil-Adlung, Sarah Simpson, Sanjeev Sridharan, Marc Suhrcke, Denny Vågerö, David Walsh, Jacqueline Weekers, Isabel Yordí y Ana Zoni. El Ministerio desea también expresar su agradecimiento a los editores y traductores Paola González de Barreda y David John Evans.

Una versión borrador del presente documento estaba destinada a ser discutida en la Conferencia de Expertos y el Panel Ministerial “Hacia la equidad en salud” durante la Presidencia española de la Unión Europea. Estos eventos estaban programados para el 21 y 22 de Abril de 2010, pero lamentablemente fueron cancelados por interrupciones en el transporte en toda Europa como consecuencia de la nube de cenizas del volcán islandés Eyjafjallajökull. No obstante, el borrador se distribuyó a todos los participantes y se solicitaron sus comentarios para la discusión. Se agradece sinceramente las contribuciones de quienes dedicaron su tiempo para comentar este borrador, particularmente a José Antonio Jimenez Jimenez, Gabriela Kratochvilova, Barbara Starfield, Antonio Escolar Pujolar, Hana Janatova y Sara Collantes.

Un especial agradecimiento del Ministerio de Sanidad y Política Social para el personal de la OMS, en particular las personas que trabajan en la Oficina Europea de la OMS para la Inversión en Salud y Desarrollo, en Venecia, que prestaron su apoyo durante toda la producción de este informe.



ÍNDICE

	Lista de Acrónimos	8
	Términos clave utilizados en el informe	10
	Prólogo de la Ministra	12
	Resumen Ejecutivo	14
I	Introducción: Hacia la equidad en salud	17
II	Antecedentes: Incluir los determinantes sociales y la equidad en salud en la Agenda de la UE	20
III	Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud en la UE: Aspectos generales.	27
IV	Desigualdades en salud infantil	36
V	Condiciones laborales y desigualdades en salud	41
VI	Exclusión social y desigualdades estructurales en salud	45
VII	Desigualdades en salud global y determinantes sociales de la salud: oportunidades de la UE para contribuir a la monitorización y la acción	54
VIII	Resumen de las conclusiones del informe	64
Anexo I	Conclusiones del Consejo sobre Equidad y Salud en Todas las Políticas: Solidaridad en Salud	68
Anexo II	Comunicaciones de la Comisión Europea relacionadas con la prioridad	72
Anexo III	Conclusiones de los eventos relacionados con la Equidad en Salud celebrados bajo el paraguas de la Presidencia española de la UE en 2010	73
Anexo IV	Información sobre la Segunda Cumbre Europea de Población Gitana	77
Anexo V	Apéndices de los capítulos (y subanexos)	78
Anexo VI	Lista de autores	84
Anexo VII	Referencias	86

LISTA DE ACRÓNIMOS

AEE	Área Económica Europea
AVISA	Años de vida saludable
BRIC	Brasil, Rusia, India y China
CDSS	Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS
CHILD	Proyecto de Indicadores de Vida y Desarrollo en Salud Infantil (Child Health Indicators of Life and Development)
CHIP	Perfil de salud y enfermedad Infantil (Child Health and illness Profile)
CE	Comisión Europea
DFID	Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido (UK Department for International Development)
DS	Desigualdades en Salud
DSDS	Determinantes Sociales y Desigualdades en Salud
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
ECDC	Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades
ECDKN	Red Experta sobre Desarrollo de la Primera Infancia (Early Child Development Knowledge Network)
ECHIM	Monitorización de Indicadores de Salud de la Comunidad Europea (European Community Health Indicators Monitoring)
ECHIS	Encuesta Europea de Salud por Entrevista (European Core Health Interview Survey)
ECHP	Panel de Hogares de la UE (European Community Household Panel)
ECOSOC	Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas
EDS	Estrategia de Desarrollo Sostenible
EE.UU.	Estados Unidos
EHEMU	Unidad de Seguimiento sobre Expectativas de Salud en Europa (European Health Expectancy Monitoring Unit)
EIS	Evaluación del Impacto en Salud
ESE	Estatus Socioeconómico
ESS	Encuesta social europea (European Social Survey)
EUR	Euro, unidad monetaria europea
EUROMOD	Modelo de microsimulación de impuestos y subsidios para la Unión Europea (tax-benefit microsimulation model for the European Union)
EU-SILC	Encuesta de la UE sobre la Renta y las Condiciones de Vida (EU Statistics on Income and Living Conditions)
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (United Nations Food and Agriculture Organization)
FAS	Escala de Bienestar económico familiar (Family Affluence scale)
FMI	Fondo Monetario Internacional
GAVI	Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (Global Alliance for Vaccines and Immunization)
GFATM	Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria)
H8	Grupo informal creado a mitad de 2007 para estimular la preocupación mundial por alcanzar los ODM relacionados con la salud, compuesto por ocho instituciones relacionadas con la salud: OMS, UNICEF, UNFPA, ONUSIDA, GFATM, GAVI, la Fundación Bill and Melinda Gates y el Banco Mundial
HBSC	Estudio colaborativo Internacional sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud (Health Behaviour in School-Aged Children)
HFA-DB	Base de Datos europea Salud para Todos (European Health for All Database)
HSE	Comisión de Salud y Seguridad del Reino Unido (Health and Safety Executive)
IHP +	Asociación Internacional para la Salud e iniciativas relacionadas (International Health Association and related initiatives)
LFS	Encuesta de Población Activa (Labour Force Survey)
MAC	Método Abierto de Coordinación
MAP	Médico de Atención Primaria
MECAD	Marco para Evaluar la Calidad de los Datos

NEWS	La Experiencia Nórdica: Estados del Bienestar y Salud Pública (The Nordic Experience: Welfare States and Public Health)
NS-SEC	Clasificación Socioeconómica de Encuestas Nacionales (National Statistics Socio-Economic Classification)
NU	Naciones Unidas
NUTS	Nomenclatura de las Unidades Territoriales para las Encuestas en la Región Europea (Nomenclature of Territorial Units for Statistics in the European Region)
OACDH	Oficina del Alto Comisionado para los derechos humanos
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
ODA	Ayuda Oficial al Desarrollo de Terceros Países (Overseas Development Assistance)
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
PEV	Política Europea de Vecindad
PIB	Producto Interior Bruto
PIRLS	Estudio Internacional de Progreso en Comprensión Lectora (Progress in International Reading literacy Study)
PISA	Programa para la Evaluación Internacional de Alumnos (Programme for International Student Assessment)
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el desarrollo
P4H	Iniciativa por la Provisión de Salud (Providing for Health)
RMS	Red de la Métrica de Salud
RU	Reino Unido
SEDA	Sistema de Ejecución Descentralizada Ampliada
SEKN	Red de Conocimiento sobre Exclusión Social (Social Exclusion Knowledge Network)
SGDD	Sistema General de Difusión de Datos
SHARE	Encuesta sobre Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)
SMPH	Medidas Sintéticas de Salud de la Población (Summary Measures of Population Health)
SPF	Iniciativa de nivel mínimo de protección Social (Social Protection Floor)
SPT	Salud para todos
STP	Salud en Todas las Políticas
SWAps	Enfoques Sectoriales (Sector Wide Approach)
TB	Tuberculosis
TIMMS	Estudios de Mortalidad y Morbilidad Infantil (The Infant Mortality and Morbidity Studies)
UE	Unión Europea
UE-27	Países que pertenecen a la Unión Europea desde Enero de 2007
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization)
UNFPA	Fondo de Población de Naciones Unidas (United Nations Population Fund)
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (United Nations Children's Fund)
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
WGEKN	Red de Conocimiento sobre mujer y equidad de género (Women and Gender Equity Knowledge Network)

TÉRMINOS CLAVE UTILIZADOS EN EL INFORME

Desigualdades en salud

Literalmente, el término “desigualdades en salud” hace referencia a las diferencias existentes en el estado de salud entre individuos o grupos medidas en términos como la esperanza de vida, la mortalidad o la morbilidad. Nuestro interés no radica en las diferencias en salud derivadas del azar o de las decisiones individuales, sino en las diferencias evitables que se relacionan con variables sociales, económicas y ambientales (por ejemplo, las condiciones de vida y laborales, la educación, la profesión, el nivel de ingresos, el acceso a una atención sanitaria de calidad, los servicios de prevención de enfermedades y promoción de la salud) sobre las cuales el individuo no ejerce control alguno y que pueden abordarse mediante políticas públicas. Por tanto, por desigualdades en salud entendemos las diferencias en salud evitables e injustas sobre las que las acciones de los gobiernos, otras instituciones implicadas y las comunidades ejercen una fuerte influencia, y que pueden abordarse con políticas públicas (Comisión Europea, 2009).

Equidad en salud

Equidad es la ausencia de diferencias evitables, injustas o modificables entre grupos de personas, ya estén definidos estos grupos social, económica, demográfica o geográficamente (OMS, 2009a). La “equidad en salud” implica que al menos idealmente todo el mundo debería tener una oportunidad justa para lograr desarrollar el máximo potencial de salud y, de forma más pragmática, que ninguna persona debería encontrarse en desventaja para desarrollar dicho potencial (OMS, 2009b). Por lo tanto, la equidad en salud es la ausencia de desigualdades en salud (según la definición anterior).

Sistema sanitario o de salud

Como se recoge en la Carta de Tallin sobre los sistemas de salud para la salud y la riqueza, un sistema de salud es el conjunto de todas las organizaciones, instituciones y recursos públicos y privados cuya principal finalidad es promover, mantener o reestablecer la salud. Los sistemas de salud engloban tanto los servicios individuales como los prestados a la población, así como actividades que influyen en las políticas y acciones de otros sectores destinadas a abordar los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud (Oficina Regional de la OMS para Europa, 2008).

Grupos vulnerables (o grupos socialmente desfavorecidos)

Los grupos vulnerables sufren una carga de mortalidad y de enfermedad notablemente mayor. Entre ellos se incluyen los grupos migratorios y las minorías étnicas que están socialmente excluidas, personas que viven en la pobreza en zonas urbanas y rurales desfavorecidas, personas desempleadas de larga duración, trabajadores informales, temporeros/ jornaleros y agricultores de subsistencia, personas alejadas del mercado laboral, hogares que dependen de desempleados, personas sin hogar, personas con discapacidad, personas que padecen alguna enfermedad mental o crónica, personas mayores con pensiones mínimas, y familias uniparentales. Por ejemplo, la esperanza de vida de la población gitana en algunos países es 10 años menor que la del resto de la población (Comisión Europea, 2009).

Determinantes sociales de la salud

Las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo los sistemas de salud, se denominan determinantes sociales de la salud. Estas condiciones vienen definidas por la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, y a su vez dependen de opciones políticas (OMS, 2009c).

Exclusión social

La exclusión social es el resultado de procesos dinámicos y multidimensionales, inducidos por relaciones de poder desiguales, que interactúan a través de cuatro dimensiones fundamentales (económica, política, social y cultural), y a diferentes niveles, incluyendo el individual, hogar, grupo, comunidad y a nivel mundial. El resultado es un continuo inclusión/ exclusión caracterizado por un acceso desigual a los recursos, capacidades y

derechos, que conduce a desigualdades en salud (SEKN, 2008). La exclusión social aleja a las personas de las oportunidades de empleo, ingresos, educación y formación, así como de las redes y actividades sociales y comunitarias. Las personas socialmente excluidas apenas tienen acceso a los organismos de poder y de toma de decisiones, por lo que suelen sentirse sin poder e incapaces de tomar el control de las decisiones que afectan a su vida cotidiana (Comisión Europea, 2004).

Gradiente social de la salud

El término gradiente social de la salud hace referencia al decrecimiento escalonado o lineal de la salud según desciende la posición social de la persona (Marmot, 2004). El efecto del gradiente social se expresa en ocasiones como déficit de salud, es decir, como el número de vidas que podrían haberse salvado si todos los grupos de la sociedad tuvieran el mismo buen nivel de salud que el grupo más aventajado (Whitehead M, Dahlgren G, 2006).

Gitanos

Según el glosario del Consejo de Europa sobre terminología relativa a las personas gitanas e itinerantes, el término gitanos alude en este informe a las diferentes comunidades que se identifican como gitanas, y a otras (como los Ashkali) que se asemejan a los gitanos en ciertos aspectos si bien insisten en sus diferencias étnicas (Consejo de Europa, 2006).

Migrante

En el ámbito internacional, no existe una definición universal admitida de migrante. Se suele considerar como migrante aquella persona que toma libremente la decisión de migrar por razones de "conveniencia personal" y sin la intervención de un factor externo imperativo. Por consiguiente, este término se aplica a las personas y miembros de familias que se desplazan a otro país o región para mejorar sus condiciones materiales o sociales, así como las perspectivas para ellos mismos o para sus familias (OIM, 2004). Sin embargo, para facilitar su uso en este documento, el término "migrante" se usa también para describir a todos aquellos que han migrado y están en situación regular o irregular, incluyendo los solicitantes de asilo, personas titulares de algún tipo de protección humanitaria/protección excepcional, refugiados, expatriados, personas desplazadas, repatriados, personas que son objeto de tráfico y migrantes económicos.

Minoría nacional

Conforme a la Recomendación 1201 de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, la expresión "minoría nacional" hace referencia a un grupo de personas en un Estado que: residen en el territorio de dicho Estado y son ciudadanos del mismo; mantienen vínculos antiguos, firmes y duraderos con dicho Estado; muestran características particulares étnicas, culturales, religiosas o lingüísticas; son un grupo estadísticamente representativo, aunque numéricamente menor que el resto de la población de dicho Estado o región; y comparten el interés de preservar juntos lo que constituye su identidad común, incluidas la cultura, las tradiciones, la religión o la lengua (Consejo de Europa, 1993).

Resiliencia

Resiliencia es un proceso dinámico de adaptación positiva frente a las adversidades, los traumas, las tragedias o incluso las situaciones de estrés elevado. Es por tanto un constructo bidimensional en torno a dos preguntas: 1) ¿Existe alguna situación de adversidad, estrés, riesgo o desventaja en la vida de la persona? 2) A pesar de ello, ¿está la persona afrontando bien la situación? (Luthar & Cicchetti, 2000; Luthar, Cicchetti & Becker, 2000; Masten & Powell, 2003).

Riesgo relativo y atribuible

Riesgo relativo: El cociente del riesgo de que se produzca un evento (por ejemplo, el desarrollo de una enfermedad o un problema de salud) en los expuestos a un factor de riesgo y los no expuestos. Ejemplos de exposición evaluados por estudios epidemiológicos son los factores ambientales y de estilos de vida y las condiciones socioeconómicas y de trabajo (Porta M, 2008)

Riesgo atribuible: el riesgo atribuible (RA) es una medida para evaluar las consecuencias en salud pública de una asociación entre un factor de exposición y una enfermedad. Se define cómo la proporción de casos de enfermedad que pueden atribuirse a la exposición. RA se utiliza para evaluar el impacto potencial de los programas de prevención dirigidos a eliminar la exposición en la población. A menudo se considera como la fracción de enfermedad que podría evitarse si la exposición pudiera ser totalmente eliminada de la población (Gail MH, Benichou J, 2000).

PRÓLOGO



La equidad en salud ha ocupado un lugar destacado dentro de las prioridades de la Presidencia española de la UE, durante la cual se ha pretendido impulsar una agenda internacional, europea y nacional coherente y efectiva para reducir las desigualdades en salud. Esto constituye un signo inequívoco del momento que vivimos, caracterizado por un mundo altamente global y desigual, pero también solidario e intercomunicado.

Si las desigualdades sociales en salud han mostrado su persistencia dentro de los países y entre los países, incluso en las épocas de bonanza económica, no es de esperar que esta situación revierta en época de crisis sin un esfuerzo consciente por nuestra parte. Mantener y fomentar la agenda de equidad no solo es beneficioso para la salud y el desarrollo socioeconómico y la inclusión, sino que se convierte en un elemento imprescindible de la gobernanza.

La naturaleza de las desigualdades sociales en salud ha sido estudiada en profundidad en las últimas décadas. Hoy hemos aprendido que la salud está íntimamente relacionada con la equidad. También sabemos que las desigualdades sociales en salud son injustas y evitables, lo cual ha permitido abrir un nuevo horizonte hacia la acción dirigida a la reducción de las mismas. No obstante, todavía es mucho el camino que nos queda por recorrer para alcanzar la equidad.

Las raíces de las desigualdades sociales en salud se adentran profundamente en la estructura de nuestras sociedades. Su existencia y perpetuación está íntimamente relacionadas con el impacto que nuestras propias políticas públicas (como la educación, el empleo, el medio ambiente, etc...) tienen directamente sobre la salud, así como sobre las oportunidades y beneficios que ofrecen a la ciudadanía para gozar del máximo potencial de salud posible.

Aunque disponemos de más información que nunca, este nuevo enfoque necesita de información adecuada y oportuna que nos permita avanzar en equilibrio entre la eficacia de estas políticas y el respeto a la salud que conlleva la consustancial garantía de equidad.

Europa puede y debe ser ejemplo en la implementación de los principios de "salud y equidad en todas las políticas", de modo que éstos impregnen la mayor parte de sus estrategias y acciones, no sólo internas, sino también aquéllas dirigidas hacia terceros países, convirtiéndose en referencia de buena gobernanza a nivel mundial.

Tenemos por tanto la obligación de modificar algunos objetivos y métodos de nuestras políticas, de valorar sus resultados en términos de ganancia en salud, bienestar y contribución al desarrollo social, teniendo en cuenta que una nueva hoja de ruta es posible con un movimiento coordinado y firme de todos los sectores en pro de la equidad y la salud.

El informe que aquí les presento ha servido de base para la prioridad del Ministerio de Sanidad y Política Social sobre "Innovación en Salud Pública: Monitorización de los Determinantes Sociales de la Salud y Reducción de las Desigualdades en Salud". Numerosos expertos europeos han analizado y valorado el trabajo ya realizado en este campo, emitiendo recomendaciones sobre los próximos pasos a seguir. También se han definido aquellos aspectos de mayor relevancia en estos momentos, así como las oportunidades y nuevos retos que tenemos para avanzar hacia la equidad en salud. Quiero manifestar mi más sincero agradecimiento a todos estos expertos y expertas que de manera altruista han participado en este ejemplar esfuerzo colaborativo.

Como es necesario unir una síntesis del conocimiento con la mejora en la acción, hemos trabajado paralelamente a lo largo de estos meses para presentar un documento de conclusiones al Consejo de Ministros EPSSCO, celebrado el pasado 8 de Junio. Este documento refuerza el trabajo ya realizado en Europa, a la vez que complementa y sugiere una

agenda de prioridades compartidas para facilitar que los diferentes países, dentro de sus propias características, podamos avanzar juntos. El documento de conclusiones cierra así en clave política las principales reflexiones de esta Presidencia en relación a la equidad en salud.

Quiero dar las gracias a todos los Ministros y Ministras europeos, y a sus equipos, por su receptividad, apoyo y aportaciones a lo largo de este proceso de elaboración de las conclusiones sobre: "La equidad y la salud en todas las políticas: Solidaridad en materia de salud", que se recogen en el primer anexo de este documento.

Es necesario también agradecer el apoyo constante de la Comisión Europea a lo largo de estos años, así como a la agenda de equidad en salud, que ha posibilitado el éxito de nuestra presidencia, y que mantiene el hilo conductor de la equidad en salud como prioridad a la que las Presidencias Europeas de Bélgica y Hungría darán continuidad.

Esta contribución de la Presidencia española tampoco habría sido posible sin el enorme trabajo realizado por la Organización Mundial de la Salud a lo largo de décadas, y en concreto sin la participación de sus equipos de expertos a lo largo del proceso, como se ha puesto de manifiesto a través de la presencia en el Consejo Informal de Ministros de 22 y 23 de abril de 2010 de la Dra. Chan y la Dra. Jakab.

Muchísimas han sido las personas que han contribuido decisivamente a la consecución de los objetivos de nuestra presidencia, pero entre ellas debo destacar a Sir Michael Marmot, que generosamente ha venido y viene colaborando con el gobierno de España a fin de fortalecer la agenda nacional de equidad y salud.

Invitamos a todo aquel que crea que una sociedad más justa es posible a leer y reflexionar sobre los contenidos de este informe, así como a promover su máxima difusión posible, ya que un proceso de sensibilización es imprescindible para avanzar hacia la equidad en salud en todos aquellos sectores con impacto en la misma. Finalmente, también invito a todos los responsables políticos y a los profesionales europeos a instaurar una agenda de equidad y salud desde sus ámbitos competenciales, y a valorar las recomendaciones y conclusiones que contiene este informe.

Trinidad Jiménez,
Ministra de Sanidad y Política Social del Gobierno de España

En la Unión Europea, a pesar de las mejoras logradas en la salud de la población durante las últimas décadas, se ha constatado la existencia de desigualdades sociales en salud, evitables e injustas, entre los Estados miembros, y dentro de los mismos, y se ha demostrado que, en todos ellos, las desigualdades siguen un gradiente social, es decir, que a medida que se desciende en la escala social se registran peores resultados de salud y que existen, además, grupos de población especialmente vulnerables.

La salud esta condicionada por determinantes sociales como son la educación, la situación laboral, la renta, el entorno, el territorio o la exclusión social, que se distribuyen desigualmente en la población y cuyo control se realiza desde sectores no relacionados con el sistema sanitario. Para alcanzar una equidad efectiva en salud es, por tanto, necesaria la implicación de otros sectores que desarrollan políticas con impacto en salud; el papel del sector sanitario no es actuar directamente en la transformación de los determinantes sociales, sino asumir un papel de liderazgo compartido en el abordaje intersectorial de la salud, abogando y sensibilizando a estos otros sectores para actuar conjuntamente en la reducción de las desigualdades en salud.

Los sistemas de monitorización se han mostrado esenciales en la mejora del conocimiento que poseemos sobre los determinantes sociales de la salud y evidencian la importancia que tiene disponer de indicadores que nos permitan conocer qué resultados en salud tienen las políticas públicas, para poder redefinirlas y reorientarlas hacia la equidad.

El Ministerio de Sanidad y Política Social, con motivo de la presidencia en la UE y consciente de la relevancia de abordar las desigualdades en salud en la Unión Europea, estableció la equidad en salud como una de las prioridades a desarrollar durante su mandato.

Dentro de este contexto, la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior del MSPS comisionó a un grupo de expertos para que desarrollaran un informe técnico en el que se hiciera una revisión del trabajo realizado hasta ahora sobre monitorización de los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud a nivel nacional e internacional.

El fin último de este informe es contribuir a alcanzar la equidad en salud, actuando sobre los determinantes sociales de la salud, lo cual y dada su contribución al desarrollo y al bienestar social, se va instaurando como una prioridad en el espacio internacional.

A continuación se resumen los principales contenidos de los capítulos. Cada uno de ellos concluye con una serie de consideraciones orientadas a avanzar hacia la equidad en salud. También se recogen estas conclusiones en el capítulo VIII.

Introducción

La Introducción trata de justificar por qué la monitorización es esencial, porqué los indicadores de los determinantes sociales de la salud deberían considerarse como una actividad de salud pública, y por qué es necesario seguir trabajando para reducir las desigualdades. Señala que el control de los determinantes sociales es importante no sólo como un indicador predictivo de la salud, sino también como un objetivo en si mismo de las políticas para alcanzar la eficiencia económica, garantizando un desarrollo sostenible basado en la justicia social.

Antecedentes: Incluir los determinantes sociales y la equidad en salud en la Agenda de la UE

Esta sección introduce al lector en el campo de las desigualdades en salud determinadas socialmente. Presenta y explica los conceptos de desigualdades en salud y determinantes sociales de la salud, desde un enfoque global de dichos conceptos en relación con la salud pública y con un enfoque específico sobre la monitorización de las desigualdades de salud. Hace especial referencia a las acciones emprendidas con anterioridad por la Unión Europea (comunicaciones de la Comisión, presidencias anteriores, grupo de expertos en determinantes sociales y desigualdades en salud, la financiación de proyectos en este ámbito,

uso del método abierto de coordinación de trabajo para los planes nacionales de acción para la inclusión social, etc.) y destaca los vínculos potenciales con la Estrategia de Lisboa. También señala que el interés por las desigualdades en salud determinadas socialmente (y su monitorización) es creciente a nivel mundial, por ejemplo a través de la labor de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud y el seguimiento a la Resolución de la Asamblea Mundial de Salud 62.14. También mira hacia delante y presenta los retos futuros en este campo. En conclusión, esta parte presenta una síntesis no exhaustiva de la experiencia previa, mostrando la situación actual en Europa.

Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud en la UE:

Aspectos generales

Este capítulo aborda cuestiones como la selección de objetivos e indicadores para la monitorización de los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud; las oportunidades para reforzar los esfuerzos de monitorización y evaluación, que incluyen la mejora y la interconexión de las fuentes de datos y el incremento de la desagregación de datos; el refuerzo de las encuestas de la UE para abarcar más países y vigilar con mayor eficacia la aplicación de políticas intersectoriales y su repercusión en las desigualdades en salud; el desarrollo de políticas y acciones informativas sobre los determinantes sociales de la salud que incorporen una perspectiva de equidad; y métodos para incidir en las prioridades de investigación hacia la mejora de la monitorización de las desigualdades en salud. Es de agradecer que esta revisión no sea exhaustiva de todos estos asuntos a nivel europeo.

A continuación se desarrollan en mayor profundidad tres áreas clave donde la información y el seguimiento son especialmente relevantes en el contexto europeo: la infancia, las condiciones de empleo y la exclusión social. Señala la importancia que tiene que el control de los determinantes sociales sea no sólo un indicador predictivo de la salud, sino también un objetivo en sí mismo de las políticas para alcanzar la eficiencia económica, garantizando un desarrollo sostenible basado en la justicia social.

Desigualdades en salud infantil

Este capítulo presenta una visión general de las desigualdades en salud infantil, exponiendo la importancia de la perspectiva de la trayectoria vital para abordar el gradiente social de la salud infantil, y re-

sume las iniciativas para la promoción de la equidad en salud infantil. También propone intervenciones destinadas a la mejora de las políticas de reducción de desigualdades, así como medidas futuras para avanzar en el seguimiento y las actuaciones sobre las desigualdades en salud infantil en Europa.

Condiciones laborales y desigualdades en salud

Este capítulo ofrece una breve revisión desde la evidencia científica que muestra la distribución social del empleo y de los trabajos perjudiciales para la salud, y enfatiza la importancia de estas condiciones a la hora de explicar las desigualdades en salud. Asimismo ilustra el modo en que pueden monitorizarse estas condiciones en distintos niveles, particularmente, a nivel nacional e internacional/europeo. También subraya la necesidad de mejorar y complementar las actividades de monitorización existentes utilizando ejemplos innovadores de varios Estados miembros de la UE.

Exclusión social y desigualdades estructurales en salud

Este capítulo se centra en la monitorización de la exclusión social y las desigualdades estructurales en salud (DS) en la Unión Europea. El capítulo propone una batería integrada de indicadores que permitan medir el impacto de la exclusión social sobre las desigualdades en salud, así como su interacción con otros determinantes sociales de la salud (estructurales y contextuales). Para ello se parte del trabajo previo desarrollado por distintos investigadores, la OMS y la UE.

Desigualdades en salud global y determinantes sociales de la salud: oportunidades de la UE para contribuir a la monitorización y la acción

Este capítulo se centra en las oportunidades que tiene la UE para contribuir a la mejora de la monitorización de los determinantes sociales y la reducción de las desigualdades en salud a un nivel global. El capítulo abarca enfoques potenciales para la acción en equidad en salud en relación al Consenso Europeo sobre Desarrollo, el apoyo de la UE a los avances en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), la aplicación de la Agenda de Acción de Accra por parte de la UE, y la Política Europea de Vecindad (PEV).

Conclusiones

Se ha elaborado un capítulo final en el que se recogen las principales conclusiones de cada capítulo.



I. INTRODUCCIÓN: HACIA LA EQUIDAD EN SALUD

Ildefonso Hernández Aguado, Director General de Salud Pública y Sanidad Exterior, Ministerio de Sanidad y Política Social, España

La equidad y la salud en Europa

Europa puede y debe mostrar el potencial que tienen las políticas en términos de ganancia en equidad y salud. Hoy sabemos que la equidad es consustancial a la salud de la población, y ambas son un requisito para un desarrollo económico eficiente y sostenible, así como una garantía de bienestar. Desde el campo de la salud puede contribuirse decisivamente a que la equidad y la salud sean un ingrediente imprescindible en muchas de las políticas de gobierno.

Los ciudadanos de la Unión Europea (UE) viven, de media, más tiempo y con mejor salud que las generaciones anteriores gracias a los avances en las condiciones de vida de la población y a un mejor acceso a bienes y servicios. A pesar de ello, se ha constatado la existencia de grandes diferencias en salud en Europa, tanto entre los distintos países como dentro de cada país, condicionadas por determinantes sociales de la salud. Se registran peores resultados en salud a medida que se desciende en la escala social en toda la población, y existen además grupos de población especialmente vulnerables. La actual crisis económica y el aumento del desempleo y la incertidumbre asociados están agravando aún más esta situación.

La mayor parte de los problemas de salud y de las principales causas de muerte prematura está condicionada por factores determinados socialmente, como la educación, la situación laboral, la renta, el entorno, el territorio o la exclusión social, que afectan desigualmente a la población y que superan al sector sanitario. Afrontar adecuadamente los determinantes sociales de la salud y conseguir una equidad efectiva en salud es uno de los mayores retos de la salud pública para el siglo XXI.

Configurando la agenda: ampliando la acción sobre los determinantes sociales de la salud

Alcanzar la equidad en salud actuando sobre los determinantes sociales de la salud se está convirtiendo en una prioridad en la agenda internacional tanto para la UE como para la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La OMS ha impulsado políticas de promoción de la equidad en los últimos veinte años. En 2005 puso en marcha la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud cuyo informe final, "Subsanar las desigualdades en una generación", publicado en 2008, supuso un avance notable en la legitimación del estudio de las desigualdades en salud, y de las relaciones entre la política y la salud. En mayo de 2009, la 62ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la Resolución WHA 62.14, que supone una clara

en la salud y el bienestar de la población, en términos no sólo de efectividad (cómo están funcionando) sino también de equidad (para quién están funcionando), de cara a diseñar, evaluar, redefinir y reorientar las intervenciones.

La información adecuada y oportuna es un elemento clave para la acción en salud pública. La falta de indicadores del impacto de las diferentes políticas sobre los determinantes sociales de la salud y sus efectos, así como de datos oportunos y comparables dentro de cada país y entre los países de la UE, constituye un obstáculo para la ganancia en salud y equidad.

En la UE existen diferencias en el nivel de desarrollo de la evaluación de políticas y de los sistemas de información. En el camino hacia la equidad como eje de las políticas europeas y la monitorización de su impacto en las desigualdades en salud, nos enfrentamos al reto de desarrollar indicadores y sistemas de información homogéneos que permitan la comparación entre países.

El presente informe pretende mostrar lo más relevante del trabajo realizado en el área de la inteligencia en salud en relación a la monitorización de determinantes sociales de la salud y desigualdades en salud, así como favorecer la reflexión sobre cuáles son los siguientes pasos para progresar en esta área.

Considerando el futuro

Las políticas sanitarias y sus responsables, por su propia eficiencia y sostenibilidad, deben propiciar los cambios necesarios para 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 de la salud que requiere un alto compromiso político de todas las áreas de gobierno y la participación de la ciudadanía. Para ello, como primer paso, es necesario avanzar en el desarrollo de sistemas de monitorización que permitan cuantificar la ganancia en salud de las políticas públicas, ampliando el ámbito y el análisis de la vigilancia en salud pública, y promoviendo que la gestión de información a nivel poblacional a corto y a medio plazo permita una toma de decisiones políticas adecuada.

Mejorar el estado de salud de la población en su conjunto, disminuyendo las desigualdades en salud, tiene repercusiones positivas para toda la sociedad, para el desarrollo y la economía. Las sociedades más igualitarias se traducen en sociedades con mayor rendimiento en todos los sentidos. Tradicionalmente, el desarrollo de un país se mide en términos económicos, con indicadores como la renta per capita o el Producto Interior Bruto. Sin embargo, es necesario adoptar una perspectiva más amplia que incluya indicadores demográficos, sociales y culturales, y evalúe el progreso

llamada a la acción a los Estados miembros para “Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud”.

La UE cuenta con un Grupo de Expertos en Determinantes Sociales y Desigualdades en Salud cuyo objetivo es facilitar el intercambio de buenas prácticas en la reducción de las desigualdades en salud. Asimismo, las iniciativas particulares de varias Presidencias de la UE han contribuido en los últimos años a la priorización y desarrollo de la equidad en salud en la agenda europea. Recientemente, en Octubre de 2009, la Comisión Europea adoptó la Comunicación: “Solidaridad en materia de salud: reducción de las desigualdades en salud en la UE”, que supone un gran impulso hacia el compromiso de los Estados miembros con la equidad en salud.

En este contexto, la entrada en vigor del nuevo Tratado de Lisboa, con un enfoque de máximo respeto a la salud y el bienestar de la sociedad, y un abordaje multisectorial de la salud, “Salud en todas las políticas”, constituye un impulso para avanzar en el ámbito europeo en pro de la igualdad de oportunidades de salud. Si las sociedades europeas pretenden defender sus valores de justicia social, solidaridad y cohesión económica y social, tal como se afirma en los distintos tratados europeos, es fundamental que se garantice la igualdad de oportunidades de salud para todos.

Esta coyuntura internacional y europea favorable hace que nos encontremos ante un escenario de oportunidad para impulsar la equidad en salud en la agenda política, objetivo final de la prioridad del Ministerio de Sanidad y Política Social para la Presidencia Española de la UE en el 2010: “Innovación en Salud Pública: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud”.

Equidad y salud en todas las políticas: sistemas de información

Las políticas públicas, sanitarias o de otros sectores, requieren información adecuada sobre sus resultados

social asociando indicadores de bienestar y salud, sostenibilidad y equidad. La monitorización de los determinantes sociales es importante no sólo como indicador predictivo de la salud, sino como diana en sí misma de las políticas que deben alcanzar la eficiencia económica, asegurando un desarrollo sostenible basado en la justicia social.

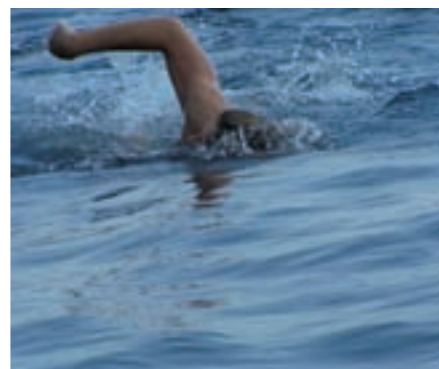
En este escenario, el papel del sector sanitario no es actuar directamente en la transformación de los determinantes sociales, sino asumir un papel de liderazgo compartido en el abordaje intersectorial de la salud, abogando y sensibilizando a otros sectores para implantar políticas que tiendan a la equidad y la salud y actuar conjuntamente en la reducción de las desigualdades en salud. La clave subyace en la integración y en la búsqueda de sinergias con otros sectores de gobierno, que pueden conseguir sus objetivos al tiempo que maximizan la salud y la equidad.

Para conseguir que las actuaciones de los órganos de gobierno de la UE alcancen la agenda mediática y política de los Estados miembros, las políticas de equidad y salud requieren participación ciudadana y debate público. Este reto crucial de implicación de la ciudadanía pasa, además de por otros factores, por la articulación de canales efectivos de participación y una transparencia democrática ejemplar. La percepción de cercanía y de beneficio en relación a las decisiones de la UE puede generar un entorno social y político favorable para introducir el eje de equidad y salud en todas las políticas europeas.

Más allá de la influencia que las políticas sanitarias pueden tener sobre otros sectores políticos, no podemos olvidar que en el propio sistema sanitario existe un margen de mejora para avanzar en equidad, promoviendo la redistribución de las oportunidades en salud, basando la provisión de servicios en la necesidad de atención y no en la demanda, y mejorando la accesibilidad, la calidad y la efectividad de los servicios sanitarios teniendo en cuenta el criterio de equidad social.

La aportación española a la Presidencia europea es sólo una pieza más de la acción necesariamente obstinada de la salud pública: aún queda mucho por hacer y cada actuación sólo debe ser el preámbulo de las siguientes. Por ello, debemos seguir trabajando en el seno de los propios servicios sanitarios y en todos los ámbitos de influencia potencial de la salud pública y abogar perseverantemente por la equidad y la salud de la población.

Las referencias utilizadas para la introducción están recogidas en los documentos recomendados como lectura de apoyo del Anexo VII



II. ANTECEDENTES: INCLUIR LOS DETERMINANTES SOCIALES Y LA EQUIDAD EN SALUD EN LA AGENDA DE LA UE

Eero Lahtinen, Misión Permanente de Finlandia ante la ONU y las Organizaciones Internacionales en Ginebra, Suiza.
Kimmo Leppo, Profesor adjunto, Universidad de Helsinki, Finlandia

Este capítulo ofrece una breve introducción al concepto de políticas de salud, concretamente las relacionadas con los determinantes sociales de equidad en salud y describe, al mismo tiempo, cómo se han ido incorporando la salud, los determinantes de la salud y la equidad en salud en la agenda de la UE. Esto se pone de manifiesto tanto por los cambios producidos en el discurso sobre salud pública a lo largo de las últimas décadas, en particular en la OMS, como por la mayor atención que los diferentes actores del escenario europeo prestan ahora a este asunto.

Introducción: origen y características de las políticas de salud

En principio, las políticas de salud no deberían ser muy diferentes de otras políticas públicas, ya sea en términos de investigación o de actuación (Wilensky y col.). Abordan metas y medios, entornos políticos e instrumentos, procesos y formas de toma de decisiones, ejecución y evaluación. Tratan con las instituciones, el poder político y la influencia, las personas y los profesionales, a diferentes niveles desde lo local a lo mundial.

No obstante, existe algo característico de las políticas de salud, y es su objetivo, el cual hace que este campo sea extremadamente complejo. El objetivo podría ser la salud en sí misma o, en términos de salud pública, el mayor nivel de salud posible y la distribución equitativa de la salud en la población. Por otra parte, en muchas ocasiones, la expresión “políticas de salud” se utiliza predominantemente para referirse a cuestiones relativas al sistema sanitario.

Ambos enfoques son legítimos, aunque muy diferentes. Si nuestro punto de partida es el nivel de salud y su distribución en la población, nuestra preocupación política se centrará en los determinantes de la mala salud. Si nos centramos en el sistema sanitario estamos tratando fundamentalmente las consecuencias de la mala salud. Los determinantes de la salud pueden ser sociales, físicos o biológicos. Abordar las consecuencias de la mala salud conlleva necesariamente tener en cuenta los factores sociales que influyen en el acceso a los servicios, los costes relacionados y el apoyo necesario. Visto de esta forma, tanto mantener como restablecer la salud deben contemplarse dentro de un contexto social. Los determinantes sociales de la salud se presentan en diversos sectores de las políticas públicas. Por tanto, los intentos formales de mejorar la salud pública deben ir más allá de las políticas sectoriales de cara a abarcar con un enfoque más amplio políticas intersectoriales.

Los procesos políticos siempre se guían por los valores y el poder, es de esperar que respaldados por la evidencia. El valor clave aquí es la equidad. La equidad significa imparcialidad o justicia social, sea cual sea la forma en que se defina. En la práctica implica luchar para que no se produzcan diferencias en salud evitables entre grupos socioeconómicos u otras agrupaciones de la sociedad. No hay país en Europa donde no existan diferencias importantes

de este tipo, bajo la forma de un gradiente social.

Para los expertos en salud pública es evidente que sólo puede hacerse frente con éxito a los retos de salud de hoy y mañana aunando esfuerzos entre los distintos sectores. Sin embargo, los responsables de las políticas de salud de muchos países de Europa no parecen comprender este concepto con claridad. Gran parte de las ideas y actuaciones de muchos Ministerios de Sanidad siguen teniendo un enfoque estrictamente curativo y se orientan exclusivamente hacia los servicios sanitarios.

Políticas para abordar los determinantes de la salud

El abanico de determinantes sociales de la salud es muy amplio. Algunos de los más importantes engloban condiciones de vida como el trabajo, la vivienda y el nivel de vida. El papel de la educación es esencial. Los alimentos y la nutrición son un requisito imprescindible para la vida, y tanto su cantidad como su calidad son importantes desde el punto de vista de la salud. Las cuestiones ambientales tradicionales (agua y saneamiento) aún prevalecen en algunas partes de Europa, si bien el mayor énfasis ha de otorgarse a la contaminación de diversas fuentes: aire, ruido y exposición a productos químicos. El tráfico y el transporte influyen de diferentes formas en la salud y la seguridad. El entorno psicosocial en su conjunto, incluyendo los patrones para hacer frente al estrés, como pueden ser el tabaquismo o el abuso de sustancias, plantean retos importantes en la mayoría de los países más desarrollados.

Lo que resulta específico de las políticas de salud que abordan los determinantes sociales de la salud de este tipo es que suelen contar con múltiples actores en cada una de las áreas objetivo seleccionadas. Trabajar en estas cuestiones junto con las partes interesadas más relevantes exige disponer de aptitudes que generen confianza, saber realizar un trabajo de análisis y ofrecer propuestas para la resolución de los problemas que sean a la vez factibles y viables. Estos ejercicios podrían denominarse diplomacia de la salud. Puesto que los procesos de negociación requieren tiempo y esfuerzo, uno no puede intentar abarcar todos los frentes de forma simultánea, sino que debe centrarse en las prioridades de salud pública que existan en cada situación concreta.

Otra característica que tienen es que son políticas a largo plazo: alcanzar resultados visibles desde que se toma la decisión política suele llevar varios años, lo cual, desde el punto de vista político, puede ser un problema. En este sentido, disponer de indicadores de proceso y de progreso podría resultar útil. En algunas ocasiones, es posible emplear instrumentos específicos que no supongan grandes lapsos de tiempo, como las políticas de precios aplicadas al tabaco o al alcohol.

Respecto a los niveles de actuación, dependen del asunto de que se trate. Numerosas cuestiones intersectoriales

pueden manejarse a un nivel inferior al nacional, por ejemplo, en los gobiernos locales; esto es habitual en Europa en cuestiones como la vivienda y en algunos problemas de sanidad ambiental. Muy a menudo, el nivel clave en la toma de decisiones se produce en el Gobierno nacional. No obstante, la salud pública, en esencia, se ha vuelto cada vez más internacional, o incluso supranacional, como en el caso de la UE. Los foros internacionales clave son la OMS y la UE. La división de poderes entre los actores no siempre está clara; esto exige la delimitación de las funciones y nivel de implicación de las partes interesadas en los diferentes ámbitos. Es un hecho frecuente el que resulte más fácil diseñar y pactar una política que luego implementarla realmente.

Es necesario un énfasis especial, no sólo en la fase preparatoria del diseño de las políticas, que incluye anticiparse a posibles limitaciones u obstáculos, sino también en la planificación cuidadosa de las fases de ejecución y seguimiento. En todos los niveles del desarrollo de las políticas, existe siempre el riesgo de que dichas políticas sean adoptadas de forma retórica y no de forma real. La única solución es asegurar mecanismos eficaces para evaluar la ejecución y el seguimiento. En cualquier caso, la evaluación de una política establecida no puede ser un ejercicio extraordinario; resulta imprescindible que la monitorización sea integrada en el proceso político para, o bien asegurar que se está siguiendo por el camino correcto, o bien para realizar modificaciones si fuera necesario.

“Desigualdades en salud” en la Agenda de la Unión Europea

Antes del Tratado de Maastricht (1992), que proveía competencias específicas para la salud pública en la UE, existían una serie de iniciativas de salud sobre algunas cuestiones que incluían, entre otras: la atención sanitaria a ciudadanos que se desplazaban de una parte de la Comunidad a otra, la atención sanitaria de urgencia para las personas que se desplazan por vacaciones, el reconocimiento mutuo de la cualificación profesional, la salud y la seguridad en la legislación laboral, y la acción contra el cáncer.

El Tratado de Ámsterdam (1997) reforzó la acción de la Unión Europea sobre la salud creando una base jurídica para la armonización de la legislación de los Estados miembros en relación con la sangre y los tejidos y órganos de origen humano. En este Tratado se incluyó el requisito de garantizar un alto nivel de protección de la salud en todas las políticas y actividades, un acto jurídico único (incluso realizando una comparativa mundial). Dicho requisito ha sido considerado un esfuerzo para restablecer la confianza de los ciudadanos en la Unión tras la crisis de la denominada enfermedad de las vacas locas (Koivusalo, 2006). El Tratado de Lisboa (2007) amplió de algún modo la base legal para la armonización, reforzó el papel de la Unión en la coordinación de las actividades de salud pública de los Estados miembros, y clarificó el mandato de

los Estados miembros en la gestión y financiación de los servicios de salud.

A lo largo de la última década, la Comisión Europea y el Consejo afianzaron la cuestión de la equidad en salud en la agenda de la Unión Europea, tanto en términos de debate político como de las normas adoptadas, e incluso de los valores. En la Cumbre de Barcelona de la Unión Europea en 2000, los Jefes de Estado adoptaron Conclusiones. Estas exhortaban a todos los sistemas de salud de los países de la Unión Europea a basarse en los valores fundamentales y los principios de universalidad (servicios para todos), la equidad (en el acceso), la solidaridad (en la financiación) y la calidad (Conclusiones de la Presidencia, 2002). Los Ministros de Sanidad las reformularon en 2006.

El elevado compromiso político de la Comisión y el Consejo con la equidad en salud es esencial para que el trabajo en esta área progrese, y este compromiso ha sido expresado a través de un diálogo político que aún se mantiene abierto. El diálogo puede considerarse relativamente intenso, tanto en el ámbito de las políticas de salud como en otras áreas como la política social o la salud laboral. Se ha producido un valioso material ya que se ha basado en una amplia variedad de fuentes. Debido a las limitaciones de espacio de este capítulo, no es posible describir con mayor detalle el proceso y diálogo sobre desigualdades en salud mantenido entre la Comisión y el Consejo más allá de sus características generales. Por un lado, las acciones de la Comisión suelen originar una respuesta por parte del Consejo, por ejemplo, los Estados miembros manifiestan sus opiniones sobre la iniciativa de la Comisión en forma de Resolución o Conclusiones del Consejo e identifican lo que ven factible, o bien ofrecen enfoques complementarios o alternativos. Por otro lado, una iniciativa informal de un Estado miembro durante su Presidencia de la UE, es decir, mientras dicho país ejerce la presidencia del Consejo, puede dar lugar a su vez, mediante una Conferencia o Publicación sobre una cuestión concreta, y las consiguientes Conclusiones del Consejo, a una acción de la Comisión; la Comisión sola posee el derecho de iniciativa en la Unión Europea. Una serie de Presidencias de la UE han conseguido una reacción política en el Consejo de Salud en forma de Conclusiones del Consejo que o bien abordan directamente la equidad en salud o que se centran en un tema de salud donde se subraya la relevancia de la equidad en salud.

Desigualdades en salud y agendas de las Presidencias de la UE

El papel de las Presidencias de la UE ha sido esencial para introducir la equidad en salud en la agenda de la UE. Un impulso inicial muy importante para este proceso fue el de la Presidencia portuguesa de la UE en 2000, que resaltó el papel de los determinantes de la salud. Durante la preparación del Programa de Acción Comunitaria en el ámbito de la Salud Pública, la Presidencia señaló la importancia de actuar sobre los principales determinantes de la salud en todos los sectores políticos de la Comunidad, asegurando así un elevado nivel de protección social en todas las políticas (como dispone el Tratado de Ámsterdam). Además de incidir sobre las áreas esenciales de la salud y sus determinantes, la equidad en

salud se abordó de forma más directa y clara de lo que se había hecho hasta entonces en este contexto político: “Un punto clave al que no puede darse la importancia que precisa es que existen grandes desigualdades en la UE tanto entre las poblaciones de los Estados miembros como entre los diferentes grupos de población de cada país... y entre los Estados miembros de la UE y los países candidatos...” “Todos los países europeos presentan diferencias sustanciales en la salud entre hombres y mujeres, grupos socioeconómicos y regiones. La desventaja en salud de las personas excluidas socialmente, como los migrantes, las personas sin hogar y los que llevan mucho tiempo desempleados, es particularmente llamativa y parece ocurrir en cualquier lugar, independientemente de la riqueza del país” (Ministerio de Sanidad de Portugal, 2000).

Dado que este capítulo tiene por objeto constituir una introducción general, hay un hecho en conexión con la Presidencia portuguesa de 2000 que merece ser mencionado por su importante contribución al discurso de la Unión Europea sobre las políticas de salud. Se asume, de manera general, que los cambios en la salud de la población se producen de forma lenta, a lo largo del tiempo y con un gran lapso de tiempo desde que se realiza la intervención, sin embargo existen importantes estudios sobre la esperanza de vida en la antigua Unión Soviética y Rusia que contradicen esta creencia. Durante los años de la Perestroika, la esperanza de vida se incrementó de forma significativa y rápida, y descendió bruscamente tras el derrumbe de la Unión Soviética. Pese a un incremento paulatino continuo, la esperanza de vida al nacer en Rusia no ha alcanzado aún el nivel en el que se encontraba antes del derrumbe. En un principio se pensó que estos cambios se debían fundamentalmente al consumo de alcohol (Leon D, et al., 1997). Durante el período de la Perestroika, el gobierno introdujo amplias restricciones en el acceso al alcohol, lo que se considera que produjo el rápido aumento de la esperanza de vida (Vágerö, 2000). Por otra parte, actualmente se cree que el descenso de la esperanza de vida después del cambio político fue debido a un aumento en el consumo de alcohol, sumado a un deterioro sustancial y rápido de las condiciones de vida (Alam, 2005). Este dramático y trágico caso constituye el punto de partida de un debate más amplio sobre los determinantes de la salud y la equidad en salud, y es preciso tenerlo en cuenta en la planificación, implementación y evaluación de iniciativas políticas sobre la salud y la equidad de la población.

En octubre de 2005, durante la Presidencia británica de la UE se organizó la cumbre *Tackling Health Inequalities – Governing For Health (Abordar las Desigualdades en Salud – Gobernar para la Salud)*, respaldada por dos documentos de antecedentes escritos por expertos. El Profesor Johan P. Mackenbach esbozó un panorama completo de las desigualdades en salud en Europa en la publicación *“Desigualdades en salud: perfil en Europa.”* El mensaje principal era que “las personas con un nivel educativo inferior, una clase profesional inferior, o un nivel de renta inferior tienden a morir a una edad más temprana, y a presentar un mayor prevalencia de la mayoría de los tipos de problemas de salud”. El Profesor Ken Judge y sus colegas recogieron las opciones políticas de los Estados miembros y reflejaron los desafíos y las oportunidades en la publicación *Desigualdades en salud: un reto para*

Europa, la cual fue elaborada como parte de un proyecto sobre Desigualdades en Salud financiado por la UE. Esta publicación destacó la lucha contra la pobreza y la exclusión social como clave para hacer frente a las desigualdades en salud. Se advirtieron importantes diferencias en el modo en que los Estados miembros habían respondido, hasta la fecha, a este reto. Sólo unos pocos habían puesto en marcha mecanismos especiales para coordinar la implementación de las políticas sobre desigualdades en salud, y ninguno de ellos había considerado establecer metas u objetivos explícitos relativos al gradiente entre la posición socioeconómica y el estado de salud en toda la población (Judge et al., 2006).

Durante su Presidencia de la UE en 2006, Finlandia planteó la "Salud en todas las Políticas" (STP) con el fin de exponer la importancia de tratar de forma transversal, intersectorial o interministerial las cuestiones relevantes para la salud de la población, y de mostrar las opciones para llevarlas a la práctica. El Tratado de Ámsterdam, que entró en vigor en 2006, y su obligación de garantizar un nivel elevado de protección de la salud en todas las políticas y acciones de la UE, fue la principal motivación de la iniciativa, pero ésta también se basó en la larga experiencia de Finlandia en las políticas intersectoriales para la salud y en el mayor énfasis que se da a la salud como fuente de riqueza. De esta prioridad de la Presidencia surgieron algunos mensajes, entre otros, que la salud es un valor y un activo, que las políticas tienen efecto sobre la salud, que los determinantes de la salud son los mediadores entre las políticas y los resultados de salud y su distribución entre los grupos de población, y (muy importante) que las políticas pueden afectar a la salud, a los determinantes de la salud y a la equidad en salud positiva o negativamente. Se otorgó especial énfasis al hecho de que la STP es factible, y de que existen mecanismos e instrumentos para su implementación. No obstante, se advirtió que es necesario un esfuerzo deliberado para promover la STP, y que es esencial que exista suficiente competencia en el Ministerio de Sanidad (que debe ser el principal defensor de la STP) (Ollila et al., 2006).

Diversas Presidencias de la UE han abordado la equidad en salud centrándose en las necesidades de los grupos desfavorecidos de la población. La Presidencia portuguesa de la UE de 2007 abordó las desigualdades en salud centrándose en las necesidades de los migrantes excluidos, quienes pueden encontrarse expuestos a grandes amenazas para la salud debido a procesos de exclusión social en todos los sectores. La Presidencia señaló la importancia de la salud, el acceso a los sistemas de salud y el abordaje de los determinantes de la salud como factores fundamentales para la integración y el bienestar de todos los migrantes. Se celebró una conferencia sobre *Salud y Migración en la Unión Europea*, y se editaron múltiples publicaciones, entre ellas *Salud y Migración en la Unión Europea: mejor salud para todos en una sociedad inclusiva* (Alexandre Fernandes A, Pereira Miguel J, 2008). Durante la Presidencia francesa de la UE de 2008, se celebró la primera Cumbre Europea sobre la Población Gitana, que trataba la manera de intensificar la acción intersectorial para mejorar las condiciones de vida de la población gitana. Si bien no se centró específicamente en la salud, ésta fue una de las áreas tratadas en el debate,

que se ha ido integrando posteriormente en mayor medida en el seguimiento de la Cumbre (incluida la primera reunión de la Plataforma Europea para la Inclusión de los Gitanos, que se celebró durante la Presidencia Checa de la UE). La segunda Cumbre Europea sobre la Población Gitana ha tenido lugar durante la Presidencia española de la UE (ver anexo IV).

La Comisión como promotora de la equidad en salud

El enfoque de la Unión Europea sobre la salud ha sido descrito en las Estrategias de Salud presentadas por la Comisión. Una de las cuestiones fundamentales que el Comisario David Byrne destacó en 2004, cuando se iniciaron las discusiones sobre una nueva estrategia de salud de la Unión Europea, fue la creciente diferencia entre las personas con buena salud y las personas con mala salud (Byrne, 2004). Tras una amplia consulta, la Comisión lanzó en 2007 la Estrategia de Salud de la Unión Europea 2008-2013. La Estrategia se basa en valores compartidos, uno de los cuales es la equidad. La reducción de las desigualdades en salud se consideró esencial debido a las diferencias en salud existentes entre los grupos de población y entre los Estados miembros. La promoción de la salud y el intercambio de las mejores prácticas se mencionan como las principales medidas para abordar el problema, mientras que la equidad en salud no se incluye de forma explícita (aún) en la sección de Salud en Todas las Políticas (Comisión de las Comunidades Europeas, 2007).

A pesar de la visibilidad otorgada a la equidad en salud en los últimos años, al menos con respecto a los mecanismos de financiación de la salud pública de la Unión Europea, no siempre ha sido evidente por sí misma en la agenda. Más bien ha aparecido de forma gradual, probablemente como reflejo de las tendencias del discurso mundial sobre salud pública. El Programa de Promoción de la Salud (1996-2002), predecesor de los programas integrales de salud, no contenía ninguna referencia explícita sobre equidad en salud, si bien incluía como una de sus acciones principales: "fomentar los enfoques intersectoriales y multidisciplinares de la promoción de la salud, teniendo en cuenta los factores socioeconómicos y ambientales necesarios para la salud del individuo y de la comunidad, particularmente de los grupos desfavorecidos" (Parlamento Europeo, 1996).

El Programa de Salud Pública 2002-2007 identifica el abordaje de las desigualdades como uno de los tres ejes fundamentales en los que pretende contribuir (artículo 2, 3b), e incluye más detalles sobre una de sus tres líneas de acción, los determinantes de la salud: "analizar la situación y desarrollar estrategias con el fin de identificar y combatir las desigualdades en salud, y evaluar el impacto de los factores sociales y económicos en la salud" (Parlamento Europeo, Consejo de la Unión Europea, 2002). En el Programa de Salud actual (2008-2013), la equidad en salud o, más bien, las desigualdades en salud, son una de las líneas principales de acción y se elevan, por tanto, a la categoría de la acción contra las amenazas de la salud, la promoción de la salud y la monitorización e información de la salud (Parlamento Europeo, Consejo de la Unión Europea, 2007).

Uno de los objetivos básicos de los Programas de Salud de la Unión Europea ha sido producir datos, información y herramientas en dos niveles: para los decisores políticos en la Unión Europea y para el beneficio de los Estados miembros de la UE y sus ciudadanos. Las actividades fundamentales sobre la equidad en salud se han financiado a través de estos programas, y algunas de ellas ya han concluido y están informadas. Una de las actividades clave sobre la equidad en salud es el proyecto denominado DETERMINE, cuyo objeto es describir y compartir buenas prácticas, tanto en el ámbito de la salud como en otros sectores, y en cuyo sitio web ofrece información al respecto. Otros proyectos se centran en grupos específicos, como los niños y los jóvenes, los mayores, los gitanos o los migrantes; en cuestiones de salud como el tabaco y el alcohol; o en entornos, como el lugar de trabajo. Los proyectos cubren ampliamente la monitorización de la equidad en salud, el desarrollo de indicadores para ello, y la presentación de los resultados. Las actividades relacionadas con la equidad en salud reciben financiación también de otros mecanismos de financiación de la Unión Europea, por ejemplo, el programa para el empleo y la solidaridad social PROGRESS (Parlamento Europeo, Consejo de la Unión Europea, 2006).

El Grupo de Alto Nivel sobre Salud, un grupo consultivo compuesto por funcionarios de alto rango de los Estados miembros y convocado por la Comisión, constituyó, en marzo de 2006, un grupo de expertos de la UE en determinantes sociales y desigualdades en salud. Este grupo de expertos proporciona un foro para el intercambio de información y buenas prácticas entre los Estados miembros sobre los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud. El grupo ha supervisado regularmente actividades sobre la equidad en salud en Europa y ha demostrado ser útil para el intercambio de información sobre las actividades en los Estados miembros.

Como culminación de los debates prolongados durante casi una década, la Comisión publicó una Comunicación específica en octubre de 2009 sobre la acción para la equidad en salud: "Solidaridad en materia de salud: reducción de las desigualdades en salud en la UE" (Comisión de las Comunidades Europeas, 2009a). Esta comunicación se publicó junto con un documento de trabajo (Comisión de las Comunidades Europeas, 2009b) que describe la evaluación del impacto de la Comunicación y contiene información sobre antecedentes y datos relevantes, resume las acciones de la Unión Europea para la equidad en salud realizadas hasta la fecha, y establece un marco para la acción futura. Las siguientes áreas se plantean como cuestiones fundamentales:

- el vínculo entre la salud y la riqueza: una distribución equitativa de la salud es una parte esencial del desarrollo social y económico general;
- la mejora de la base de conocimiento y datos y mecanismos de medición, monitorización, evaluación y transmisión de la información;
- la focalización en políticas de todos los sectores a todos los niveles;
- prestar atención a las necesidades de los grupos vulnerables; y
- el desarrollo de la contribución de otras políticas de la UE.

Equidad en salud en otras áreas políticas de la Unión Europea

La equidad en salud no sólo ha estado presente en la agenda de salud pública de la Unión Europea. Este reto también ha sido abordado en otras áreas políticas. En la política social se ha prestado una gran atención a la equidad en salud, y ésta se encuentra cada vez más presente en los debates sobre otras áreas políticas transversales. De entre ellas, se analizan a continuación a modo de ejemplos la Agenda de Lisboa y la Política de Desarrollo Sostenible.

La equidad en salud recibe quizás la mayor visibilidad y valor políticos en el Método Abierto de Coordinación, que se aplica a la Protección Social e Inclusión Social (MAC social). En este proceso, que afecta a áreas que se encuentran dentro de la competencia nacional, los Estados miembros han acordado presentar y debatir sus políticas, programas e intervenciones nacionales en el escenario europeo y compararlas con las de los otros Estados miembros. El resultado que se espera es un aprendizaje mutuo y un proceso natural de armonización. Un comité de expertos está analizando y debatiendo los informes nacionales; este comité presenta cada año un informe conjunto en la reunión de primavera del Consejo Europeo, en la que se reúnen los Jefes de Estado. La equidad en salud ha recibido una atención creciente en este proceso, en el que se establecen indicadores acordados en común para el proceso de monitorización que lleva a cabo Eurostat. En el informe de 2008 se realizó una referencia explícita a las desigualdades en salud y a la Salud en Todas las Políticas como contramedida. El informe de 2009 incluye una declaración más precisa sobre el papel del sistema sanitario en la producción de la equidad en salud. En esta línea, el borrador de propuestas de la Comisión para el informe de 2010 (Comunicación de la Comisión, 2010) lleva adjunto un documento que presenta un análisis en profundidad de las desigualdades en salud, con las desigualdades sociales de fondo.

La salud se "elevó" a la esfera de las políticas económicas en la Agenda de Lisboa, la cual pretende hacer de la UE un actor económico competitivo en el ámbito mundial. La Agenda de Lisboa se centra en el crecimiento económico, pero con una mayor cohesión social. Los años de vida saludable son actualmente uno de los indicadores utilizados para monitorizar el progreso de la Agenda de Lisboa en su dimensión de la salud, aunque la Comisión ha suscitado el debate sobre "si una supervisión rigurosa de los indicadores de las desigualdades de salud sería una herramienta adecuada para controlar su (de la Agenda de Lisboa) dimensión social" (Comisión de las Comunidades Europeas, 2009a).

Aunque la salud debería desempeñar al menos un papel significativo en el proceso de desarrollo sostenible, si no constituir una de sus piedras angulares, de manera general se le ha dado sorprendentemente poca relevancia, pese al hecho de que los objetivos de promoción de la salud de la población y el desarrollo sostenible se solapan completamente en muchos casos. La revisión de la Estrategia de Desarrollo Sostenible de la Unión Europea en 2006 fue una excepción, pues prestó gran atención a la salud y a las repercusiones sobre la salud en general.

Se ha asumido un compromiso concreto para promover la equidad en salud: "Reducción de las desigualdades en salud en los Estados miembros y entre ellos, abordando los principales determinantes de la salud, y mediante estrategias adecuadas de promoción de la salud y de prevención de enfermedades. Las acciones deberían tener en cuenta la cooperación internacional en foros como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Consejo de Europa, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)". Por tanto, la decisión aplica de forma interesante el concepto de Salud en Todas las Políticas a la interacción entre los actores a nivel mundial, y hace lo mismo con respecto a la acción transversal en las políticas de la UE. También en este terreno existe un debate aún no finalizado sobre si los indicadores de las desigualdades en salud deberían incluirse en la monitorización del progreso (Consejo de la Unión Europea, 2006).

En las iniciativas más importantes de la Comisión se lleva a cabo un análisis del impacto, y la salud se incluye como una de las áreas a analizar. En principio, esto supondría un excelente instrumento para observar la salud y el impacto de la legislación en la equidad en salud en otras áreas distintas a la salud. De acuerdo con una revisión reciente, el análisis del impacto centrado en salud parece ser una oportunidad poco aprovechada (Stahl, 2009).

La OMS y las desigualdades en salud

La OMS ha mostrado de múltiples maneras la dirección a seguir en lo relacionado con la equidad en salud a la Unión Europea y a sus Estados miembros. Mientras que estos últimos sólo hace relativamente poco tiempo que han establecido los valores básicos de los sistemas de salud en las Conclusiones del Consejo Europeo y en la Resolución del Consejo de Salud en relación al debate sobre movilidad de pacientes, una base de valor sólida ya se encontraba en el núcleo de operaciones de la OMS, que es el organismo especializado en la salud en la ONU. La Constitución de la Organización, tras ofrecer una definición integral y positiva de la salud, establece que "disfrutar del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano...". No sólo se enfatiza como valor la salud, sino que más allá en la Constitución se plantea como valor la equidad en salud entre los países: "el desarrollo desigual entre naciones en promoción de la salud y control de las enfermedades, en especial de las enfermedades no transmisibles, es un peligro común".

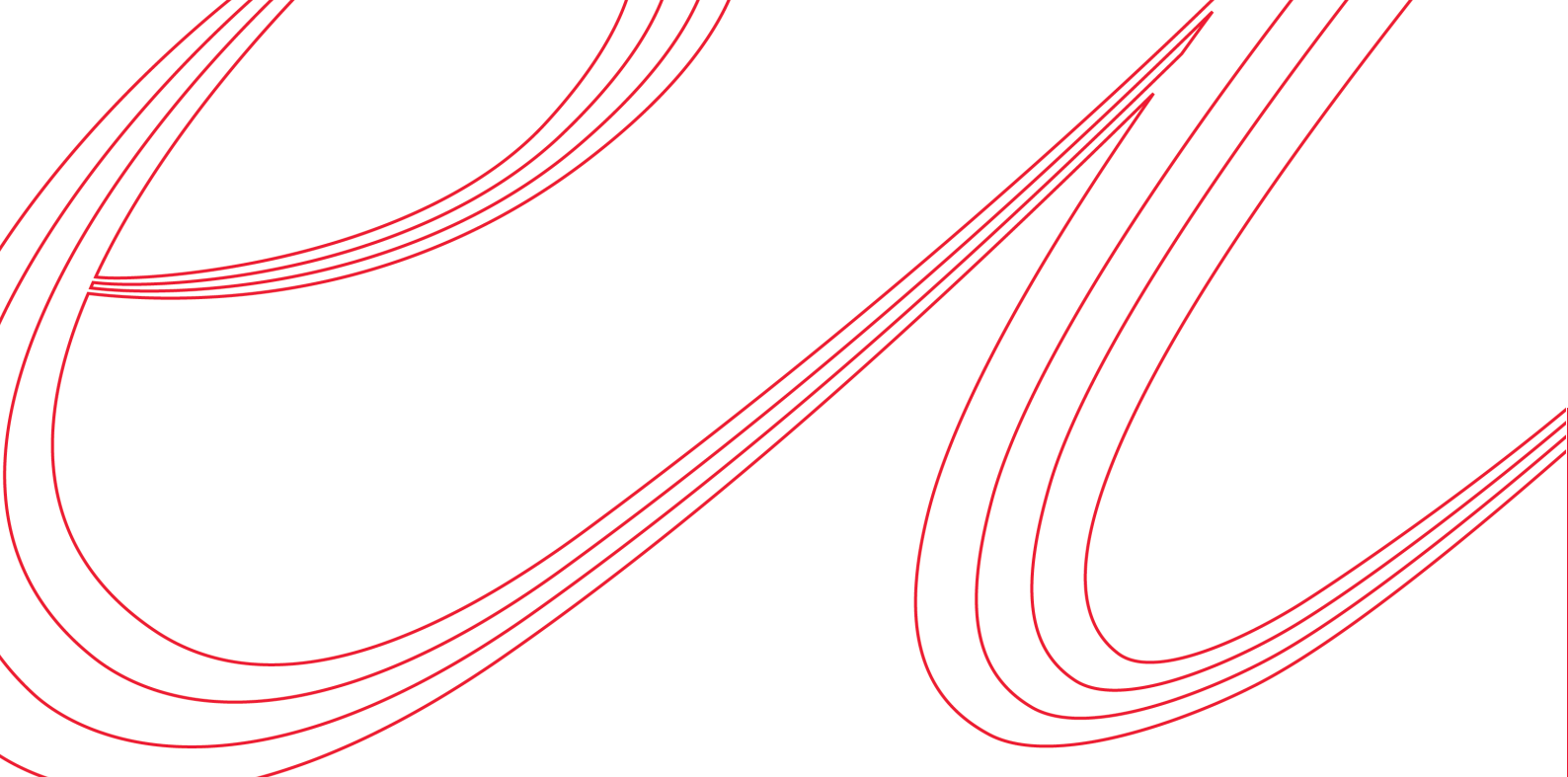
En 1977, la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud WHA 30.43 (Asamblea Mundial de la Salud, 1977) decidió que el objetivo social principal de los gobiernos y la OMS en las próximas décadas debía ser: "el logro antes del año 2000, para todos los ciudadanos del mundo, de un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva". Posteriormente, en 1979, la resolución WHA 32.30 de la Asamblea Mundial de la Salud (Asamblea Mundial de la Salud, 1979) instó a los Estados miembros a definir e implementar estrategias a nivel nacional, regional y mundial, para alcanzar la meta de "Salud para todos en el año 2000". En 1981, la OMS lanzó una "Estrategia Mundial de la Salud para Todos en el Año 2000" (SPT). La equidad en salud no se encontraba

entre los objetivos específicos. Desde entonces, las circunstancias han cambiado y se ha otorgado un papel principal a la equidad en salud y a los determinantes de la salud en todo el mundo. Por ejemplo, el Objetivo Estratégico 7 del Plan Estratégico a Medio Plazo de la OMS (2008-2013) es: "abordar los determinantes sociales y económicos subyacentes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos" (OMS, 2008a). De forma paralela, la equidad y la preocupación por las poblaciones más vulnerables aparecen reflejadas en los otros Objetivos. Una de las líneas de acción, en la que se ha señalado la equidad de manera sistemática como uno de los valores básicos, ha sido en las sucesivas Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud.

La Oficina Regional de la OMS para Europa tiene una larga historia en la inclusión de la equidad en documentos estratégicos. La equidad en salud se incluyó en la Estrategia SPT de la Región Europea desde su creación en 1980 y a lo largo de una serie de tres actualizaciones, la última realizada en 2005 (Oficina Regional de la OMS para Europa, 1982, 1985, 1991, 2005). La actualización más reciente subraya los principios (la equidad, en particular) e incluye objetivos cuantificables relativos a aumentar la salud de las poblaciones más desfavorecidas. También es destacable que la primera Conferencia de Promoción de la Salud (con la equidad como valor esencial, como se ha referido anteriormente) fue una iniciativa de la Oficina Regional de la OMS para Europa en 1984.

Otro reciente esfuerzo concreto y visible que refleja los principios de la OMS en términos de equidad en salud fue introducido a nivel mundial por el anterior Director General Lee Jong-Wook, que atrajo la atención hacia el hecho de que en todo el mundo, las personas pobres y pertenecientes a grupos socialmente desfavorecidos enferman y mueren antes que las personas que disfrutan de una posición social más privilegiada. En 2005, el Dr. Lee creó la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud. Esta Comisión recopiló una gran cantidad de evidencias sobre los determinantes sociales de la salud con el apoyo de diversas redes de conocimiento mundiales y de otras iniciativas. El informe final de la Comisión se publicó en agosto de 2008, y contenía tres recomendaciones fundamentales: mejorar las condiciones de vida cotidianas; abordar la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos; y medir y analizar el problema y evaluar el impacto de la acción. La Asamblea Mundial de la Salud debatió el informe en su 62ª sesión, recomendó acciones a los Estados miembros (Asamblea Mundial de la Salud, 2009) y solicitó al Director General que se continuara con el trabajo y se presentara un informe a la Asamblea transcurridos tres años. De nuevo, en la Región de Europa, la acción se llevó a cabo de forma anticipada: en 2002 el comité regional adoptó una Resolución sobre pobreza y salud (Comité Regional, 2002) y (en cooperación con el Gobierno de Italia) designó una oficina encargada de apoyar a los Estados miembros para abordar los determinantes socioeconómicos de la salud.

La Oficina Regional de la OMS para Europa también parece ser precursora en la cuestión de la riqueza de la salud. Mientras que, excepto el sector de servicios



sanitarios, la salud pública y, en particular, la promoción de la salud, disfrutaron de unos principios sólidos durante la última mitad del siglo XX, a la salud como fuente de riqueza se le otorgó relativamente poca importancia. La Oficina Regional ha realizado, desde entonces, un trabajo exhaustivo, en parte con el apoyo y colaboración de la Unión Europea, para comprender las repercusiones económicas de la salud tanto en el plano social como en el individual. Esto se elevó a la agenda política en la Conferencia de Tallin sobre los sistemas sanitarios, organizada por la Oficina Regional para Europa en 2008. La Carta de Tallin vinculó el valor de la salud y su repercusión en la riqueza: “más allá de su valor intrínseco, una mejora de la salud contribuye al bienestar social a través de su repercusión en el desarrollo económico, la competitividad y la productividad. Los sistemas sanitarios de alto rendimiento contribuyen al desarrollo económico y a la riqueza”. Igualmente: “...hoy en día, es inaceptable que las personas caigan en la pobreza como resultado de una mala salud”. Se adquirió un compromiso definitivo con la equidad: “nosotros, los Estados miembros, nos comprometemos a... promover los valores compartidos de solidaridad, equidad y participación a través de políticas de salud, asignación de recursos y otras acciones, garantizando que se presta la atención debida a las necesidades de los pobres y de otros grupos vulnerables...” (Oficina Regional de la OMS para Europa, 2008).

Consideraciones para avanzar

El discurso sobre la salud pública ha cambiado de forma notable en el ámbito mundial desde la década de 1990 (McQueen et al., 2007). Se ha prestado cada vez más atención a los sistemas de salud, su repercusión sobre la salud de la población y sobre la sociedad en su conjunto (incluida la economía); el amplio enfoque de “producción” de salud y de equidad en salud; y, en consecuencia, la acción intersectorial para la salud o STP, conforme a la sugerencia de la Presidencia Finlandesa de la Unión Europea. Puesto que los enfoques individuales y colectivos sobre la salud parecen variar, la combinación de

conceptos que actualmente caracterizan la salud pública refleja cierto tipo de nueva agenda colectiva, sin olvidar la salud como valor básico y derecho humano, pero prestando atención a la realidad social. Es interesante observar cómo la salud parece al mismo tiempo estar cada vez más politizada.

El creciente compromiso de la Unión Europea para trabajar en la equidad en salud es reseñable, pues el objetivo fundamental de la Unión es promover el crecimiento económico. Para convertir este compromiso político en una acción que también cubra realmente las áreas principales de las políticas de la Unión Europea, es necesario incluir una buena recogida de datos con su análisis correspondiente, y mostrarlos a los responsables de la toma de decisiones y a los ciudadanos. Los datos y la información también precisan ser recopilados no sólo a partir de resultados de mala salud, sino también de políticas y de medidas, así como de resultados de salud. Los Ministerios de Sanidad de los Estados miembros deben ser capaces de captar, comprender y convertir esta información en acciones en sus diversos contextos sociales, culturales y políticos.

El reto de eliminar las desigualdades es grande y el sector sanitario no puede lograrlo por sí solo. Es precisa la acción intersectorial a escala mundial entre las organizaciones internacionales, en los diferentes sectores políticos de la Unión Europea y a nivel nacional y regional en todos los sectores del Gobierno. Existen mecanismos intersectoriales en todos los Estados miembros, pero se necesitan esfuerzos para utilizarlos mejor y desarrollar nuevos vínculos formales e informales con otros sectores para crear políticas para la sociedad que propicien la salud, y esto requiere tanto capacidad como recursos. No existe una fórmula única que pueda recomendarse: en este caso no todo vale. No obstante, una información fiable y que pueda ser comparada es un punto de partida muy importante.

III. MONITORIZACIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y REDUCCIÓN DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD EN LA UE: ASPECTOS GENERALES

Ritu Sadana, Grupo de Investigación y Evidencia de la Información, Organización Mundial de la Salud.

Chris Brown, Oficina Europea para la Inversión en la Salud y el Desarrollo, Oficina Regional de la OMS para Europa.

Ahmadreza Hosseinpoor, Grupo de Investigación y Evidencia de la Información, Organización Mundial de la Salud.

Jennifer Lee, Grupo de Investigación y Evidencia de la Información, Organización Mundial de la Salud.

Peter Goldblatt, Departamento de Epidemiología y Salud Pública, University College de Londres.

Este capítulo analiza los retos y las oportunidades relativas a la monitorización de los determinantes sociales de la salud (DSS) y la reducción de las desigualdades en salud en la UE. Aborda las siguientes cuestiones: selección de objetivos e indicadores para la monitorización de los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud; oportunidades para reforzar los esfuerzos de monitorización y evaluación, que incluyen la mejora y la interconexión de las fuentes de datos y el incremento de la desagregación de datos; el refuerzo de las encuestas de la UE para abarcar más países y vigilar con mayor eficacia la aplicación de políticas intersectoriales y su repercusión en las desigualdades en salud; el desarrollo de políticas y acciones informativas sobre los determinantes sociales de la salud que incorporen una perspectiva de equidad; y métodos para incidir en las prioridades de investigación hacia la mejora de la monitorización de las desigualdades en salud. El capítulo concluye con algunas opciones que pueden contribuir al avance de la agenda de la UE en esta área. El Anexo V, sub-anexo A, complementa este capítulo identificando enfoques apropiados para la medición.

La importancia de la monitorización de los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud entre la población de la UE

Existen diferencias importantes y evitables en los resultados de salud de los Estados miembros de la UE y entre ellos, y existen indicios de que en numerosos países estas diferencias están aumentando. El conocimiento existente presenta lagunas, en particular en lo referente a la repercusión y a la efectividad de las políticas de salud y de otros sectores para reducir las desigualdades en salud. La falta de información apropiada, disponible y comparable en cada uno de los países y en la UE es uno de los principales obstáculos para lograr un mayor conocimiento y un análisis efectivo de cómo reducir las desigualdades en salud.

Los sistemas de monitorización recogen datos de indicadores específicos para proporcionar a los agentes información sobre el grado de progreso y el cumplimiento de objetivos en un momento determinado o a lo largo del tiempo (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2001). Es necesaria una mejora de la monitorización de las desigualdades en salud y de los determinantes sociales de estas desigualdades para apoyar la formulación y evaluación de políticas e intervenciones con la extensión, tamaño e intensidad necesarias en una diversidad de sectores. La información apropiada facilita la fijación de objetivos, ayuda a incrementar la transparencia y la responsabilidad revelando el progreso hacia objetivos de equidad en salud, dentro y fuera del sector sanitario, y permite una mejor asignación de los

recursos documentando el grado de necesidad y los beneficios potenciales del gasto público. Esto también proporciona unas bases útiles para la evaluación, por ejemplo, la valoración sistemática y objetiva de un proyecto, programa, o política en curso o acabado, incluyendo su diseño, ejecución, rendimiento o resultados (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2001).

La reducción de las desigualdades en salud requiere acciones sobre los determinantes sociales de la salud (DSS), y estas acciones no atañen sólo al sector sanitario, sino también al conjunto de la sociedad (CDSS, 2008). Los sectores no sanitarios influyen directa o indirectamente sobre los DSS y en el camino hacia los resultados de equidad o inequidad. Sin una imagen explícita de la distribución de la salud y de sus determinantes sociales, a través de una monitorización adecuada, la conciencia y la responsabilidad para reducir las desigualdades en salud, absolutas o relativas, son limitadas. La responsabilidad en lo que respecta a las injusticias creadas o perpetuadas por políticas y programas, tanto dentro de los sectores como entre ellos es limitada, mientras que la evaluación de las intervenciones desconozca si las desigualdades aumentan, disminuyen o permanecen estancadas a lo largo del tiempo (Sadana et al., 2007a). Los sistemas de monitorización deberían incluir indicadores que midan los DSS y los métodos de conexión de datos de los diferentes sectores, para poder entender su repercusión a la hora de reducir o perpetuar las desigualdades en salud. También deberían incluir un balance de medidas que refleje los factores que incrementan el riesgo de mala salud, y los que protegen y promueven el bienestar y el desarrollo de las poblaciones a lo largo de su vida.

Las desigualdades en salud en Europa tienen lugar entre los más desfavorecidos y el resto de la población, así como entre diferentes grupos de población y todos los grupos socioeconómicos (Donkin, Goldblatt & Lynch, 2002; Kunst, 2008; Marmot et al., 1997; Marmot, 2005; Mackenbach et al., 2008). Existe un gradiente social ya se compare la esperanza de vida, los riesgos para la salud o los niveles de morbilidad entre subgrupos de población, basado en varios indicadores socioeconómicos (Comisión Europea, 2009). Centrarse de manera tradicional en conjuntos de resultados de salud o simples medias de datos oficiales implica que la equidad en salud y sus causas económicas, sociales y políticas permanecen relativamente invisibles (Whitehead, 2009). Como tales, los sistemas de monitorización deben ser sensibles para captar las desigualdades de todo el gradiente social, en lugar de centrarse únicamente en medias de población o en grupos vulnerables conocidos.

Selección de objetivos e indicadores relevantes para la equidad en salud

El fortalecimiento de los sistemas nacionales, regionales y mundiales para vigilar los DSS y catalizar las acciones para reducir las desigualdades en salud precisa del establecimiento de normas y estándares de objetivos e indicadores clave. Estos deberían permitir la monitorización del progreso y la evaluación de lo que funciona y lo que no funciona en diferentes contextos y a lo largo del tiempo (Murray, López & Wibulpolprasert, 2004). Para la equidad

en salud, unos objetivos e indicadores acordados podrían ilustrar la distribución de la salud, los logros en los derechos humanos y las barreras de acceso, así como ofrecer una visión de las perspectivas intersectoriales en la planificación de las intervenciones para apoyar a los sectores de población más vulnerables y a los de todo el gradiente social (Bambas, 2005).

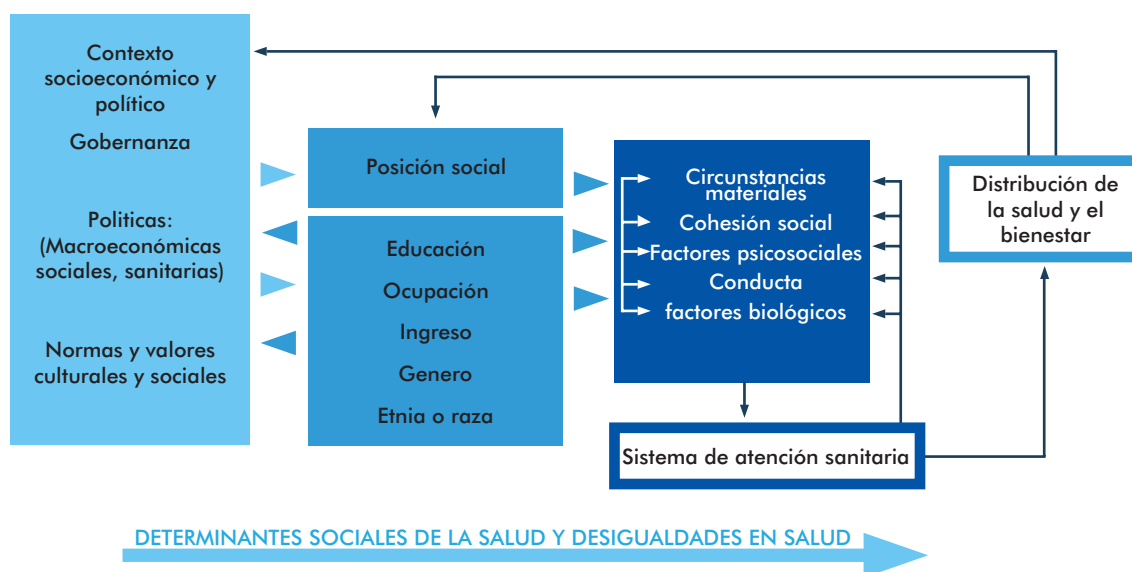
Los objetivos son aquellos logros que podría alcanzar un país, sociedad u organización dentro de un periodo de tiempo específico. También identifican el resultado esperado y deseado de un programa, intervención o política. Generalmente reflejan resultados y requieren líneas base (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2001). Los indicadores son las medidas cuantitativas o cualitativas que proporcionan un medio válido y fiable para medir el progreso hacia el objetivo indicado o el logro del mismo, así como el resultado (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2001).

La selección de los objetivos a medir puede basarse en prioridades políticas y en el desarrollo subnacional, nacional, regional o mundial, o en el contexto del país o región, y frecuentemente refleja indicadores existentes medidos en un área definida. Los procesos políticos nacionales son importantes para seleccionar los objetivos, establecer enfoques para cumplir objetivos y asegurar la responsabilidad hacia el progreso. Los objetivos mundiales de equidad en salud propuestos en el informe de la CDSS (2008, página 197) ilustran lo que podría servir de puntos en común. Sin embargo, requerirían una adaptación al contexto de la UE, incluyendo el perfil epidemiológico, y estarían determinados por procesos nacionales o subnacionales. Los objetivos relevantes para Europa, sin duda, se fundamentarían en los debates y avances de los últimos años (Whitehead, Scott-Samuel, & Dahlgren, 1998; Marmot, 2010).

La utilidad de un indicador está en función de lo que mide realmente y de cómo puede utilizarse esta información, ya sea como apoyo, para establecer la agenda, como aportación al establecimiento de prioridades, para políticas o marcos de responsabilidad. El reto es identificar los datos necesarios y la forma de construir cada indicador de manera que esto quede totalmente claro para los diferentes agentes y grupos objetivo. Para la monitorización de la equidad en salud, las medidas más sencillas pueden resultar más transparentes y fáciles de interpretar que los complejos indicadores de síntesis. Esto adquiere mayor relevancia cuando utilizamos y comunicamos datos a través de fronteras nacionales, debido a las inevitables cuestiones de comparación e interpretación que ello suscita (RMS, 2008). En Europa, la selección de indicadores también podría reflejar lo que resulta útil tanto dentro de la UE como para otros Estados miembros de la Región Europea de la OMS.

El marco que describe la producción de desigualdades en salud (Figura 1), adaptado del modelo Diderichsen (Diderichsen & Hallqvist, 1998; Diderichsen, Evans & Whitehead, 2001; Solar & Irwin, 2007), contribuye a identificar los indicadores para la monitorización de los sistemas que abordan los DSS y las desigualdades resultantes.

Figura 1. Marco de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) que relaciona los determinantes sociales de la salud y la distribución de la salud.
Fuente: CDSS, 2008 (p. 43). Prohibida su reimpresión no autorizada.



El cuadro posee cuatro componentes. El “contexto” social, económico y político de una sociedad determina hasta qué punto las sociedades se encuentran estratificadas, cómo se distribuyen y utilizan en la población el activo y el déficit, y la consecuente distribución de la salud. Los determinantes intermediarios son las vías que conducen de las causas raíces a las diferencias en salud. Estos determinantes incrementan o disminuyen los riesgos o vulnerabilidades diferenciales, tales como las circunstancias materiales (por ejemplo, la vivienda, el medio ambiente, el potencial de consumo de alimentos, la ropa, etc.), los factores psicológicos (acontecimientos vitales negativos, estrés laboral, etc.), las interacciones entre factores de comportamiento (por ejemplo, el tabaquismo, el consumo de alcohol, la dieta), y los factores biológicos. Los sistemas de salud son también, en sí mismos, un determinante importante de la salud que puede mitigar o empeorar los efectos de las condiciones materiales, psicosociales o de comportamiento perjudiciales.

Para apoyar a la CDSS, la OMS recabó criterios para abordar la monitorización mundial y las estadísticas de salud específicas de la equidad en salud y de los DSS (Sadana et al., 2007a). Basándose en los datos disponibles, los indicadores recomendados para la monitorización de las desigualdades en salud cubren un amplio espectro de tipos de determinantes (desde las causas raíces hasta las condiciones de riesgo) y un abanico de resultados de salud directamente ligados al marco de la CDSS. Basándose en una revisión de los datos mundiales existentes, la OMS identificó unos 25 indicadores que cubrían cada uno de los cuatro componentes del marco como candidatos potenciales para una monitorización mundial (Sadana et al., 2007). Esta revisión sienta las bases para la aplicación de indicadores en diferentes países, tal como figura en el informe final del prof. Marmot “Sociedad Justa, Vidas Saludables” (Marmot MG et al., 2010). Estos indicadores podrían emplearse para programas de monitorización a nivel mundial y regional para ampliar la comparabilidad de los determinantes monitorizados, por ejemplo en el marco del

Observatorio de Salud Mundial de la OMS, que actualmente se encuentra en construcción.

Las políticas de la UE confirman la necesidad de incorporar las dimensiones de los determinantes sociales y de equidad en los mecanismos de monitorización existentes en toda Europa. La Estrategia de Lisboa (2000-2010), como objetivo político estratégico general de la UE, está dirigida a estimular el crecimiento económico y el empleo, manteniendo a la vez un alto nivel de protección social. La inclusión de los años de vida saludable como un indicador estructural clave del éxito constituye un logro importante de dicha Estrategia. Los componentes sociales (y de salud) de la Estrategia de Lisboa podrían reforzarse garantizando una mayor complementariedad con la Estrategia de Desarrollo Sostenible (EDS) (2006-2010), que hace hincapié en los principios medioambientales, sociales y de salud pública. El principio orientador 6 (de 10) de esta Estrategia subraya: “la Comisión y los Estados miembros promoverán una salud mejor y la prevención de las enfermedades abordando los determinantes de la salud en todas las políticas y actividades relevantes” (Lavin & Metcalfe, 2008). En algunos casos pueden desarrollarse nuevos indicadores para la monitorización del progreso hacia los objetivos de las políticas de la UE.

En el ámbito nacional, algunos países europeos han establecido objetivos políticos para reducir las desigualdades en salud en un número limitado de indicadores, tales como el índice de mortalidad infantil o la esperanza de vida. Dentro del sector sanitario, los Estados miembros de la UE ya han acordado asumir el objetivo de abordar las desigualdades en resultados de salud respaldando un conjunto común de indicadores basado en las estadísticas de salud pública de Eurostat.

Oportunidades para reforzar los esfuerzos de monitorización y el papel de la UE

Se precisa una visión clara para no limitarse a mejorar

ligera o progresivamente las fuentes de información existentes y tomar en consideración las innovaciones que ofrezcan un cambio paradigmático en el enfoque de la recopilación, el análisis y la aplicación de datos, reflejando quizá una combinación de métodos estadísticos y mejoras tecnológicas coordinadas en Europa, implicando, por ejemplo, a la UE, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico y la Oficina Regional para Europa de la OMS.

Los datos de salud suelen generarlos directamente las

poblaciones o las instituciones (RMS, 2008), y sus fuentes habituales se recogen en la Tabla 1. Las fuentes de datos basadas en la población incluyen censos, registros civiles, encuestas de hogares y otras encuestas relativas a la población. Dichos datos se refieren a la totalidad de la población y no sólo a los usuarios de los servicios de las instituciones. Las fuentes basadas en las instituciones generan datos como resultado de sus actividades administrativas y de funcionamiento.

Tabla 1. Fuentes de información de la salud y estratificadores de equidad/ posición social
Fuente: Adaptado de la RMS (2008).

Tipo	Indicadores de salud	Estratificadores de equidad
Basadas en la población		
Estudios	Un amplio abanico de indicadores de resultados de salud y servicios, por ejemplo, mortalidad, morbilidad y acceso, utilización y costes de los servicios sanitarios.	La mayoría de estratificadores: Sexo, estatus socioeconómico, etnia/ raza, área geográfica.
Censos	Información limitada del estado de salud, mortalidad materna.	Estratificadores más importantes: Sexo (siempre), estatus socioeconómico, etnia/ raza, área geográfica (la mayoría de las veces).
Registros civiles	Mortalidad, causa de la muerte (algunas veces).	Sexo y área geográfica (habitualmente), educación/ ocupación (algunas veces).
Basadas en las instituciones		
Registros individuales	Un amplio abanico de indicadores que dependen de las instituciones, casos individuales de enfermedad y otros episodios de salud recabados por sistemas de supervisión y programas de enfermedades y condiciones específicas, episodios con consecuencias importantes para la salud producidos en otros sectores (por ejemplo, lesiones involuntarias, homicidios, suicidios, accidentes de tráfico, incidentes medioambientales o meteorológicos y alertas de seguridad alimentaria o de productos), datos de la densidad y distribución de instalaciones sanitarias, recursos humanos sanitarios, presupuestos y gastos, medicamentos y otros productos importantes, y servicios clave.	Área geográfica, sexo (algunas veces).
Registro de Servicios		
Información financiera y de control de recursos		

Retos para los esfuerzos de monitorización actuales

En la mayoría de los países, los sistemas de información sobre salud no están diseñados para generar, sintetizar o divulgar datos e información de forma rutinaria sobre 1) DSS; 2) desigualdades en salud; o 3) asociaciones entre los anteriores (Sadana et al., 2007a; Abouzahr & Boerma, 2005). Estas limitaciones tienen lugar tanto en el sector sanitario, como en otros sectores que contribuyen a la salud.

Por lo general las medidas de salud no se encuentran bien conectadas a los sistemas de monitorización política de otros sectores y, en los casos en los que sí lo están, su acceso y uso en la toma de las decisiones políticas es limitado. Esto supone un gran obstáculo para lograr un mayor entendimiento y orientar las políticas dirigidas a abordar los

DSS y las desigualdades en salud. Los países que no cuentan con datos que les permiten establecer un vínculo técnico entre las condiciones de salud y las condiciones sociales, o cuyo acceso es limitado, también se enfrentan a un mayor riesgo de sesgo al informar sobre las desigualdades en salud, y a la posible inadecuación de las respuestas políticas y la inversión en programas posteriores. Un estudio desarrollado por Shkolnikov et al (2007) documenta cómo los estudios basados en datos no vinculados llevan a subestimar la mortalidad de los grupos desfavorecidos o a sobrestimar la mortalidad de grupos favorecidos.

En Europa suelen darse los siguientes casos: 1) las políticas amplias tienden a dirigirse a grupos vulnerables, y no a todo el gradiente social; 2) la monitorización de la media de las mejoras sigue siendo la norma, y no la monitorización de cómo se distribuyen las mejoras por toda la población; y 3)

raramente se hace uso de la equidad en salud como una medida estándar para el avance y el impacto de las políticas de desarrollo, ya que éstas tienden a centrarse en objetivos de desarrollo económico.

Un buen número de estudios y fuentes de datos nacionales y europeos existentes no cuentan con estratificadores de equidad, lo que imposibilita la desagregación del estado de salud en la población o la monitorización de base institucional. A pesar de los esfuerzos de muchos institutos de estadística nacionales para incrementar la armonización, no han posibilitado la medición de las desigualdades en salud en todo el gradiente social (Instituto Nacional Finandés de Salud Pública, 2002). No obstante, los mecanismos existentes para la recopilación de datos en la UE registran información con arreglo a la Nomenclatura de las Unidades Territoriales Estadísticas (NUTS), a pesar de que existen datos limitados para comprender las variaciones entre los grupos sociales y las localidades de cada área administrativa.

La medición de los estratificadores de equidad no es siempre un proceso claro y sencillo, pues carece de conjuntos de normas o de datos estándar, por ejemplo, la medición del estatus económico cuando no se dispone de datos sobre la renta o los gastos. Dependiendo del enfoque de estratificación, la pauta social de cada medida, determinante o consecuencia de salud adoptará una forma distinta. A pesar de que a menudo la educación, la renta y el nivel profesional se emplean de forma intercambiable para determinar el estatus socioeconómico, la relación entre estas mediciones y los resultados de salud reflejan fenómenos y mecanismos causales distintos (Geyer et al., 2006). Siempre que sea posible, se deberá hacer uso de los tres criterios (Masseria, 2009). Asimismo, es necesario reconocer las interacciones complejas entre género, sexo y otros estratificadores sociales. Por ejemplo, el efecto perjudicial de un estatus socioeconómico bajo sobre la salud de la mujer suele acompañarse de desigualdades de género (OMS, 2009). Aunque la desagregación de datos en función del sexo es uno de los primeros pasos para el análisis de las desigualdades de género, no basta para comprender y documentar todos los determinantes sociales que contribuyen a las mismas (Rohlf et al., 2007).

Todos los países disponen de encuestas de salud pero, en gran parte de ellos, especialmente en el caso de los miembros más recientes de la UE, existen restricciones en relación con el tamaño y el carácter representativo de las muestras, así como con la naturaleza y la frecuencia del seguimiento (Bobak, 2009). Además de los 27 Estados miembros de la UE, hay aproximadamente otros 25 países que pertenecen a la Oficina Regional de la OMS, en los que los datos comparativos nacionales o transnacionales sobre las desigualdades en salud son igualmente limitados. No obstante, existen mecanismos como las herramientas de preadhesión a la UE que pueden mejorar esta situación. Una perspectiva general sistemática de las ventajas y los inconvenientes de las encuestas actuales de la UE para la recopilación de información de la salud se encuentra disponible (Masseria et al., 2007).

Vías para reforzar los sistemas de monitorización de la UE

La recopilación de datos en toda la UE puede ser una manera rentable de mejorar la base del conocimiento para la elaboración de políticas nacionales y para permitir a los países aprender los unos de los otros (Xavier, Price & von Nordheim, 2009). Las fórmulas para mejorar la disponibilidad de datos incluyen una mayor aplicación de las

encuestas de la UE existentes (por ejemplo, renta y condiciones de vida (EU-SILC), Encuesta Europea de Salud por Entrevista y la Encuesta de la UE sobre discapacidades), así como un mayor cumplimiento de las normativas concernientes a todos los campos de estadísticas de salud pública. Se podría hacer uso de estos avances para identificar indicadores comparables en el tiempo y en toda la UE (Masseria et al., 2007). Asimismo, también se podría buscar la coherencia con otros conjuntos de datos transnacionales o mundiales. Los avances en los datos comparables en Europa deberían complementar y no limitar el estatus o los estándares de las encuestas nacionales exhaustivas existentes que permiten la realización de análisis desagregados de subpoblaciones válidos y detallados.

La futura coordinación internacional del diseño de encuestas (como un conjunto fundamental de indicadores y de estratificadores de equidad) y su aplicación puede facilitar y mejorar las comparaciones transnacionales y reforzar los sistemas de monitorización de la UE. Estudios preliminares realizados por investigadores de la UE sobre las desigualdades socioeconómicas y resultados de salud han revelado hallazgos clave sobre la relación entre el estatus socioeconómico y los resultados de salud, en relación con los subgrupos que se comparan, y han permitido la identificación de indicadores y el desarrollo y recomendaciones de metodologías nuevas para la realización de análisis (Marmot et al., 1991; Mackenbach & Kunst, 1997; Kunst, 2008) (véase Anexo V, subanexo B). Este trabajo ha generado una monitorización mayor en Europa y en el mundo de las desigualdades en salud, y podría constituir una base para fortalecer los futuros esfuerzos regionales y mundiales.

En la UE se han adoptado otras medidas para mejorar la monitorización y el establecimiento de contactos entre los Estados miembros y los agentes clave. La medición y el fomento del progreso de las sociedades en todas sus dimensiones (económica, social y medioambiental) a través de mecanismos de responsabilidad y desarrollo mundial están adquiriendo una importancia creciente. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio suponen un paso clave en esta dirección. Varias instituciones y organizaciones, incluida la CE, han firmado también la Declaración de Estambul para mostrarse en favor de mayores esfuerzos de monitorización nacionales (de Looper & Lafortune, 2007). El reciente informe de la Comisión Sarkozy respalda igualmente los indicadores de desarrollo equitativo y sostenible sobre la primacía del Producto Interior Bruto (PIB) (Stiglitz, Sen & Fitoussi, 2009). Una medición de salud entre la población que fuera más allá de la mortalidad, como la distribución de los Años de Vida Saludable (AVISA) analizados en virtud de condicionantes sociales, también supondría un gran paso adelante.

La calidad de los datos y de los indicadores relativos a la salud en los sistemas de información sanitaria de la UE se podría beneficiar de mejoras en los siguientes criterios, que desarrollarían el Marco para Evaluar la Calidad de los Datos (MECAD) y el Sistema General de Difusión de Datos (SGDD) del FMI (RMS-Red de la Métrica de Salud, 2008):

- *Puntualidad y periodicidad.* Todos los países necesitan un conjunto mínimo de indicadores de salud definidos de manera nacional de uso regular en la planificación, la monitorización y la evaluación de programas nacionales. Los datos relativos a estos indicadores se deben recabar de forma rutinaria para permitir la evaluación de tendencias con una frecuencia en la elaboración de los informes dependiente del tipo de indicadores y de la probabilidad de cambio (RMS, 2008).

- **Comparación y armonización.** Datos de buena calidad no necesariamente equivalen a datos comparables. Es necesario mejorar los esfuerzos de armonización para facilitar la medición de un conjunto más amplio de desigualdades sociales. Se puede hacer uso de otras fuentes de datos dentro y fuera del sector sanitario para evaluar la asociación entre la salud y las condiciones sociales, mientras que el estándar ideal sería un identificador único, como ya se hace en distintos países de la UE. Un protocolo común y la armonización de los términos y de los estándares de recopilación de datos mejorarían la comparación, si bien dependen de las prioridades políticas acordadas en toda la región (Masseria et al., 2007).

- **Accesibilidad.** Dadas las limitaciones que la normativa de la UE supone para el acceso a datos desagregados y para su uso, existe una necesidad expresa de desarrollo de unos estándares internacionales para la recopilación y el intercambio de datos desagregados y su uso para facilitar la accesibilidad mientras que se garantiza la protección, la privacidad y la seguridad de la información personal.

Se han realizado esfuerzos para mejorar los sistemas de información de la salud en la UE. La UE ha facilitado mecanismos en toda la región para mejorar la recopilación, estandarización, comparación, calidad, utilización y divulgación de datos sobre cuestiones sociales y relativas a la salud. En 2005 se creó un grupo de expertos para revisar las pruebas e intercambiar información sobre las políticas y la práctica, con una serie de programas de salud de la UE a favor de iniciativas sobre las desigualdades en salud:

- El Grupo de Trabajo sobre Indicadores de Salud coordina transversalmente todas las actividades del apartado de Información de la Salud del Programa de Salud Pública de la UE para asegurar que los indicadores se desarrollan de acuerdo con las necesidades de los sistemas europeos de información y conocimiento de la salud, y que se crean los requisitos previos para la aplicación de los indicadores. La Monitorización de Indicadores de Salud de la Comunidad Europea (ECHIM) es un proyecto a tres años (diciembre de 2011) cuyo objetivo es el desarrollo y la aplicación de indicadores de salud y monitorización de los mismos en la UE y en todos los Estados miembros de la UE.

- Asimismo se desarrolló el Panel de Hogares de la UE (ECHP) y su sucesor, la Encuesta de la UE sobre la Renta y las Condiciones de Vida (EU-SILC), y se incluyeron módulos especiales de salud en las encuestas del Eurobarómetro. La financiación europea también ha permitido la creación de la Encuesta sobre Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (SHARE), que recopila datos sobre individuos de 50 años de edad o mayores, y el reciente desarrollo de la Encuesta Europea de Salud por Entrevista (ECHIS). Actualmente se están llevando a cabo esfuerzos en la UE para recopilar indicadores de salud desagregados de nivel macro de acuerdo con el nivel educativo o de renta y el nivel regional en el marco del proyecto I2SARE (Indicadores de Desigualdades en Salud en las Regiones Europeas) (Masseria, 2009).

- El proyecto EUROTHINE de la UE, que concluyó en 2007, recopiló y analizó información sobre las desigualdades socioeconómicas en salud de un amplio abanico de países europeos para facilitar el aprendizaje mutuo y para ayudar a los responsables de la creación de las políticas a desarrollar estrategias racionales para abordar las desigualdades en salud. El proyecto se basó en redes existentes para desarrollar indicadores de desigualdades en salud; para proporcionar

datos de referencia sobre las desigualdades en salud y los determinantes de la salud; para evaluar pruebas sobre la efectividad de las políticas e intervenciones para abordar los determinantes de las desigualdades en salud; y para crear un centro de datos europeo para abordar las desigualdades en salud. Los resultados del proyecto siguen ofreciendo información sobre las actividades de investigación de los determinantes sociales de la salud y la equidad en toda Europa.

- La base de datos europea Salud para Todos de la OMS (HFA-DB) es una base de datos central de estadísticas nacionales de salud básicas, independientes, comparables y actualizadas. La desagregación en el ámbito subnacional de acuerdo con los estratificadores de equidad es limitada. El sistema de bases de datos DevInfo proporciona mecanismos para facilitar datos del país compatibles, compartidos entre sectores gubernamentales y socios de desarrollo, y para la vigilancia de los subgrupos de acuerdo con los estratificadores de equidad.

- La Dirección General de Salud y Protección de los Consumidores creó el Grupo de Trabajo sobre Expectativas de Salud en 2005 para cerciorarse de que los Años de Vida Saludable (AVISA) siguen avanzando hasta alcanzar criterios de Nivel A para los Indicadores Estructurales y a modo de preparación para el siguiente ciclo de medidas sintéticas de la salud de la población (SMPH).

- El objetivo principal de la Unidad de Seguimiento sobre Expectativas de Salud en Europa (EHEMU) es proveer unas instalaciones centrales para el análisis y la síntesis coordinados de las expectativas de vida y salud, aportar pruebas de las desigualdades entre los Estados miembros y enfatizar los objetivos potenciales de las estrategias de salud pública tanto a escala nacional como paneuropea.

Información para la acción sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud

La monitorización y el análisis no relacionados con la acción política tienen un valor limitado de cara a abordar las desigualdades en salud determinadas socialmente, y se debe enfocar como parte integrante del ciclo de establecimiento y evaluación de las políticas en curso. De igual forma, la disponibilidad de información política, que hace patente la clara relación entre la salud y las desigualdades sociales, es un factor que muy posiblemente contribuye a la acción sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud (DSS/DS). Mientras que todos los Estados miembros no cuentan con los mismos recursos, herramientas o conocimientos disponibles para abordar las distintas causas de las desigualdades en salud (Comisión Europea, 2009), los países pueden hacer uso de los datos y herramientas existentes para formular, vigilar y evaluar las políticas y los programas relativos a la equidad y a los DSS.

En cada país, la elección de qué se debe vigilar varía, igual que las técnicas empleadas. Esto refleja, en parte, las diferentes explicaciones de las desigualdades en salud dentro de las políticas nacionales y los objetivos de los distintos países, la variedad de sectores políticos y otros agentes implicados, así como los enfoques históricos para la monitorización. En la UE existe la preocupación política predominante de reducir las desigualdades en salud relacionadas con la pobreza. Los objetivos y la monitorización correspondientes se encaminan a la reducción de las brechas entre los grupos más y menos pudientes de la sociedad o de

las regiones geográficas de un país (Departamento de Salud Pública, 2007). Mientras que la pobreza es una de las razones fundamentales para explicar las desigualdades en salud determinadas socialmente en los países pobres, ello no explica la persistencia o la escala de desigualdades en salud en los países de rentas medias y altas, que es la situación de la mayoría de los Estados miembros de la UE. Europa en conjunto se beneficiaría del aumento progresivo de los enfoques existentes para la monitorización del gradiente social de las desigualdades en salud y de la aplicación progresiva de medidas para reducir las desigualdades en todos los grupos, no sólo en los más pobres y vulnerables.

Herramientas, mecanismos e inteligencia política para la acción sobre los DSS/ DS

Existe una demanda de herramientas y de inteligencia para que se pueda informar a los responsables de la toma de decisiones sobre el mantenimiento, el aumento y/ o las acciones de institucionalización para tratar los DSS/ DS. En un número significativo de países de la UE, los conocimientos y la infraestructura necesarias para el análisis de políticas, especialmente en cuanto a la relación de la equidad en salud y sus determinantes sociales, son limitados. Sería muy útil que las ayudas y los programas de la UE incorporaran medidas de apoyo a la capacidad en este ámbito, por ejemplo a través de la recepción de solicitudes para Fondos Estructurales Regionales o el Programa de Salud Pública de la UE.

En respuesta a lo anterior, se están desarrollando o ya se han desarrollado varias iniciativas de colaboración, que proporcionan información a la base de conocimientos europea (y mundial) sobre las políticas y acciones que abordan los determinantes sociales de las desigualdades en salud, incluidos el Proyecto de Equidad en Salud 2008-2010 (Oficina Regional para Europa de la OMS), los informes europeos para el aprendizaje de políticas nacionales que actúan sobre las desigualdades sociales en salud (Oficina Regional para Europa de la OMS), y otras:

- Un Grupo Científico de la OMS mundial, que se ocupa de la monitorización, el análisis, la investigación y las políticas y que engloba también a expertos y a instituciones de toda Europa, incluida la CE y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. En colaboración con los Estados miembros, el grupo recomendará normas mundiales y estándares de medición, y reforzará la inteligencia y las herramientas disponibles para la evaluación de políticas y mecanismos intersectoriales centrándose en abordar los DSS/ DS.
- El proyecto GRADIENTE UE, una iniciativa a 3 años que pretende sintetizar las políticas públicas que son efectivas para abordar el gradiente de la salud infantil y para desarrollar un marco de evaluación europeo basado en el consenso como herramienta para proporcionar apoyo a los países en la monitorización y la evaluación del impacto de las políticas para la reducción del gradiente de la salud infantil.
- "Activos de Salud en un Contexto Mundial" es una iniciativa para apoyar la recogida sistemática y comprobación de pruebas y conocimiento que pone de manifiesto los beneficios de invertir en los activos de los individuos, las comunidades y las organizaciones. Se trata de un esfuerzo de colaboración por parte de la Universidad de Sevilla y la Universidad de Hertfordshire. Hasta la fecha, un buen número de políticas y programas cuyo objetivo es tratar las desigualdades en salud se centran en la identificación de los problemas y las necesidades de la población que requieren recursos

profesionales y presentan altos niveles de dependencia de servicios hospitalarios y de servicios sociales. Esto desemboca en una situación en la que el desarrollo de la política se centra en el fracaso de los individuos y las comunidades locales para evitar las enfermedades, y no en su potencial para crear y mantener la salud y el desarrollo continuado. Esta iniciativa identificará indicadores nuevos y desarrollará métodos nuevos para la monitorización y la evaluación de enfoques de la salud y el desarrollo basados en los activos, con un énfasis especial en los jóvenes.

- En el ámbito nacional, el Informe Marmot en Inglaterra (Reino Unido) es un ejemplo de informe intergubernamental completo que analiza el resultado de las políticas actuales al abordar el gradiente social de la salud en Inglaterra. En el informe se hacen recomendaciones para subsanar o mejorar las políticas e inversiones destinadas a reforzar el impacto sobre la reducción de las desigualdades en salud de cara al futuro mediante la aplicación del universalismo progresivo. También se está planteando una herramienta que utilizarán otros países interesados en la realización de informes nacionales similares.

- Un estudio realizado en 2009 en el Reino Unido reveló que las principales iniciativas para tratar los DSS/ DS, como la CDSS, el informe Acheson y el informe Black, no han incluido un análisis económico de las distintas opciones políticas (Epstein et al., 2009). Los nuevos trabajos en esta área incorporan esta perspectiva, incluido el desarrollado por la Oficina Regional de la OMS para Europa, el Informe Marmot y EuroHealthNet.

Otra herramienta para evaluar las repercusiones potenciales en la equidad en salud de las políticas existentes y propuestas dentro y fuera del sector sanitario incluye la Evaluación del Impacto sobre la Salud (EIS). La EIS es una herramienta de apoyo a la toma de decisiones que realiza un análisis de los efectos potenciales de las políticas, programas o proyectos planificados en las dimensiones de la salud (Davenport, Mathers & Parry, 2006). La EIS también puede dar lugar a una mejor valoración de los impactos en la salud en el desarrollo de políticas llevadas a cabo en otros sectores, así como fomentar el trabajo intersectorial (Davenport, Mathers & Parry 2006; den Broeder, Penris & Put, 2003).

- La EIS se ha adoptado y aplicado en los Estados miembros de la UE durante los últimos 15 años como un proceso estructurado para la orientación y la información para la toma de decisiones, y como parte de un proceso general de desarrollo de políticas públicas saludables (Metcalfe & Higgins, 2009a; Metcalfe & Higgins, 2009b; Davenport, Mathers & Parry, 2006; Elliott & Francis, 2005). Asimismo, la Comisión Europea requiere que todas las principales iniciativas políticas y propuestas legislativas se sometan a una evaluación de impacto mediante el empleo de un enfoque integrado que identifique las consecuencias económicas, sociales y medioambientales potenciales (Comisión Europea, 2009).

Influencia sobre las prioridades de investigación para la mejora de la monitorización de las desigualdades en salud

Una de las recomendaciones básicas del CDSS es un llamamiento a la monitorización y a la investigación continua: "para medir y comprender el problema y evaluar el impacto de la acción" (CDSS, 2008). La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud ha descrito la envergadura y la naturaleza del problema, a la luz

de las estructuras, indicadores y procesos sociales relacionados causalmente con las desigualdades en salud. Algunas conclusiones significativas han aportado pruebas en toda Europa sobre la medida en la que los determinantes sociales contribuyen a las desigualdades en salud, a pesar de que quedan pendientes cuestiones importantes que siguen sin comprenderse del todo, como por qué las desigualdades en salud se siguen reproduciendo persistentemente generación tras generación a pesar del cambio en los perfiles de enfermedad y de los marcados cambios sociales. En este momento decisivo, la UE tiene la oportunidad de favorecer un organismo de investigación en expansión que aporte soluciones a los problemas: evaluando los impulsores estratégicos de la reducción de las desigualdades en salud, los distintos efectos sobre la salud de las intervenciones políticas, y el impacto de las opciones alternativas para la mejora de la equidad.

La mejora de la investigación requiere determinados componentes: (1) priorización coordinada de la investigación que se financia; (2) aplicación con la adecuada capacidad humana e institucional, (3) resultados sintéticos y ampliamente compartidos con las distintas subpoblaciones; y (4) conocimiento desarrollado y empleado por una amplia gama de agentes y responsables de la toma de decisiones para mejorar las políticas y los programas. Es necesario vincular esta investigación a la evaluación de iniciativas piloto para reducir las desigualdades, y debe conducir a la acción para aumentar la escala y la intensidad de las iniciativas que funcionen. Dada la posibilidad de que los hallazgos de las investigaciones no reflejen las realidades diferenciales entre hombres y mujeres y puedan introducir sesgos de género de forma sistemática, se advierte sobre la necesidad de realizar una concienzuda revisión de los métodos y los datos de investigación (Ostlin, Sen, & George, 2004).

Las investigaciones de salud financiadas con fondos nacionales y de la UE durante los últimos seis programas marco han abordado algunas de estas cuestiones. El Séptimo Programa Marco (2007-2013) podría ofrecer una plataforma sólida para reforzar los esfuerzos de investigación en la monitorización de las desigualdades en salud, dado su objetivo de mejorar la salud de todos los ciudadanos europeos y de lograr mejoras en la salud mundial. La adopción de un enfoque de determinantes sociales para las prioridades y la financiación de la investigación podría significar en la práctica que 1) los métodos para mejorar la monitorización de las desigualdades en salud se fortalezcan en relación con cuestiones de salud dirigidas a grupos vulnerables y marginales (como los proyectos EUROTHINE e I2SHARE financiados por la UE); 2) se adopten más enfoques sistemáticos para la monitorización de los gradientes de salud en la sociedad en relación con determinantes socioeconómicos de la salud más amplios; y 3) que esta investigación se amplíe a otros sectores más allá de la salud.

Las oportunidades para la inversión en toda Europa en investigación de estrategias, diseños y métodos para llevar a cabo la monitorización de las desigualdades en salud incluyen:

- 1) diseños y métodos que permitan la medición de los procesos que componen las políticas, utilizando una amplia variedad de datos y relacionándolos entre sí, incluido un mejor uso de los datos cualitativos (Bonney et al., 2007; Kelly et al., 2007; Marmot & Friel, 2008), yendo más allá de las conductas y otros tipos de determinantes individuales de las enfermedades, y empleando normas para los indicadores y medidores para la monitorización de las desigualdades en salud (Ostlin et al., 2009);
- 2) enfoques para estratificar, analizar y comunicar datos

desagregados en poblaciones y entre ellas, incluyendo intersecciones entre las distintas jerarquías sociales, como el género y la riqueza (Iyer, Sen & Ostlin, 2008);

3) enfoques para sintetizar las conclusiones de las investigaciones sobre lo que funciona para reducir las desigualdades en salud, permitiendo una mayor claridad sobre lo que se puede aplicar a otros escenarios, la naturaleza dinámica de la equidad, y lo que es específico de un contexto; y

4) asegurar que los datos recabados permiten la identificación de políticas e intervenciones que reducen las desigualdades en salud dentro y fuera del sector sanitario, y más allá de las fronteras nacionales (CDSS, 2008; Ostlin et al., 2009; Tugwell et al., 2006; Schrecker, 2008).

Se necesitan avances en la investigación que proporcionen información para la monitorización, teniendo en cuenta perspectivas a niveles múltiples, enlazando las características de los sistemas sociales, las intervenciones en salud, y los resultados de salud individual.

Consideraciones para avanzar

La importancia de la monitorización de los determinantes sociales de la salud y de las desigualdades en salud en la población de la UE

Dadas las diferencias en salud evitables dentro de un mismo país y en relación con otros países, la monitorización de toda la población puede favorecer la formulación y evaluación de políticas e intervenciones de la escala, tamaño e intensidad necesarias en distintos sectores para mejorar la salud y la equidad en salud. Es necesario dar mayor énfasis a los resultados de distintos sectores (por ejemplo, tasas de desempleo, rendimiento educativo, participación preescolar, sistemas fiscales y de protección social) en todo el gradiente social, y ampliar el enfoque actual de los resultados de salud y los grupos vulnerables.

Selección de objetivos e indicadores relevantes para la equidad en salud

Los objetivos y los indicadores pueden reflejar desde prioridades políticas subnacionales hasta mundiales. Los objetivos propuestos en el informe de la CDSS (con indicadores adaptados del programa marco para reflejar un perfil epidemiológico europeo, así como esfuerzos nacionales o subnacionales) se podrían emplear como base para el desarrollo de medidas relevantes en toda Europa, que abarquen la UE y los Estados miembros de la Oficina Regional para Europa de la OMS.

Oportunidades para reforzar los esfuerzos de monitorización y el papel de la UE

Los retos actuales a los que se enfrentan los sistemas de monitorización de la UE incluyen la incapacidad para recabar y analizar datos de salud y de otros sectores y la falta de estratificadores de equidad adecuados. La prioridad de fortalecer la monitorización dentro de los países, y entre ellos, se beneficiaría de una coordinación y una armonización crecientes, y del acceso a datos de fuentes basadas en la población y en las instituciones que, más que sustituir, complementan los mecanismos exhaustivos en el ámbito nacional.

Acciones de información sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud

Los sistemas tradicionales de monitorización no siempre

proporcionan la información a tiempo para evaluar las políticas e identificar las acciones que funcionan en los distintos escenarios. Dadas las diferencias en salud entre los países, es precisa la publicación continua de los cambios que estas diferencias sufren con el tiempo, así como el estudio de cómo influyen en ellas las políticas europeas. Se requiere una mayor inversión y un mayor apoyo para facilitar el uso sistemático de herramientas y de inteligencia para proporcionar información para la toma de decisiones, en la que se encuentran implicados actores de los dominios político, técnico, social y de programas de la gobernabilidad. Dichas herramientas e inteligencia deben fundarse en el análisis y en la evaluación de políticas e intervenciones "vivas".

Influencia de las prioridades de investigación para mejorar la monitorización de las desigualdades en salud

Los indicadores, la investigación asociada y la evaluación también se deben centrar en identificar lo que funciona a una escala suficiente para conseguir denotar una diferencia. Es preciso innovar para identificar los impulsores estratégicos de la reducción de las desigualdades en salud, los efectos diferenciales sobre la salud de las intervenciones políticas y el impacto de opciones alternativas para la mejora de la equidad. El Séptimo Programa Marco (2007-2013) podría ofrecer una sólida plataforma para reforzar los esfuerzos de investigación sobre la monitorización de las desigualdades en salud, dado su objetivo de mejorar la salud de todos los ciudadanos europeos y de lograr mejoras de la salud mundial.

Opciones

Políticas/ Mecanismos

- La UE y los Estados miembros deberían acordar objetivos e hitos para una monitorización a largo plazo que no se vea limitada por los datos existentes. Un paso inicial podría ser respaldar el desarrollo de un conjunto de indicadores para el seguimiento de objetivos políticos importantes e ilustrar el gradiente social de cada medida de salud en los distintos países y en el tiempo.
- Debería reforzarse la orientación hacia la recopilación, intercambio y uso de datos desagregados, a la vez que se asegura la protección, privacidad y seguridad de la información personal.
- Se debería hacer uso de los instrumentos existentes, como los fondos estructurales y aquellos que proporcionan acceso al apoyo, y a la vez debería alentarse a los países a reforzar su capacidad y sus datos para la monitorización y el análisis de las desigualdades como parte del proceso principal de armonización.
- Las políticas y las prácticas deberían desarrollarse de modo que las investigaciones financiadas por las Direcciones Generales o la evaluación de programas vinculen la acción sobre determinantes de salud más amplios y la reducción de las desigualdades en salud.
- La UE y los Estados miembros deberían apoyar y ampliar el cuerpo de investigación que aporte soluciones a los problemas identificados, evaluando los impulsores estratégicos de la reducción de las desigualdades en salud, los distintos efectos sobre la salud de las intervenciones políticas y la repercusión de opciones alternativas para mejorar la equidad.

Métodos

- Deberían reforzarse los datos de los censos nacionales (con información que incluya estratificadores de equidad), así como los datos de causas de fallecimiento anuales que se pueden relacionar de forma individual. Por ejemplo, puede seleccionarse un estratificador importante, como el nivel educativo, y, a corto plazo, puede desagregarse en los registros de fallecimientos y en los datos de población anuales, mientras que a largo plazo pueden relacionarse los certificados de defunción con la información del censo.
- Se deberían adoptar normas y estándares para la recopilación y el análisis de datos con el fin de monitorizar la evolución y las tendencias en la reducción de las desigualdades.
- La UE debería trazar un mapa de las fuentes de datos nacionales que incluyan la salud y otros indicadores sociales y estratificadores de equidad, y comparar esta lista con prioridades de salud específicas del país para indicar si los datos necesarios para la medición de las desigualdades ya existen o si se deben recopilar.

Colaboración

- La colaboración entre la OMS, la Oficina Regional de la OMS para Europa, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, el Consejo de Europa y la UE debería reforzarse en términos de monitorización de las desigualdades y de creación de mecanismos para la recopilación de pruebas y el apoyo a soluciones para la reducción de las desigualdades en salud dentro de los países y entre estos.
- Deberían reforzarse las relaciones entre las instituciones existentes especializadas en la monitorización de los DSDS, y debería crearse una estructura en red europea para el desarrollo e intercambio de los conocimientos, de los que la UE podría beneficiarse. Asimismo, la red debería intentar reforzar la capacidad y las alianzas con las instituciones de los países adheridos a la UE con posterioridad a 2004.
- Los esfuerzos debatidos durante el Plan de Acción sobre los Sistemas de Salud Nacionales (Bellagio, Italia, 2008), el Foro Ministerial Mundial sobre la Investigación para la Salud de Bamako (Mali, 2008), el XXII Foro Europeo de la Salud (Gastein, Austria, 2009) y otros foros sobre desigualdades en salud deberían continuarse, así como la investigación, mediante la revisión de los programas de investigación financiados por la UE que evalúan las intervenciones orientadas a los más amplios determinantes de la salud y a la equidad en salud.
- Deberían intensificarse los esfuerzos para aumentar el acceso y la utilidad de la investigación para los responsables de la formulación de las políticas en la UE y en otros países europeos, incluido el fortalecimiento de las redes de otros usuarios potenciales, como las organizaciones de la sociedad civil y los centros de excelencia fuera de la región europea.
- Deberían desarrollarse normas y estándares mundiales con el nuevo Grupo Científico para el Análisis y la Investigación de la Equidad en Salud para la monitorización de las desigualdades en salud de la OMS. También deberían coordinarse las respuestas a los planteamientos de los responsables de la formulación de las políticas con la Oficina Regional de la OMS para Europa, de manera que se equilibren las opciones basadas en pruebas y datos de los sistemas de monitorización.

IV. DESIGUALDADES EN SALUD INFANTIL

Luis Rajmil, Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas de Cataluña (AATRM), Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM-Hospital del Mar), Barcelona, España
Barbara Starfield, Profesora de Salud y Gestión Pública, Universidad de Johns Hopkins, Baltimore, Estados Unidos

Esta sección presenta una visión general de las desigualdades en salud infantil, trata de exponer la importancia de la perspectiva de la trayectoria vital para abordar el gradiente social de la salud infantil, y resume las iniciativas para la promoción de la equidad en salud infantil. También propone intervenciones destinadas a la mejora de las políticas de reducción de desigualdades, así como medidas futuras para avanzar en el seguimiento y las actuaciones sobre las desigualdades en salud infantil en Europa. El Anexo V, subanexo B complementa este capítulo proponiendo indicadores para monitorizar las desigualdades en la salud infantil.

Qué sabemos de las desigualdades en salud

La única forma de reducir las desigualdades en salud infantil y alcanzar una nueva generación de adultos con oportunidades de salud equitativas es priorizando la equidad en salud infantil en las políticas gubernamentales. Las prioridades gubernamentales determinan el contexto para las actividades multisectoriales y multilaterales, lo cual forma parte de la función de gestión del gobierno. Existe una auténtica necesidad de poner en marcha intervenciones de probada efectividad que puedan reducir las desigualdades en salud durante el período prenatal, la infancia y la adolescencia.

Pese a la mejora general de la salud a raíz de los avances científicos subyacentes a la atención médica en la última mitad del siglo veinte, existen aún grandes diferencias en salud entre países y entre los diversos grupos sociales infantiles dentro de un mismo país. Las tasas de mortalidad infantil (menos de un año de edad) en la UE de los 27¹ disminuyeron de una media de 28,6/1.000 nacidos vivos en 1965 a 4,7/1.000 en 2006-2007, aunque hay que tener en cuenta que existe una variación considerable entre países, con una diferencia que se multiplica por 10 entre los países con las tasas más altas y más bajas al final del período. Existen igualmente diferencias significativas entre grupos y áreas de un mismo país. Por ejemplo, en el Reino Unido, que dispone de objetivos explícitos para reducir la mortalidad infantil, la tasa de mortalidad infantil entre los grupos de trabajadores manuales en los años 2004-2006 fue un 17% superior a la tasa de la población total, y esta diferencia se ha visto incrementada con respecto al 13% registrado hace una década (Departamento de Salud, 2007).

En 2005, diecinueve millones de niños vivían bajo el umbral de la pobreza en los 27 Estados miembros de la UE, lo que representa casi uno de cada cinco niños residentes en estos países. En la mayoría de países, los niños se encuentran en un riesgo de pobreza y exclusión social proporcionalmente mayor que el resto de la población (Comisión Europea, 2008). Existen pruebas suficientes de la repercusión de los factores sociales en la salud de los niños más pobres y desfavorecidos. Los niños que viven en la pobreza, los niños vulnerables de poblaciones inmigrantes o grupos étnicos minoritarios, los niños de familias de desempleados y los niños de familias monoparentales presentan peores resultados de salud, tasas más elevadas de mortalidad infantil y de mortalidad en menores de cinco años y tasas de inmunización inferiores (Comisión Europea, 2009). Así mismo, el número

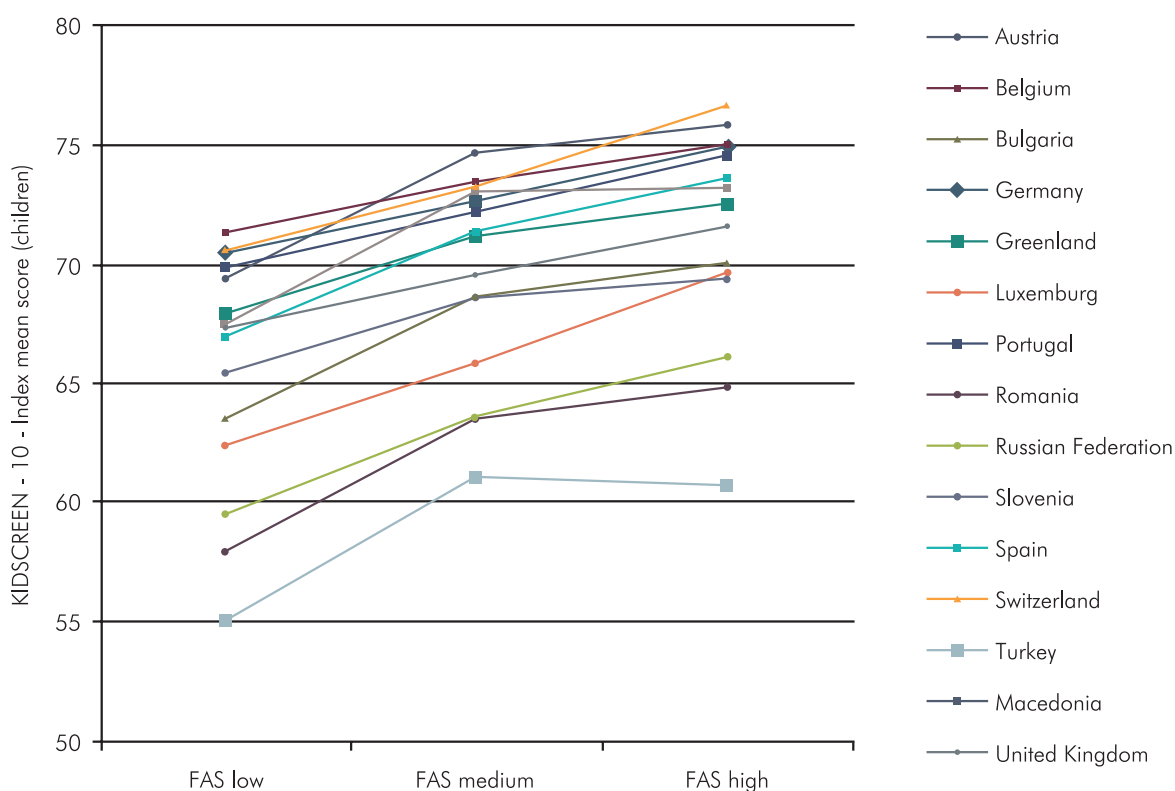
1. Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Chipre, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Holanda, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Rumania y Suecia.

de muertes por lesiones es mayor en los jóvenes con un estatus socioeconómico desfavorecido y procedentes de áreas menos prósperas que en otros jóvenes de la Europa de los 27, aunque la mayoría de los estudios sobre lesiones proceden de los países con rentas altas del norte de Europa, hecho que limita su generalización.

Recientemente ha aumentado el interés por el concepto del gradiente social de la salud; esto es, cuanto mayor es la desventaja social, peor es la salud (Starfield, 2008). Algunos estudios han mostrado la existencia de gradientes de mortalidad infantil en menores de cinco años y referida a lesiones en la infancia y la adolescencia según la clase social de la familia, el nivel educativo y la renta familiar. También se han encontrado grandes diferencias entre los países europeos con respecto a la salud y la carga de morbilidad entre niños y adolescentes atribuibles a factores ambientales (Valent et al, 2004). La posición socioeconómica familiar podría ser una variable independiente que interactúa con otros factores (Bolte et al, 2005). La mayoría de problemas de salud están asociados a un gradiente social de la salud infantil; son pocos los problemas de salud (por ejemplo, la miopía, las alergias, la atopía, algunos tipos de cáncer) que no han revelado un patrón de gradiente social.

El desarrollo de nuevos instrumentos multidimensionales para medir el estado de salud ha facilitado una visión amplia de la salud y de su relación con la posición social. El KIDSCREEN es un conjunto de cuestionarios desarrollados en varios países europeos. El índice sintético de este instrumento, que recoge información sobre salud y bienestar conforme a la percepción de los propios encuestados, se aplicó recientemente en el marco del estudio colaborativo internacional de la OMS sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud (HBSC). Las desigualdades sociales en salud se analizaron según el bienestar económico de la familia. El estudio reveló las desigualdades observadas en las puntuaciones sumarias de KIDSCREEN, con un gradiente entre las familias menos y las más favorecidas económicamente en la práctica totalidad de los 15 países analizados (Figura 2). Este gráfico muestra el gradiente en la autopercepción de los niños sobre su bienestar físico y emocional, la familia y las relaciones con sus compañeros, y la satisfacción con el rendimiento escolar, acorde a los recursos materiales de la familia. Estas desigualdades, que en algunos países se encuentran en menor grado, podrían también asociarse a las diferencias en otras medidas de salud entre países, puesto que KIDSCREEN se desarrolló de forma transcultural.

Figura 2. Diferencias socioeconómicas en las puntuaciones de los índices KIDSCREEN-10 de autopercepción conforme a la Escala de Bienestar Económico Familiar (FAS) en 15 países europeos
 Fuente: Adaptación de Erhart M, et al.: Int. J. Public Health; 54 (suppl. 2); 160-6. Notas: puntuaciones de la escala del índice KIDSCREEN: 0-100. Niños de 11, 13 y 15 años del Estudio de la OMS sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud (HBSC) 2005-6. Todas las diferencias son estadísticamente significativas ($p < .001$) excepto para Groenlandia.



Los resultados del informe internacional sobre desigualdades de la encuesta HBSC 2005-2006 mostraron claramente que los niños, particularmente las niñas, de familias con menor bienestar económico son más propensos a manifestar una salud regular o mala, múltiples síntomas, y menor satisfacción con la salud.

El Perfil de Salud Infantil (CHIP), desarrollado en Estados Unidos, se basa en un concepto de salud más amplio y proporciona puntuaciones de sus dimensiones y subdimensiones así como perfiles de salud individuales y, agregando los datos, perfiles de diferentes grupos de individuos. Los estudios que han aplicado el CHIP han mostrado gradientes según la clase social en los perfiles de niños y adolescentes: una proporción mayor de niños de una posición social desfavorecida se incluye en el perfil de peor salud; y una posición social más favorecida se asocia a una proporción creciente del perfil de salud bueno-excelente. Los modelos que emplean instrumentos como KIDSCREEN y CHIP, que analizan la carga de morbilidad, contribuyen a una mejor comprensión de la naturaleza de la relación entre la posición social y la morbilidad que los modelos orientados a una enfermedad específica.

Pese a los esfuerzos nacionales y regionales realizados hasta la fecha, las diferencias en la capacidad de producción de datos sobre desigualdades en salud entre los 27 Estados miembros de la UE dificultan la comparación, el seguimiento y evaluación de las intervenciones nacionales e internacionales.

Perspectiva de la trayectoria vital

Diversos estudios de cohorte han investigado la influencia de la salud materna y de la salud prenatal y postnatal en la salud futura del adulto, así como la relación entre la posición social y la salud futura. En concreto, algunos estudios de cohorte británicos han demostrado que una salud y una nutrición materna inadecuadas, más frecuentes entre mujeres de una posición social desfavorecida, se asocian a un incremento de los índices de retraso del crecimiento intrauterino y de bajo peso al nacer de la descendencia, así como a otras consecuencias posteriores, como un mayor riesgo de padecer enfermedades coronarias (Galobardes et al., 2008). Éste es un claro ejemplo de una desventaja intergeneracional que da lugar a un círculo vicioso en el que la mala salud, junto con la posición social, conllevan la mala salud de la generación siguiente. Los niños y niñas que padecen una enfermedad durante su infancia son más propensos a sufrir episodios recurrentes de dicha enfermedad o de otras enfermedades más adelante. Estos estudios de cohorte, mediante el uso de la perspectiva de la trayectoria vital, han contribuido enormemente al conocimiento del modo en que la posición social puede influir en la salud futura y, de forma inversa, el modo en que la salud puede influir en la posición social (Kuh D, Ben-Shlomo Y, 1997). Otros estudios de cohorte analizaron resultados de salud diferentes a la morbilidad o la mortalidad. Por ejemplo, una cohorte de Nueva Zelanda encontró un gradiente social de la salud física (salud dental, índice de masa corporal) y de la dependencia del tabaco a los 26 años de edad en niños que crecieron en un nivel socioeconómico desfavorecido (Poulton et al., 2002).

La infancia es un período vulnerable en el que los factores

genéticos y familiares interactúan con la exposición a los factores ambientales (por ejemplo, la vivienda y las condiciones de vida) y otras influencias sociales, produciendo una compleja combinación de efectos sobre la salud. Algunos factores pueden representar una protección frente a futuros problemas de salud (resiliencia), mientras otros (por ejemplo, un estilo de vida no saludable) son un riesgo que compromete la salud futura (Starfield, 2008). Favorecer la resiliencia requiere la identificación del contexto individual y de la comunidad que incrementan las probabilidades de una salud mejor. Esta consideración es muy importante para la infancia en el contexto de su trayectoria vital (por ejemplo, promover la implicación familiar, la capacidad de resolución de problemas, así como un medio ambiente y un entorno social seguros). Se necesitan estudios más exhaustivos, dirigidos tanto a los individuos como a las poblaciones, para comprender mejor los medios por los que cada factor interactúa con los demás e influye sobre ellos, y en qué circunstancias y contextos dentro de los países y entre los mismos.

Si bien se han encontrado gradientes sociales de la salud infantil en casi todas las poblaciones, los efectos específicos de la privación de las necesidades materiales, el nivel educativo, y los factores psicosociales, y las interacciones entre estos factores a lo largo de la vida son poco conocidos y tampoco son transferibles de forma automática a todas las poblaciones y resultados de salud.

Iniciativas de promoción de la equidad en salud infantil y propuestas de intervención

El Informe Black del Reino Unido de 1980 fue una de las primeras iniciativas destinadas a examinar de forma sistemática las desigualdades sociales entre la población general, incluida la infancia. Desde entonces se ha realizado un esfuerzo considerable para desarrollar modelos que expliquen y aborden mejor las desigualdades en salud infantil. Más recientemente, algunas organizaciones internacionales como el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2007) y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008), así como algunos gobiernos nacionales, han publicado informes que abordan esta cuestión. No obstante, es necesario un esfuerzo aun mayor para que la equidad en salud infantil y la actuación sobre los determinantes sociales de la salud infantil se conviertan en una prioridad común en las agendas de los gobiernos.

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (CDSS) se propuso cerrar la brecha en la salud en una generación mediante un modelo de trayectoria vital. Este modelo muestra cómo las desigualdades en el desarrollo infantil son uno de los factores principales que contribuyen a las desigualdades en salud entre los adultos (Red Experta sobre Desarrollo de la Primera Infancia – ECDKN, 2007). Unos resultados académicos deficientes tienen consecuencias negativas posteriores que contribuyen a una desventaja intergeneracional. El modo en que un niño interactúa con el entorno, así como su desarrollo físico, cognitivo, emocional y social a una edad temprana influyen de forma significativa en su salud, educación y participación social futuras. Invertir en el desarrollo infantil puede ser un potente “ecualizador” si las intervenciones ejercen su mayor efecto sobre los niños más desfavorecidos.

La CDSS destacó la necesidad de una atención continuada

desde la pregestación, la gestación, el parto y los primeros días y años de vida. Una buena nutrición es fundamental, y comienza en el útero de una madre que se alimenta de forma adecuada. Es importante promover la iniciación de la lactancia en la primera hora de vida, el contacto piel con piel inmediatamente después del parto, y la lactancia exclusiva en los primeros 6 meses de vida, así como garantizar el acceso a dietas saludables para bebés y niños pequeños mediante la mejora de la seguridad alimentaria. La CDSS también señaló la importancia de fomentar la educación materna e infantil precoz, además de la equidad de género. Unos resultados educativos insuficientes se asocian a un mayor riesgo de desempleo, y el desempleo se asocia a una mala salud del adulto. La temprana socialización de género, y las normas culturales que marcan la distinción entre los papeles “masculino” y “femenino” pueden tener consecuencias a lo largo de la vida.

Es necesario considerar tanto la perspectiva del individuo como la perspectiva de la población a la hora de decidir las intervenciones más efectivas para reducir los gradientes sociales en la salud infantil (Starfield, 2007). Una influencia específica sobre la salud del niño puede ser muy intensa individualmente (riesgo relativo alto), pero si no es frecuente en la población correspondiente, no contribuirá a los gradientes sociales. Por el contrario, una influencia frecuente en la salud entre ciertos grupos de población puede contribuir en gran medida a los gradientes sociales, incluso existiendo sólo un pequeño incremento de riesgo para los niños desfavorecidos (riesgo atribuible poblacional). Por ejemplo, el gasto en salud pública contribuye considerablemente a reducir la mortalidad en niños menores de cinco años desfavorecidos socialmente, ya que la mortalidad en este grupo de edad es más común entre los niños desfavorecidos que entre los niños favorecidos socialmente.

Un buen número de mejoras en la salud infantil se producen por la influencia de políticas de otras áreas que no son específicas de la sanidad. Por ejemplo, la adición de vitaminas a los productos alimentarios y de flúor al agua de consumo, las medidas sobre control de calidad de los alimentos y el control de emisiones medioambientales, entre otras medidas políticas, pueden mejorar la salud infantil (OIM, 2004). Las normas de seguridad de tráfico, como las sillas infantiles para automóviles, han evitado infinidad de casos de lesiones y muertes. Los análisis de datos europeos, como la Experiencia Nórdica: Estados del Bienestar y Salud Pública (NEWS), pueden aportar información detallada sobre la repercusión y la importancia de ciertos determinantes de la salud para llevar a cabo actuaciones efectivas en grupos de población específicos (Lundberg et al., 2008).

La aplicación de un enfoque amplio, coordinado, pluridisciplinar en el desarrollo infantil mediante estrategias de intervención con efectividad contrastada es un asunto de política social a escala local y nacional. Se ha demostrado que las políticas sociales universales comportan una salud mejor para todos que las estrategias que abordan subgrupos de población específicos. No obstante, sucede con frecuencia que los niños que gozan de una posición económica mejor son los primeros beneficiados al ponerse en marcha nuevas intervenciones (Victoria et al., 2000). Uno de los principales propósitos de la política social debería ser proporcionar atención sanitaria adecuada y de alta calidad,

especialmente dirigida a aumentar la resiliencia y a reducir las amenazas para la salud. Una revisión de la bibliografía demostró que una atención primaria bien organizada reduce las desigualdades en salud con una influencia especialmente notable en la infancia (Starfield et al., 2005). Asimismo, dado que los sistemas de salud abarcan servicios para las personas y para la población, además de actividades que ejercen influencia sobre las políticas y acciones de otros sectores, coordinar las acciones con los servicios educativos y sociales es esencial para lograr el objetivo de reducir las desigualdades en salud.

Para decidir qué intervenciones serían más coste-efectivas en la reducción de las desigualdades en salud, es necesario realizar un análisis exhaustivo de las formas en que las influencias sociales afectan a la salud en el ámbito local, nacional e internacional.

Implicaciones en las políticas y recomendaciones futuras

El primer paso para mejorar es reconocer el problema. Los resultados positivos obtenidos en la mayoría de los indicadores de salud infantil en la pasada década podrían invertirse en el contexto de la crisis económica mundial surgida a finales de 2008. Si los gobiernos y la sociedad en su conjunto intervienen a edades más tempranas, aplicando programas eficaces para reducir las brechas en la salud y facilitando el desarrollo infantil, la inversión necesaria se amortizará. Los beneficios de la inversión en capital humano son mayores para la infancia, pues las personas más jóvenes cuentan con un horizonte a más largo plazo para recuperar los frutos de la inversión.

Las investigaciones futuras sobre las desigualdades deberían comenzar por la infancia. Los niños se han visto sujetos a menos influencias acumulativas que los adultos, lo cual facilita el estudio de los factores que ejercen una influencia relevante sobre ellos. Para dar mayor visibilidad a las desigualdades es preciso ampliar el tipo de datos y de información utilizados para el análisis socioeconómico, junto con mayores esfuerzos de investigación y vigilancia. Los estudios que analizan las desigualdades en salud en la infancia deberían determinar la magnitud de diversas influencias de acuerdo a estudios previos, y comprobar su repercusión en los diferentes grupos sociales de la población. Las evidencias deberían analizarse a la luz del riesgo relativo del factor analizado, así como en términos de la extensión del factor de riesgo en la población. En este sentido, el próximo estudio sobre salud infantil que la Comisión Europea llevará a cabo, y que será publicado en 2010, es oportuno e importante.

Debería promoverse una política de recogida de información para que se estratifique la población en grupos principales de subpoblación. Además, deberían comprobarse diferentes hipótesis, y deberían llevarse a cabo estudios sobre las interacciones y los efectos principales de cada factor. Son precisos más estudios que empleen un diseño longitudinal para comprobar las influencias a largo y a corto plazo. Las perspectivas políticas actuales continúan centrándose en gran medida en las enfermedades y en los servicios sanitarios dirigidos a su diagnóstico, y no en los factores que facilitan un desarrollo saludable. Debería adoptarse una

conceptualización amplia de los perfiles de morbilidad y salud, utilizando métodos innovadores para caracterizar la carga de morbilidad, en lugar de centrarse de forma limitada en enfermedades específicas una a una.

Los indicadores de mortalidad y de salud infantil deberían ser recogidos de manera sistemática de acuerdo con los estratos de género y nivel socioeconómico (y otras variables como la condición de inmigrante y étnica; véase Capítulo VI) a escala nacional y europea. Estos datos permitirían la vigilancia y evaluación de las intervenciones dirigidas a reducir las desigualdades en salud. La CE puede ayudar promoviendo los mecanismos de coordinación y facilitando el intercambio de información y participación en varias fuentes de información, como la Encuesta de la UE sobre la Renta y las Condiciones de Vida (EU-SILC), la Encuesta Europea de Salud, la Encuesta de la UE sobre discapacidades, la Encuesta de Población Activa (LFS), y otros proyectos internacionales de recopilación de datos (por ejemplo, PISA, HBSC, TIMMS, PIRLS, la simulación EUROMOD). También deberían tenerse en cuenta las iniciativas europeas, como la Estrategia Europea para el Desarrollo de la Infancia y la Adolescencia y sus experiencias de evaluación, los indicadores propuestos por el Proyecto de Indicadores de Vida y Desarrollo en Salud Infantil (CHILD), y la iniciativa EuroHealthNet. El Anexo V, sub-anexo B, incluye algunas consideraciones de los autores sobre los indicadores para la vigilancia de las desigualdades en salud infantil.

Desde una perspectiva política, es igualmente importante establecer en qué medida las políticas dirigidas a las familias o a miembros de familias adultas, incluso cuando no se dirijan de forma explícita al bienestar de la infancia en la práctica alteran las oportunidades de desarrollo de la infancia. Las medidas políticas específicas para reducir las desigualdades relativas a la clase social, género, educación, renta, condición étnica y de migrante serían también útiles para la reducción de las desigualdades en salud infantil. Por ejemplo, las medidas dirigidas a proteger el primer año de vida promoviendo políticas laborales que ayuden a los padres y madres a cuidar de su hijo (por ejemplo, facilitando permisos de maternidad y paternidad) serían beneficiosas para el desarrollo del niño.

El conocimiento nuevo y el ya existente pueden aportar información útil para los responsables de la formulación de las políticas, que han de escoger el mejor enfoque para reducir y eliminar en última instancia los gradientes sociales que comprometen la salud de los niños y de los adultos en los que se convertirán, y que a largo plazo influyen en las oportunidades de éxito de la sociedad a la hora de lograr una vida mejor para todos.

Consideraciones para avanzar

El primer paso que los Estados miembros de la UE deberían dar es otorgar un mayor reconocimiento a la existencia de desigualdades durante la infancia y a aplicar o fortalecer con urgencia las medidas concebidas para la reducción de la pobreza, vulnerabilidad y exclusión social de la infancia en los 27 de la UE. Cualquier medida propuesta debería considerar no sólo la redistribución de la renta, sino además otras transferencias sociales y el contexto político y social en el que la estrategia ha de ser aplicada.

Las intervenciones en la salud y el desarrollo infantil deberían basarse en evidencias razonables de efectividad con respecto a la garantía de la atención prenatal e infantil, permitir la detección y el tratamiento precoz de deficiencias físicas, emocionales y cognitivas, e impedir la exclusión social en las poblaciones donde los niños se encuentren en mayor riesgo.

La Comisión Europea debe asumir su papel de apoyo a la coordinación de las políticas de salud infantil en los 27 de la UE. Una mejor coordinación podría facilitar las actuaciones para promover el desarrollo infantil y la resiliencia frente a las amenazas a la salud por medio de servicios disponibles (educación, salud y servicios sociales), así como las actuaciones para reducir las diferencias entre las regiones y dentro de las mismas.

El acceso universal a los servicios de salud y a una atención primaria de alta calidad para todos los niños en todas las regiones ha demostrado ser eficaz en la reducción de las desigualdades en salud. Es una estrategia política que ha demostrado efectividad para mejorar la salud y la equidad en salud y debería utilizarse como modelo para otros sectores sociales. Debería adoptarse, además, una conceptualización amplia de los perfiles de morbilidad y salud, empleando métodos innovadores para caracterizar la carga de morbilidad, en lugar de centrarse únicamente en enfermedades específicas.

Deberían tenerse en cuenta las intervenciones y la experiencia acumulada de los países y regiones en la reducción de desigualdades en salud, utilizando los criterios relativos a la eficiencia y maximizando la equidad. Promover estrategias para reducir las diferencias en los niveles de educación materna, así como facilitar el acceso universal a la educación de los preescolares (3-5 años) y niños de 0-3 años, ayudaría a reducir las brechas en la salud en las generaciones actuales y futuras. No deberían limitarse los esfuerzos a asegurar una educación universal de calidad en los primeros años de vida. Las desigualdades en los resultados en educación afectan a la salud física y mental, así como a los ingresos, el empleo y la calidad de vida (Marmot MG et al., 2010). Por ello, se necesitan esfuerzos mantenidos para reducir las desigualdades sociales en los resultados educativos, desde preescolar a la educación superior, y después de ésta.

Los gradientes sociales de la salud infantil dentro de cada país y entre países con respecto de la tasa de mortalidad, la incidencia de varios problemas de salud y las lesiones infantiles, son generalizados. Algunas de las causas de estas diferencias son muy evidentes. Con todo, la escasez de datos y la capacidad variable de los 27 Estados miembros de la UE para producir datos sobre desigualdades en salud dificultan las comparaciones y limitan los niveles de evidencia conocidos y la generalización de los resultados. Es importante promover estudios que incrementen el conocimiento de las influencias interactivas en diferentes contextos nacionales y subnacionales.



V. CONDICIONES LABORALES Y DESIGUALDADES EN SALUD

Johannes Siegrist, Departamento de Sociología Médica,
Universidad de Düsseldorf, Alemania

Las condiciones de empleo y de trabajo son factores importantes para explicar el origen de las desigualdades en salud en la UE. Por ello es necesario realizar un esfuerzo coordinado para monitorizar y reducir los trabajos que suponen un riesgo para la salud. Este capítulo ofrece una breve revisión desde la evidencia científica que muestra la distribución social del empleo y de los trabajos perjudiciales para la salud, y enfatiza la importancia de estas condiciones a la hora de explicar las desigualdades en salud. Asimismo ilustra el modo en que pueden monitorizarse estas condiciones en distintos niveles, particularmente, a nivel nacional e internacional/europeo. También subraya la necesidad de mejorar y complementar las actividades de monitorización existentes utilizando ejemplos innovadores de varios Estados miembros de la UE.

Introducción

Las condiciones de empleo y de trabajo contribuyen en gran medida al desarrollo de las desigualdades sociales en salud en la población adulta en todos los Estados miembros y fuera de ellos. Su importancia para la salud de la población y las desigualdades en salud es considerable, al menos en cuatro de sus manifestaciones, que se encuentran relacionadas entre sí:

- En primer lugar, el mercado laboral y las políticas económicas determinan las tasas y las condiciones de empleo (por ejemplo, empleo precario, inseguro o informal). Éstas tienen un gran impacto en el abanico de oportunidades de vida asociadas con el trabajo remunerado como papel social principal en la vida adulta.
- En segundo lugar, el salario constituye la principal fuente de ingresos. Los ingresos bajos e inseguros afectan a la salud a través de la privación material, el estrés y los comportamientos no saludables.
- En tercer lugar, las condiciones de trabajo nocivas en términos de riesgos físicos, biológicos y químicos, riesgo de lesiones, jornadas de trabajo largas o irregulares, trabajo por turnos y trabajo que requiere un gran esfuerzo físico, aumentan el riesgo de mala salud de los trabajadores.
- En cuarto lugar, a medida que la organización del trabajo y del empleo ha ido cambiando de forma significativa durante el último siglo, las exigencias y los retos laborales de carácter psicológico y socio-emocional se han hecho cada vez más habituales. El aumento de la carga de trabajo, a menudo acompañada de una menor seguridad laboral, contribuye a la alta frecuencia de entornos de trabajo perjudiciales desde el punto de vista psicosocial. Estas exigencias y amenazas han demostrado tener un efecto directo a largo plazo en la salud mental y física de los trabajadores.

Estos cuatro tipos de condiciones de empleo y trabajo perjudiciales para la salud: (1) desempleo y empleo precario; (2) puestos de trabajo mal remunerados; (3) puestos de trabajo que conllevan riesgos físicos, biológicos o químicos, o bien un mayor riesgo de lesiones; (4) puestos de trabajo en entornos psicosociales perjudiciales, se distribuyen de forma irregular entre la población activa, de manera que quienes se encuentran en una posición socioeconómica más baja están expuestos a un riesgo mayor. Es importante por tanto

supervisar dichas condiciones y documentar sus efectos en la salud de los trabajadores como base de políticas específicas y medidas de intervención y prevención de riesgos laborales en los lugares de trabajo.

Desigualdades sociales en el trabajo y el empleo: su contribución en el gradiente de salud

El nivel de educación y la cualificación de las personas son de vital importancia para sus oportunidades de empleo y su posición profesional. En todos los países con datos disponibles, la tasa de desempleo se encuentra fuertemente relacionada con el nivel académico y la cualificación: las personas menos cualificadas se encuentran en mayor riesgo de desempleo. Esta tendencia se ve agravada por la continua globalización del mercado laboral y por la creciente división en puestos de trabajo cualificados por una parte (industrias de alta tecnología, servicios profesionales) y puestos de trabajo no cualificados y mal remunerados por otra parte. Con todo, la reciente crisis económica y financiera también ha afectado en los países occidentales a segmentos de la población activa más cualificados. El desempleo de larga duración (superior a un año) está asociado a un incremento sustancial de las afecciones cardiovasculares o cerebrovasculares mortales o no mortales, de la mortalidad por todas las causas, y a la depresión y el suicidio (como consecuencia más grave de la depresión). Por otra parte, algunos trastornos físicos y mentales limitantes, así como algunos comportamientos perjudiciales para la salud son más comunes entre las personas desempleadas comparándolas con las personas con empleo, incluso después de realizar un ajuste por el estado de salud previo y otros factores de confusión (Kasl & Jones, 2000, Schnall et al., 2009).

La inestabilidad laboral, que suele deberse a medidas de reducción, reestructuración, fusión y subcontratación de las empresas, es muy frecuente en los grupos profesionales con un nivel socioeconómico inferior, en las personas con contratos temporales o de duración determinada, así como en los trabajadores migrantes. Esto mismo es válido para los distintos regímenes laborales no convencionales y trabajos precarios, como los trabajos atípicos, a domicilio o informales. Además de por la escasa seguridad laboral, estas condiciones laborales se caracterizan por salarios bajos, mayores riesgos en el lugar de trabajo y exposición a distintos factores de riesgo físicos y psicosociales. Como resultado, se ha observado un mayor riesgo de mala salud en estos grupos de trabajadores, especialmente de trastornos osteomusculares, salud mental deteriorada y períodos largos de absentismo por enfermedad. Asimismo, algunos grupos de trabajadores menos privilegiados se ven privados de una protección social adecuada y de acceso a los servicios de salud, lo que agrava su carga de enfermedad laboral. Algunos estudios también indican un riesgo de mortalidad elevado entre empleados que realizan trabajos temporales no voluntarios o entre los empleados que "sobreviven" a las grandes reestructuraciones y regulaciones de empleo. No obstante, en líneas generales, la consistencia de la evidencia científica que demuestra estas asociaciones es menor que en el caso del desempleo (Ferrie et al., 2008).

Hoy en día, uno de cada seis trabajadores en Europa se encuentra expuesto a sustancias tóxicas en el lugar de trabajo, y se ha observado una alta prevalencia de ruido. Los factores de riesgo físicos, biológicos y químicos en el trabajo

contribuyen enormemente a la prevalencia de enfermedades y lesiones profesionales. Los trabajadores de la construcción, agricultores, transportistas, mineros, y obreros del sector industrial no cualificados o con poca cualificación se enfrentan a estas condiciones más a menudo que los empleados de oficina. Las posturas forzadas en el trabajo, los movimientos repetitivos y la manipulación manual de cargas son más frecuentes entre los trabajadores de baja cualificación, lo que reduce sus probabilidades de seguir trabajando hasta la edad de jubilación y aumenta sus probabilidades de recibir una pensión por discapacidad. Los riesgos laborales físicos, biológicos, ergonómicos y químicos suelen combinarse con un entorno laboral perjudicial en términos psicosociales, lo que multiplica los respectivos riesgos para la salud. De manera similar, las jornadas de trabajo largas y el trabajo por turnos pueden poner en peligro la salud del trabajador. Los puestos de trabajo con horas extraordinarias muestran un mayor índice de lesiones, y las personas que trabajan más de 11 horas al día sufren el doble de afecciones coronarias que los que trabajan menos horas. Los turnos de noche son especialmente significativos como fuente potencial de accidentes laborales, problemas cardiovasculares y gastrointestinales y cáncer (Siegrist et al., 2009).

Los trabajos monótonos o repetitivos en los que se combina una alta demanda con bajos niveles de control y de capacidad de decisión ("presión laboral") a menudo se destinan a personas con baja cualificación, lo que afecta tanto a trabajadores manuales como a los niveles menos cualificados del sector servicios. Por ejemplo, en un estudio británico, la proporción de personas que manifestaban un nivel bajo de control en el trabajo variaba desde el 6 por ciento de los puestos de responsabilidad y profesionales, hasta el 47 por ciento de los empleados poco cualificados o sin cualificación. Se observa un gradiente social similar en relación a la falta importante de apoyo social por parte de compañeros o supervisores. Una demanda laboral elevada, junto con un nivel de control y un apoyo social bajos, han sido identificados como factores de estrés psicosocial en el trabajo, que dan lugar a riesgos relativos significativamente elevados de trastornos físicos y mentales, especialmente de enfermedades coronarias y depresión. Los períodos de absentismo laboral por enfermedad largos y las pensiones por discapacidad se dan con más frecuencia en estas condiciones. Se observan resultados similares cuando los trabajadores experimentan un desequilibrio entre el esfuerzo realizado en el trabajo y la baja recompensa percibida a cambio, incluyendo como forma de recompensa el dinero, las expectativas de promoción, la seguridad laboral y la estima. De manera general, en un período de observación de diez años, la mayoría de las afecciones cardiovasculares y de los trastornos depresivos aparecen en los trabajadores que están expuestos a un entorno psicosocial de trabajo perjudicial según estos dos modelos ("presión laboral" y "desequilibrio esfuerzo-recompensa"), en comparación con los trabajadores sometidos a un estrés menor. Asimismo, se ha observado que el estrés psicosocial en el trabajo está asociado a un aumento del riesgo de síndrome metabólico y diabetes tipo 2, alcoholismo, dolor osteoarticular y reducción del rendimiento físico y mental (Cartwright & Cooper, 2009, Schnall et al., 2009, Kivimäki et al., 2006, Siegrist et al., 2009).

Existe una fuerte evidencia de que al menos los componentes básicos de los dos modelos, bajo nivel de control y baja

recompensa laboral, responden a un gradiente social en el que los trabajadores menos cualificados se encuentran en mayor riesgo de exposición. Estos miembros de la población activa son por tanto los más vulnerables a los efectos sobre la salud asociados a un trabajo estresante. De hecho, una parte significativa del gradiente social de la salud adulta puede explicarse por un entorno psicosocial de trabajo inadecuado, por encima y más allá de los efectos atribuibles a factores de riesgo clásicos. También se ha demostrado que la magnitud del efecto que produce el estrés psicosocial sobre la salud es superior entre los trabajadores menos cualificados que entre los trabajadores más cualificados, probablemente debido a que los primeros carecen de habilidades adecuadas de afrontamiento (Marmot et al., 2006; Siegrist, 2009).

En resumen, se ha observado que las cuatro condiciones mencionadas de baja calidad del trabajo y el empleo en las sociedades modernas contribuyen a una mayor carga de enfermedad, a una mayor tasa de jubilación prematura, con frecuencia debido a una discapacidad, y a una mayor probabilidad de muerte prematura. Cuanto más baja sea la posición socioeconómica del trabajador, definida por su nivel de educación o de circunstancias de vida materiales, mayor será el riesgo de morbilidad y mortalidad relacionado con el trabajo. El gradiente social afecta a toda la sociedad. Cuanto más se desciende en la escala profesional, más empeora la salud del trabajador. Esta tendencia se ve agravada por desigualdades sociales adicionales determinadas por el género, la condición étnica y la pobreza de la región. Por ello, en una sociedad preocupada por las desigualdades en salud, es necesario monitorizar la magnitud de estos problemas junto con sus determinantes y consecuencias. Las pruebas resultantes se pueden emplear para diseñar y ajustar políticas y programas para maximizar los beneficios en salud para todos.

El papel de la monitorización de las condiciones de trabajo y empleo en la reducción de las desigualdades en salud

Idealmente, deberían existir sistemas de monitorización rutinaria de la salud relacionada con el trabajo a escala local, nacional e internacional. Además, estos sistemas deberían complementarse con datos adicionales representativos procedentes de la investigación científica. En la Unión Europea, este objetivo aún está muy lejos de cumplirse, ya que existen grandes diferencias en la fase de desarrollo de los sistemas nacionales de monitorización. Algunas de estas diferencias se deben a los requisitos legales relativos a la protección de datos, a las distintas competencias de las organizaciones dentro de los sectores de salud y empleo, o a los distintos niveles de concienciación y compromiso políticos. Además, suele ser difícil vincular los datos profesionales con los datos de salud, por ejemplo, basados en los registros de morbilidad o mortalidad, o basados en los datos de las entidades de aseguramiento de enfermedad o de pensiones o agencias para la seguridad y la salud en el trabajo. Las encuestas internacionales, nacionales y locales que monitorizan las condiciones laborales, con o sin vínculos explícitos con información sobre salud, constituyen un enfoque prometedor, siempre que se empleen medidas válidas y conceptualmente sólidas. A continuación se resumen brevemente las actividades actuales de monitorización tanto a nivel nacional como de la UE, así como algunas consideraciones para avanzar en el futuro.

En el ámbito europeo, las condiciones de trabajo y empleo relacionadas con las desigualdades en salud se monitorizan a través de diferentes iniciativas. Las más destacadas son las cuatro primeras Encuestas Europeas de Condiciones de Trabajo y los informes adicionales de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo y de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, incluidos los informes del Observatorio Europeo de Riesgos. La Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo incluye un capítulo sobre la repercusión del trabajo sobre la salud. Actualmente se está elaborando la quinta encuesta, cuyos hallazgos se presentarán a finales de 2010. No obstante, a pesar del hecho de que éste y otros informes relacionados (por ejemplo, encuestas de Eurostat descentralizadas, como EU-LFS o EU-SILC, o encuestas armonizadas o centralizadas como la Encuesta Social Europea, ESS) pongan de manifiesto los vínculos existentes entre las desigualdades sociales y el trabajo, aportan pruebas limitadas sobre la relación entre trabajo y salud (Parent-Thirion et al., 2007).

Más prometedora en este aspecto es la Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (SHARE), un estudio longitudinal con muestras representativas de hombres y mujeres de más de 50 años de la mayor parte de los países europeos. Se monitorizan datos de las trayectorias profesionales detalladas junto con las condiciones de trabajo y empleo actuales, en combinación con un paquete de indicadores de salud subjetivos y objetivos. Por ejemplo, los resultados del análisis estadístico multivariante basados en los datos de la SHARE demostraron que una posición socioeconómica baja, medida en función del nivel educativo, aumentaba de forma significativa el riesgo de presentar síntomas depresivos clínicamente relevantes durante el seguimiento realizado en los países europeos del estudio. No obstante, tras la introducción de las dos medidas de entorno de trabajo desde el punto de vista psicosocial (desequilibrio esfuerzo-recompensa y bajo nivel de control), este efecto significativo desaparecía, mientras los dos indicadores relacionados con el trabajo seguían estando claramente relacionados con los síntomas de depresión. Una clasificación de los países europeos en función del tipo de régimen político, mostró que el efecto del estrés laboral sobre la salud mental era relativamente mayor en los regímenes liberales, mientras que en los estados de bienestar nórdicos social-demócratas se observaba un efecto más débil, y un efecto intermedio en los regímenes conservadores (Börsch-Supan et al., 2008).

Es evidente que existe un gran potencial en el estudio de la magnitud y de los determinantes de las desigualdades en salud relacionadas con el trabajo en Europa, vinculadas con las variaciones políticas regionales e institucionales, que permiten establecer patrones de referencia para el desarrollo futuro y fortalecer la base de evidencias de las intervenciones específicas. Una iniciativa muy reciente al respecto, emprendida por el Comité de Altos Responsables de la Inspección de Trabajo de la UE y cuyo objeto es el desarrollo de un conjunto de medidas integradas relativas al estrés psicosocial en el lugar de trabajo, es especialmente prometedora. Estos avances cuentan con el apoyo de iniciativas emprendidas por diversos Estados miembros. Tres de estas iniciativas se mencionan brevemente como ejemplos de buenas prácticas.

En Inglaterra (Reino Unido) se introdujo en 2001 una nueva Clasificación Socioeconómica en las Estadísticas Nacionales (NS-SEC) para la monitorización de las desigualdades sociales en las condiciones de trabajo y de empleo de un modo fiable. Sus cinco dimensiones clave son la estructura salarial, la calidad y el plazo del contrato laboral, las perspectivas de promoción, y el grado de flexibilidad en el horario de trabajo. Los datos NS-SEC se vinculan a los datos administrativos sobre salud, incluida la mortalidad, ofreciendo información muy valiosa sobre las desigualdades en salud relacionadas con el trabajo y su evolución en el tiempo (Rose & Pevalin, 2003). La Comisión de Seguridad y Salud del Reino Unido (HSE) ha realizado esfuerzos adicionales para implementar una medida estandarizada del estrés psicosocial en el trabajo como herramienta web, que permite comparar los niveles de estrés laboral entre centros de trabajo o empresas, y monitorizar los progresos asociados a las actividades de promoción de la salud en el lugar de trabajo. Asimismo, en Inglaterra se instauró uno de los proyectos de investigación líderes en el mundo sobre el papel del empleo en la explicación de las desigualdades en salud, el estudio Whitehall II sobre funcionarios británicos, que sigue activo.

En Dinamarca se ha desarrollado un enfoque diferente, ya que la Ley sobre el Entorno Laboral danesa, que entró en vigor en 1995, ha abierto nuevas opciones para la monitorización de los riesgos laborales. Esta ley sitúa la carga de responsabilidad sobre la salud de los trabajadores en los empleadores, aunque ofrece un importante apoyo en forma de una red amplia de inspectores de trabajo. Entretanto, se han ido desarrollando herramientas de orientación detalladas, que incluyen dispositivos de evaluación estandarizados de 24 sectores específicos para la evaluación de las condiciones de trabajo nocivas para la salud. Basándose en estas evaluaciones, inspectores de trabajo con formación ofrecen actividades adaptadas de asesoría. Dinamarca es además uno de los pocos países de la UE que conserva un Centro Nacional de Investigación del Entorno Laboral con visibilidad internacional, que mantiene estrechos vínculos entre la ciencia básica y la investigación aplicada.

Más recientemente, Francia se ha convertido en un Estado miembro muy comprometido con la salud laboral, tras una iniciativa del Ministerio de Trabajo para desarrollar una herramienta de medición unificada para evaluar las condiciones de trabajo nocivas para la salud. Para ello, se espera que un comité de expertos creado en 2008 complete su misión en 2010. Su trabajo se basa en una revisión exhaustiva de la situación internacional actual, incluidas las encuestas en curso y las investigaciones epidemiológicas en Francia, así como en una serie de reuniones con científicos eminentes en estrecha colaboración con los interlocutores sociales. El proyecto "CONSTANCES" está desarrollando actualmente un enfoque innovador que establece puentes con la investigación en un serio intento de reducir las desigualdades en salud relacionadas con el trabajo. Este proyecto se ha concebido como un laboratorio epidemiológico abierto a nivel poblacional, y abarca una población de aproximadamente 200.000 personas cubiertas por el Fondo Nacional de Seguro Sanitario, a las que se ofrecerá un examen médico y consulta médica completos con independencia de que trabajen de forma legal o ilegal, o de si se encuentran en situación de desempleo.

Estos ejemplos nacionales no son únicos, pero ilustran el abanico de enfoques innovadores adoptados para la monitorización de las desigualdades en salud relacionadas con el trabajo y para el desarrollo de acciones encaminadas a su reducción. Se espera que estos enfoques sean decisivos en el avance y la consecución de los objetivos declarados por diversas instituciones y organizaciones europeas (incluida la Estrategia Comunitaria 2007-2012, la Estrategia Europea para la Salud 2008-2013, la Estrategia renovada de Lisboa 2008-2010, las Directivas de Empleo, el Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar), reforzados por la última resolución de la Asamblea Mundial de la Salud.

Consideraciones para avanzar

- *Los esfuerzos hacia la monitorización de las condiciones de empleo y trabajo que ponen en peligro la salud deben reforzarse en los ámbitos nacional y europeo, teniendo en cuenta la evidencia disponible procedente de fuentes científicas y administrativas.*

Esto se puede lograr implementando sistemas administrativos de monitorización rutinaria de la salud relacionada con el trabajo en todos los Estados miembros, complementados por estudios científicos estandarizados que reflejen las experiencias de los trabajadores en empleos desfavorables y, donde sea posible, también sobre la salud. Es necesario fortalecer las agencias y organizaciones nacionales y europeas a cargo de la salud y la seguridad en el trabajo para poder avanzar y aplicar el conocimiento correspondiente.

- *Es necesario adoptar acciones destinadas a ampliar el empleo justo y las condiciones de trabajo adecuadas para reducir las desigualdades en salud en las poblaciones adultas.*

Para ello, el objetivo principal de las políticas gubernamentales debería ser proporcionar empleo justo y mejorar el trabajo "seguro y sano", en línea con los principios de una economía sostenible. Asimismo, se debe hacer uso de los estándares laborales y de la regulación del mercado de trabajo para abordar las condiciones de trabajo y empleo. Los objetivos específicos incluyen el incremento de la seguridad y la participación laborales, la promoción del nivel de control y de la recompensa en el trabajo, y el fortalecimiento del equilibrio trabajo-vida.

- *Estas acciones deberían incluir medidas adecuadas de protección social y acceso a la atención sanitaria para todas las personas con empleo, así como medidas para la reinserción laboral de personas enfermas, con discapacidad o en desempleo.*

Es importante que la vigilancia y la monitorización del trabajo perjudicial para la salud se combinen con una provisión y acceso adecuados a servicios profesionales de salud laboral, así como con regulaciones que cubran adecuadamente las necesidades de protección de los trabajadores. Se debería reinsertar laboralmente a las personas enfermas, con discapacidad o en desempleo mediante una intervención temprana y mediante modelos de rehabilitación, así como con el apoyo a iniciativas para la reinserción laboral de personas recientemente desempleadas y en situación de desempleo de larga duración.

VI. EXCLUSIÓN SOCIAL Y DESIGUALDADES ESTRUCTURALES EN SALUD

Ana Rico, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España
Roumyana Petrova-Benedict y Anna Basten, Organización Internacional para las Migraciones, Departamento de Salud Migratoria, Oficinas de Bruselas y Ginebra
Rosa Urbanos, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Complutense de Madrid, España

El presente capítulo se centra en la monitorización de la exclusión social y las desigualdades estructurales en salud (DS) en la Unión Europea. El capítulo propone una batería integrada de indicadores que permita medir el impacto de la exclusión social sobre las desigualdades en salud, así como su interacción con otros determinantes sociales de la salud (estructurales y contextuales). Para ello se parte del trabajo previo desarrollado por distintos investigadores, la OMS y la UE. En el texto también se abordan brevemente dimensiones clave de las desigualdades estructurales, como la pobreza infantil y las condiciones de empleo, revisadas en secciones previas de este informe. Este capítulo se divide en cuatro secciones. La primera sección del capítulo define la exclusión social como causa de las desigualdades estructurales en salud. La segunda y la tercera sección revisan la evidencia disponible y las prioridades para la acción en la UE y se propone una batería resumida de indicadores basados en ellas. Finalmente, la cuarta sección presenta un resumen y las conclusiones del capítulo. El Anexo V, sub-anexos C-E, muestran con más detalle una batería de indicadores, basada en una revisión de indicadores ya existentes en la UE.

La exclusión social y los determinantes estructurales de las desigualdades en salud (DS)

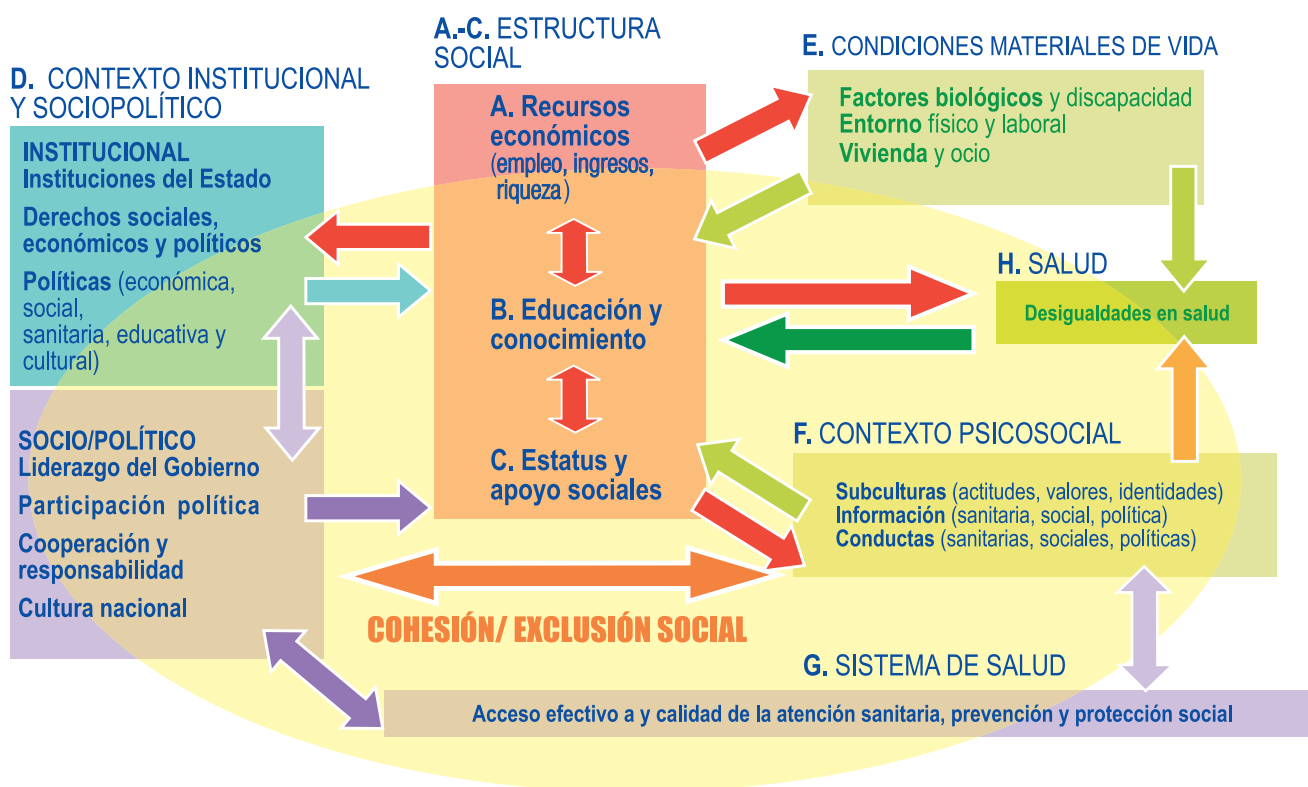
La investigación en el ámbito de la UE, pero también en otros ámbitos geográficos, confirma la naturaleza estructural de las DS. En la práctica, esto significa que las DS afectan al gradiente social, pero especialmente a aquéllos que se encuentran peor situados en la escala social. Los individuos peor situados socialmente acumulan a lo largo de la vida distintos riesgos para la salud que presentan un claro gradiente social, y que a menudo les atrapan en la pobreza y la enfermedad. Ser pobre, estar desempleado o subempleado y estar excluido y estigmatizado socialmente, son circunstancias que suelen ir de la mano. La desventaja socioeconómica y la exclusión social (que conjuntamente podríamos llamar desventaja social) son dos causas diferenciadas, pero íntimamente relacionadas, de las DS. Ambas se encuentran asociadas de forma independiente a diversos factores de riesgo, incluyendo discriminación, altos niveles de estrés, hábitos de vida no saludables y violencia. La exclusión social también está directamente asociada con la mortalidad prematura, así como con las enfermedades crónicas y enfermedades mentales, así como a la mortalidad prematura, una vez se controla por estatus socioeconómico (ESE). Las personas en situación de pobreza excluidas socialmente tienen más probabilidades de carecer de acceso a una información precisa y a una atención sanitaria de calidad, así como a otros recursos básicos relacionados con el poder político y social. La enfermedad y una débil protección social pueden exacerbar el riesgo de pobreza y exclusión social. Las minorías étnicas, los migrantes, los

desempleados o subempleados, los pobres, las mujeres, los niños, los enfermos y los ancianos son particularmente proclives a caer en la trampa de la pobreza y en el círculo vicioso de la carencia de poder (Comisión Europea 2010; Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo 2010, 2007; Consejo Europeo 2008-2001; Centro Internacional de Migraciones y Desarrollo de Políticas, 2003).

A menudo, desventaja socioeconómica y exclusión social se emplean como sinónimos. La literatura científica sobre DS define el estatus socioeconómico (ESE) a partir de tres dimensiones interrelacionadas: renta (y riqueza), empleo (y ocupación), y nivel educativo. En cambio, la exclusión social abarca un conjunto más amplio de factores sociales, culturales y políticos. Además, estar en situación de desventaja en términos de ESE es un "resultado", mientras que la exclusión social es un "proceso", multidimensional y complejo, cuyo impacto en las DS implica al conjunto de determinantes sociales de la salud (DSS), que actúan como mecanismos causales.

La Red de Conocimiento sobre Exclusión Social (SEKN) de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS llevó a cabo un estudio en profundidad de la relación entre exclusión social y desigualdades en salud. Dicho trabajo incluía el desarrollo de un marco o modelo de análisis que describía el modo en que las cuatro dimensiones fundamentales de la exclusión social (social, política, cultural y económica) confluyen en la zona de estratificación social. El modelo muestra cómo la estratificación social, a su vez, conduce a una exposición y vulnerabilidad diferenciales a la enfermedad y da lugar a las desigualdades en salud (SEKN, 2007). La figura 3 representa el modelo conceptual propuesto para relacionar los DSS, las DS y la exclusión social, combinando el modelo del SEKN y el modelo que la CDSS emplea para el análisis central de los DSS.

Figura 3. Determinantes sociales de la salud y exclusión social
Fuente: Elaboración propia, modificada de la versión de la CDSS (2008).



Exclusión social, DSS y DS estructurales

En 1946, un documental realizado por la Enciclopedia Británica resumió en cuatro escalas y once minutos los principales determinantes sociales de la democracia, basándose en la teoría sociológica clásica (véase la Figura 8, Anexo V, sub-anexo E). Esta figura muestra a un profesor explicando cómo la democracia depende de la distribución igualitaria de los instrumentos de poder social (tales como

(A) el empleo, la renta y la riqueza; (B) la información, la educación y el conocimiento; (C) el respeto y apoyo sociales; y (D) los instrumentos de poder político/institucional -como los derechos civiles, la inversión pública y la participación política-. La teoría social moderna conviene en que los determinantes clave de las desigualdades en salud coinciden con las causas profundas del despotismo: a saber, la distribución desigual de los mecanismos de poder entre grupos sociales y zonas

geográficas. Una de las referencias modernas más influyentes de la teoría sociológica clásica sobre los instrumentos de poder social puede encontrarse en Bourdieu (1977, 1990). Otros autores que han aplicado este marco teórico a la salud y al bienestar son Caroline Hughes Tuhoy, Walter Korpi, Alexander Hicks y Joya Mishra.

La Figura 3 refleja bastante bien la teoría sociológica. Existe un considerable acuerdo respecto a la consideración de (A) y (B) como la clase social o el estatus socioeconómico, y a (C) como el estatus social, el apoyo social y/o el capital social. Por su parte, el bloque (D) representa el contexto (socio-) político e institucional. A modo de mediadores entre los factores estructurales y la salud se encuentran las condiciones materiales de vida (E), las actitudes y conductas (F) y el sistema de atención sanitaria (G). La única diferencia entre la Figura 3 y el marco conceptual utilizado por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud es que el bloque (C) suele quedar incluido en (F) bajo la denominación "entorno social" o "factores psicosociales" en la versión simplificada del modelo.

La exclusión social como causa de desigualdad estructural

El hecho de destacar el estatus y apoyo sociales obedece a que desempeñan un papel crucial como causa estructural primaria de los procesos de exclusión social y de las DS. La evidencia sobre la elevada correlación entre estatus y apoyo sociales y el ESE es abrumadora (Brunner, 2009; CDSS, 2008; Marmot y Wilkinson, 1999; Wilkinson y Marmot, 2003), así como entre capital social y desigualdades de renta (Babones, 2009; Wilkinson y Pickett, 2009; Rico A et al., 2005; Kawachi et al., 1999, 1998, 1997), lo cual subraya su naturaleza estructural (véase también el capítulo sobre Empleo en este mismo informe). Un estatus social bajo y el respeto social a las DS provocan la discriminación social e institucional, que genera desempleo, barreras de acceso a los servicios sanitarios y sociales, violencia verbal o física y, por ende, mala salud y discapacidad. Los mecanismos causales de la exclusión social acaban generando un ESE estructural y crónico bajo y condiciones materiales de vida adversas, que a su vez conducen a una mayor exclusión social. Un ESE bajo puede desencadenar por sí solo el proceso de exclusión social. Otros estratificadores sociales también provocan procesos de exclusión social superpuestos y acumulados, en especial si se basan en características fácilmente identificables como la raza (racismo), sexo (sexismo) o edad (discriminación por razón de edad); así como enfermedades mentales y discapacidades (Comisión Europea, 2009c; Sen y Ötlen/WGEKN- Red de Conocimiento sobre mujer y equidad de género, 2007; Wilkinson y Marmot, 2003; Karlsen y Nazroo, 2002a, 2002b).

La investigación sobre la exclusión social y las desigualdades en salud en la UE

Determinantes sociales y estado de salud

En 2007 en la UE, se calculó que un 17% de la población estaba en una situación de riesgo de pobreza (lo que significa que tenían unos ingresos inferiores al 60% de la media nacional tras considerar las transferencias sociales del país en que habitaban), con el nivel más alto correspondiente a Rumania, con un 25%, y el más bajo a la República Checa, un 10% (Comisión Europea, 2010a). El riesgo de pobreza es mayor en los niños y los ancianos que en los adultos, salvo en algunos países de Europa

oriental y en los países nórdicos. La privación material alcanza el 20% de promedio en los países de Europa occidental, y asciende al 30%-60% en Europa oriental (Comisión Europea, 2010, 2007c; Brook, 2009; Dennis y Guio, 2005). El capital social, medido como el porcentaje de la población que cree que se puede confiar en la mayoría de las personas, oscila entre el 20% y el 30% en Europa oriental y meridional, y entre el 60%-70% en la región nórdica (Comisión Europea, 2007a). Durante la última década la pobreza no aumentó demasiado, pero las desigualdades de renta crecieron en casi todos los países, y la violencia (un buen indicador sintético de -falta de- cohesión social) aumentó (Nielsen et al., 2005; Domínguez et al., 2004).

La brecha en la esperanza de vida ligada al ESE y a la condición de minoría étnica en la UE es de 10 años, y las diferencias en mortalidad infantil por ESE son de 1 a 5 (Comisión Europea, 2008c, 2009a, 2009b, 2009c; Departamento de Salud del Gobierno del Reino Unido, 2008; Rodríguez y Urbanos, 2008). Un ESE bajo multiplica por 3-4 el riesgo de depresión y mala salud, y duplica el riesgo de sufrir enfermedades crónicas o discapacidades (Mackenbach, 2006). En Suecia, la diferencia en el riesgo de muerte entre las personas aisladas socialmente y las personas bien integradas es de 6 a 1 (Wilkinson y Marmot, 2003). Vivir solo aumenta el riesgo de depresión y adicciones, y un ESE bajo multiplica por 3 el riesgo de padecer esquizofrenia (Beecham et al., 2000). Entre el 30% y el 50% de las personas sin hogar padecen problemas de salud mental graves en el Reino Unido (Departamento de Salud del Gobierno del Reino Unido, 2008). Las DS ligadas al ESE suelen ser mayores para las mujeres y los jóvenes (Mackenbach, 2006). Algunas afecciones, como la diabetes, la hipertensión, las enfermedades pulmonares, cardíacas y hepáticas, el cáncer de estómago, la esquizofrenia y la depresión, están claramente relacionadas con un ESE familiar bajo. Los bebés de bajo peso son 7 veces más propensos a desarrollar diabetes que los bebés con un mayor peso (Wilkinson y Marmot, 2003).

Las actitudes y conductas relacionadas con la salud explican menos del 50% de las DS. Por tanto, las desigualdades sociales estructurales y otras desigualdades sociales contextuales deben dar cuenta de más de la mitad de todas las DS (Mackenbach, 2006). Las actitudes y conductas se encuentran fuertemente influenciadas por las desigualdades estructurales y, cada vez más, por el sistema sanitario. En Dinamarca, la motivación para desarrollar hábitos saludables entre los grupos de ESE bajo es aproximadamente la mitad que entre los grupos de ESE alto (Comisión Europea, 2007b). Más del 30% de la obesidad (44% en mujeres) es atribuible a un ESE bajo (Comisión Europea, 2007b). Según la CDSS, en algunos países el riesgo de fumar o desarrollar una drogadicción es casi 10 veces mayor si el ESE es bajo que si el ESE es alto (Wilkinson y Marmot, 2003). Por todas estas razones, las adicciones y otras conductas de riesgo son consideradas por muchos más como una consecuencia de problemas de salud mental que como causa de DS (Beecham et al., 2000; Wilkinson y Pickett, 2009). Hemos adoptado esta perspectiva en la batería de indicadores propuesta.

Migrantes y minorías étnicas

Se calcula que en la UE de los 27 hay 44,1 millones de migrantes -lo que representa aproximadamente el 9% de la población total-, con 5,6 millones de nuevos migrantes llegados a la UE entre 2005 y 2010 (PNUD, 2009). La

migración puede constituir una oportunidad mutuamente provechosa tanto para los Estados miembros como para los migrantes, y la salud desempeña un papel fundamental en la integración de los migrantes y en su contribución a las sociedades. La migración también puede exacerbar el impacto de los DSS: los migrantes se enfrentan a retos específicos en salud adicionales en relación a sus países de origen, al viaje migratorio, a redes sociales débiles, discriminación, y barreras culturales y del lenguaje (Barnett et al., 2009; Consejo de Europa, 2001; Presidencia portuguesa de la UE, 2007).

Migrantes y minorías étnicas pueden sufrir exclusión social independientemente de si se hallan o no en situación de desventaja socioeconómica (Davey-Smith, 2000; Cooper, 2002; Krieger et al., 1993). En el Reino Unido, sufrir discriminación duplica la probabilidad de tener mala salud, independientemente del ESE (Karlsen y Nazroo, 2002a-b). Sin embargo, en parte como resultado de la discriminación y otros problemas específicos, tanto los migrantes como las minorías étnicas (incluso aquellos que llevan siglos asentados en los países anfitriones, como la población gitana en la UE, o la afroamericana en EE.UU.) muestran un ESE más bajo y mayores tasas de abandono escolar, exclusión financiera y laboral o de población sin techo (Presidencia Portuguesa de la UE, 2008; Krieger et al., 1993). En la UE, el riesgo de pobreza es entre 2 y 4 veces mayor entre los migrantes (Elkes, 2008). Los grupos más afectados son la población gitana (véase el Cuadro 1 para una explicación detallada sobre este colectivo, en línea con la prioridad que les otorga la Presidencia Española de la UE 2010), los migrantes indocumentados, los solicitantes de asilo y los refugiados. Estos grupos tienden a habitar en viviendas de mala calidad y en condiciones de hacinamiento, así como en zonas social y étnicamente segregadas sin acceso a bienes y servicios beneficiosos para la salud, lo que puede dificultar aún más la inclusión social en la comunidad de acogida (Gushulak et al., 2010; Barnett et al., 2009; Ingleby, 2009; Comisión Europea, 2008a, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, 2007). Paradójicamente, la segregación también incrementa, no obstante, el capital y apoyo sociales, fomenta la movilización política, y puede ejercer un efecto protector sobre la salud de los migrantes (Veling et al., 2008).

Sin embargo, pese a que sufren grandes desigualdades estructurales, el estado de salud de algunos migrantes es a menudo superior a la media. Este fenómeno es conocido mundialmente como el “efecto del migrante sano”, que en la mayoría de los casos tiende a remitir tras varios años en el país de acogida. Dicho efecto refleja procesos de selección previos y posteriores a la migración, como las migraciones fallidas o el retorno anticipado de los migrantes enfermos. Por ello resulta esencial monitorizar el estado de salud de los migrantes en las comunidades de acogida, así como el de los retornados y de los candidatos a la migración en sus países de origen con el fin de controlar las DS estructurales de carácter étnico (Llacer et al., 2007; Markides et al., 2005; Khlát y Darmon, 2003; Razum et al., 1998; Krieger et al., 1993). Una investigación pionera en España en este ámbito (Rodríguez-Álvarez et al., 2009), muestra que los migrantes marroquíes que viven en el País Vasco tiene peor salud mental pero mejor calidad de vida relacionada con la salud que la población marroquí.

En la UE se reconoce el fracaso en la inclusión social de los jóvenes de origen migrante o de minorías étnicas (OIM, 2009a). Los estudios indican que esta población presenta un mayor riesgo que sus pares de padecer sobrepeso, sufrir accidentes o problemas de adaptación psicológica; también presentan tasas de depresión a partir de niveles de discriminación similares a los de las personas mayores (Ravens-Sieberer et al., 2007; Moreno et al., 2007). Existen fuertes y persistentes desigualdades en el empleo para los migrantes, que afectan incluso a los jóvenes de segunda generación pertenecientes a minorías étnicas (OCDE, 2008; Elker, 2008). Gran parte de ellos son contratados en empleos de baja cualificación y, en particular, en empleos “3-D” (en inglés, *dirty, dangerous and degrading*: sucios, peligrosos y degradantes). Es urgente prestar atención específica a los problemas de salud y seguridad en el trabajo de los trabajadores migrantes (Comunicación de la Comisión Europea, 2007a, 2007b).

Cuadro 1: La población gitana en la UE: exclusión social y desigualdad en salud

Los gitanos son, de entre las minorías de Europa, una de las más numerosas (cerca de 12 millones en toda la UE). Sufren en gran medida exclusión social persistente y una pobreza muy extendida. Las investigaciones demuestran que un porcentaje relativamente alto de los miembros de la comunidad gitana padece graves problemas de salud. Tanto hombres como mujeres envejecen más rápido y mueren más jóvenes que la población general. Los gitanos también pueden padecer un alto riesgo de enfermedades no transmisibles, como la diabetes, la hipertensión y afecciones cardíacas. El 30% de ellos reside en viviendas precarias. Los repetidos desplazamientos involuntarios se han vinculado también a las crisis de salud mental y al comportamiento de los niños (Schaaf, 2008). Los hombres son, particularmente, fumadores habituales, y comienzan a fumar a una edad cada vez más temprana. El consumo de frutas y verduras tiende a ser bajo, en parte debido a la pobreza y los elevados precios, mientras que las grasas animales y los azúcares tienden a estar más presentes en la dieta de la población gitana (Ministerio de Sanidad y Política Social de España, 2006).

Una parte significativa de la población gitana en la UE sólo tiene acceso limitado a los servicios de atención sanitaria, educación, vivienda y empleo. El 10% de ellos declaran necesidades de atención sanitaria no cubiertas (no visitan al médico cuando se encuentran enfermos); el 28% de los niños no están debidamente vacunados; el 40% de las mujeres gitanas adultas nunca ha acudido al ginecólogo salvo para los partos; el 44% de la población gitana adulta no ha terminado la escuela primaria, y solo un cuarta parte (24%) tiene educación secundaria (Fundación Secretariado Gitano, 2009). La parte de la población gitana empleada en el sector informal es desproporcionadamente alta. Como resultado, sólo tienen acceso limitado a las prestaciones de la seguridad social (Schaaf, 2008).

Figura 4. Razones de la población gitana para no visitar a un médico pese a encontrarse enfermos
 Fuente: Encuesta Europea de Salud de la Población Gitana, 2009



Desde 2009, gracias al esfuerzo concertado de las organizaciones que representan a la población gitana, los gobiernos de España y Portugal, y las instituciones de la UE, se dispone de una encuesta de la UE (Sistema de Ejecución Descentralizada Ampliada, SEDA) sobre sus necesidades de salud y de protección social. En la sección sobre Atención Sanitaria que figura más adelante se examina un programa piloto para la promoción de la salud comunitaria en Navarra, España (Jarauta et al., 2010). Para promover la integración de la población gitana, la Comisión Europea ha emprendido medidas como por ejemplo la Plataforma Europea Integrada para la Inclusión de los Gitanos, la adopción de una comunicación sobre inclusión de la población gitana (ver Anexo II) y la celebración de la segunda Cumbre Europea sobre Población Gitana en Abril de 2010 como un evento oficial dentro de la Presidencia española de la UE (ver Anexo IV).

El género a través de las divisiones de clase y de etnia

En Europa suele considerarse que el impacto del ESE en la salud es menor en las mujeres que en los hombres. De hecho, las mujeres europeas viven más tiempo, y las diferencias en esperanza de vida por ESE son, de media, de 8 años en las mujeres y de 14 años en los hombres. Sin embargo, en la UE las mujeres tienden a registrar un mayor riesgo de pobreza, especialmente en la vejez, y el riesgo relativo de muerte según ESE varía en mayor medida entre las mujeres que entre los hombres. Las mujeres suelen declarar un peor estado de salud a pesar de que registran tasas de mortalidad inferiores, reproduciendo así la pauta encontrada en el “efecto del migrante sano”. El impacto del ESE en la desigualdad de riesgos para la salud es superior en las mujeres en lo referido a la obesidad, la diabetes y la depresión, y menor en lo que respecta al tabaquismo, el cáncer de pulmón y el suicidio (Mackenbach, 2006). Las mujeres migrantes (en particular quienes están indocumentadas) y de minorías étnicas son particularmente vulnerables a las formas más extremas de exclusión social: discriminación laboral y de vivienda, violencia y abuso (Llacer et al., 2007; Thapa y Hauff, 2005).

Otra similitud entre mujeres y migrantes es que sus condiciones de vida dependen tanto de su propia posición estructural como de la que ocupan sus maridos y familias, y aquéllas pueden haber variado considerablemente como consecuencia del matrimonio o de la migración. Ambos aspectos deberían ser objeto de investigación (Consejo de Europa, 2008; Llacer et al., 2007; Borrell et al., 2004; Sean, Östlin y WGEKN, 2007; Mackenbach, 2006). Las mujeres migrantes de mayor edad son, por tanto, especialmente vulnerables debido tanto a que concentran múltiples factores de riesgo de exclusión social como la pobreza, el aislamiento social y la mala salud, como a su relativa invisibilidad en las

estadísticas y en los resultados de investigación (Cangliano et al., 2009; AGE, 2008).

Atención sanitaria y protección social

La pobreza y la exclusión social pueden constituir importantes barreras a la hora de recibir una atención sanitaria de calidad. Incluso teniendo en cuenta que la mayoría de los países de la UE garantizan cobertura universal, algunos grupos pueden quedar excluidos de la red de seguridad, y no todos los servicios sanitarios tienen porqué ser suficientemente accesibles o presentar la diversidad adecuada. La información sobre estos temas es escasa en el ámbito de la UE, aunque la mayoría de los Estados miembros dispongan de algunos datos al respecto. Los grupos excluidos socialmente, y particularmente los migrantes indocumentados, carecen frecuentemente de cobertura sanitaria.

Las mujeres dependen en ocasiones de sus maridos para obtener cobertura, y la pierden si se divorcian. Las listas de espera suelen ser largas, y la atención preventiva y especializada no hospitalaria están desigualmente distribuidas. Los copagos suelen ser elevados, y probablemente inasequibles para los pacientes crónicos. En muchos países la asistencia dental, el asesoramiento psicológico y la atención a la salud mental no están completamente cubiertos. Los migrantes y los grupos desfavorecidos tienden a utilizar menos la atención preventiva y la especializada no hospitalaria, y más los servicios de urgencias. Con frecuencia reciben una atención insuficiente y se enfrentan a listas de espera más largas, así como a la discriminación por parte del personal de atención sanitaria y social. También tienen coberturas vacunales y tasas de utilización de servicios sanitarios más bajas (Comité de Expertos en Servicio de Salud en una Sociedad Multicultural, 2007).

Hay abundante evidencia sobre la función decisiva que la atención sanitaria y social, pública y universal, ha desempeñado en la UE en la reducción de las DS estructurales en salud, así como en la reducción de la pobreza de niños y adultos (Comisión Europea, 2008b; Mackenbach, 2006; Marmot y Wilkinson, 2003; Light, 1993). Como explica el informe de la ONU sobre la Situación Social Mundial de 2010, el concepto de protección social, que implica universalismo, ha dado paso en las últimas décadas al concepto de redes sociales de seguridad, que implica la selección de los grupos a los que van dirigidas (*targeting*). El universalismo enfatiza el derecho básico de cada ciudadano a los servicios sociales, mientras que la orientación hacia grupos concretos pone el acento en los requisitos para acceder a una determinada prestación y a menudo implica establecer prueba de medios -comprobación de ingresos- (ONU, 2010). La Red de Conocimiento sobre Exclusión Social de la CDSS (SEKN) llevó a cabo una exhaustiva revisión de las repercusiones de la estrategia de medidas/políticas selectivas (*targeting*), y concluyó que puede ser estigmatizante y privadora de poder, reproduciendo así los procesos de exclusión e intensificando potencialmente las desigualdades. Además, los costes de transacción pueden ser elevados y pueden producirse problemas para “captar y retener” a los beneficiarios. La SEKN recomienda que estas políticas selectivas se apliquen únicamente dentro de un marco que garantice los derechos humanos y el acceso universal a los servicios esenciales y a un nivel de vida socialmente aceptable (CDSS, 2008).

No obstante, las medidas selectivas pueden contribuir a garantizar el derecho a la salud de los grupos socialmente excluidos que podrían quedar al margen de los servicios universales, así como a poner en marcha estrategias locales de intervención especialmente dirigidas a abordar los determinantes sociales de la salud. Según afirma Marmot en su reciente revisión de las recomendaciones de la CDSS para el Gobierno británico (Marmot, 2009: 11) “La salud sigue un gradiente social, y ello implica que es necesario combinar políticas selectivas y universales; [si bien] la reducción de las desigualdades en salud no se logrará únicamente concentrándonos en las personas que se encuentran en la parte inferior del gradiente social”. En particular, las intervenciones selectivas pro-equidad a nivel local (es decir, no basadas en la prueba de medios) que coordinan la acción política y social para los grupos y comunidades socialmente excluidos, presentan ventajas sobre los enfoques universales en el campo concreto de la promoción de la salud (Mackenbach et al., 2003; White et al., 2009) y han tenido éxito cuando se han basado en inversiones públicas (y ocasionalmente privadas) suficientes y bien asignadas. En Europa, uno de los primeros ejemplos emblemáticos es el programa de Promoción de Salud de Minorías Étnicas de Navarra (España), puesto en marcha en 1987 y dirigido a la población gitana, y que ha contribuido a ampliar la atención primaria y mejorar la salud de mujeres y niños. Este programa ha contribuido a alcanzar niveles más elevados de cobertura en atención primaria, ha fortalecido la salud reproductiva de las mujeres y ha mejorado la salud infantil (Jarauta et al., 2010). Otras intervenciones en distintos países europeos y en otras regiones (como Latinoamérica), muestran igualmente buenos resultados en la atención comunitaria participativa y selectiva (Judge et al., 2006; King et al., 2009; Meresman, 2009; OPS, 2009, 2008a, 2006; Borrell y Artacoiz, 2008). Sin embargo, pocas de estas intervenciones son evaluadas

adecuadamente (Judge et al., 2006). Un reciente proyecto piloto de intervención comunitaria, diseñado como un ensayo clínico y llevado a cabo en Londres, obtuvo un incremento del 50% en el porcentaje de adultos que siguen una dieta saludable, un incremento del 70% en el porcentaje de adultos que realizan ejercicio regularmente, y un descenso del 30% en los problemas de salud mental (Wall et al., 2009).

La investigación también demuestra que las organizaciones de la sociedad civil (OSC) especializadas, particularmente si se encuentran integradas en la comunidad, pueden desempeñar un papel importante para lograr, y ayudar a construir, redes de distribución para las comunidades más excluidas, como en el caso de los vecindarios con altos índices de delincuencia o drogadicción (Pereira y Ángel, 2009; Sampson et al., 1997). Por ejemplo, la Comisión Europea (2001) recomienda reforzar el derecho a los servicios universales y la discriminación positiva para los migrantes, y recomienda asimismo solicitar el apoyo de las organizaciones no gubernamentales (ONGs) para el caso específico de los refugiados. La CDSS subraya la importancia de implicar a las OSC en las intervenciones, al tiempo que destaca la responsabilidad fundamental del sector público para liderar la garantía de una cobertura universal, particularmente en el ámbito de la atención primaria (CDSS, 2008; recomendación 9.1; OMS, 2008).

Migrantes y minorías étnicas

La situación de residencia legal, el idioma y las diferencias culturales, la estigmatización y las barreras geográficas y financieras pueden suponer obstáculos considerables para los migrantes y minorías étnicas, particularmente en el acceso a subsidios y a los servicios de salud y bienestar. El estatus legal de los migrantes repercute significativamente en su capacidad para disfrutar de una vida saludable y en sus posibilidades de acceder a los derechos humanos básicos, como la atención sanitaria. Las políticas, servicios y sistemas sanitarios no suelen responder a las necesidades específicas de los migrantes y minorías étnicas (Organización Internacional para las Migraciones, 2009c; Comisión Europea, 2008b; Consejo de Europa, 2001, 2006 y 2007; Wolf et al., 2008; Asamblea Mundial de la Salud, 2008). El estigma y la discriminación también pueden disuadir a los grupos de riesgo de buscar apoyo en los servicios sanitarios, en particular en lo que respecta a la salud mental y a los casos de infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y tuberculosis (TB) (OSI, 2007). La falta de información y conocimiento adecuados sobre los servicios disponibles puede impedir o retrasar su utilización, y la falta de una sensibilidad y preparación adecuadas (competencia cultural y conocimiento de los DSS) del personal sanitario puede obstaculizarla aún más (Comisión Europea, 2008a-b). La naturaleza propia de la movilidad también puede dificultar la identificación de los proveedores de atención sanitaria y que los tratamientos de larga duración se completen. Las investigaciones indican que, como resultado de la falta de disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de los servicios sanitarios, los migrantes y las minorías étnicas podrían ser reticentes a buscar atención sanitaria (Comité de Expertos sobre Movilidad, Migraciones y Acceso a la Atención Sanitaria, 2009; Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, 2007; Centro Internacional para el Desarrollo de las Políticas Migratorias, 2003). Los pocos estudios sobre la calidad de la atención que reciben, por ejemplo, en casos de diabetes,

muestran un peor control de la glucemia, más complicaciones -como ceguera y amputaciones de pierna-, y niveles inferiores de satisfacción que los de la población general (Comité de Expertos sobre Servicios de Salud en una Sociedad Multicultural, 2006).

El género en las desigualdades de clase y etnia

La creciente preocupación sobre los resultados en salud materno-infantil en los migrantes se ve reflejada en numerosos estudios en toda Europa. La identificación y gestión de los problemas relativos a la salud sexual y reproductiva exigen competencia cultural entre los proveedores de atención sanitaria, el desarrollo de iniciativas de prevención y promoción de la salud desarrolladas en colaboración con los grupos de población objetivo, y el uso e institucionalización de los mediadores culturales comunitarios. Las prácticas culturales y étnicas de salud sexual y reproductiva y las costumbres en determinados grupos de migrantes y minorías étnicas, en temas como los embarazos de adolescentes, la mutilación genital femenina, el aborto y el uso de anticonceptivos, pueden intensificar las DS asociadas al género y el conflicto con las comunidades mayoritarias y de acogida (OIM, 2009b; Comité de Expertos sobre Movilidad, migración y acceso a la atención sanitaria, 2009; Consejo de Europa, 2008). Algunos investigadores e informes oficiales recomiendan que se equilibre el porcentaje de mujeres profesionales y expertas sanitarias, de ESE bajo y procedentes de minorías étnicas, con el porcentaje de pacientes que pertenece a estos grupos de población, como una de las mejores estrategias para reducir las barreras culturales y de acceso, así como la discriminación y la infrautilización.

Monitorización de la exclusión social y de las desigualdades estructurales en salud: indicadores propuestos y acuerdos de la UE

Los indicadores propuestos se detallan en versión resumida en la Tabla 2, y en una versión más amplia en el Anexo V, sub-anexo C. Inspirados en la batería de indicadores recopilada por la CDSS (véase Anexo V, sub-anexo D), incorporan además una revisión de recientes investigaciones académicas y de instituciones internacionales sobre la integración de la pobreza dentro de los índices de desempeño de los sistemas sanitarios (Fung et al., 2008; Smith et al., 2008; García et al., 2007; Kamanou, 2007; Pireus, 2007; Schoen et al., 2007; García-Altés et al., 2006; McLoughlin et al., 2005; Marshall et al., 2003; MacIntyre et al., 2001). Asimismo, los indicadores se adaptan a los resultados de investigación, necesidades de salud y objetivos de política de la UE. Los acuerdos de la UE se recogen en los párrafos siguientes y en la Tabla 2. Los hechos y necesidades se resumen a continuación.

La exclusión social y las DS estructurales son prioridades cruciales para las instituciones de gobierno de la UE y la salud se considera no sólo como un derecho humano básico sino además como una fuente de riqueza (véase Tabla 2). Esto concuerda con el hecho de que una mayoría de ciudadanos de la UE piensa que la pobreza y la mala salud responden a razones estructurales y, en última instancia, a la injusticia social, y no a la falta de esfuerzo por parte de los individuos (Comisión Europea, 2010). Un reciente estudio comparativo con EE.UU. muestra, por el contrario, que dos tercios de los

ciudadanos estadounidenses creen que la causa principal de la pobreza es la desidia (Alesina y Glaeser, 2004). Dos hitos destacables son los compromisos de los Consejos Europeos de 2000 en Lisboa y de 2001 en Laeken para luchar contra la desigualdad y la exclusión social, y para monitorizar su evolución a escala nacional mediante 18 indicadores sintéticos (incluida la salud). Estos indicadores se recogen ahora de manera rutinaria a través de la Encuesta Europea de Condiciones de Vida (EU-SILC), encuesta de nueva creación, que sustituye a la encuesta previa de Panel de Hogares de la Unión Europea (véase la introducción de la Parte I de este informe; y también Brook, 2009; Dennis y Guiom, 2008; y los informes sobre la Situación Social de la Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades de la UE).

En la investigación sobre exclusión social, DSS y DS muestran un complejo patrón causal que hemos agrupado en 8 causas principales de DS -4 de ellas esencialmente estructurales- (véase Figura 3). La posición que una determinada persona ocupa en la estructura social (A-C) y en el contexto sociopolítico e institucional (D) varía según el origen familiar y el empleo el género y la edad, la discapacidad y el estado de salud mental, la identidad étnica, el país de origen y el lugar de residencia. Junto con el entorno físico local (E), determina de forma directa las condiciones de vida, e influye sobre las actitudes y conductas (F). La posición estructural también determina las oportunidades de acceso a una atención sanitaria de calidad y a la protección social (G), así como la posibilidad de una movilización política exitosa en favor de las políticas pro equidad. La estructura social influye sobre la salud y la discapacidad (H) a través de todos estos canales y también de forma directa.

Los datos del panel EU-SILC cubren adecuadamente los puntos A, B, D y E, y parcialmente los puntos C, F, G y H (Tabla 2 y Figura 3). Actualmente existen grupos de trabajo específicos dentro de Eurostat que trabajan en aspectos aún no cubiertos, como la etnia, la discapacidad, el capital social, el acceso a servicios locales y la transmisión intergeneracional de la pobreza. Recientemente, algunos países como Estonia han sido pioneros en introducir en la encuesta EU-SILC la desagregación de los indicadores de desigualdad estructural por comunidades étnicas y geográficas. Es de capital importancia que el actual tamaño muestral de la encuesta se amplíe para permitir la desagregación por grupos minoritarios excluidos, y que se registren los códigos postales y las fronteras locales y regionales. Asimismo, resulta crítico que se registre información detallada sobre las referencias familiares (padres y madres, cónyuges), el país de origen y la etnia en el caso de las minorías excluidas. La encuesta EU-SILC también debería recoger en un futuro datos sobre migración, salud mental, discriminación percibida y estrés, así como sobre movilización política.

Tabla 2. Indicadores y acuerdos clave en la UE sobre DS estructurales

ACUERDOS Y COMPROMISOS A NIVEL DE LA UE	
Acuerdos Clave	Asuntos Pendientes
<ul style="list-style-type: none"> • La salud es un derecho humano básico y una fuente fundamental de riqueza y desarrollo; • La equidad en salud juega un rol clave en la agenda de la UE para hacer compatible la cohesión social y el buen gobierno con el crecimiento y el empleo; • Las desigualdades estructurales en las instituciones de poder son el principal determinante social de las desigualdades en salud y mortalidad prematura; • La desigualdades estructurales en salud se pueden evitar mediante políticas y acción social; • Los sistemas de salud y protección social deben ser proactivos para captar a los más necesitados; incluir información culturalmente sensible en los idiomas relevantes; promover estrategias dirigidas al entendimiento y el respeto mutuos; y hacer que los profesionales estén adecuadamente formados y los servicios sean accesibles y asequibles para todos. 	<ul style="list-style-type: none"> • La investigación en Europa ha tratado el impacto del ESE en las DS, pero ha hecho relativamente poco énfasis en la relación que la migración, la discapacidad, la salud mental y la pertenencia a una comunidades étnica o local particularmente desfavorecida puedan tener con un bajo ESE crónico. • Existe aun poca discusión en la UE sobre temas clave de gobierno como quién debe liderar las acciones coordinadas sobre los determinantes de la salud; la prioridad de los diferentes indicadores de determinantes sociales de la salud; o el rol del sistema de salud en la promoción de las políticas en pro de la equidad en salud o en la evaluación del impacto en salud del resto de sectores políticos • Los escasos informes existentes a nivel de la UE sobre políticas en pro de la equidad en salud y las instituciones de gobierno en Europa subrayan el rol de liderazgo en investigación y políticas de: Reino Unido, Irlanda, Países Bajos y los países nórdicos, que pueden ayudar a cubrir las lagunas que existen a nivel de la UE.

Propuesta de indicadores para monitorizar las desigualdades estructurales en salud	
Datos individuales	Datos locales y de área
<p>A. Riesgo e intensidad de pobreza, estatus socioeconómico familiar y movilidad social, % de población que posee coche y casa;</p> <p>B. Resultados en matemáticas y alfabetización o años de educación;</p> <p>C. % de personas que viven solas o se sienten socialmente discriminadas;</p> <p>D. % de personas que se sienten institucionalmente discriminadas, % de desempleados de larga duración, diferencia salarial, % de personas políticamente activas;</p> <p>E. % de personas con malas condiciones de vivienda o bajo acceso a comida saludable;</p> <p>F. % de personas con estrés, pocas actividades sociales o de recreo;</p> <p>G. % de personas con necesidades de salud no atendidas, % sin médico de Atención Primaria (MAP)</p> <p>H. % de personas con discapacidad y mala salud mental (incluyendo adicciones).</p>	<p>A. Desigualdades de renta (S80/S20) dentro y entre áreas locales, % de áreas con más de un 20% de población pobre;</p> <p>B. % de personas analfabetas o con poco conocimiento del idioma;</p> <p>C. Confianza, % de madres jóvenes solteras, % de mayores y de migrantes;</p> <p>D. Legislación, planes y financiación para luchar contra la discriminación y las DS estructurales, número de demostraciones;</p> <p>E. Polución, accidentes de trabajo, áreas verdes agua;</p> <p>F. Violencia, encarcelamientos, personas sin hogar;</p> <p>G. % de áreas dotadas con personal insuficiente en salud y educación;</p> <p>H. Desigualdades en esperanza de vida y mortalidad infantil.</p>

NOTA: Todos los indicadores deberían ser desagregados por razón de ESE, enfermedad, etnia y estatus de migración, condición de refugiado o persona sin hogar. Fuentes: Comisión Europea (2010-2007); Consejo de Europa (2008-2001); OMS Europa (2008). Véase Anexo V, sub-anexo D para obtener información más detallada sobre otros índices de DS y DSS de la UE.



Consideraciones para seguir avanzando

En resumen, a comienzos de 2010 se observan algunas buenas perspectivas en la reducción de la exclusión social y las DS estructurales en Europa. La investigación, la evidencia y los compromisos políticos en la Unión Europea en el ámbito de los determinantes sociales de las DS han registrado notables avances en los últimos años. Actualmente disponemos de abundante conocimiento, consenso y recursos ya comprometidos alrededor de un conjunto de prioridades y hechos: la equidad en salud es un derecho humano básico, un impulsor de la riqueza, y una prioridad clave dentro de la Agenda de la UE; los determinantes sociales de la salud provocan DS y pueden evitarse con políticas concertadas y acción social, que deberían concentrarse en los grupos sociales vulnerables y en la reducción de las desigualdades en todos los grupos sociales y comunidades mediante impuestos progresivos y políticas universales.

Este capítulo ayuda a construir un modelo conceptual amplio (Figura 3) que define la exclusión social como causa de la desigualdad estructural, orienta su conexión con otros DSS y sirve de guía para la batería de indicadores propuesta. Su principal mensaje es que los factores estructurales (A-D), ya sea de forma directa o a través de las condiciones materiales y psicosociales (E-G) causan desigualdades en (H) el estado de salud, los riesgos sanitarios, las discapacidades, las enfermedades crónicas, la salud mental y la mortalidad prematura. Un mensaje adicional es que la exclusión social puede desencadenarse no sólo a través de un ESE bajo, sino también por vía de la distribución desigual del respeto social mediante ciertos identificadores sociales arbitrarios (como la raza y el sexo) ligados a la estigmatización y a la discriminación, que reducen las oportunidades de movilidad social y provocan desigualdades estructurales en salud (Bennett, 2010). La imagen especular del círculo vicioso de la exclusión social es la cohesión social, un estado final provocado por las dinámicas generalizadas de inclusión social típicas de sociedades igualitarias y basadas en la confianza.

Es necesario disponer de mejores datos sobre el estado de salud y las necesidades específicas de los migrantes, población gitana y otros grupos étnicos minoritarios, y también sobre la accesibilidad, disponibilidad y calidad de la atención sanitaria que reciben en el ámbito de la UE. Se dispone de pocos datos sobre la inclusión social de las personas con discapacidad, enfermos mentales y pacientes crónicos, así como de otros grupos muy vulnerables como son los refugiados, los solicitantes de asilo, los migrantes indocumentados y las personas sin hogar. Un problema fundamental es la falta de consenso sobre cómo agrupar a las personas por su condición de migrantes, o por sus circunstancias étnicas, religiosas o culturales. Algunos países de la UE presentan restricciones legales o éticas a la recogida y almacenamiento de datos relativos a la etnia o el estatus legal, y lo mismo ocurre con el ESE, aunque no con la raza, en EE.UU. (Krieger et al., 1993). Estados Unidos es el primer país del mundo que ha recogido información desagregando por raza, mientras que Holanda y Reino Unido son los países con mayor tradición en la UE (Comité de Expertos sobre Servicios de Salud en una Sociedad Multicultural, 2006). Durante las últimas Presidencias de la UE, Portugal y España han impulsado los temas relacionados con la migración.

Las conclusiones principales del capítulo son tres:

- Tanto la evidencia científica como los acuerdos alcanzados en la UE subrayan el hecho de que las diferentes dimensiones estructurales se encuentran fuertemente interrelacionadas entre sí, de modo que las personas con menos recursos socioeconómicos también disponen de menos recursos sociopolíticos e institucionales, y simultáneamente sufren condiciones materiales adversas de vida, discriminación y otros aspectos de exclusión social que terminan por atraparles en una pobreza multidimensional. *Los grupos sociales más afectados por las desigualdades estructurales, que deberían recibir una protección especial, son los refugiados, la población gitana y otras minorías étnicas, los migrantes, las personas sin hogar, las madres solteras, los enfermos, los pobres y los ancianos, y también los niños, los desempleados y subempleados.*

- De acuerdo con lo señalado previamente, a pesar de la atención sanitaria universal y de los amplios sistemas de pensiones en toda la Unión Europea, las investigaciones sobre la *naturaleza persistente de las DS apuntan a sus profundas raíces estructurales (Mackenbach, 2006), pero también apuntan a las desigualdades en protección social y cobertura sanitaria, y a las barreras de acceso de las minorías vulnerables. Las políticas de discriminación positiva y la financiación pública progresiva son necesarias para hacer efectivos los derechos de bienestar de los grupos sociales que se "cuelan" por las fisuras de los servicios universales.*

- *Existe mucha información sobre las raíces estructurales de las DS en la UE (dada su prioridad causal y en el diseño de políticas), pero poca sobre las necesidades sanitarias y los recursos específicos de los grupos sociales más vulnerables a las DS estructurales, y menos aún sobre las políticas efectivas para abordarlos. Hay un poco más de información sobre el papel del ESE, pero poca sobre el papel que tiene la etnicidad y el estado de migrante, así como otras dimensiones de la exclusión social. Cabe señalar tres necesidades urgentes en el campo de la información sanitaria: (1) la ampliación del tamaño muestral de las encuestas existentes (como la EU-SILC) hasta un mínimo de 20000 observaciones para permitir la desagregación por grupos minoritarios vulnerables y áreas locales; (2) la inclusión de preguntas específicas sobre todos los DSS (incluidos el ESE familiar y el origen étnico) en las encuestas de salud, registros de mortalidad o registros de pacientes, así como de preguntas sobre discriminación, violencia, acceso a la atención sanitaria y problemas de salud de mayor prevalencia entre las minorías desfavorecidas, como los embarazos de riesgo, las deficiencias nutricionales, la salud mental o la falta de atención preventiva; y (3) la creación de nuevas bases de datos locales y regionales que registren la disponibilidad, en las áreas pobres y excluidas, de servicios públicos como los centros educativos y culturales, aire limpio, zonas verdes, alimentos saludables y viviendas asequibles, y servicios sanitarios y sociales. En la Tabla 2 y el subanexo C proponemos, respectivamente, una batería resumida y ampliada de indicadores de DS estructurales (a nivel individual y local) agrupados en torno a 7 dimensiones de las DSS o estratificadores de equidad.*

VII. DESIGUALDADES EN SALUD GLOBAL Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD: OPORTUNIDADES DE LA UE PARA CONTRIBUIR A LA MONITORIZACIÓN Y LA ACCIÓN

Theadora Swift Soller, Oficina Europea para la Inversión en Salud y Desarrollo, Oficina Regional de la OMS para Europa

Eugenio Villar, Grupo de Investigación y Evidencia de la Información, Organización Mundial de la Salud

Pedro L. Alonso, Centro de Investigación en Salud Internacional de Barcelona (CRESIB) Hospital Clínico-Universitario de Barcelona y Fundação Manhiça (Mozambique)

Magdalena Robert, Centro de Investigación en Salud Internacional de Barcelona (CRESIB)

Hospital Clínico-Universitario de Barcelona

Kumanan Rasanathan, Grupo de Investigación y Evidencia de la Información, Organización Mundial de la Salud

¹ El término «terceros países» en este capítulo se refiere a los países que no forman parte de la UE ni del Área Económica Europea (AEE) y son receptores de la «tradicional» ayuda al desarrollo. El análisis de la cooperación de la UE para la equidad en salud a través de la agenda trasatlántica con los BRIC (Brasil, Rusia, India y China) y otros países desarrollados trasciende el objeto de este capítulo.

² Determinadas áreas políticas como el comercio y la investigación son importantes para afrontar las desigualdades en salud global, pero, debido a las limitaciones de espacio, no se abordarán en este capítulo. Recomendamos a los lectores que consulten la obra de la Red de Conocimiento sobre la Globalización de la CDSS (Labonté R et al., 2008), así como el Documento de consulta general: El papel de la UE en la salud global (Comisión Europea, 2009e), para más información sobre cómo influyen el comercio y la investigación en la equidad en la salud global.

³ La Estrategia de acción de la UE relativa a la escasez de recursos humanos en el sector sanitario en los países en desarrollo y el Programa de acción europeo para hacer frente a la grave escasez de personal sanitario en los países en desarrollo (2007 – 2013) detallan los compromisos de la UE para dirigir la selección internacional de personal sanitario en virtud de consideraciones éticas y de la solidaridad entre países, factores propiciados mediante un código de prácticas.

⁴ Se han revisado los componentes de salud de los informes sobre progreso disponibles en el sitio web de la PEV de la CE. A mediados de noviembre de 2009, los informes sobre los avances estaban disponibles para Armenia, Azerbaiyán, Egipto, Georgia, Israel, Jordania, Líbano, Moldavia, Marruecos, Cisjordania y la Franja de Gaza, Túnez y Ucrania (Comisión Europea, 2009d).

Este capítulo constituye una aportación al debate actual sobre las oportunidades de la UE para contribuir a la reducción de las desigualdades en salud en terceros países a través de su cooperación al desarrollo. El capítulo abarca enfoques potenciales para la acción en relación al Consenso Europeo sobre Desarrollo; el apoyo de la UE a los avances encaminados a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM); la aplicación de la Agenda de Acción de Accra por parte de la UE; y la Política Europea de Vecindad (PEV). El Anexo II complementa este capítulo con más información a partir de la Comunicación de la CE “El rol de la UE en la Salud Global”.

Introducción

En la actualidad, las diferencias existentes entre países y dentro de los mismos en lo que respecta a los niveles de renta, las oportunidades y el estado de salud son mayores que en ningún otro momento de la historia reciente (Chan M, 2009; CDSS, 2008). Garantizar el derecho de todas las personas a la consecución del nivel de salud más alto posible beneficia a todos los países. El desarrollo de todos los países, dentro y fuera del sector sanitario, es asimismo un requisito necesario para garantizar la protección de la salud global (Comité de Políticas de Desarrollo, 2009).

La acción de la UE para mejorar la salud de terceros países¹ y para abordar los determinantes sociales de la salud mediante la coherencia política está respaldada por el Artículo 168 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea. Este artículo especifica que *la Unión y los Estados miembros favorecerán la cooperación con terceros países y las organizaciones internacionales competentes en materia de salud pública, y que al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana* (Unión Europea, 2008).

Las comunicaciones sobre «el papel de la UE en la salud global» y «la solidaridad en materia salud: reducción de las desigualdades en salud en la UE» (Comisión Europea, 2010 y 2009c) refuerzan el compromiso de la UE para reducir las desigualdades en salud, incluido su papel en la salud global. La comunicación sobre «el papel de la UE en la salud global» es particularmente relevante para este capítulo. Define el concepto, el marco y los desafíos en materia de salud global; aporta un análisis del valor añadido de la UE como principal actor en salud global; establece las áreas de acción prioritaria; y propone los principales elementos estratégicos para realzar el papel de la UE en la salud global. Las áreas prioritarias de dicho documento son la gobernabilidad, la coherencia y el conocimiento sobre la salud global y la aportación de la UE a la cobertura universal de los servicios sanitarios (véase el Anexo II para más detalles).

La UE (en concreto la Comisión Europea, la Secretaría del Consejo y los Estados miembros de la Unión Europea) es el mayor donante del mundo. En 2008 aportó el 60% (49.000

millones de euros) de la ayuda oficial al desarrollo a nivel mundial. El principal objetivo general de la política de desarrollo de la UE es la erradicación de la pobreza en el contexto del desarrollo sostenible, incluida la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (Comisión Europea, 2008a). La Comisión Europea gestiona más de la quinta parte de la ayuda al desarrollo de la UE y aporta asistencia a más de 160 países, territorios u organizaciones de todo el mundo (Comisión Europea, 2008a).

El Tratado de Lisboa concede mayor relevancia a los derechos humanos, la igualdad y la solidaridad como principios fundamentales de la UE (Unión Europea, 2009). En consecuencia, y dada la relevancia que tiene garantizar la solidaridad en pro del derecho a la salud con el fin de reducir las desigualdades en la salud global, el análisis de este capítulo está respaldado por el Artículo 12 sobre el derecho a la salud del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU (Kickbusch y Lister, 2009; OACDH, 1966). El derecho a la salud abarca factores socioeconómicos que promueven las condiciones en las que las personas pueden desarrollar una vida sana, y se extiende a los determinantes de la salud subyacentes (ECOSOC - Consejo Económico y Social de la Organización de las Naciones Unidas, 2000). La limitación de los recursos puede requerir la progresiva implantación de este derecho. Como sucede con otros derechos, la Comunidad Internacional tiene la responsabilidad de apoyar la progresiva implantación del derecho a la salud, por ejemplo a través de la ayuda al desarrollo². Este capítulo se basa también en la obra de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) y las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud sobre *Reducing health inequalities through action on the social determinants of health* [Reducción de las desigualdades en salud a través de la acción sobre los determinantes sociales de la salud] y *Primary health care, including health system strengthening* [Atención primaria, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud] (Asamblea Mundial de la Salud, 2009a, 2009b).

La salud como aspecto transversal del Consenso Europeo sobre Desarrollo

En esta sección se explora el modo en que la salud global (y la equidad en salud) podría incorporarse en mayor medida a la aplicación del Consenso Europeo sobre Desarrollo. Dicho Consenso aporta la base para la acción de la UE en el ámbito del desarrollo. Establece nueve «áreas de acción Comunitaria»: 1) comercio e integración regional; 2) medio ambiente y gestión sostenible de los recursos naturales; 3) infraestructuras, comunicaciones y transporte; 4) agua y energía; 5) desarrollo rural, planificación territorial, agricultura y seguridad alimentaria; 6) gobernabilidad, democracia, derechos humanos y apoyo a las reformas económicas e institucionales; 7) prevención de conflictos y Estados frágiles; 8) desarrollo humano; y 9) cohesión social y empleo.

Además de estas áreas de acción, el Consenso Europeo sobre Desarrollo trata cuatro temas transversales: a) buen gobierno, derechos humanos, derechos de la infancia y de las poblaciones indígenas; b) igualdad de género; c) sostenibilidad medioambiental; y d) VIH/SIDA (Unión Europea, 2006). La razón por la que estos temas se consideran transversales es que «afectan a principios generales aplicables a todas las iniciativas y requieren una respuesta multisectorial». La UE promueve la integración de los aspectos transversales en todas las áreas de los programas de los países donantes (Dirección General de Desarrollo y Relaciones con los Estados Africanos, Caribeños y del Pacífico, 2008).

En estos temas transversales están implícitos algunos determinantes esenciales para la salud. Además, y de conformidad con el Artículo 168 del Tratado sobre el Funcionamiento de la Unión Europea, la UE podría considerar la adopción de la salud (y de la equidad en salud) como un aspecto transversal. Esto daría continuidad a las Conclusiones del Consejo sobre Salud en Todas las Políticas avanzadas por la Presidencia Finlandesa de la UE (2006) y la Declaración Ministerial de Oslo. La última de dichas conclusiones aboga por establecer el «impacto sobre la salud» como el punto de partida y definir la perspectiva apropiada para examinar los elementos fundamentales de la política exterior y las estrategias de desarrollo (Ministros de Asuntos Exteriores, 2007). La Tabla 3 ilustra la naturaleza transversal de la salud y la equidad en salud en las 9 áreas de la Acción Comunitaria del Consenso Europeo sobre Desarrollo.

Los aspectos transversales actuales se integran en los programas de donantes a través de herramientas como las evaluaciones estratégicas, las guías de programación y los perfiles de países por temas específicos. Se pueden crear herramientas y recursos (y adaptar los existentes) para contribuir a la aplicación de un enfoque de Salud en Todas las Políticas (sensible a la equidad en salud) en el programa de desarrollo de la Comisión Europea. De este modo se proveería a las personas que trabajan en Desarrollo en la UE de un conjunto de recomendaciones para abordar los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud en cada fase de elaboración de los Programas Indicativos Nacionales y los Documentos Estratégicos de los Países, así como para dialogar con y/o apoyar a terceros países con el fin de integrar estos aspectos en las políticas de desarrollo nacional. Además, la CE o un Estado miembro de la UE podrían crear un programa de formación sobre la aplicación de un enfoque de Salud en Todas las Políticas destinado al personal que trabaja en desarrollo en la UE, o bien incorporar un módulo o un curso en los programas existentes. Esta formación podría apoyarse en la experiencia de todos los países de la UE, los grupos de la sociedad civil, el mundo académico y otros socios para el desarrollo.

Dada la complejidad inherente al abordaje de los temas transversales, sería útil revisar los desafíos y tener en cuenta los factores facilitadores que se han detectado en la incorporación de otros aspectos transversales. Podrían revisarse la adopción y aplicación de herramientas como las Evaluaciones Ambientales Estratégicas, los Perfiles de Género y Ambientales del País, y el documento *Guía para la Integración de la Igualdad de Género en la Cooperación al*

Desarrollo de la CE (Comisión Europea). En el nivel de los Estados miembros, un ejemplo interesante sería la herramienta de análisis de género y exclusión social (DFID - Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido, 2009).

Tabla 3. Áreas de acción Comunitaria y cómo se relacionan con algunas recomendaciones y conclusiones seleccionadas* para lograr la equidad en salud de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS)

9 áreas de acción Comunitaria del Consenso Europeo sobre Desarrollo	Ejemplos de recomendaciones y conclusiones sobre equidad en salud de la CDSS
Comercio e integración regional	<ul style="list-style-type: none"> - Propiciar la coherencia política, de manera que las políticas de los diversos Ministerios se complementen entre sí, en lugar de contradecirse, con respecto a la producción de salud y equidad en salud (por ejemplo, una política comercial que fomente activamente la producción ilimitada, el comercio y el consumo de alimentos ricos en grasas y azúcares es contradictoria con una política de salud, que recomienda un consumo relativamente bajo de los alimentos grasos y azucarados, así como un incremento en el consumo de frutas y verduras).
Medio ambiente y gestión sostenible de los recursos naturales	<ul style="list-style-type: none"> - Las instituciones internacionales y los gobiernos nacionales, en consonancia con las recomendaciones del Panel Intergubernamental sobre Cambio Climático, tienen en cuenta la repercusión en la equidad en salud de las estrategias encaminadas a la adaptación al cambio climático y a la atenuación de éste, en materia de agricultura, transporte, combustibles, construcción, industria y tratamiento de residuos.
Infraestructuras, comunicaciones y transporte	<ul style="list-style-type: none"> - El gobierno local y la sociedad civil planifican y diseñan zonas urbanas para promover la actividad física a través de la inversión en transporte activo.
Agua y energía	<ul style="list-style-type: none"> - Los gobiernos nacionales, en colaboración con las agencias multilaterales relevantes, refuerzan el liderazgo del sector público en la provisión de bienes/ servicios esenciales relacionados con la salud (como agua y saneamiento).
Desarrollo rural, planificación territorial, agricultura y seguridad alimentaria	<ul style="list-style-type: none"> - Los gobiernos locales y nacionales desarrollan y aplican políticas y programas centrados en: asuntos de derechos y tenencia de la tierra rural; oportunidades laborales rurales a lo largo del año; desarrollo agrícola y justicia en los acuerdos comerciales internacionales; infraestructura rural, incluidos los servicios, las carreteras, la educación y la salud; y políticas que protegen la salud de los migrantes de las zonas rurales a las urbanas.
Gobernabilidad, democracia, derechos humanos y respaldo a las reformas económicas e institucionales	<ul style="list-style-type: none"> - La vigilancia de los determinantes sociales y de los indicadores de la equidad en salud está institucionalizada y se recurre a la evaluación del impacto en salud de todas las políticas gubernamentales, incluida la económica, desde una perspectiva de equidad. - La distribución de los recursos públicos se supervisa y se asigna de manera equitativa entre regiones y grupos sociales, utilizando, por ejemplo, un indicador de equidad. - Los gobiernos se cercioran de que todos los niños y niñas sean registrados/as al nacer sin coste económico para el hogar. Esta medida debe formar parte de la mejora de la inscripción de nacimientos y muertes en el registro civil.
Prevención de conflictos y estados frágiles	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo a la creación de un sistema de vigilancia de casos de mínima equidad en salud, mediante el desarrollo de estadísticas de salud rutinarias en los lugares donde no existen; incluso en las zonas de conflicto/ emergencia, pese a las dificultades, son viables algunas encuestas dirigidas a muestras poblacionales sobre las condiciones de vida y la salud.
Desarrollo humano	<ul style="list-style-type: none"> - Los gobiernos nacionales, junto con la sociedad civil y los donantes, crean servicios de atención sanitaria basados en el principio de cobertura universal de servicios de calidad, centrados en la Atención Primaria. - Los gobiernos crean la cobertura universal de un conjunto exhaustivo de programas de desarrollo de la primera infancia y servicios de calidad para niños/as, madres y otros cuidadores, independientemente de su capacidad adquisitiva. - El sector sanitario expande su política y sus programas de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención sanitaria con el fin de incluir un enfoque basado en los determinantes sociales de la salud. - Los gobiernos nacionales establecen un sistema nacional de vigilancia de la equidad en salud, con la recopilación sistemática de los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud.
Cohesión social y desempleo	<ul style="list-style-type: none"> - Los gobiernos, con la ayuda de los donantes y las organizaciones de la sociedad civil en caso necesario y, si resulta apropiado, en colaboración con empresarios, crean sistemas de protección social universal e incrementan su generosidad hasta lograr promover una vida saludable. Focalizarse en grupos determinados se utiliza sólo como respaldo para quienes quedan fuera de la red de los sistemas universales. - Los gobiernos nacionales desarrollan y aplican políticas económicas y sociales que aporten un empleo seguro y un salario que tenga en cuenta el coste real de una vida que goce de salud.

*Se trata de una lista no exhaustiva. Véase la fuente CDSS (2008) para todas las recomendaciones y una revisión de los datos.

Fortaleciendo la capacidad nacional para el avance hacia los ODM desde una perspectiva de equidad

La Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, adoptada en 2000 por 189 países, es una estrategia correctiva que pretende introducir una mayor igualdad en el mundo, afrontando la pobreza multidimensional y promoviendo el desarrollo sostenible (Chan M, 2009). Los ODM abarcan tres objetivos concretos en materia de salud (sobre salud infantil, salud maternal y lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades) y pretenden alcanzar mejoras en los determinantes sociales de la salud fundamentales (pobreza y hambre, educación, igualdad de género y sostenibilidad medioambiental) (OMS, 2009). El lento avance en la consecución de los ODM relacionados con la salud por la falta de atención a las desigualdades es una situación cada vez más aceptada, dentro y fuera del sector sanitario. El precio de los alimentos y la crisis financiera obstaculizan todavía más el avance hacia los ODM (Naciones Unidas, 2009).

Los ODM son esenciales en la cooperación al desarrollo de la UE, tal como se refleja en la Agenda de Acción de la UE (Consejo de la Unión Europea, 2008). En este apartado se explora cómo se pueden abordar los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud a través del apoyo de la UE al avance de los ODM. Se concede especial atención a los siguientes aspectos:

- el refuerzo de los sistemas de salud, incluida la vigilancia de la equidad en salud;
- la protección social como medio para salvaguardar la salud, la equidad en salud y el avance hacia los ODM.

El refuerzo de los sistemas de salud, incluida la vigilancia de la equidad en salud

El refuerzo de los sistemas de salud, de modo que se asegure el avance hacia los ODM y se obtengan resultados equitativos en salud, requiere prestar atención a todas las funciones de los sistemas, dado que la acción sobre una sola función no produciría los efectos deseados. Se requieren medidas coherentes, simultáneas y sinérgicas para reforzar la financiación sanitaria orientada a la equidad, personal sanitario, adquisición y distribución de medicinas y vacunas, infraestructuras, sistemas de información, prestación de servicios y voluntad política en liderazgo y la gobernabilidad (ECOSOC, 2009). Debe hacerse especial hincapié en la instauración de un servicio de atención primaria sólido.

Un enfoque centrado en la atención primaria requiere de la coordinación equitativa de todos los niveles de los sistemas de salud. Los servicios sanitarios locales, primer punto de contacto con el sistema de salud, son de especial relevancia. Tienen la responsabilidad de prestar atención in situ donde sea posible y derivar pacientes a otros servicios en caso necesario. La fortaleza de los servicios sanitarios locales influye enormemente en las desigualdades en salud y el acceso al sistema de salud. En consonancia con los principios de la Declaración de Alma-Ata, la atención sanitaria debe acercarse lo máximo posible a los lugares donde reside y trabaja la población (OMS, 1978). Los principios fundamentales de la atención primaria son la cobertura universal, la focalización de los servicios sanitarios en las personas, la integración de la salud en las políticas públicas desde un enfoque más amplio y la aportación de un liderazgo inclusivo para la salud. Los datos del Informe Mundial de la Salud de la OMS de 2008 indican que un buen número de sistemas de salud del mundo no garantizan un acceso justo a la atención sanitaria y no logran satisfacer las necesidades

y expectativas de las personas, especialmente de las poblaciones empobrecidas y marginalizadas (OMS, 2008). El fortalecimiento de los sistemas de salud a través de un enfoque centrado en la atención primaria es un aspecto importante del apoyo de la UE a terceros países.

La UE se orienta progresivamente hacia el fortalecimiento de los sistemas de salud, tal como lo reflejan las acciones emprendidas para tratar la crisis de recursos humanos de los proveedores de salud³, reducir el riesgo de gastos sanitarios extras en caso de catástrofes a través de un aumento de la financiación dirigida a la atención sanitaria, tratar el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis con la intensificación del apoyo a los sistemas de salud, y aportar el «continuo de atención» que requieren los ODM 4 y 5 (Presidencia del Consejo Europeo, Comisión Europea, 2008c; Consejo de la Unión Europea, 2009; Oficina del Primer Ministro de Noruega, 2009). El apoyo de la UE al Grupo de Trabajo sobre Financiación Innovadora de los Sistemas de Salud, junto con la aprobación de un borrador de código de prácticas sobre la selección internacional de personal sanitario (desarrollado por la OMS), son ejemplos de acciones que apoyan este enfoque de los sistemas.

Existe un consenso general entre los socios para el desarrollo sobre la necesidad de un incremento de la atención simultánea a todos los componentes y funciones de los sistemas de salud. Esto comporta (entre otros aspectos) una mayor atención a la mejora de los sistemas de información de la salud nacionales, incluida su capacidad de vigilancia de los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud (Asamblea Mundial de la Salud, 2009c; Comité de Políticas de Desarrollo, 2009). No se sugiere un enfoque de asignaciones de fondos específicas, sino un refuerzo en la atención a los sistemas de atención sanitaria, incluida su capacidad de llevar a cabo una vigilancia de la equidad en salud, como aspecto fundamental del fortalecimiento de los sistemas de salud en su conjunto.

Los sistemas de información son el eje central que regula los procesos del desarrollo, puesto que lo que se mide afecta a lo que se hace. Si las mediciones presentan defectos, las decisiones estarán distorsionadas (Stiglitz J, Sen A, Fitoussi JP, 2009). Los defectos en la información sobre la salud dificultan la vigilancia del avance hacia los ODM y otros objetivos. Los dirigentes del H8 (los organismos e instituciones más activos en salud, entre los que se incluyen la OMS, la Fundación Bill and Melinda Gates, la AMVI, el FMSTM, el ONUSIDA, el UNFPA, UNICEF y el Banco Mundial) han abogado recientemente por que los socios internacionales trasciendan el enfoque actual, centrado en el desarrollo de indicadores y en cumplir los requisitos de presentación de informes, y aúnen esfuerzos para consolidar determinados sistemas nacionales, como la generación de datos para solventar los principales sesgos informativos (Chan et al., 2010).

Pocos países en desarrollo son capaces de producir datos de suficiente calidad como para permitir la vigilancia de los avances logrados en la ampliación y consolidación de los sistemas de salud con regularidad (IHP+ - Asociación Internacional para la Salud, 2009d), sobre todo con respecto al modo en que dichos sistemas abordan las desigualdades en salud. En la mayor parte de los países en desarrollo, la disponibilidad limitada y la escasa calidad de los datos y las estadísticas de salud ponen de manifiesto la urgente necesidad de inversión y expansión de las actividades de información en materia de salud. Esto sólo puede lograrse mediante un esfuerzo conjunto de los países y los socios internacionales (IHP+, 2009c). Desarrollar la capacidad de los sistemas de información de salud para evaluar la equidad puede considerarse en el contexto de los seis objetivos

sugeridos por el H8 para mejorar el uso, la calidad y la disponibilidad de los datos de los ODM. Dichos objetivos son los siguientes: reforzar las encuestas de salud; mejorar el registro de nacimientos y muertes; reforzar la plataforma del censo; fortalecer los sistemas de información sobre instalaciones sanitarias; mejorar el control de los recursos de los sistemas de salud; y consolidar la capacidad del país para la generación, la validación, el análisis, la difusión y el uso de los datos (IHP+, 2009c). El proceso de recopilación de información sobre los ODM ha sido criticado por no permitir una mejor vigilancia de las desigualdades internas de los países. Cada vez se hacen mayores esfuerzos para desglosar las medias nacionales por género, hábitat rural y urbano y estatus socioeconómico. Es esencial proseguir los esfuerzos en esta línea.

La CDSS recomienda, para todos los países, que los sistemas de información de la salud tengan la capacidad de recopilar, ordenar y distribuir información sobre salud, desigualdades en salud y determinantes de la salud de un modo coherente y sistemático. Más allá de la presentación de medias nacionales, los sistemas de vigilancia de la equidad en salud deben estratificar los datos según el género y los grupos sociales o regionales, además de proporcionar medidas de equidad en salud y determinantes entre estos grupos. Deben incluir indicadores que permiten la vigilancia y la evaluación del cumplimiento progresivo del derecho a las condiciones de salud (CDSS, 2008). En gran cantidad de países, los datos sobre los diversos determinantes sociales y medioambientales de la salud se encuentran actualmente dispersos en una serie de sistemas de información; un sistema de vigilancia que monitorice la equidad en salud debe aunar una amplia gama de determinantes sociales de la salud en un solo lugar (CDSS, 2008).

En el contexto del fortalecimiento de los sistemas de salud en su conjunto, un esfuerzo mayor de la UE por robustecer los sistemas de información de salud en terceros países podría partir de las iniciativas existentes. Por ejemplo, el Programa de la UE para la Acción contra el VIH/SIDA, la Malaria y la Tuberculosis a través de la Acción Externa (2007-2010) aboga por el apoyo a los países en el registro y la vigilancia de los datos desglosados por sexo y edad mediante los sistemas de información de salud nacionales (Comisión Europea, 2007a). Si se ampliasen estas medidas de manera que se desglosasen los datos según el estatus socioeconómico, la situación geográfica y otras medidas, la UE podría apoyar al país con el fin de evaluar mejor si las intervenciones llegan a las poblaciones más necesitadas.

Dado que la UE contribuye de manera significativa a la labor de las Iniciativas en Salud Global (GIH), podría promover la idea de que estas iniciativas lleven a cabo un trabajo adicional para reforzar los sistemas de información nacionales. Un estudio de revisión encargado por la CDSS (Hanefeld et al., 2007) aporta pruebas que ponen de manifiesto que, como consecuencia de la incapacidad de los sistemas nacionales para recopilar datos desglosados por factores de estratificación, no se ha logrado evaluar la repercusión de dichas iniciativas según los criterios de equidad. La decisión de fortalecer la capacidad de vigilancia de la equidad en salud de los sistemas nacionales, en lugar de crear sistemas paralelos de observación y evaluación sólo para enfermedades concretas, es coherente con las recomendaciones del Código de Conducta de la UE sobre la División del Trabajo en la Política de Desarrollo (Comisión Europea, 2007b).

Los países de rentas bajas y medias pueden afrontar una gama mayor de retos mediante el establecimiento de sistemas

de supervisión que puedan vigilar las desigualdades en salud. Uno de estos desafíos es el registro incompleto de los nacimientos y las defunciones. Debería tenerse en cuenta este aspecto a la hora de aumentar el apoyo de la UE para mejorar los sistemas de información de salud nacionales. En los lugares donde no existe una información rutinaria, los datos procedentes de encuestas, como la salud por muestras de grupos o las encuestas sobre las condiciones de vida, resultan esenciales para los sistemas de vigilancia de la equidad en salud (CDSS, 2008). Las organizaciones de la sociedad civil y los investigadores son socios importantes en la aplicación de los sistemas de vigilancia, puesto que pueden emprender, por ejemplo, la observación en las comunidades locales con el fin de evaluar la disponibilidad de servicios sanitarios. En sinergia con lo que acabamos de exponer, se requieren plataformas y procedimientos establecidos para que se compartan y utilicen los datos sobre las desigualdades en salud tanto a nivel político como práctico.

Protección social para salvaguardar la salud, la equidad en salud y el avance hacia los ODM

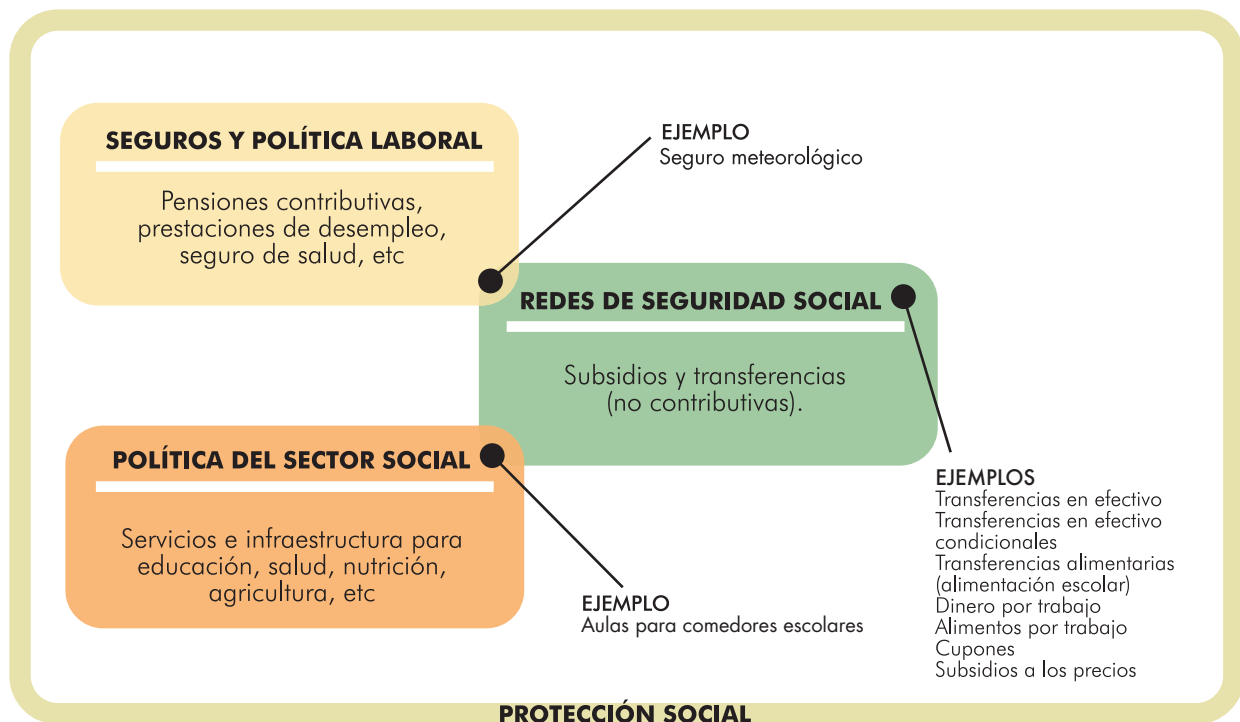
La ampliación de la protección social a todas las personas durante todo el ciclo vital contribuye a la salud y a la equidad en salud (CDSS, 2008). La protección social que promueve la disponibilidad de los bienes y servicios esenciales para la salud y el bienestar, así como el acceso a los mismos, también contribuye a la consecución de los ODM, tal como pone de relieve el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud en su resolución de enero de 2010 sobre *Monitoring the achievement of the health-related MDGs* [monitorización de la consecución de los ODM en materia de salud] (Consejo Ejecutivo, 2010).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha definido la protección social como *el conjunto de medidas públicas que brinda una sociedad a sus miembros para protegerlos de las penurias económicas y sociales que causaría la ausencia o una reducción sustancial de los ingresos del trabajo a raíz de diversas contingencias (enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, desempleo, invalidez, vejez y muerte de quien sostiene la familia); la prestación de atención sanitaria; y la provisión de ayudas sociales para las familias con hijos* (OIT, 2003). El concepto más reciente de «nivel mínimo de protección social», basado en la definición anterior, promueve estrategias de ámbito nacional (entre las que se incluye un conjunto básico de derechos y transferencias) que garantizan un nivel mínimo de acceso a los servicios esenciales y de seguridad de la renta. El nivel mínimo de protección social contempla los siguientes aspectos:

- **Servicios:** se garantiza la disponibilidad y la continuidad de los servicios esenciales, como el agua y el saneamiento, los alimentos y una nutrición adecuada, la salud, la educación, la vivienda, la información sobre protección de la vida y los activos, así como otros servicios sociales, y el acceso a los mismos.
- **Transferencias:** se establece el acceso mediante un conjunto básico de transferencias sociales esenciales, en efectivo y en especie, encaminadas a proporcionar unos ingresos mínimos y una seguridad vital a las poblaciones pobres y vulnerables, así como facilitar el acceso a los servicios esenciales. Incluye transferencias sociales (pero también información, ayudas y políticas) a los niños y niñas, las personas en edad activa con renta insuficiente y las personas mayores (Grupo de Trabajo sobre Nivel Mínimo de Protección Social, 2009).

En la Figura 5 se presenta un esquema de los componentes de los sistemas de protección social.

Figura 5. Componentes de los sistemas de protección social
 - Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), (2009: 43).



El incremento de los niveles de protección social y el refuerzo de los servicios públicos son aspectos cruciales para lograr los ODM y hacer frente a la vulnerabilidad de las poblaciones más pobres en un contexto de crisis financiera y aumento del precio de los alimentos (Comisión Europea, 2009a). La UE se ha comprometido a respaldar las acciones de terceros países encaminadas a abordar la crisis mediante la creación y el refuerzo de sistemas de protección social (Comisión Europea, 2009a; Consejo de la Unión Europea, 2009). Esto contribuirá a facilitar el potencial redistributivo de las políticas públicas, a medida que la mejora del acceso a los activos y servicios públicos (sobre todo en los sectores de salud y educación) y las transferencias de renta cambien la estructura de las oportunidades (Comisión Europea, 2009a).

Cuatro de cada cinco personas no cuentan con una cobertura básica de seguridad social (CDSS, 2008). En el pasado la protección social se ha criticado por considerarse demasiado costosa y por reducir las oportunidades de inversión pública en otras áreas prioritarias. Estas críticas han sido en gran medida invalidadas por la experiencia de países con buenos resultados en materia económica, política y social, que ponen de manifiesto que el desarrollo económico y la protección social se refuerzan mutuamente (OIT, 2003). El acceso efectivo a la protección social es una inversión en las personas, en la justicia y la cohesión social, con una alta tasa de rendimiento, no sólo en términos económicos (OIT, 2003).

La UE, en su apoyo a los sistemas de protección social de terceros países, debería considerar que tanto el grado de universalidad como el nivel de generosidad son aspectos importantes en un sistema de protección social que

promueve la equidad en salud (CDSS, 2008). La CDSS aboga por el establecimiento y la consolidación de políticas de protección social universales y exhaustivas, que fomenten un nivel de renta suficiente para la vida saludable de todas las personas. Recomienda que se amplíen los sistemas de protección social para incluir a los grupos que normalmente quedan excluidos (por ejemplo, los que tienen un empleo precario) y que sólo se seleccionen grupos específicos cuando haya que respaldar a quienes quedan excluidos de la red de servicios de protección social universales (CDSS, 2008).

La limitación de recursos puede ser un obstáculo para el avance de los sistemas de protección social. No obstante, existen importantes argumentos para crear sistemas que desde el principio tengan como objetivo a largo plazo la progresiva consecución de la universalidad y un aumento de la generosidad. Cada vez se es más consciente de que la mayor parte de los programas de protección social que tienen objetivos selectivos carecen de los mecanismos necesarios para solventar el problema de los «nuevos pobres», que se ven relegados a la pobreza por choques agregados (Comisión Europea, 2009a). La CDSS aporta pruebas de que los enfoques universales tienden a ser más eficientes que los enfoques dirigidos a las personas pobres. En la mayoría de los países de renta más baja, la apertura del sistema a los ricos cuesta menos que la comprobación de la renta (CDSS, 2008). En los países de rentas más bajas, la menor inversión regular de dinero puede influir mucho en el bienestar (CDSS, 2008).

Si bien las limitaciones institucionales siguen siendo una barrera importante, resulta factible iniciar la construcción de programas de protección social en los países de renta más baja mediante la ampliación progresiva de proyectos

piloto (CDSS, 2008). A falta de sistemas de protección universal, las transferencias monetarias con objetivo selectivo o con comprobación de renta pueden tener una repercusión positiva muy relevante en las condiciones de vida y en la salud, aunque sigue siendo aconsejable avanzar hacia un enfoque universal en los planes de desarrollo a largo plazo (CDSS, 2008). Asegurar un nivel mínimo de protección social para la población de todo el mundo representa un desafío considerable, pero los cálculos de las instituciones de las Naciones Unidas indican que un nivel mínimo de transferencias sociales es mundialmente posible en casi cualquier fase de desarrollo económico, aunque la financiación no esté disponible en todas partes (Grupo de Trabajo sobre Nivel Mínimo de Protección Social, 2009).

La UE puede desempeñar un papel importante en el apoyo a la creación y consolidación de medidas de protección social en terceros países. Los contratos para la consecución de los ODM de la UE, que brindan apoyo presupuestario previsible y más a largo plazo, pueden ser herramientas útiles. Para ello, se requiere coherencia y coordinación continua entre la UE y otros socios para el desarrollo que trabajan en el campo de la protección social. Un ejemplo de cooperación existente es la Iniciativa por la Provisión de Salud (Providing for Health, P4H), que pretende apoyar a los países en el desarrollo de sistemas de protección social sanitaria mediante el incremento de la protección

financiera con desembolsos concretos. La UE podría explorar la colaboración con la nueva Iniciativa del Nivel Mínimo de Protección Social (SPF). La Iniciativa SPF fue adoptada por el Consejo Ejecutivo del Sistema de las Naciones Unidas en 2009 como una de las nueve prioridades fundamentales para abordar la actual crisis mundial.

La Agenda para la Acción de Accra y la equidad en salud

La UE aporta más de la mitad de la ayuda mundial a los países en desarrollo. Desde el Consenso de Monterrey de 2002, y con vistas a la consecución de los ODM, la UE ha acordado incrementar los volúmenes de ayuda oficial al desarrollo de terceros países (ODA). Esto significa que la UE gastará alrededor de 30.000 millones de euros más al año en ayuda al desarrollo a partir de 2010 (Dirección General de Desarrollo y Relaciones con los Estados Africanos, Caribeños y del Pacífico, 2009). La UE está comprometida con el incremento de la efectividad de la ayuda, en consonancia con la Declaración de París y la Agenda para la Acción de Accra. La tabla siguiente, procedente del informe de la CE «Aid Effectiveness after Accra» [Eficacia de la Ayuda después de Accra], pone de manifiesto el avance y los desafíos actuales de la UE en relación con la mejora de la coordinación entre país

Tabla 4: Monitorización de la Declaración de París: el estatus de la UE en algunos de los objetivos clave

Fuente: Comisión Europea (2009b:4). *Éstos son los objetivos de la UE. Los objetivos mundiales de Accra para ambos indicadores son ahora del 50%. Los objetivos para cada país socio individual dependen del rendimiento. **Éste es el objetivo de la UE; el objetivo de París es el 40%.

Tabla 4: Monitorización de la Declaración de París: el estatus de la UE en algunos de los objetivos clave

Indicadores de París	UE (Estados miembros y CE)	CE	Objetivo 2010
Los flujos de ayuda se registran en los presupuestos de los países	44%	57%	85%
La asistencia técnica está alineada y coordinada	53%	43%	100% (el objetivo de París es el 50%)
Los donantes emplean los sistemas nacionales para la gestión financiera pública	47%	35%	50-80%*
Los donantes utilizan los sistemas de adquisición nacionales	54%	34%	50-80%*
Los donantes reducen el stock de unidades de ejecución de proyectos (UEP) en dos tercios	780 (por EM: 56)	203	Indicativo UE: 118 Indicativo CE: 68
La ayuda es más predecible	43%	53%	71%
La ayuda se encuentra desligada	94%	No procede	Indicativo: 100%
Los donantes emplean mecanismos coordinados para la prestación de la ayuda (mediante enfoques basados en programas)	46%	44%	66%
Los donantes coordinan sus misiones	33%	33%	66%**
Los donantes coordinan sus estudios nacionales y el trabajo analítico	62%	72%	66%

La ayuda dada a terceros países influye en los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud de dichos países. La CDSS recomienda que los países donantes tengan en cuenta los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud en sus esfuerzos por mejorar la eficacia de la ayuda. Algunos de los puntos de entrada principales a través de los cuales la UE podría afrontar las desigualdades en salud en su ejecución de la Agenda para la Acción de Accra son: el diálogo político con terceros países, el fomento del uso de metodologías de evaluación del impacto por parte de terceros países, y la integración de la experiencia y las herramientas en los enfoques multidonantes, incluidos los promovidos por la Asociación Internacional para la Salud y otras iniciativas parejas (IHP+). Con respecto a la consolidación y el uso de los sistemas de terceros países para la vehiculización de la prestación de la ayuda (un aspecto clave de la Agenda para la Acción de Accra), resulta especialmente relevante el apartado anterior sobre fortalecimiento de los sistemas de información de la salud y los sistemas nacionales de protección social.

La Agenda para la Acción de Accra aboga porque los países en desarrollo y los países donantes amplíen el *diálogo en el ámbito nacional* y propicien que sus respectivos programas y políticas de desarrollo sean coherentes y estén en consonancia con los compromisos internacionales, incluidos los que conciernen a los derechos humanos (OCDE, 2008). En conformidad con el Comentario General 14 sobre el Artículo 12 sobre el derecho a la salud, la UE podría incorporar de forma más sistemática los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud en el diálogo de ámbito nacional. Para ello podría basarse en la base de datos mundiales recopilados por la CDSS, revisando e incorporando en el diálogo nacional los datos sobre las desigualdades en salud determinadas socialmente, y compartiendo las experiencias de los países más avanzados en la reducción de las desigualdades en salud. La incorporación de estos puntos a un diálogo de carácter nacional podría valerse de herramientas y recursos como los comentados en el apartado dedicado al Consenso Europeo sobre Desarrollo del presente capítulo.

Fortalecer la *capacidad nacional de liderar y gestionar el desarrollo* es un objetivo central de la Agenda para la Acción de Accra. Controlar el impacto de los procesos de desarrollo sobre la salud (y la equidad en salud) requiere saber cómo analizar, detectar y responder a las consecuencias (intencionadas o no) de las estrategias e intervenciones que se planifiquen. Por este motivo, es sumamente relevante desarrollar la capacidad de los gobiernos de terceros países y de las organizaciones de la sociedad civil para dirigir la evaluación del impacto. La UE podría aportar consejos técnicos a los países socios sobre metodologías que evalúen el impacto de las políticas y programas de todos los sectores, no sólo el sector sanitario, en materia de equidad en salud. Se podría compartir el conocimiento sobre las metodologías de Evaluación de Impacto en Salud (EIS) desde la perspectiva de la equidad (véase el capítulo anterior), y sobre los medios para integrar mejor las consideraciones sobre salud y equidad en salud en las metodologías de Evaluación del Impacto Social o Medioambiental.

Aunque la CDSS aboga por llevar a cabo de forma sistemática la evaluación del impacto en salud desde la perspectiva de la equidad, reconoce que la institucionalización de esta evaluación se encuentra en una fase muy temprana, además de afrontar considerables desafíos con respecto a las destrezas técnicas y la capacidad

institucional requerida en muchos países, sobre todo los de rentas bajas y medias. Es imprescindible un compromiso a largo plazo, un objetivo que aspire a integrar medidas en las actividades existentes y a construir progresivamente la capacidad institucional sin sobrecargar las instituciones a corto plazo. El ejemplo de la evaluación de impacto medioambiental proporciona argumentos para el optimismo. En el espacio de una generación, la evaluación del impacto medioambiental se ha convertido en un criterio ampliamente reconocido en los procesos de formulación política de todos los sectores.

La Agenda para la Acción de Accra aspira a mejorar la capacidad de producir resultados. Las intervenciones del sector sanitario que no llegan a las personas más necesitadas, así como las acciones de otros sectores que contribuyen al incremento de las desigualdades en salud y de una mala salud, distan mucho de alcanzar los resultados esperados. La comunidad de países donantes puede trabajar más colectivamente para integrar y financiar enfoques y herramientas que consideren los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud en todas las fases del apoyo dado a los países en desarrollo. Para ello, la UE podría asumir el liderazgo, en colaboración con los demás países donantes, a fin de *integrar la experiencia y las medidas apropiadas para la equidad en salud* en las actividades encaminadas a mejorar la alineación con las estrategias de desarrollo nacional, la coordinación de donantes y los flujos previsibles de financiación. Entre tales actividades se incluyen misiones conjuntas, Estrategias de Ayuda Conjuntas, SWAps (Enfoques Sectoriales en Salud) y evaluaciones nacionales. Dichas actividades podrían apoyar la iniciativa en pro de medidas aplicables a las aportaciones multidonantes de las Estrategias de Reducción de la Pobreza y otras estrategias de desarrollo nacional. La formación del personal de Desarrollo de la UE (anteriormente mencionada), la inclusión y el mantenimiento de una lista de expertos en equidad en salud en los equipos existentes, y la cooperación con la OMS y otras instituciones internacionales relevantes, asociaciones y organizaciones de la sociedad civil podrían contribuir a respaldar estos esfuerzos.

La participación en la Asociación Internacional de Salud (IHP+) constituye para la UE una oportunidad de colaboración con los socios de desarrollo para mejorar la atención prestada a la equidad en salud. Los países de la UE y los Estados miembros del Área Económica Europea (EEA) que son socios de la IHP+ son: Finlandia, Francia, Alemania, Italia, Noruega, Portugal, España, Suecia, Países Bajos y el Reino Unido. La IHP+ aspira a mejorar la colaboración de las instituciones internacionales, los países donantes y los países en desarrollo. Entre otros asuntos, promueve la movilización de los países donantes y otros socios para el desarrollo en torno a una única estrategia nacional de salud, regida por los principios de la Declaración de París sobre la Efectividad en la Ayuda y la Agenda para la Acción de Accra. Otra de las iniciativas de IHP+ consiste en una herramienta o guía de recomendaciones para la Evaluación Conjunta de los Planes y Estrategias Nacionales (IHP+, 2009b). Esta herramienta proporciona datos sobre las estrategias nacionales a partir de cinco amplias categorías, que abarcan tanto los procesos como el contenido de las estrategias nacionales. Estas categorías son:

1. El análisis de situación, y la coherencia de las estrategias y los planes con respecto a este análisis («programación»);
2. El proceso a través del cual se han desarrollado los planes y estrategias nacionales;

3. Los acuerdos de inspección y financiación;
4. Implementación y acuerdos de gestión;
5. Los resultados, la monitorización y los mecanismos de revisión.

Las consideraciones sobre equidad se abordan en cada una de las cinco categorías de esta herramienta de evaluación. Por ejemplo, en el análisis de situación se incluye la evaluación de las siguientes características (entre otras):

- exhaustividad y naturaleza participativa del análisis de los determinantes de la salud y de las tendencias de los resultados, en función del contexto epidemiológico, político, socioeconómico y organizativo dominante en el país;
- uso de evaluaciones de impacto social, medioambiental y de género; y
- empleo de datos desglosados (por ejemplo, por edad, género, grupo socioeconómico, grupo étnico y localización geográfica) para describir el avance hacia la consecución de los objetivos políticos generales del sector sanitario, de conformidad con las dimensiones políticas de la Resolución WHA 62.12 de la Asamblea Mundial de la Salud sobre atención primaria (IHP+, 2009b).

Las conclusiones de las evaluaciones conjuntas pueden utilizarse como base para la consolidación de un plan o estrategia nacional de salud, así como para las decisiones sobre el apoyo técnico y financiero requerido. A través de su participación en la IHP+ y del apoyo a la Evaluación Conjunta de los Planes y Estrategias Nacionales de Salud, la UE mejora el abordaje de las desigualdades en salud global.

La Política Europea de Vecindad y la equidad en salud

La PEV pretende profundizar en la relación política y la integración económica de los siguientes países vecinos de la UE: Argelia, Armenia, Azerbaiyán, Bielorrusia, Egipto, Georgia, Israel, Jordania, Líbano, la Jamahiriya Árabe de Libia, Marruecos, Cisjordania y la Franja de Gaza, la República de Moldavia, la República Árabe de Siria, Túnez y Ucrania. La UE reconoce su interés en promover la salud global en el contexto de la PEV, tanto a escala nacional como regional, mediante la acción sobre los determinantes de la salud (Madelin R, 2007). Los países vecinos están invitados a participar en redes de salud y hacer uso de instrumentos de la UE, como el Programa de Salud Pública, el Programa de Salud Comunitario y la Red de Autoridades Competentes sobre Información Sanitaria (Comisión Europea, 2007d).

Los Planes de Acción Bilateral han sido adoptados por doce países vecinos. En todos estos Planes se incluye un componente de salud, y además la salud se ha identificado como un área de creciente cooperación (Comisión Europea, 2007c). Los informes de 2008 sobre los avances nacionales en la aplicación de la PEV reflejan aspectos que incluyen:

- las continuas *reformas del sector sanitario*, y hechos como la ampliación de la protección social de la salud y la reducción de las disparidades geográficas en la cobertura;
- el interés por fortalecer los *sistemas de información de salud*, en casi todos los países vecinos que participan en la Red de Autoridades Competentes en Información y Conocimiento Sanitarios de la UE;
- una atención destacada a las *enfermedades transmisibles*, con algunos países vecinos implicados en el Gabinete Estratégico de VIH/SIDA de la UE y la Red «EpiSouth» para la UE, el Mediterráneo y los Países Balcánicos sobre Enfermedades Transmisibles, y dos países vecinos que quieren incrementar su colaboración con el Centro Europeo de Prevención y Control

de Enfermedades (ECDC).

La PEV ofrece múltiples posibilidades para incrementar la acción sobre las desigualdades sociales en salud y los determinantes sociales de la salud. Entre ellos se cuentan algunos de los comentados anteriormente en este capítulo (por ejemplo, el apoyo de la UE a la mejora de los sistemas de información de salud, el refuerzo de los sistemas de protección social, la integración del interés por las desigualdades en salud y los determinantes sociales de la salud en el diálogo político y la cooperación multidonante, y la construcción de la capacidad de terceros países para utilizar las metodologías de evaluación del impacto).

La PEV ofrece también oportunidades específicas para el incremento de la acción, como la participación de los representantes de los países vecinos *en los grupos de expertos y las redes de la UE* (Madelin R, 2007). La UE podría plantear la posibilidad de que los representantes de la PEV tuvieran un estatus de observador o participante en el Grupo de Expertos de la UE sobre Determinantes Sociales y Desigualdades en Salud, así como en las redes europeas y los proyectos financiados por la CE que se centran en las desigualdades en salud y los determinantes sociales de la salud.

Además, una función esencial de la PEV es apoyar los *procesos de reforma*, entre los que se incluyen los relativos al sector de la salud. Las reformas representan oportunidades para la integración de medidas de equidad en los sistemas sanitarios, en cada una de sus funciones. La UE puede colaborar con los países vecinos progresivamente con vistas a la consecución de este fin, apoyando la acción simultánea en pro de la cobertura universal de servicios de calidad, la solidaridad de la protección social de la salud, la gestión responsable de la acción intersectorial en pro de la salud, la monitorización y evaluación con perspectiva de equidad, y el conocimiento para lograr la equidad en salud y abordar los determinantes sociales de la salud entre el personal del sector salud y de los niveles intergubernamentales. El intercambio entre países, tanto entre los Estados miembros de la UE como entre las autoridades de la PEV y de la sociedad civil, podría formar parte de este proceso.

Consideraciones para seguir avanzando

La UE desempeña un papel esencial en el intento de abordar las desigualdades globales en los niveles de renta, las oportunidades y el estado de salud. La necesidad de una acción mayor y concertada en salud se ha puesto de manifiesto recientemente con la crisis alimentaria y financiera, el cambio climático, la pandemia de 2009 (H1N1) y la creciente carga de enfermedades no transmisibles en todo el mundo. En este capítulo se han explorado las principales opciones con las que cuenta la UE para incrementar su aportación en la acción por la equidad en salud y la monitorización de los determinantes sociales de la salud en terceros países. Hemos destacado algunas opciones relacionadas con el Consenso Europeo sobre Desarrollo; el apoyo de la UE a los avances encaminados a los Objetivos de Desarrollo del Milenio; la ejecución de la Agenda para la Acción de Accra por parte la UE; y la Política Europea de Vecindad (PEV). A continuación se enumeran algunas consideraciones para posteriores análisis, particularmente destinadas a los responsables políticos, el personal técnico y otros agentes que participan en la cooperación al desarrollo.

A corto plazo

Apoyo en la implementación y el seguimiento de la Comunicación «El papel de la UE en la salud global».

La Comunicación «el papel de la UE en la salud global», descrita en el Anexo II, define áreas que serán prioritarias de aquí en adelante, como la gobernabilidad global de la salud, la coherencia global en salud, el conocimiento global de la salud y la aportación de la UE a la cobertura universal de los servicios sanitarios. Garantizar la equidad en salud es una preocupación transversal en todas estas áreas. Resulta particularmente relevante para la acción global sobre los determinantes sociales de la salud que esta Comunicación se centre en la mejora de la coherencia política para el desarrollo.

Incremento de la atención prestada a los sistemas de información de salud en el acercamiento de la UE al fortalecimiento de los sistemas de salud.

Prestar una mayor atención a los sistemas de información de la salud es un tema importante para el refuerzo de los sistemas de salud, tal como propugnan la IHP+ y el H8. En su apoyo a los ODM y otros objetivos de desarrollo, la UE podría hacer mayor hincapié en el refuerzo de los sistemas de información de salud nacionales, incluida la capacidad que estos sistemas tienen para la monitorización de las desigualdades en salud y de los determinantes sociales de la salud. La mejora de los sistemas de información de salud nacionales favorece, asimismo, la acción sobre los retos de salud que no se afrontan actualmente en los ODM, como la carga creciente de enfermedades no transmisibles.

Para contribuir sustancialmente en aquellos foros internacionales donde se trate el avance hacia la consecución de los ODM, la UE podría abogar por la necesidad de reforzar los sistemas de información de salud como parte integrante del fortalecimiento de los sistemas de salud y recalcar la necesidad de ir más allá de medias nacionales para evidenciar la existencia de desigualdades en salud.

Apoyo integral a los sistemas de protección social de terceros países.

La UE está comprometida con el incremento del apoyo a la protección social en los países en desarrollo, sobre todo ante la evidencia de una creciente vulnerabilidad debida fundamentalmente al precio de los alimentos y la crisis financiera. Tanto el grado de universalidad como el nivel de generosidad son aspectos importantes de un sistema de protección social que promueva la equidad en salud. Por lo tanto, para responder a la crisis actual, sería importante que la UE promoviera el desarrollo de sistemas de protección social que, desde el principio, tengan como objetivo la progresiva implantación de la universalidad y una generosidad a largo plazo que sea creciente.

Los contratos a largo plazo para la consecución de los ODM propuestos por la UE, y una cooperación potencial con la nueva Iniciativa del Nivel Mínimo de Protección Social, podrían representar oportunidades para que la UE fortalezca aún más su apoyo a la protección social.

A largo plazo

La salud como aspecto transversal en el Consenso Europeo sobre Desarrollo.

La UE puede sopesar si sería beneficioso dar al enfoque de la Salud en Todas las Políticas (sensible a la equidad en salud) un planteamiento transversal en el Consenso Europeo sobre Desarrollo. Los aspectos transversales actuales se integran en programas de donantes a través de herramientas como las evaluaciones estratégicas, las guías de programación y los perfiles de países por temas específicos. Identificar las dificultades en la implementación de estos aspectos transversales (por ejemplo, el género o el medio ambiente) ayuda a centrar los esfuerzos a partir de las lecciones ya aprendidas. Se podría crear un programa de formación para el personal que trabaja en el área de desarrollo en la UE o incorporar un módulo/ curso a los programas ya existentes. Las actividades de formación podrían basarse en la experiencia que tienen en el estudio de las desigualdades en salud y de los determinantes sociales de la salud los Estados miembros de la UE, las organizaciones de la sociedad civil, los investigadores y otros socios para el desarrollo.

Ampliar las acciones sobre los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud con el fin de mejorar la efectividad de la ayuda.

Con el fin de mejorar la efectividad de la ayuda, la UE puede incrementar progresivamente la atención prestada a los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud. Para ello hay varias opciones, entre las que se citan las siguientes:

- Mediante el Diálogo político con terceros países. Para incorporar estos asuntos al diálogo, la UE puede partir de la base de datos mundial recopilada por la CDSS, los datos nacionales existentes sobre desigualdades sociales en salud y las experiencias relevantes de otros países.
- Reforzando la capacidad de terceros países (a nivel gubernamental y de la sociedad civil) para liderar y gestionar el desarrollo mediante el uso de metodologías de evaluación del impacto, y en particular las Evaluaciones del Impacto en Salud con un enfoque de equidad, y la integración de la salud y la equidad en salud en las Evaluaciones del Impacto Social y Medioambiental.
- Integrando las experiencia y las herramientas utilizadas en el abordaje de la equidad en salud y los determinantes sociales de la salud en las misiones conjuntas de donantes, las Estrategias de Ayuda Conjunta, los Enfoques Sectoriales, (SWAps) y las evaluaciones nacionales comunes (mediante la colaboración con la IHP+ y el uso común de la Evaluación Conjunta de los Planes y Estrategias Sanitarias Nacionales en la IHP+).

Estos esfuerzos pueden consolidarse mediante la introducción de expertos en determinantes sociales de la salud y en equidad en salud en equipos ya existentes; y a través de la cooperación con instituciones internacionales relevantes, con asociaciones y con organizaciones de la sociedad civil.

Facilitar el acceso a los recursos de la UE para reducir las DS a través del PEV.

La UE puede replantearse el modo en que podrían estar representados los países vecinos en los grupos de expertos, las redes y los proyectos financiados por la CE que abordan la equidad en salud y los determinantes sociales de la salud. Asimismo, para mejorar y facilitar el apoyo de la UE a la reforma de los sectores sanitarios de los países vecinos, podrían definirse mecanismos que integren los principios de igualdad y un enfoque basado en los determinantes sociales de la salud. Esto puede implicar que haya que facilitar los intercambios entre la UE y las autoridades de la PEV y la sociedad civil.

Se necesita información adecuada para entender el impacto de las políticas públicas en la salud y el bienestar de la población (intersectoriales). No sólo se requiere de información sobre la efectividad de estas políticas (cómo están funcionando), sino también de información en términos de equidad (para quienes están funcionando). Esta información es necesaria para diseñar, evaluar, redefinir y reorientar las intervenciones. La carencia de esta información constituye un obstáculo para ganar en salud y equidad. El presente informe pretende estimular la reflexión sobre la monitorización de los determinantes sociales de la salud y la reducción de las desigualdades en salud. A continuación se muestra un resumen de las conclusiones y consideraciones de cada uno de los capítulos del informe.

Antecedentes: Incluir los determinantes sociales y la equidad en salud en la Agenda de la UE

El compromiso de la Unión Europea para trabajar por la equidad en salud es considerable, dado que el objetivo principal de la Unión es promover el crecimiento económico. Para que este compromiso político se refleje en acciones que cubran realmente las principales áreas políticas de la Unión Europea, es necesario incluir una buena recogida de datos, con su análisis correspondiente, y mostrarlos a los responsables de toma de decisiones y a los ciudadanos. No sólo deben recopilarse datos que reflejen resultados de mala salud, sino también políticas, intervenciones y resultados en salud. Los Ministerios de Sanidad de los Estados miembros necesitan ser capaces de captar, comprender y traducir esta información en acciones adaptadas a los diversos contextos sociales, culturales y políticos.

Reducir la brecha en salud es un reto importante y el sector de la salud no puede lograrlo por sí solo. Se precisa una acción intersectorial entre organizaciones internacionales a nivel mundial, entre los diferentes sectores políticos en el ámbito de la Unión Europea, y entre todos los sectores del gobierno a nivel nacional y regional. Aunque existen experiencias de acción intersectorial en todos los Estados miembros, es necesario aumentar los esfuerzos para hacer un mejor uso de ellas, así como para desarrollar nuevos vínculos formales e informales con otros sectores para crear políticas sociales favorables a la salud, y para ello se precisan tanto capacidad como recursos. No existe una fórmula única que pueda recomendarse: la misma fórmula no sirve para todos, aunque contar con información fiable y que pueda ser comparada constituye un buen punto de partida.

Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud en la UE: Aspectos generales

Para monitorizar la distribución de la salud y el impacto de los factores sociales a través de toda la sociedad se necesita cambiar el enfoque empleado en la recopilación, análisis y aplicación de los de datos. Dadas las diferencias evitables en salud existentes dentro de un mismo país y en relación con otros

países, la monitorización a nivel poblacional, incluyendo datos desagregados a nivel subnacional, puede favorecer la formulación y evaluación de políticas e intervenciones y definir el alcance, magnitud e intensidad de las mismas para mejorar la salud y la equidad en salud desde un amplio rango de sectores. Partiendo de los instrumentos y mecanismos ya existentes en la UE, y en colaboración con otras organizaciones europeas e internacionales, se requieren acciones de dos tipos: (i) que monitoricen de manera rutinaria a toda la población, más allá de la mejora marginal o incremental de las fuentes de datos existentes; y (ii) que creen incentivos que fortalezcan las normas y la capacidad de monitorización y análisis, y sean parte integrante de los principales procesos de gobernanza en salud. Por ejemplo, reforzando los datos de censos nacionales (con información que incluya estratificadores de equidad), así como los datos sobre las causas de muerte que puedan relacionarse a nivel individual.

Existen oportunidades para armonizar los datos y los sistemas para la vigilancia en salud, que implican beneficios a lo largo de la UE y a toda la comunidad europea en su conjunto. El aspecto prioritario del fortalecimiento de los sistemas de monitorización dentro y entre los países se beneficiaría de una mejor coordinación, armonización y accesibilidad a los datos poblacionales y a las fuentes de datos institucionales, de manera que los mecanismos ya existentes a nivel nacional se complementaran más que se reemplazaran. Unos objetivos e indicadores apropiados y pertinentes pueden reflejar las prioridades para el desarrollo de políticas desde el nivel subnacional al mundial. Existe un común acuerdo sobre la necesidad de usar procesos de coordinación ya existentes para el desarrollo de objetivos relevantes comunes para Europa y de minimizar las barreras detectadas. Además, la experiencia europea debería contribuir, y además beneficiarse, de criterios, normas y estándares para la recopilación y análisis de datos ya existentes a nivel mundial para poder monitorizar el progreso y las tendencias en la reducción de las desigualdades.

Para mejorar la acción en pro de la equidad en salud necesitamos que la capacidad de colaboración entre países europeos, organizaciones e instituciones investigadoras se fortalezca, mejorando la accesibilidad y utilidad de los sistemas de información en salud para los responsables políticos. Entre las instituciones clave para ello se encuentran, entre otras, la UE, la OMS, la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo, y el Consejo de Europa. Para facilitar el uso sistemático de herramientas y sistemas de información en la toma de decisiones, en la que están implicados actores que provienen de diversos campos de gobernanza, como el político, el técnico, el campo de la planificación y el ámbito social, se necesita de más inversión y apoyo. Dichas herramientas y sistemas de información tienen que basarse en el análisis y la evaluación de políticas e intervenciones actuales. En este contexto, el Séptimo Programa Marco (2007-2013) puede ser una plataforma sólida para reforzar la investigación en monitorización de las desigualdades en salud, ya que

su meta es la mejora de la salud de todos los ciudadanos europeos y la mejora de la salud mundial. Entre las áreas específicas que ayudan a hacer el seguimiento y dar la información del impacto de las políticas y la gobernanza europeas en los determinantes y las desigualdades se incluyen la evaluación de conductores estratégicos para la reducción de las desigualdades, la evaluación de los efectos diferenciales en salud de las intervenciones políticas, y la evaluación del impacto de opciones alternativas para mejorar en equidad.

Desigualdades en salud infantil

Los gradientes sociales en salud infantil dentro de cada país y entre países con respecto de la tasa de mortalidad, la incidencia de varios problemas de salud y las lesiones infantiles, son generalizados. La escasez de datos y la capacidad variable de los 27 Estados miembros de la UE para producir datos sobre las desigualdades en salud dificultan las comparaciones, y limitan los niveles de evidencia conocidos y la generalización de los resultados. Los indicadores de mortalidad y de salud infantil deberían registrarse de manera sistemática de acuerdo con los estratos de género y nivel socioeconómico y de otras variables como la condición de inmigrante o étnica a nivel nacional y europeo. Estos datos facilitarían la monitorización y la evaluación de intervenciones dirigidas a reducir desigualdades en salud. Es importante promover estudios que incrementen el conocimiento de las influencias interactivas en diferentes contextos nacionales y subnacionales.

La Comisión Europea debe asumir su papel de apoyo a la coordinación de las políticas de salud infantil en los 27 de la UE. Una mejor coordinación podría facilitar las actuaciones para promover el desarrollo infantil y la resiliencia frente a las amenazas a la salud por medio de los servicios disponibles (educación, salud y otros servicios sociales), así como las actuaciones para reducir las diferencias entre las regiones y dentro de las mismas.

La CE también puede ayudar promoviendo los mecanismos de coordinación y facilitando el intercambio de información y la participación en los procedimientos de recogida de información y de datos, tales como la Encuesta de la UE sobre la Renta y las Condiciones de Vida (EU-SILC), la Encuesta Europea de Salud, la Encuesta de la UE sobre discapacidades, la Encuesta de Población Activa (LFS), y otros proyectos internacionales de recopilación de datos (por ejemplo, PISA, HBSC, TIMMS, PIRLS o la simulación EUROMOD). También deberían tenerse en cuenta otras iniciativas europeas, como la Estrategia Europea para el Desarrollo de la Infancia y la Adolescencia y sus experiencias de evaluación, los indicadores propuestos por el Proyecto de Indicadores de Vida y Desarrollo en Salud Infantil (CHILD), y la iniciativa EuroHealthNet.

El acceso universal a los servicios de salud y a una atención primaria de alta calidad para todos los niños ha demostrado ser eficaz para la reducción de las desigualdades en salud. Las medidas políticas para

reducir las desigualdades (experimentadas por las familias, los miembros adultos de la familia y los propios niños) en relación con la clase social, el género, la educación, el nivel de ingresos, la etnia y la condición de migrantes también serían útiles para la reducción de las desigualdades en la salud infantil. Por ejemplo, las medidas dirigidas a proteger el primer año de vida promoviendo políticas laborales que ayuden a los padres a cuidar de su hijo (por ejemplo, facilitando permisos de maternidad y paternidad) serían beneficiosas para el desarrollo del niño. Promover estrategias para reducir las diferencias en los niveles de educación materna, así como facilitar el acceso universal a la educación de los preescolares (3-5 años) y niños de 0-3 años, ayudaría a reducir las brechas en la salud en las generaciones actuales y futuras. Los esfuerzos para asegurar una educación universal de calidad no deberían limitarse a los primeros años. Las desigualdades en los resultados educativos afectan a la salud física y mental, así como al nivel de ingresos, el empleo y la calidad de vida (Marmot, 2010). Por consiguiente, se requieren esfuerzos mantenidos para reducir las desigualdades sociales en los resultados educativos, desde la edad preescolar hasta la educación superior.

Condiciones laborales y desigualdades en salud

Las condiciones de empleo y de trabajo adversas son factores importantes para explicar el origen de las desigualdades en salud en la UE. Deben reforzarse los esfuerzos para la monitorización de las condiciones de empleo y de trabajo que ponen en peligro la salud en los ámbitos nacional y europeo. Esto se puede lograr implementando sistemas administrativos de monitorización rutinaria de la salud relacionada con el trabajo en todos los Estados miembros, complementados por estudios científicos estandarizados que reflejen las experiencias de los trabajadores en empleos desfavorables y, donde sea posible, también sobre la salud. Es necesario fortalecer las agencias y organizaciones nacionales y europeas a cargo de la salud y la seguridad en el trabajo para poder avanzar y aplicar el conocimiento correspondiente.

Es necesario adoptar acciones destinadas a ampliar el empleo justo y las condiciones de trabajo adecuadas para reducir las desigualdades en salud en las poblaciones adultas. Para ello, el objetivo principal de las políticas gubernamentales debería ser proporcionar empleo justo y mejorar el trabajo “seguro y sano”, en línea con los principios de una economía sostenible. Asimismo, se debe hacer uso de los estándares laborales y de la regulación del mercado de trabajo para abordar las condiciones de trabajo y empleo. Los objetivos específicos incluyen el incremento de la seguridad y la participación laborales, la promoción del nivel de control y de la recompensa en el trabajo, y el fortalecimiento del equilibrio trabajo-vida. Estas acciones deberían incluir medidas adecuadas de protección social y acceso a la atención sanitaria para todas las personas con empleo, así como medidas para la reinserción laboral de personas enfermas, con discapacidad o en desempleo.

Es importante que la vigilancia y la monitorización del trabajo perjudicial para la salud se combinen con una

provisión y acceso adecuados a servicios profesionales de salud laboral, así como con regulaciones que cubran adecuadamente las necesidades de protección de los trabajadores. Se debería reinsertar laboralmente a las personas enfermas, con discapacidad o en desempleo mediante una intervención temprana y mediante modelos de rehabilitación, así como con el apoyo a iniciativas para la reinserción laboral de personas recientemente desempleadas y en situación de desempleo de larga duración.

Exclusión social y desigualdades estructurales en salud

Las diferentes dimensiones estructurales se encuentran fuertemente relacionadas entre sí, de modo que las personas con menos recursos socioeconómicos también disponen de menos recursos sociopolíticos e institucionales, y simultáneamente sufren condiciones materiales adversas de vida, discriminación y otros aspectos de exclusión social que terminan por atraparles en una pobreza multidimensional. Los migrantes (sobre todo aquellos en situación irregular), la población gitana y otras minorías étnicas, los refugiados, aquellas que solicitan asilo político, las personas sin hogar, las personas discapacitadas, los enfermos crónicos y los enfermos mentales, se encuentran entre los grupos desproporcionadamente expuestos a la exclusión social, en sus múltiples dimensiones.

Es necesario disponer de mejores datos sobre la inclusión social, el estado de salud y las necesidades específicas de estos grupos, y también sobre la accesibilidad, disponibilidad y calidad de la atención sanitaria que reciben en el ámbito de la UE. Un problema fundamental es la falta de consenso sobre cómo agrupar a las personas por su condición de migrantes, o por sus circunstancias étnicas, religiosas o culturales. Algunos países de la UE presentan restricciones legales o éticas en la recogida y almacenamiento de datos relativos a la etnia o el estatus legal. Cabe señalar tres necesidades urgentes en el campo de la información sanitaria: (1) la ampliación del tamaño muestral de las encuestas existentes (como la EU-SILC) hasta un mínimo de 20000 observaciones para permitir la desagregación por grupos minoritarios vulnerables y áreas locales; (2) la inclusión de preguntas específicas sobre todos los DSS (incluidos el ESE familiar y el origen étnico) en las encuestas de salud, registros de mortalidad o registros de pacientes, así como de preguntas sobre discriminación, violencia, acceso a la atención sanitaria y problemas de salud de mayor prevalencia entre las minorías desfavorecidas, como los embarazos de riesgo, las deficiencias nutricionales, la salud mental o la falta de atención preventiva; y (3) la creación de nuevas bases de datos locales y regionales que registren la disponibilidad, en las áreas pobres y excluidas, de centros educativos y culturales, aire limpio, zonas verdes, alimentos saludables y viviendas asequibles, y servicios sanitarios y sociales.

A pesar de la atención sanitaria universal y de los amplios sistemas de pensiones en muchos países de la Unión Europea, las investigaciones apuntan la existencia de brechas en los niveles de protección social y cobertura sanitaria, así como de barreras de acceso para las minorías vulnerables. Las políticas de

discriminación positiva y la financiación pública progresiva son necesarias para hacer efectivos los derechos de bienestar de los grupos sociales que se "cuelan" por las fisuras de los servicios universales.

Desigualdades en salud global y determinantes sociales de la salud: oportunidades de la UE para contribuir a la monitorización y la acción

La UE y sus Estados miembros aportan más de la mitad de la ayuda mundial a los países en desarrollo. Esto representa una plataforma sólida a través de la cual la UE puede ayudar a reducir las desigualdades en la salud mundial. El apoyo a la implementación y el seguimiento de la Comunicación "El papel de la UE en la salud global" constituye una oportunidad para seguir avanzando hacia la equidad en la salud global. La equidad en salud es una cuestión transversal en las cuatro áreas prioritarias de dicho documento: la gobernabilidad, la coherencia y el conocimiento sobre la salud global y la aportación de la UE a la cobertura universal. En sinergia con esta comunicación, este informe explora las oportunidades con las que cuenta la UE para aumentar su contribución a la acción y la monitorización de los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud en terceros países.

Para la equidad en salud es importante contar con sistemas de salud y de protección social fuertes que apoyen el derecho a la salud. Una mayor atención a los sistemas de información de salud es una parte importante del fortalecimiento de los sistemas de salud, como abogan el IHP + y el H8. En su apoyo a los ODM y otros objetivos de desarrollo, la UE podría poner un mayor énfasis en el fortalecimiento de los sistemas nacionales de información sanitaria, incluyendo su capacidad para monitorizar las desigualdades de salud y los determinantes sociales de la salud. La crisis financiera y la recesión económica, combinada con la crisis de precios de los alimentos, han puesto de manifiesto la importancia de los sistemas de protección social en todos los países. La UE, como respuesta a este hecho, se ha comprometido a aumentar su apoyo a la protección social en los países en desarrollo. La evidencia demuestra los beneficios que para la equidad en salud tienen los sistemas de protección social que aspiran a garantizar el logro progresivo de la universalidad y a aumentar la generosidad a largo plazo. Los contratos propuestos por la UE para el logro de los ODM y la cooperación potencial con la nueva Iniciativa del Nivel Mínimo de Protección Social podrían representar oportunidades para que la UE intensifique su apoyo a la protección social.

Para facilitar que la ayuda al desarrollo llegue a quienes más lo necesitan, los principios de equidad deberían integrarse en el diseño y el reparto de la ayuda. La UE puede sopesar si sería beneficioso dar al enfoque de Salud en Todas las Políticas (sensible a la equidad en salud) un planteamiento transversal en el Consenso Europeo sobre Desarrollo. Los aspectos transversales actuales se integran en programas de donantes a través de herramientas como las evaluaciones estratégicas, las guías de planificación y los perfiles de países por temas específicos. El uso de

estas herramientas podría reforzarse mediante programas de formación.

Con el fin de mejorar la efectividad de la ayuda, la UE puede incrementar progresivamente la atención prestada a los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud. Esto puede llevarse a cabo en el contexto del diálogo político con terceros países; reforzando la capacidad de terceros países para liderar y gestionar el desarrollo mediante el uso de metodologías de evaluación del impacto; e integrando la experiencia y las herramientas utilizadas en el abordaje de la equidad en salud y los determinantes sociales de la salud en las misiones conjuntas de donantes, las Estrategias de Ayuda Conjunta, los Enfoques Sectoriales, y las evaluaciones comunes nacionales (incluyendo la colaboración con la IHP+). La relación de la UE con los países vecinos a través de la PEV representa una oportunidad única para contribuir a la equidad en salud global. La UE puede replantearse el modo en que podrían estar representados los países de la PEV en los grupos de expertos, las redes y los proyectos financiados por la CE que abordan la equidad en salud y los determinantes sociales de la salud.

ANEXO I: Conclusiones del Consejo en Equidad y Salud en Todas las Políticas: Solidaridad en salud

Dentro de la prioridad de equidad de la Presidencia española de la UE se organizaron varios eventos. Entre ellos, una Conferencia de Expertos y un Panel Ministerial los días 21 y 22 de Abril de 2010, ambos bajo el título de "Hacia la Equidad en Salud", y que desafortunadamente se cancelaron dos días antes de su celebración debido a las interrupciones en el transporte en toda Europa como consecuencia de las cenizas del volcán Eyjafjallajökull de Islandia.

Los temas centrales de la prioridad de equidad en salud se discutieron en una Reunión Informal de Ministros, que se celebró los días 22-23 de abril. Los resultados de esta reunión y las subsecuentes deliberaciones se reflejan en las conclusiones finales del Consejo sobre Equidad y Salud en todas las Políticas: Solidaridad en Salud, aprobadas en el 3019 Consejo de Empleo, Política Social, Salud y Consumo en Bruselas, el 08 de junio 2010. Estas conclusiones se trabajaron y discutieron con anterioridad a su aprobación en las reuniones del Grupo de Trabajo de Salud Pública de la UE. Estas conclusiones constituyen el resultado principal de la prioridad de equidad en salud de la Presidencia española de la UE.

¹16167/06.

²10173/06.

³15609/07.

⁴10394/09.

⁵DO C 218 de 31.7.2000.

⁶11018/1/08 REV 1.

⁷14689/07.

⁸11517/08.

⁹14848/09.

¹⁰Breaking the barriers: Romani women and access to public health care. (Romper las barreras: Las mujeres gitanas y el acceso a la atención sanitaria pública) Observatorio Europeo del Racismo y la Xenofobia, 2003.

¹¹14848/09.

¹²Política ambiental.

¹³DO L 291 de 21.10.2006, p. 11.

3019 Consejo de EMPLEO, POLÍTICA SOCIAL, SALUD Y CONSUMO Bruselas, 8 de Junio de 2010

Traducción realizada por el Área de Promoción de la Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social a partir de la versión oficial en inglés: http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lisa/114994.pdf

El consejo adoptó las siguientes conclusiones:

EL CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA

RECUERDA LO SIGUIENTE

1. Entre los objetivos de la Unión se incluye la promoción del bienestar de sus pueblos, y la Unión se fundamenta en los valores de respeto de la dignidad humana, libertad, democracia, igualdad, Estado de Derecho y respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos de las personas pertenecientes a minorías.

2. Con arreglo al artículo 168 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea, la acción de la Unión complementará las políticas nacionales y se encaminará a mejorar la salud pública; fomentará asimismo la cooperación entre los Estados miembros en el ámbito de la salud pública y, en caso necesario, prestará apoyo a su acción, y respetará las responsabilidades de los Estados miembros por lo que respecta a la definición de su política de salud, así como a la organización y prestación de servicios sanitarios y atención médica.

3. A tenor del artículo 9 del Tratado, en la definición y ejecución de sus políticas y acciones, la Unión tendrá en cuenta las exigencias relacionadas con la promoción de un nivel de empleo elevado, con la garantía de una protección social adecuada, con la lucha contra la exclusión social y con un nivel elevado de educación, formación y protección de la salud humana.

4. La Carta de los Derechos Fundamentales de la UE, y concretamente su artículo 35 sobre "Protección de la salud", declara que toda persona tiene derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana.

REMITE CONCRETAMENTE A

5. Las conclusiones del Consejo sobre

- Salud en todas las políticas¹, de 30 de noviembre de 2006;
- Valores y principios comunes de los sistemas sanitarios de la UE², de 2 de junio de 2006 (doc. 9504/06), que confirman que la equidad es uno de los principios clave de los sistemas sanitarios de la UE;
- Salud e inmigración en la UE³, de 6 de diciembre de 2007;
- Integración de la población gitana⁴, de 8 de junio de 2009

Y

- La Resolución del Consejo de 29 de junio de 2000 sobre medidas en materia de determinantes sanitarios⁵, que consideraba que las crecientes diferencias en el estado de salud y los efectos que ello supone para la salud dentro de cada Estado miembro y entre ellos, requerían mayores esfuerzos coordinados a nivel nacional y comunitario;
- El Consejo Europeo de 19 y 20 de junio de 2008, en el que se destacaba la importancia de reducir las diferencias en la salud y en la esperanza de vida entre los Estados miembros y dentro de cada uno de ellos⁷.

6. La Resolución (WHA62.14) de la Asamblea Mundial de la Salud "Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud" y la Resolución (WHA61.18) "Monitoreo de los progresos realizados hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud", ambas adoptadas, entre otros, por los Estados miembros de la UE.

7. Las conclusiones de las siguientes Conferencias:

- La "cumbre" europea celebrada en Londres (Reino Unido) los días 17 y 18 de octubre de 2005 sobre cómo hacer frente a las desigualdades en materia de salud: gobernar para la salud,
- La Conferencia sobre la salud en todas las políticas, celebrada en Kuopio (Finlandia) los días 20 y 21 de septiembre de 2006, que subrayó la necesidad de dar mayor consideración a los impactos en salud en la toma de decisiones sobre políticas intersectoriales a diversos niveles para proteger, mantener y mejorar el estado de salud de la población,
- La Conferencia Ministerial de la UE sobre la salud en todas las políticas: Éxitos y retos, celebrada en Roma (Italia) el 18 de diciembre de 2007.

VALORA POSITIVAMENTE

8. El Libro Blanco de la Comisión "Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013)"⁷, que incluye la equidad entre los valores fundamentales de la estrategia de salud de la UE.

9. La Comunicación de la Comisión Europea "Agenda Social Renovada: Oportunidades, acceso y solidaridad en la Europa del siglo XXI"⁸, en la que se reafirmaban los objetivos sociales fundamentales de Europa a través de la igualdad de oportunidades, acceso y solidaridad y se anunciaba una Comunicación de la Comisión sobre las desigualdades en salud.

10. La Comunicación de la Comisión Europea "Solidaridad en materia de salud: Reducción de las desigualdades en salud en la UE"⁹, que establecía un marco para una actuación sostenida de la Comisión, en colaboración con los Estados miembros y otros interesados.

TOMA NOTA DE

11. Las conclusiones del documento de información "Moving forward Equity in Health: Monitoring social

determinants of health and the reduction of health inequalities" (Hacia la equidad en salud: Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud), encargado por la Presidencia española de 2010 de la UE, con la colaboración de gran número de expertos nacionales e internacionales.

EXPRESA SU PREOCUPACIÓN POR

12. Las importantes y persistentes diferencias en el estado de salud entre los Estados miembros de la UE, que afectan a toda la escala social.

13. El hecho de que los colectivos vulnerables y socialmente excluidos, como los parados, las personas con bajos ingresos, las personas sin hogar, las personas con problemas de salud mental, las personas con discapacidad y las procedentes de ciertas minorías étnicas o migrantes, como la población gitana, tengan unos niveles medios de salud especialmente deficientes. El hecho de que los motivos de la mala salud de esos colectivos incluyan, además de las condiciones estructurales (contexto socioeconómico y político, administración pública, política macroeconómica, social y cultural, y normas y valores de la sociedad), unos niveles de ingresos, educación, vivienda y bienestar económico menos favorables que los de la población en general, además de la discriminación social, la estigmatización asociada a la misma y una desigualdad de acceso a los servicios sanitarios y de otra índole¹⁰.

14. El hecho de que las circunstancias sociales y económicas de los padres y de la comunidad influyan en el desarrollo de los niños y los jóvenes y tengan un efecto profundo en el gradiente social de la salud en la edad adulta. Este hecho está más marcado en los grupos socialmente excluidos, pero se observa en la totalidad del gradiente social dentro de la sociedad.

15. La disponibilidad de datos comparables y validados no constituye únicamente la base de los conocimientos y el análisis de la repercusión de las políticas en los determinantes sociales de la salud, sino que también resulta útil para las políticas destinadas a reducir las desigualdades en el ámbito de la salud.

OBSERVA QUE

16. En todos los países de la UE, las condiciones sociales se correlacionan con la existencia de desigualdades sociales en salud evitables. Existe un gradiente social en lo que respecta a la salud, ya que las personas con menor nivel educativo, con profesiones menos valoradas o con bajos ingresos suelen fallecer más jóvenes, y entre ellas, la prevalencia de la mayor parte de los problemas de salud suele ser más elevada. Las diferencias de esperanza de vida al nacer entre los grupos socioeconómicos más bajos y más elevados alcanzan los diez años para los hombres y los seis años para las mujeres¹¹.

17. Existen desigualdades en salud incluso en países en los que el acceso a los servicios sanitarios ha sido universal, libre y gratuito durante décadas, lo que demuestra que los servicios de atención sanitaria, al margen de su elevada

calidad y eficacia, nunca bastarán por sí solos para optimizar el potencial de salud de los ciudadanos europeos, y que, aun cuando posean cierta capacidad de influir en el logro de unos resultados en salud más equitativos, siempre se necesitarán intervenciones complementarias de otros sectores para garantizar la equidad en salud.

18. Las condiciones vigentes durante los primeros años de vida de las personas, desde la fase prenatal hasta la adolescencia, son fundamentales para que se llegue a la edad adulta con buena salud. Las intervenciones en la infancia destinadas a reducir el gradiente social de la salud y a mejorar el estado de salud de los miembros más desfavorecidos de la sociedad redundarán en la mejora de los niveles educativos y de la productividad económica de la UE.

19. El marco general de la salud pública se ha modificado en las últimas décadas, conociéndose ahora mejor los mecanismos que afectan a la distribución de la salud y de la morbilidad en las poblaciones, así como el potencial de promoción de la equidad en salud atendiendo a los determinantes sociales de la salud en el sentido más amplio, lo que implica intervenir en ámbitos tan variados como el medio ambiente, la educación y las condiciones de trabajo. Este nuevo marco de la salud pública es de interés tanto para Europa como para otros países, incluidos los países en desarrollo.

20. Dado que el objetivo de la Unión es propiciar el desarrollo económico al tiempo que se mantiene la cohesión social, un planteamiento basado en la equidad en salud puede potenciar la eficiencia de las distintas políticas y contribuir a lograr dicho objetivo de la Unión. Si bien el crecimiento económico contribuye al desarrollo, y la lucha por el pleno empleo es fundamental para reducir las desigualdades sociales, las diferencias en salud entre los distintos grupos socioeconómicos pueden agrandarse si no se consideran adecuadamente las cuestiones de equidad.

21. Las desigualdades en salud tienen una importante dimensión de género, ya que, en general, las mujeres viven más tiempo que los hombres pero pueden pasar una parte mayor de sus vidas con mala salud.

22. Se requiere más información sobre los determinantes sociales de la salud, para que sirva de orientación a las políticas en pro de la equidad en salud; esta información es necesaria tanto sobre el conjunto del gradiente social como sobre los grupos particularmente vulnerables (como ciertos grupos de migrantes, los gitanos u otras minorías étnicas).

23. Existen políticas medioambientales orientadas por la equidad en salud que pueden mejorar la sostenibilidad económica.

CONSIDERA QUE

24. Es posible hacer frente a las desigualdades en salud por medio de políticas de distintos sectores, dirigidas tanto a los grupos vulnerables como a la reducción del gradiente social en toda la población. Es menester combinar adecuadamente ambos enfoques. Debe tenerse presente igualmente la

responsabilidad de cada persona en relación con su propia salud y la de su familia.

25. Las actuaciones intersectoriales acometidas en algunos ámbitos de competencia europea han dado lugar a una acción eficiente¹² y sostenible. El enfoque de la acción intersectorial permite el desarrollo de sinergias y la realización de co-beneficios intersectoriales que pueden contribuir a aumentar la equidad en la salud y el bienestar de los ciudadanos europeos.

26. Entre los determinantes sociales de la salud se cuenta la prestación de servicios sanitarios de calidad, y puede conseguirse esa equidad efectiva mediante intervenciones que faciliten el acceso real de todas las personas, incluidos los grupos vulnerables, teniendo presentes las importantes diferencias que existen en muchos países en la equidad en el acceso y la atención, así como mediante la solidaridad en materia de financiación por lo que atañe a los servicios sanitarios.

27. Procede incorporar paulatinamente el enfoque de la equidad en salud a todas las políticas pertinentes de la Unión, atendiendo a los determinantes sociales de la salud, y avanzar paulatinamente en el desarrollo de nuevas metodologías e instrumentos de intercambio de información que posibiliten este proceso.

28. Las condiciones de trabajo, así como el establecimiento de relaciones positivas entre salud y productividad, son ámbitos que revisten gran interés, por cuanto contribuyen a garantizar la eficiencia económica del sistema.

29. La Unión podría contribuir a la agenda de salud global haciendo hincapié, en su política exterior y de cooperación, en el enfoque de equidad en de salud.

INVITA A LA COMISIÓN EUROPEA A QUE

30. Elabore, junto con los Estados miembros, una propuesta relativa a los principales elementos que deberán tenerse en cuenta a la hora de definir estrategias intersectoriales nacionales basadas en factores primarios que afectan a la salud de los niños y jóvenes (educación, salud y servicios sociales), para que sirvan de inspiración a la reducción de las desigualdades en salud entre localidades, regiones y países y dentro de éstos.

31. Apoye y desarrolle en mayor medida los mecanismos existentes para la coordinación de las políticas y el intercambio de buenas prácticas en relación con las desigualdades en salud entre Estados miembros, tales como el Grupo de expertos de la UE sobre los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud¹³, y establezca relaciones tanto con el Comité de Protección Social como con el Grupo «Salud Pública» del Consejo a nivel de expertos.

32. Examine las posibilidades de asistir a los Estados miembros para que utilicen mejor la política de cohesión de la UE y los fondos estructurales en apoyo de actividades destinadas a abordar los determinantes sociales de la salud y a avanzar en la equidad en salud.

33. Contribuya a integrar –en la ayuda al desarrollo– un enfoque basado en los determinantes sociales de la salud y en "equidad y salud en todas las políticas", con miras a lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

34. Emprenda trabajos destinados a evaluar la eficacia de las intervenciones en términos de reducción de las desigualdades en salud, y la mejora de la salud que se derive de las políticas relacionadas con los determinantes sociales de la salud.

35. Mantenga un diálogo con funcionarios y expertos de otras organizaciones internacionales y de otras partes interesadas, a fin de establecer un programa de actuación coordinado común, para avanzar en la equidad en salud.

36. Estudie la posibilidad de recurrir al Séptimo Programa Marco de la Comunidad Europea de actividades de investigación, desarrollo tecnológico y demostración (2007-2013) con fines de investigación sobre determinantes sociales de la salud, haciendo especial hincapié en el análisis de las repercusiones a nivel de la UE de las políticas de equidad en salud, y presente sugerencias de mejora de las políticas en lo tocante a la equidad en salud.

INVITA A LOS ESTADOS MIEMBROS A QUE

37. Sigam desarrollando sus políticas y medidas de reducción de las desigualdades en salud, y participen activamente en la puesta en común de buenas prácticas, atendiendo a la necesidad de actuar transversalmente en todas las políticas pertinentes.

38. Adopten las medidas oportunas para optimizar las fuentes nacionales de datos existentes, atendiendo debidamente al respeto de la intimidad, la seguridad y la protección, a fin de conseguir una perspectiva periódica del impacto en salud de sus principales políticas, con especial hincapié en la obtención de información relacionada con los determinantes sociales de la salud.

39. Adopten medidas destinadas a mejorar los datos necesarios para la evaluación y seguimiento adecuados de las políticas con impacto en salud que se generen y recojan en los grupos geográficos, demográficos y sociales adecuados, a fin de que dichas políticas puedan orientarse, si se considera oportuno, hacia la equidad en salud.

INVITA A LA COMISIÓN EUROPEA Y A LOS ESTADOS MIEMBROS A QUE

40. Aplique las acciones previstas en la Comunicación "Solidaridad en materia de salud" que resulten pertinentes en relación con el contenido de las presentes conclusiones.

41. Promuevan el intercambio de información y el desarrollo de nuevas metodologías para los diversos ámbitos de actuación, que permitan medir el impacto en salud de las diversas políticas que incluyan asimismo de forma expresa la equidad.

42. Revisen los trabajos efectuados anteriormente en materia de recogida y análisis de datos desde la perspectiva de la

equidad en salud, y elaboren, si procede, un conjunto limitado de indicadores clave objetivos, comparables, políticamente pertinentes y aplicables sobre los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en el ámbito de la salud, en apoyo de la actuación al respecto.

43. Potencien las capacidades en el ámbito de la salud pública y promuevan la formación sobre el enfoque de equidad en salud en las diversas políticas sectoriales.

44. Fomenten el refuerzo de los procedimientos destinados a la evaluación del impacto en salud de las políticas en distintos grupos sociales, así como la implantación paulatina de ese tipo de procedimientos. Este refuerzo debería incluir el examen de la evaluación integrada del impacto que se emplea actualmente, con objeto de aumentar su utilidad desde el punto de vista de la salud y la equidad en salud.

45. Estudien la posibilidad de nuevas actividades de investigación en colaboración para evaluar el modo en que las políticas orientadas a la equidad en salud podrían contribuir a un desarrollo económico sostenible.

INVITA A LOS ESTADOS MIEMBROS A

46. Reconocer la influencia de los determinantes sociales de la salud en la configuración del estado de salud, y las repercusiones de esta influencia en relación con sus sistemas sanitarios y sociales respectivos.

47. Aplicar políticas encaminadas a garantizar que todos los niños tengan un buen comienzo en la vida, con inclusión de medidas de ayuda a las mujeres embarazadas y a los padres y madres.

48. Estudien la posibilidad de aplicar políticas para velar por que los ciudadanos, y en especial todos los niños, los jóvenes y las mujeres embarazadas, puedan acogerse plenamente a sus derechos de acceso universal a la atención sanitaria, con inclusión de los servicios de promoción de la salud y de prevención de enfermedades.

2.1. SOLIDARIDAD EN SALUD: REDUCIENDO LAS DESIGUALDADES EN SALUD EN LA UE, ADOPTADA EL 20 DE MARZO DE 2009.

Esta comunicación establece el marco para las acciones que la Comisión Europea va a llevar a cabo para abordar las desigualdades en salud, incluyendo:

- Colaboración con las autoridades nacionales, las regiones y otros organismos relacionados.
- Evaluación del impacto de las políticas de la UE sobre las desigualdades en salud, para asegurar, cuando sea posible, que contribuyen a reducirlas.
- Estadísticas e informes regulares sobre la magnitud de las desigualdades en salud en la UE y estrategias eficaces para reducirlas.
- Mejor información sobre los fondos de la UE para ayudar a las autoridades nacionales y a otros organismos para abordar las desigualdades.

Enlace a la Comunicación:

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2009:0567:FIN:ES:PDF>

2.2. EL ROL DE LA UE EN LA SALUD GLOBAL, ADOPTADA EL 31 DE MARZO DE 2010.

Esta Comunicación pretende dar respuesta a los principales retos actuales en Salud Global, para ello recoge una serie de propuestas que afectan a cuatro grandes áreas de acción:

- Mejorar la gobernanza en salud.
- Avanzar hacia la cobertura universal en salud.
- Garantizar una mayor coherencia en las políticas internas y externas de la UE relacionadas con la salud global.
- Incrementar y mejorar el conocimiento actual en salud global.

Enlace a la Comunicación:

http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/COMM_PDF_COM_2010_0128_ES.pdf

2.3. INTEGRACIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA DE LA POBLACIÓN GITANA EN EUROPA, ADOPTADA EL 7 DE ABRIL DE 2010.

En esta comunicación la Comisión Europea expone un programa a medio plazo que pretende cubrir los principales desafíos para la inclusión de la población gitana, entre ellos:

- Movilización de los Fondos Estructurales, incluido el Fondo Social Europeo - que en conjunto representan casi la mitad del presupuesto de la UE - para apoyar la inclusión de la población Gitana.
- Prestar atención a las cuestiones relacionadas con la población gitana en todos los ámbitos políticos pertinentes a nivel nacional y comunitario, desde el empleo hasta el desarrollo urbanístico, y desde la salud pública a la expansión de la UE.
- Aprovechar el potencial de las comunidades gitanas para apoyar el crecimiento inclusivo como parte de la Estrategia Europea 2020.

La Comunicación y el informe de progreso se han discutido durante la Segunda Cumbre Gitana de Europa, que se organizó bajo el paraguas de la Presidencia española de la UE. El evento reunió a representantes de alto nivel de las principales instituciones de la UE, de los Estados miembros y de la sociedad civil para revisar los progresos realizados desde la Primera Cumbre en 2008.

Enlace a la Comunicación (versión en español aún no disponible):

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0133:FIN:EN:PDF>

ANEXO III: Conclusiones de los eventos relacionados con la equidad en salud celebrados bajo el paraguas de la Presidencia española de la UE en 2010

Durante la Presidencia Española de la UE, como parte del desarrollo de la prioridad "Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud", el MSPS además de organizar las jornadas de abril, ha colaborado en la organización de tres eventos relacionados con la equidad en salud, situados por tanto bajo el paraguas de la presidencia española: la conferencia final del Proyecto DETERMINE, el simposio 'Health Assets for Young People's Wellbeing' y la jornada "Ante todo son niñas y niños. Necesidades básicas de los menores extranjeros en Europa", cuyas principales conclusiones y recomendaciones se presentan resumidas en este Anexo.

1. CONFERENCIA FINAL DEL PROYECTO DETERMINE, 25 DE MARZO DE 2010, BRUSELAS, BÉLGICA

El proyecto DETERMINE (2007-2010) es una iniciativa a nivel de la UE que pretende fomentar el abordaje de los determinantes sociales y económicos de la salud y avanzar hacia la equidad en salud en la UE y los Estados miembros. Reúne un consorcio de organismos sanitarios, instituciones de salud pública y de promoción de la salud, gobiernos y otras organizaciones no gubernamentales, y asociaciones y redes profesionales y académicas de 26 países europeos. Más información disponible en la web del proyecto: www.health-inequalities.eu.

Mensajes clave de DETERMINE

El Consorcio DETERMINE destaca los siguientes mensajes clave sobre los pasos necesarios para avanzar en el abordaje de los determinantes sociales de la salud y la reducción de las desigualdades en salud:

1. En los Estados miembros de la UE, los sistemas de salud¹ deben asegurar que la reducción de las desigualdades en salud mediante el abordaje de los determinantes sociales de la salud subyacentes se sitúe al frente de la agenda política.

La esperanza de vida y la calidad de vida han mejorado de forma sistemática en la mayoría de los Estados miembros de la UE, pero esta mejora no ha repercutido en todos de la misma manera. DETERMINE apoya más acciones en equidad en salud en base a:

a. Las desigualdades socioeconómicas en salud y las diferencias en el número de años vividos con buena salud están aumentando en muchos países, y podrían aumentar aun más debido a la crisis económica existente desde 2008.

b. El trabajo del Consorcio DETERMINE se basa en la evidencia mundial de que "esta distribución desigual de experiencias que perjudican a la salud no es de ningún modo un fenómeno natural, sino el resultado de una combinación dañina de políticas y programas sociales pobres, acuerdos económicos injustos y malas políticas"².

c. Los resultados de DETERMINE demuestran con argumentos económicos que invertir en equidad en salud es más coste efectivo que pagar los costes sociales de la innecesaria mortalidad, morbilidad y pérdida de productividad asociadas a las desigualdades sociales en salud.

2. Debería existir una mayor concienciación de que las desigualdades en salud son un problema de alcance poblacional. La posición social, medida en función de la clase social, la renta o la educación, está directamente correlacionada con la salud, lo que tiene como resultado un "gradiente en salud" que afecta a todos los grupos sociales.

Para abordar este tema es crítico mejorar la salud de los más desfavorecidos de manera más rápida que la de aquellos más favorecidos, pero esto debería complementarse con medidas adecuadas e integrales de alcance poblacional a nivel regional, nacional y de la UE.

¹Sistemas de salud se definen según la Carta de Tallinn sobre Sistemas Sanitarios para la Salud y la Riqueza.
<http://www.euro.who.int/document/E91438.pdf>

²Informe Final de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, 2008

3. La UE y sus Estados miembros deberían centrarse en recopilar datos sobre desigualdades en salud que sean fáciles de entender, de comparar y de utilizar para pasar a la acción.

Aunque existe una gran cantidad de datos que señalan la existencia de desigualdades en salud, la disponibilidad y comparabilidad de estos datos es desigual entre los Estados miembros y dentro de ellos. La UE debería identificar qué datos y metodología común se puede utilizar para ilustrar el gradiente social en cada indicador de salud, en los distintos países y a lo largo del tiempo en todos los Estados miembros. Debería invertirse en formación y herramientas que permitan a las instituciones nacionales recopilar, analizar y suministrar datos cuantitativos y cualitativos comparables de una forma coordinada, incluyendo datos de una amplia gama de fuentes de información de otras áreas políticas y agencias, como por ejemplo la policía o el sector empresarial.

4. Los Estados miembros de la UE y sus sistemas de salud deberían priorizar la colaboración con otros sectores políticos, promoviendo el enfoque de "equidad en salud en todas las políticas".

Esto implica:

a. Desarrollar legislación y/o directrices nacionales en las estrategias intergubernamentales para abordar las desigualdades en salud y los determinantes sociales de la salud. Los gobiernos nacionales deberían asimismo aumentar la coordinación política mediante, por ejemplo, la creación de un grupo directivo interministerial y el establecimiento de sistemas racionales de gestión y evaluación de las medidas adoptadas por los distintos sectores y niveles de gobierno.

b. Desarrollar y reorientar las habilidades del personal del sector sanitario que trabajen en desigualdades en salud, creando competencias específicas para colaborar con otros sectores. Es decir, asegurarse de que son capaces de entender los ciclos políticos y colaborar con expertos de otros campos. El sector sanitario debe capacitarse para asumir mejor su rol de aproximación a otras áreas políticas y entender sus propósitos, objetivos y estándares de cara a desarrollar un trabajo conjunto.

c. Incluir información sobre desigualdades en salud y el gradiente social en el curriculum básico formativo de los profesionales de salud pública y de promoción de la salud, así como de los estudiantes de medicina.

d. Aumentar la financiación sostenible para la promoción de la salud y el trabajo colaborativo de "equidad en salud en todas las políticas", ya que, a pesar de la evidencia de su coste-efectividad, actualmente menos del 4% del gasto nacional en salud se destina a estos enfoques.

5. La UE y sus Estados miembros deberían invertir y coordinar sus esfuerzos para desarrollar una mejor regulación y asegurar el uso más eficiente y efectivo de los recursos públicos para aumentar la equidad en salud.

Esto requiere:

a. Fortalecer y sistematizar los procedimientos de evaluación del impacto para garantizar que se presta la atención necesaria a los impactos en salud y su distribución entre los grupos sociales, y asegurarse de que los resultados de estas evaluaciones del impacto se integren en las políticas finales y en su implementación.

b. Realizar análisis económicos de las políticas y programas que directa o indirectamente afectan a la salud, y asegurar una mayor consideración de los costes de los resultados en salud de las políticas y de la distribución de estos resultados (equidad). Invertir en mejorar los métodos empleados para realizar estos análisis puede fortalecer los argumentos que

avalen la reducción de las desigualdades en salud.

c. Invertir en investigación, desarrollo y evaluación de políticas y programas que aborden los determinantes de sociales de la salud y las desigualdades en salud, y en metodologías para realizar las evaluaciones, para construir una sólida base de evidencia.

6. Mejorar la habilidad de los actores locales para el abordaje de las desigualdades en salud concienciándolos más sobre el gradiente social y proporcionándoles herramientas y mecanismos para trabajar con otros sectores y poblaciones desfavorecidas de forma regular.

Mientras que el nivel europeo y nacional es crucial para establecer políticas intergubernamentales de equidad en salud, las iniciativas a nivel local tienen a su vez un gran impacto en el día a día de la vida de las personas. La UE y los Estados miembros deberían por ello invertir en la movilización de los políticos y profesionales de la salud y de otros sectores a nivel local para que incorporen la equidad en salud en su trabajo.

Se deben realizar más esfuerzos para estimular las buenas prácticas basadas en un buen entendimiento de los desafíos a los que se enfrenta la gente en sus vidas diarias. Los proyectos deben adoptar un enfoque centrado en las necesidades del ciudadano, "de abajo a arriba" y participativo para definir los objetivos y aprovechar los activos humanos y físicos de las comunidades. Empoderar a las personas y a las comunidades para abordar sus propias necesidades mejorará la sostenibilidad de los proyectos locales.

7. La UE y sus Estados miembros deben continuar invirtiendo en la promoción, el intercambio y la creación de conocimiento en este campo, apoyando activamente los esfuerzos iniciados por DETERMINE para construir una base de trabajo intersectorial más fuerte.

Esto implica:

a. Intercambiar información sobre enfoques políticos, mecanismos y herramientas que hayan sido exitosos en toda la UE.

b. Construir capacidades en el sector de la salud pública y en otros sectores para que se involucren en el trabajo intersectorial, incluyendo mejoras en las estructuras organizativas, formación del personal y mayores recursos.

c. Mayor compromiso de los medios de comunicación y del público general en el problema de las desigualdades en salud. Una comunicación dirigida y una mayor acción de abogacía por la equidad en salud en toda la UE es un paso crucial para asegurar el compromiso del público -y con ello el político-.

2. SIMPOSIO "RECURSOS DE SALUD PARA EL BIENESTAR DE LA POBLACIÓN JOVEN", 28-30 DE ABRIL DE 2010, SEVILLA, ESPAÑA

Antecedentes del Simposio

Como las desigualdades en salud en el mundo siguen aumentando, los responsables políticos están redoblando sus esfuerzos para hacerles frente. Sin embargo, la eficacia y la calidad de los programas diseñados para ello varían considerablemente, obteniéndose a veces resultados contrarios a los esperados. Si bien las cuestiones políticas locales o los conflictos culturales pueden contribuir a ello, el enfoque predominante, y deficitario, de evaluación de las necesidades en salud, que pone a las comunidades desfavorecidas a la defensiva a la vez que ignora sus fortalezas potenciales, puede ser el factor universal que más obstaculiza el progreso en dicho campo. El modelo de activos propuesto en el libro (que se editará próximamente) "Los Activos de la Salud en un Contexto Mundial: Teoría de los Métodos de Acción", ofrece opciones para resolver

algunas de las dificultades asociadas a la agenda actual de las desigualdades en salud al plantear una alternativa al modelo centrado en los problemas, alternativa que facilita una nueva y más positiva visión de aquellos problemas en salud pública que son más persistentes a nivel mundial.

Los conceptos y los temas de este libro fueron presentados en un evento único celebrado en Sevilla entre el 28 y el 30 de abril de 2010, durante el que se prestó una especial atención a las mejores alternativas existentes para promover el bienestar de los jóvenes. Este evento fue organizado por la Universidad de Sevilla (España) y la Universidad de Hertfordshire (Inglaterra), en colaboración con la Organización Mundial de la Salud y el estudio sobre Comportamiento en Salud de los niños en Edad Escolar (Health Behaviour in School-Aged Children, www.hbsc.org) con el fin de identificar las acciones requeridas por parte de los responsables políticos, investigadores y profesionales para lograr hacer del modelo de activos una realidad.

Contribuir al avance de los enfoques basados en activos para el bienestar de los jóvenes fue el objetivo principal de este Simposio, con especial atención a las acciones que investigadores, responsables políticos y profesionales deberían llevar a cabo para hacerlos realidad. Con ello se pretendió iniciar un proceso que pusiera de manifiesto cómo las inversiones en este enfoque pueden repercutir en beneficios que afecten a un amplio rango de resultados en salud y en desarrollo, y en muchos contextos distintos.

Los principios de los enfoques basados en activos son:

- Enfatizar aquellos activos (cualquier recurso, habilidad o conocimiento), que mejoran la capacidad que tienen los individuos, las familias y los barrios para preservar su salud y su bienestar.
- En lugar de comenzar con los problemas, comenzar con lo que está funcionando y con lo que realmente le importa a la gente.
- Garantizar que los programas reflejan la necesidad de construir redes, lazos de amistad, autoestima y sentimientos de eficacia personal y colectiva, ya identificados como buenos para la salud y el bienestar.

El Simposio de Sevilla fue el primero de una serie de eventos enlazados por el objetivo común de avanzar en el contenido científico y en la práctica de los enfoques basados en activos. El Simposio ayudó a definir los fundamentos y las metodologías necesarias para los enfoques basados en activos, y reunió a expertos de todo el mundo que ya está trabajando con conceptos relacionados con este tema como son la salutogénesis, la resiliencia y el capital social. Durante el mismo se empleó la evidencia proporcionada por el estudio de la OMS Comportamiento en Salud de los Niños en Edad Escolar para demostrar la importancia de invertir en el enfoque de activos para la salud y el desarrollo de los jóvenes, proporcionando ejemplos reales del modelo de activos que ya funcionan en diferentes contextos en todo el mundo. Algunos ejemplos son:

- Fortaleciendo los activos de mujeres desfavorecidas (Alemania).
- Programas de desarrollo sostenible basados en la comunidad (India).
- Uso de activos de los padres para controlar la malaria infantil (África occidental).
- Promoción de la salud basada en la evidencia/en activos en las escuelas (Rumania).
- Evaluando los programas basados en activos (América Latina).

- Implicando al capital social para promover la equidad en salud (Australia).

Recomendaciones

Un informe completo de este primer Simposio estará disponible a partir de Junio de 2010, y puede solicitarse escribiendo a la siguiente dirección Antony.Morgan@nice.org.uk. Las principales áreas de recomendaciones se resumen a continuación:

Para la Política y la Práctica

1. Los programas creados para promover la salud y el bienestar de los jóvenes deberían ser revisados, ya que el equilibrio adecuado está entre aquellos que aspiran a reducir el riesgo y aquellos que propugnan por la acumulación de factores de protección durante la primera infancia y la adolescencia media.

2. Debe acordarse un conjunto básico de indicadores basado en el modelo de activos para garantizar que las actividades de monitorización incluyen medidas que reflejan el desarrollo positivo de la juventud. Como punto de partida, podría realizarse una revisión de los indicadores existentes y que ya están empleándose en distintos contextos nacionales.

3. Deben desarrollarse métodos y procesos que garanticen la implicación habitual y adecuada de los jóvenes, para lograr evaluar sus puntos de vista y roles en las etapas clave del desarrollo.

Para la Investigación y la Evaluación

1. Se necesita más investigación para: entender los activos clave más importantes en el bienestar de la gente; entender el efecto relativo acumulado en la adquisición de activos clave durante las diferentes etapas de desarrollo; comprender la interacción entre los distintos activos y entre los activos y los factores de riesgo; y una evaluación de la importancia relativa que tienen los diferentes activos en los distintos contextos culturales.

2. Marcos de referencia para evaluar los enfoques basados en activos en los estudios de evaluación, que muestren la efectividad y la coste-efectividad de estos enfoques en diferentes contextos nacionales y culturales, y en relación a la reducción de las desigualdades en salud.

3. JORNADA “ANTE TODO NIÑAS Y NIÑOS: NECESIDADES BÁSICAS DE LOS MENORES EXTRANJEROS EN EUROPA”, 27 DE ABRIL DE 2010, MADRID, ESPAÑA

La Convención Internacional de Derechos de la Infancia reconoce explícitamente el derecho universal de los niños a la atención sanitaria pública y a la educación básica gratuita y obligatoria, sin restricciones en el acceso. En la legislación y la práctica diaria de bastantes países de la Unión Europea, este derecho en ocasiones no se respeta cuando se trata de menores extranjeros. La finalidad de la jornada “Ante todo Niñas y Niños: Necesidades Básicas de los Menores Extranjeros en Europa”, organizada por la Asociación Salud y Familia y la Asociación para las Naciones Unidas en España (ANUE) fue señalar la disparidad de trato que los menores extranjeros y no extranjeros reciben en diferentes países de la UE, considerando las consecuencias de esta situación (por ejemplo, en relación con la pobreza infantil persistente). Esta

jornada también quiso promover el compromiso y la responsabilidad de todos los agentes responsables con el fin de que la cobertura de necesidades básicas de los menores extranjeros constituya una prioridad en la agenda política y en la práctica de las instituciones europeas.

Conclusiones y Recomendaciones

1. Los menores extranjeros constituyen uno de los grupos más vulnerables al riesgo de pobreza en la Unión Europea.

El riesgo de pobreza para los niños y las niñas es mayor que para el resto de la población en muchos países de la Unión Europea, siendo los menores migrantes particularmente vulnerables: uno de cada cinco niños está a riesgo de pobreza mientras que en hijos menores de padres migrantes el riesgo aumenta a uno de cada tres. La pobreza puede limitar seriamente la igualdad de oportunidades durante los primeros años de vida, e influir decisivamente a lo largo de la vida. El bienestar de las niñas y los niños está muy vinculado a la posición social de las familias, aunque el acceso efectivo y universal a bienes colectivos como la atención sanitaria y la educación reduzca significativamente la pobreza y pueda cambiar esta situación, especialmente entre los niños migrantes. Se estima que la contribución de estos beneficios sociales a la reducción de la pobreza infantil se sitúa en torno al cuarenta por ciento.

2. El elevado riesgo de pobreza entre los menores extranjeros está vinculado a la privación de derechos.

La Convención Internacional de Derechos de la Infancia, suscrita por todos y cada uno de los países europeos, establece de forma inequívoca el derecho de los niños y las niñas de todos los orígenes al acceso sin restricciones a la atención sanitaria pública y a la educación gratuita y obligatoria con independencia de su situación administrativa. Sin embargo, pocos países de la Unión Europea están garantizando a los menores extranjeros los niveles de protección establecidos por los instrumentos y disposiciones internacionales de derechos humanos.

Incluso en los países que tienen explícitamente regulado el acceso formal de todos los menores extranjeros a la atención sanitaria y la educación subsisten en la práctica numerosas barreras que impiden a menudo una atención sanitaria y una educación estable y de calidad.

Asimismo, esta situación se ve agravada por las restricciones de acceso a la atención prenatal que sufren las mujeres embarazadas extranjeras en situación irregular con los consiguientes efectos desfavorables sobre la salud materna y fetal.

3. La imparcialidad de la justicia requiere la inclusión universal de los niños y las niñas de todos los orígenes y condición administrativa.

Los intereses de todas las generaciones futuras reciben atención a través de los preparativos que cada generación hace para la siguiente. Por ello, las necesidades y las libertades, en definitiva los derechos de las niñas y los niños, tienen que ser atendidos y efectivamente realizados para todos. Existe una defensa inadecuada de los derechos de algunos niños, cuya libertad y desarrollo deberían ser ampliadas. Además, la injusticia que padecen los grupos más vulnerables, como los menores extranjeros, se desatiende en gran medida. La imparcialidad de la justicia para la infancia implica una distribución de los recursos

sociales más favorable para las niñas y los niños, así como la necesidad de garantizar los derechos de acceso sin restricciones a los bienes sanitarios y educativos a todos los niños y las niñas que viven en la Unión Europea.

4. Garantizar la universalidad de las prestaciones sanitarias y educativas sin restricciones de acceso para todos los niños y las niñas que viven en la Unión Europea.

Garantizar el derecho a la salud y la educación de las niñas y los niños constituye una inversión, y no un gasto. Las ganancias en salud y educación tienen el valor intrínseco de generar ingresos y participación social, facilitar la integración social y económica y extender un efecto positivo transgeneracional y perdurable. Por ello, los retos de la agenda social europea de lucha contra la pobreza infantil son conseguir una distribución generacional de los recursos sociales más favorable para las niñas y los niños, y eliminar injusticias y restricciones manifiestas que afectan a los grupos más vulnerables, como los menores extranjeros.

5. Construir una agenda social proactiva y a favor del bienestar de las niñas y los niños que viven en la Unión Europea.

En el marco de una de las crisis económicas más graves que ha padecido la Unión Europea, la lucha contra la pobreza infantil hace coincidir lo urgente con lo importante, pues se vislumbra el riesgo de que las niñas y los niños de hoy puedan llegar a vivir peor que sus progenitores. La Estrategia 2020 de la UE (en debate en el momento de celebración de esta jornada en Abril de 2010) debería impulsar de forma decidida los derechos que habilitan el acceso para las niñas y los niños de todos los orígenes que viven en la Unión Europea a los bienes sanitarios y educativos, asegurando especialmente la cobertura de los más vulnerables como los menores extranjeros. Para ello deberán promoverse normativas prescriptivas y vinculantes, así como prácticas administrativas activas que remuevan las barreras actuales. El desafío no consiste simplemente en el aumento del gasto social, sino en su reestructuración mediante la universalización de los bienes primarios de la salud y la educación.

6. Necesidad de respuestas inmediatas, comprometidas y visibles a favor de los menores y las mujeres embarazadas extranjeras por parte de las instituciones de la Unión Europea.

El 1 de Enero de 2010, España se hizo cargo de la Presidencia rotatoria del Consejo de la Unión Europea, y durante el período de su mandato ha priorizado y situado como objetivo principal la protección y atención a los derechos y libertades de sus ciudadanos y de todos cuantos habitan en el territorio de la Unión Europea.

En consecuencia, proponemos a la Presidencia Española que abogue en el Consejo Europeo, la Comisión Europea, en el Parlamento Europeo, así como en otras instituciones de la UE, porque incluyan en sus agendas de trabajo políticas activas y medidas positivas que garanticen el acceso sin restricciones de los menores a la atención sanitaria y la educación y el acceso a la atención prenatal de las mujeres embarazadas extranjeras. Asimismo se insta a la Presidencia española a dar perspectiva de futuro y continuidad a este impulso enlazando estos compromisos de lucha contra la pobreza infantil con las próximas Presidencias del Consejo, cuya primera sucesora será Bélgica.

ANEXO IV. Información sobre la 2ª Cumbre Europea de Población Gitana

La Segunda Cumbre Europea sobre la Población Gitana - Impulsando políticas a favor de la población Gitana (Córdoba, 8 y 9 de Abril de 2010)

La Segunda Cumbre Europea sobre la población Gitana o población Roma se celebró en Córdoba el 8 y 9 de Abril de 2010 en el marco del Día Internacional del Pueblo Gitano, con el lema Impulsando políticas a favor de la población Gitana. Esta Cumbre, que contó con el apoyo económico de la Comisión Europea, fue un acontecimiento de alto nivel que reunió a más de 500 personas procedentes de muchos campos, representantes políticos, funcionarios públicos de organizaciones nacionales e internacionales, y activistas de ONGs entre otros.

Esta Cumbre supone dar continuidad al proceso iniciado en la Primera Cumbre, celebrada en Bruselas en el año 2008, y pone de relieve los importantes avances que se han producido en los dos últimos años. Los objetivos de esta II Cumbre Europea sobre Población Gitana pretendían estimular el debate sobre los avances producidos en las políticas europeas y nacionales en los últimos años y profundizar en los objetivos que deberían plantearse en un futuro inmediato. Se hizo hincapié en la necesidad de incluir los asuntos de la comunidad Gitana de modo transversal en las políticas comunitarias, incluida la estrategia 2020, en la importancia de la accesibilidad y adecuación de los instrumentos financieros y en los avances que se esperan con los trabajos de la Plataforma Integrada para la Inclusión de la Población Gitana, y la aplicación de sus Principios Básicos Comunes.

El programa de trabajo del primer día combinó sesiones plenarias con cuatro mesas redondas paralelas con el objetivo de favorecer la participación activa de los asistentes. La sesión de mañana contó con dos mesas plenarias que se centraron en (i) progresos y retos en las políticas europeas y nacionales relacionadas con la población Roma y (ii) la evaluación de las políticas. La sesión de tarde incluyó mesas redondas paralelas que profundizaron en los Principios fundamentales adoptados en el seno de la Plataforma Integrada para la Inclusión de la Población Roma: el nº 2 el enfoque explícito pero no excluyente, el nº 5 la sensibilidad hacia la dimensión del género, el nº 7 el uso de los instrumentos comunitarios, y el nº 9 la implicación de la sociedad civil.

En el segundo día, hubo una mesa redonda dedicada a profundizar en la salud de la población Gitana y los efectos de las desigualdades sociales en la misma. Las recientes conclusiones, centradas en los considerables progresos logrados en relación con los asuntos que afectan a la población Gitana, confirman que a nivel europeo existen principios de trabajo, enfoques y criterios y que éstos han sido comúnmente asumidos por la mayoría de los responsables, aunque en algunos casos las condiciones de vida de la población Gitana aún se están deteriorando. Las medidas a largo plazo son fundamentales para lograr un impacto real, siendo la perspectiva de la población Gitana central para las políticas más relevantes, pero complementándose con objetivos explícitos.

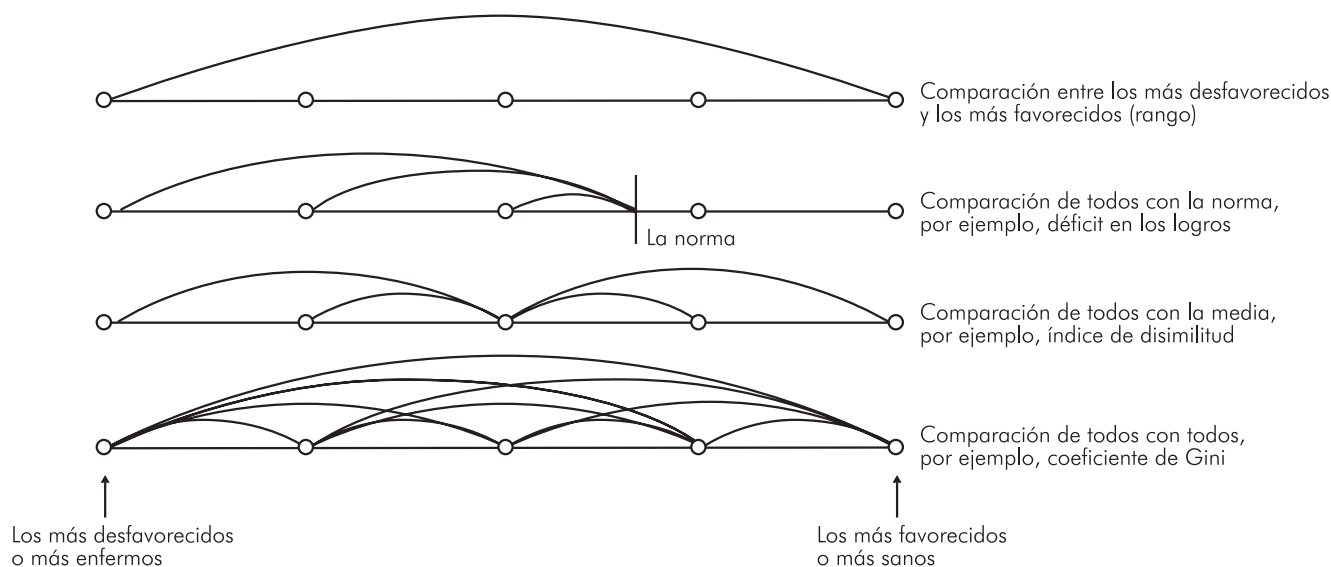
Finalmente se presentó la Declaración de Córdoba, adoptada por el TRIO de Presidencias (España, Bélgica y Hungría). Se destacó la importancia que tiene que, por primera vez, tres países se comprometan de modo conjunto en el marco de una Cumbre, lo que garantiza su continuidad. La Declaración se centra en tres objetivos principales: el impulso de la inclusión de la población en todas las políticas relevantes (mainstreaming); la importancia de garantizar un mayor acceso a los instrumentos financieros y en especial a los Fondos Estructurales; y la necesidad de avanzar a partir de los esfuerzos realizados por la Plataforma.

Los documentos de trabajo de esta Cumbre, así como muchos de los discursos y de las presentaciones, están publicados en la web de la Presidencia española, así como en la web de 2010 Año Europeo de lucha contra la pobreza y la exclusión social: <http://www.2010contralapobreza.msps.es/actoPresentacion/ConferenciaRoma.htm>

Sub-anexo A.

Referenciado: en el capítulo *Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud en la UE: Aspectos generales*

Figura 6. A quién comparar con quién: identificar el enfoque de medición apropiado
Fuente: Yukiko, 2005.



Las desigualdades en salud pueden medirse con medidas relativas y absolutas: ambos tipos de medida son necesarios a lo largo del tiempo para un análisis integral, y como inputs en el diseño de políticas, ya que ilustran distintos aspectos de las desigualdades, especialmente cuando se realizan análisis comparativos en el tiempo o entre países. Las medidas relativas pueden emplearse para realizar comparaciones entre indicadores independientemente de la unidad de medida (Keppel et al., 2005; Wilkinson, 1997). Identificar quién debería compararse con quién no siempre es obvio. Por motivos políticos, en la región europea podría ser más apropiado comparar a las mujeres de un país con las mujeres de otro país, en lugar de a las mujeres con los hombres.

Dependiendo de quién se compare con quién, la figura muestra cuatro enfoques diferentes para comparar los distintos grupos, a menudo utilizando las mismas fuentes de datos. Cada enfoque implica un conjunto diferente de técnicas de medición.

Identificar el mejor sistema de medición o conjunto de medidas es también un problema (Keppel et al., 2005; Harper & Lynch, 2006). Las medidas de las desigualdades entre grupos pueden calcularse entre dos grupos (razón de tasas; diferencias de tasas; razón mínimo/máximo; déficit) y entre más de dos grupos (índices de desigualdad de la pendiente; índices de concentración; índices de disimilitud).

Cuando se dispone de datos estratificados para más de dos grupos (por ejemplo, grupos de renta baja, media y alta), las diferencias entre más de dos grupos ofrecen un enfoque para la monitorización de las desigualdades a lo largo del gradiente social, lo que resulta mejor que comparar únicamente los grupos con los datos más bajos y más altos.

Asimismo, existen diferentes enfoques y técnicas de medición para comparar los indicadores entre países. Por ejemplo, Wagstaff (2001) y Shkolnikov (2009) han sugerido utilizar una medida de las desigualdades en salud basada en las tasas absolutas de mortalidad, que equivale a la media de las diferencias de mortalidad ponderada por población entre todos los pares de tasas de mortalidad de los distintos grupos (Diferencia Media Inter-Grupos), y facilita la comparación de las desigualdades en salud entre países o períodos de tiempo.

Sub-anexo B.

Referenciado en el capítulo: Desigualdades en salud infantil

Indicadores propuestos para la monitorización de las desigualdades en salud infantil

Pobreza y exclusión social infantiles

- Porcentaje de niños en riesgo de pobreza (60% de la renta media disponible del país);
- Porcentaje de niños que viven en familias de desempleados;
- Porcentaje de niños en familias monoparentales;
- Porcentaje de abandono escolar prematuro.

Desarrollo de la primera infancia

- Porcentaje de niños en educación preescolar y estratificados por subgrupos de interés relevantes: nivel de educación maternal, clase social/ocupacional de la familia; renta familiar; origen migrante y origen étnico;
- Nivel de educación maternal por subgrupos de población de interés: clase social/ocupacional de la familia, renta familiar, origen migrante y origen étnico.

Tasas de mortalidad, estado de salud e indicadores de los servicios sanitarios

- Indicadores de mortalidad infantil (mortalidad infantil, mortalidad neonatal y post-neonatal, mortalidad en niños menores de 5 años), estratificada por subgrupos de población de interés: nivel de educación maternal, clase social/ocupacional de la familia, renta familiar, origen migrante y origen étnico;

- Porcentaje de niños con necesidades de atención sanitaria no satisfechas, declaradas por ellos mismos o por sus padres;

- Porcentaje de niños sometidos a lactancia materna exclusiva a las edades de 1, 3 y 6 meses, por nivel de educación de la madre y estatus socioeconómico;

- Cobertura de vacunación del sarampión a la edad de 1 año en la población total y por estatus socioeconómico y grupos minoritarios;

- Porcentaje de niños con un profesional de Atención Primaria asignado, por estatus socioeconómico;

- Salud autopercebida del niño y perfiles de salud, hábitos de salud y factores de riesgo, estratificados por subgrupos de población de interés, nivel de educación de la madre, clase social/ocupacional de la familia, renta familiar, origen migrante y origen étnico.

Sub-anexo C.

Referenciado en el capítulo: "Exclusión social y desigualdades estructurales en salud"

Los indicadores que figuran a continuación se proponen para su uso en la monitorización y seguimiento del estado de salud de la población pobre y socialmente excluida, incluyendo las comunidades de minorías étnicas y de migrantes en Europa. La mayoría de los indicadores comienzan por "desigualdades o diferencias en", lo que implica "desigualdades o diferencias por el ESE, condición étnica y de migración, grupo de edad y sexo, y lugar de residencia".

A. Determinantes sociales y salud

NECESIDADES DE SALUD NO SATISFECHAS: RESULTADO CLAVE DE SALUD

1. Desigualdades en esperanza de vida saludable y mortalidad infantil entre:

a) Individuos y/o áreas geográficas pertenecientes al 20% de la población más pobre y al 20% de la población más rica

- O entre los que tienen peor y mejor nivel educativo,
- O entre los desempleados y los empleados,
- O entre las ocupaciones manuales y no manuales;

b) Países de origen, grupo étnico o condición de migrante;

c) Hombres y mujeres, en las distintas categorías a) y b) anteriores;

d) Lugar y país de residencia.



2. Diferencias en necesidades de salud no satisfechas: sin consulta al médico pese a encontrarse enfermos.
3. Diferencias en los motivos de las necesidades no satisfechas (véase EU-SILC).

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD: RECURSOS DE PODER SOCIAL

4. Estatus socioeconómico. Diferencias entre los subgrupos a)-d) anteriores en la prevalencia de pobreza y pobreza extrema, vivienda y vehículo propio, porcentaje de analfabetismo, media de años de estudio, desempleo, empleos informales, media de horas dedicadas a un empleo remunerado y a las tareas del hogar, acceso a prestaciones públicas (*maternidad, vejez, cuidado de los hijos, educación, enfermedad, discapacidad, desempleo, pobreza*), apoyo a la renta de pensiones y subsidios.

5. Entorno físico, vital y laboral. Diferencias en la calidad del agua, contaminación, saneamiento, riesgos laborales, accidentes de trabajo, porcentaje de vivienda decente asequible, densidad de servicios culturales, sociales y de bienestar y zonas verdes en el lugar de residencia (d) y en el de trabajo.

6. Capital social y entorno psicosocial y sociopolítico. Diferencias en la desigualdad de renta, densidad étnica, apoyo social, padres solteros y adolescentes, confianza, capital social, respeto, discriminación, violencia, participación política (por ejemplo, participación en votaciones y manifestaciones), políticas redistributivas y participativas en el lugar y país de residencia (d).

DERECHOS SOCIALES Y POLÍTICOS: RECURSOS DE PODER INSTITUCIONAL

7. Porcentaje de países en los que existe legislación para proteger a los niños, migrantes, etnias y otros grupos minoritarios, de la pobreza y la discriminación institucional e interpersonal; y donde las agencias y organismos políticos públicos multisectoriales específicos para la discriminación positiva son efectivos en la lucha contra la violencia y el aislamiento social, en la reducción de la inseguridad

financiera y la apatía política, en el suministro a estos grupos de información, educación, empleo, vivienda y transporte adecuados; así como de información sobre derechos, alimentos y barreras de acceso a la atención sanitaria y social (disponible en las lenguas pertinentes); junto con alimentos saludables y servicios de ocio accesibles y asequibles.

B. Asistencia sanitaria y protección social

DE LOS ESTILOS DE VIDA Y CONDUCTAS DE RIESGO A LOS RIESGOS EN SALUD RELACIONADOS CON LAS DESIGUALDADES SOCIALES

8. Diferencias en el porcentaje de adultos menores de 75 años que se encuentran desnutridos, trabajan más de 12 horas al día (empleo remunerado y tareas del hogar), beben, registran prácticas sexuales de riesgo, son fumadores, físicamente inactivos o con sobrepeso; o sufren de depresión, síndrome metabólico, estrés, violencia o discriminación.

SISTEMA DE SALUD: ATENCIÓN Y POLÍTICAS SANITARIAS

9. Diferencias en el porcentaje de mujeres de más de 50 años a las que nunca se ha practicado una mamografía o una citología, y en el porcentaje de niños adecuadamente vacunados.

10. Diferencias entre los subgrupos A., B., C. y D. en el porcentaje de pacientes con cáncer que esperan diagnóstico o tratamiento durante más de un mes, o son diagnosticados en la sala de urgencias, o en las fases III-IV.

11. Diferencias en el porcentaje de pacientes que esperan durante períodos superiores a 3 meses para recibir tratamiento para la depresión, la diabetes, o una prótesis de rodilla o de cadera.

12. Diferencias en el porcentaje de pacientes que se encuentran asignados a un médico de Atención Primaria y que pueden visitar (o contactar por teléfono o correo electrónico) a un médico de Atención Primaria en un plazo de 24 horas.

13. Porcentaje de gasto público invertido en Atención Primaria (excluyendo farmacia y consultas externas) sobre el gasto sanitario total.

14. Porcentaje de pacientes migrantes, gitanos u otras etnias minoritarias que por una consulta han de pagar en las urgencias del hospital o por un ingreso, y que gastan más del 10% y del 50% de su renta en la atención sanitaria.

15. Porcentaje de gastos totales en atención dental, mental y de cuidados de larga duración cubiertos por el sector público.

16. ¿Se asignan los recursos en función de las necesidades (es decir, de acuerdo con los determinantes sociales de la salud adversos, incluidos aquellos relativos a la movilidad y condición étnica; o, en otras palabras, asignados a aquellos con menos instrumentos de poder)? ¿Existen incentivos económicos u otros incentivos eficaces para atraer a los profesionales de la salud y a otros profesionales públicos hacia las áreas remotas o desfavorecidas y hacia los grupos sociales vulnerables?

17. ¿Existen programas de formación sobre los determinantes sociales de la salud para los responsables políticos, los profesionales de la salud y los grupos promotores de la salud? ¿Existen programas de formación sobre competencia cultural? ¿Están institucionalizados los mediadores culturales, o los intérpretes?

18. Porcentaje de gasto en investigación e información para la salud y en estrategias de prevención y promoción específicas dedicadas a mitigar las desigualdades en salud actuando sobre los determinantes sociales en los grupos vulnerables.

19. Existencia de iniciativas gubernamentales multisectoriales promovidas por el sector sanitario, el Presidente del Gobierno o la oficina del Primer Ministro, dedicadas a la lucha contra la pobreza y la exclusión social de los grupos sociales y las áreas geográficas vulnerables, tales como: instituciones públicas (agencias, fondos, incentivos o proveedores especiales, fundaciones locales), planes o estrategias nacionales de

investigación/formación/acción/evaluación, áreas locales de intervención prioritaria.

20. Existencia de iniciativas de salud comunitaria y desarrollo basadas en la contratación de representantes de las comunidades de migrantes, población gitana y etnias minoritarias y otros grupos socioeconómicamente desfavorecidos, que promuevan la participación de la comunidad y organicen actividades locales para la educación y promoción de la salud, campañas de información y programas de investigación para sus iguales.

21. Existencia de una regulación que requiera la obligatoriedad evaluación del impacto en salud de todas las políticas antes de su aprobación.

RESULTADOS EN SALUD Y NECESIDADES NO SATISFECHAS (2)

22. Diferencias en el porcentaje de menores de 15 años que son fumadores, beben o padecen sobrepeso.

23. Porcentaje de población con una discapacidad o una enfermedad crónica (diabetes, asma, depresión, enfermedades pulmonares, cardíacas o cáncer graves), porcentaje de personas con discapacidad o enfermos crónicos que reciben un tratamiento deficiente o autofinanciado, porcentaje de personas que se arruinaron como resultado del tratamiento.

24. Diferencias en las tasas de supervivencia de 5 años para enfermedades y pacientes seleccionados (cáncer, corazón y pulmón); o diferencias en mortalidad evitable.

25. Diferencias en el porcentaje de adultos que declaran un estado de salud malo o muy malo que no han visitado al médico en el año anterior.

Sub-anexo D.

Referenciado en el capítulo: Exclusión social y desigualdades estructurales en salud

Con el fin de seleccionar los indicadores propuestos en el

presente informe, este Sub-anexo recoge un listado de algunos de los índices de desigualdades estructurales en salud y determinantes sociales de la salud que existen en la UE y que han sido particularmente influyentes. Asimismo, incluye un listado original de indicadores de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2008) –véase Figura 7-. La Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades de la Comisión de la UE ha elaborado una interesante batería de indicadores resumida para la monitorización de la inclusión social y las desigualdad estructural en Europa,

creada a partir de elementos prioritarios, basados en la encuesta EU-SILC (véanse los Informes de Situación Social). Otros índices interesantes son el índice de privación de Jarman (el más antiguo de la UE, con una extensa investigación de la relación con la salud entre países), la escala de 10 elementos de las DS estructurales desarrollada por Wilkinson y Pickett (la más reciente), y la Cesta Local de Indicadores de las DS en el Reino Unido (la más exhaustiva) (Fitzpatrick y Jacobson, 2003; Brook, 2009). La Figura 7 resume la batería de indicadores propuesto por cada una de estas fuentes.

Tabla 5. INDICADORES DE LA UE PARA VIGILAR LAS DS ESTRUCTURALES Y LOS DSS

DG Empleo/ EU-SILC	Wilkinson & Pickett 2009
<ul style="list-style-type: none"> • Pobreza (% en riesgo de pobreza (con menos de un 60% de la renta media); % en riesgo persistente de pobreza, intensidad de pobreza; pobreza relacionada con el trabajo) • Desigualdades de renta (S20/S80) • Desempleo de larga duración, diferencias regionales • Población en hogares sin empleo • Desigualdades en el empleo de trabajadores migrantes y mayores • Privación material y deudas financieras • Condiciones de vivienda y patrimonio • Esperanza de vida en buena salud • Bienestar infantil • Abandono escolar prematuro • Gasto social y adecuación de las pensiones • Gasto en salud • Necesidades de atención sanitaria no satisfechas referidas 	<ul style="list-style-type: none"> • Esperanza de vida • Mortalidad infantil • Resultados en matemáticas y en lengua • Homicidio • Encarcelamiento • Nacimientos de madres adolescentes • Confianza • Obesidad • Enfermedades mentales (inc. adicciones) • Movilidad social
Índice Jarman	Cesta Local RU
<ul style="list-style-type: none"> • % de población mayor de 65 años • % de población menor de 5 años • % de mayores que viven solos • % de familias monoparentales • % de población con empleos no cualificados • % de población desempleada • % de hogares que carecen de las comodidades básicas • % niveles de hacinamiento • % de personas que han cambiado de domicilio en los últimos 5 años • % de personas que pertenecen a grupos étnicos minoritarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Empleo, pobreza y privación • Vivienda y carencia de hogar • Educación • Delincuencia • Contaminación y medio ambiente físico • Desarrollo comunitario • Dieta, tabaquismo y actividad física • Acceso a la sanidad y otros servicios locales • Accidentes y lesiones • Salud mental • Salud materno-infantil • Personas mayores • Abordaje de causas principales de muerte

NOTA: la cesta local del Reino Unido recoge una lista de 60 indicadores de acuerdo con las dimensiones de la lista anterior

DESIGUALDADES EN SALUD:

- Información necesaria:
 - Resultados en salud estratificados en función de:
 - El sexo.
 - Al menos dos estratificadores socioeconómicos (por ejemplo, la educación, el ingreso o la riqueza, la categoría ocupacional).
 - El grupo étnico, la raza o la pertenencia a un pueblo indígena.
 - Otros estratificadores sociales relevantes al contexto.
 - El lugar de residencia (rural o urbano y provincial u otra unidad geográfica relevante).
 - La distribución de la pobreza en subgrupos.
 - Una medida agregada de las desigualdades sanitarias relativas; por ejemplo, la razón de razas, el índice relativo de desigualdad, la versión relativa de riesgo atribuible a la población y el índice de concentración.
 - Una medida sumaria de las desigualdades en salud absolutas; por ejemplo, la diferencia entre las razas, el índice de desigualdad de la pendiente y el riesgo atribuible a la población.

RESULTADOS EN SALUD:

- Mortalidad (por todas las causas, por causas concretas, de grupos de edad específicos).
- Desarrollo de la primera infancia.
- Salud mental.
- Morbilidad y discapacidad.
- Percepción personal de la salud física y mental.
- Resultados de causas específicas.

DETERMINANTES, MEDIANTE DATOS ESTRATIFICADOS, SI CORRESPONDE

- Condiciones de vida.
 - Comportamientos en salud:
 - Tabaquismo.
 - Alcoholismo.
 - Actividad física.
 - Régimen alimentario y nutrición.

- Entorno físico y social:
 - Agua y saneamiento.
 - Condiciones de vivienda.
 - Infraestructura, transporte, diseño urbano.
 - Calidad del aire.
 - Capital social.
- Condiciones de trabajo:
 - Riesgos físicos laborales.
 - Estrés.
- Atención sanitaria:
 - Cobertura.
 - Infraestructura del sistema sanitario.
- Protección social:
 - Cobertura.
 - Generosidad.
- Factores estructurales de las desigualdades en salud:
 - Género:
 - Normas y valores.
 - Participación económica.
 - Salud sexual y reproductiva.
 - Desigualdades sociales:
 - Exclusión social.
 - Distribución del ingreso y la riqueza.
 - Educación.
 - Contexto sociopolítico:
 - Derechos cívicos.
 - Condiciones de empleo.
 - Gobernanza y prioridades del gasto público.
 - Condiciones macroeconómicas.
- CONSECUENCIAS DE LAS ENFERMEDADES**
 - Consecuencias económicas.
 - Consecuencias sociales.

Sub-anexo E.

Referenciado en el capítulo: Exclusión social y desigualdades estructurales en salud

Figura 8. Democracia y desigualdad en los instrumentos de poder

Fuente: Despotismo (1946). Encyclopaedia Britannica Films.
http://video.google.es/videoplay?docid=-461990723502527420&ei=uXY7S-_DCpDJ-Aatk_SfCg&q=despotism&hl=en#



I. Introducción: Hacia la equidad en salud

Ildelfonso Hernández Aguado
Director General de Salud Pública y Sanidad Exterior
Ministerio de Sanidad y Política Social, España

II. Antecedentes: Incluir los determinantes sociales y la equidad en salud en la Agenda de la UE

Eero Lahtinen, Médico, Doctor en Medicina, Asesor Misión Permanente de Finlandia ante la ONU y las Organizaciones Internacionales en Ginebra, Suiza

Kimmo Leppo
Profesor Catedrático Adjunto (Salud Pública), Universidad de Helsinki
Ex-Director-General de Salud Pública, Ministerio de Asuntos Sociales y Salud de Finlandia

III. Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud en la UE: Aspectos generales

Ritu Sadana (autor-coordinador)
Coordinador a.i., Unidad de Análisis e Investigación en Equidad
Departamento de Ética, Equidad, Comercio y Derechos Humanos
Grupo de Investigación y Evidencia de la Información, Organización Mundial de la Salud/ Ginebra

Chris Brown (autor-coordinador)
Gerente del Programa, Determinantes Sociales de la Salud
Oficina Regional de la OMS para Europa, Oficina Europea para la Inversión en la Salud y el Desarrollo

Jennifer Lee
Técnico, Unidad de Análisis e Investigación en Equidad
Departamento de Ética, Equidad, Comercio y Derechos Humanos
Grupo de Investigación y Evidencia de la Información, Organización Mundial de la Salud/ Ginebra

Peter Goldblatt
Revisión Estratégica de las Desigualdades en Salud Post 2010
Grupo de Equidad en Salud Global
Departamento de Epidemiología y Salud Pública, Escuela
Universitaria de Londres (UCL)

Ahmadreza Hosseinpoor
Técnico, Departamento de Estadísticas e Informática Sanitarias
Grupo de Investigación y Evidencia de la Información,
Organización Mundial de la Salud/ Ginebra

IV. Desigualdades en salud infantil

Luis Rajmil, (autor-coordinador) Médico especialista en
medicina preventiva, Máster en Salud Pública, Doctor en
Medicina
Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas
de Cataluña (AATRM), e Instituto Municipal de Investigación
Médica (IMIM-Hospital del Mar) Barcelona, España

Barbara Starfield, Médico, Doctor en Medicina,
Profesor Catedrático Distinguido de la Universidad
The Johns Hopkins University and Medical Institutions,
Baltimore, Maryland, EE. UU.

V. Condiciones laborales y desigualdades en Salud

Johannes Siegrist, Doctor,
Profesor Catedrático y Director del Departamento de
Sociología Médica
Universidad de Dusseldorf, Alemania

VI. Exclusión social y desigualdades estructurales en salud

Ana Rico (autor-coordinador), Investigadora en Salud Pública,
Escuela Nacional de Sanidad, Instituto Nacional de Salud
Carlos III, Madrid, España

Roumyana Petrova-Benedict
Organización Internacional para las Migraciones,
Departamento de Migración y Salud,
Oficinas de Bruselas y Ginebra

Anna Basten
Organización Internacional para las Migraciones,
Departamento de Migración y Salud,
Oficinas de Bruselas y Ginebra

Rosa Urbanos
Facultad de Económicas, Universidad Complutense de
Madrid, España

VII. Desigualdades en la salud global y determinantes sociales de la salud: oportunidades para contribuir a la monitorización y la acción

Theadora Swift Koller (autor-coordinador)
Técnico, Oficina Europea para la Inversión en la Salud y
el Desarrollo
Oficina Regional para Europa, Organización Mundial de
la Salud

Eugenio Villar, Médico, Máster en Ciencias (LSHTM) (autor-
coordinador)
Coordinador, Departamento de Ética, Equidad, Comercio
y Derechos Humanos
Grupo de Investigación y Evidencia de la Información,
Organización Mundial de la Salud

Pedro L. Alonso
Director y Profesor Catedrático de Salud Internacional
Centro de Investigación en Salud Internacional de
Barcelona (CRESIB)
Hospital Clínico-Universitario de Barcelona, España
y
Presidente, Consejo de Administración
Fundação Manhiça (Mozambique)

Magdalena Robert
Jefe de la Unidad de Políticas de Salud Global
Centro de Investigación en Salud Internacional de
Barcelona (CRESIB)
Hospital Clínico-Universitario de Barcelona, España

Kumanan Ilango Rasanathan
Técnico, Departamento de Ética, Equidad, Comercio y
Derechos Humanos
Organización Mundial de la Salud, Ginebra

DOCUMENTOS RECOMENDADOS COMO LECTURA DE APOYO

Cartwright S, Cooper CL (Eds.) (2009). *The Oxford Handbook of Organizational Well Being*. Oxford, Oxford University Press.

Council of the European Union (2010). Council conclusions on equity and health in all policies: Solidarity in health. Brussels, European Union (http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pres_sdata/en/lisa/114994.pdf, accessed 10 June 2010).

CSDH (2008). 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 (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/final-report/en/index.html, accessed 8 October 2009).

European Commission (2009). Communication from the commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on "Solidarity in health: Reducing health inequalities in the EU". Brussels, European Commission (COM(2009) 567 final; <http://tinyurl.com/y9c66r9>, accessed 29 January 2010).

European Commission (2010a). Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: The EU Role of Global Health [COM(2010)128 final]. Brussels, http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/COMM_PDF_COM_2010_0128_EN.PDF, accessed 13 May 2010.

European Commission (2010b). Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: "The social and economic integration of the Roma in Europe" (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0133:FIN:EN:PDF>, accessed 13 May 2010).

Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C (2007). Early Child Development: A Powerful Equalizer. Final report for the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health. Vancouver, University of British Columbia (http://www.earlylearning.ubc.ca/globalknowledgehub/documents/WHO_ECD_Final_Report.pdf, accessed 29 January 2010).

Mackenbach JP, Bakker MJ (2003). Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences. *The Lancet*, 362:1409–1414 (<http://www.belspo.be/platformisd/Library/Mackenbach%20Bakker.pdf>, accessed 29 January 2010).

Mackenbach JP (2006). Health Inequalities: Europe in Profile. An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU. London, Department of Health (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd06_en.pdf; accessed 29 January 2010).

Marmot MG, et al (2010). *Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review*. London, The Marmot Review (www.ucl.ac.uk/marmotreview, accessed 18 March 2010).

National Research Council and Institute of Medicine of the National Academies (2004). *Children's Health, the Nation's Wealth: Assessing and Improving Child Health*. Washington DC, The National Academies Press (http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10886&page=R1#, accessed 29 January 2010).

Schnall PL, Dobson, M, Roskam E (Eds.) (2009). *Unhealthy Work: Causes, Consequences and Cures*. Amityville, NY: Baywood Press.

Siegrist J, et al (2009). Employment arrangements, work conditions and health inequalities. Report on new evidence on health reduction. Strategic review of health inequalities post 2010. London. (http://www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview/consultation/Employment_arrangements__work_conditions_report, accessed on 01.02.2010).

Spanish Ministry of Health and Social Policy (2006). *Towards Equity in Health: Closing the gap in a generation in the Roma community*.

Ståhl T et al., eds (2006). *Health in All Policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health (<http://www.who.it/document/E89260.pdf>, accessed 29 January 2010).

Starfield B (2008). Social Gradients and Child Health. In: Heggenhougen K, Quah S, eds. *International Encyclopedia of Public Health*. San Diego CA, Academic Press, 2008(6):87–101 (<http://198.81.200.2/science/referenceworks/9780123739605?ob=RefWorkIndexURL&refWorkId=4631&idxType=SC&md5=4796351771d5656cb2d99386f82053cd>, accessed 29 January 2010).

Stiglitz J, Sen A, Fitoussi JP (2009). *Report by the Commission on Measurement of Economic Performance and Social Progress*. Paris, Commission on Measurement of Economic Performance and Social Progress (http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/documents/rapport_anglais.pdf, accessed 07 January 2010).

Whitehead M, Dahlgren G (2006). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: levelling up part I*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. (<http://www.euro.who.int/document/e89383.pdf>, accessed 29 January 2010).

Wilkinson R, Pickett K (2009). *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*. London, Allen Lane, Penguin Books Ltd.

World Health Assembly (2009). Resolution WHA62.14 on Reducing health inequalities through action on social determinants of health. Geneva, World Health Organization (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-en.pdf, accessed 9 November 2009).

Términos clave utilizados en el informe

Council of Europe (1993). *RECOMMENDATION 1201 (1993)[1] on an additional protocol on the rights of national minorities to the European Convention on Human Rights*. Parliamentary Assembly of the Council of Europe, Strasbourg 1993 (<http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta93/EREC1201.htm>, accessed 26 February 2010).

Council of Europe (2006). *Roma and Travellers Glossary*. Council of Europe, Strasbourg, 2006. (http://www.coe.int/t/dc/files/themes/roms/default_EN.asp, accessed 26 February 2010).

European Commission (2004). *Joint Report on Social Inclusion 2004*. Brussels. (http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/joint_reports_en.htm#2004, accessed 09 October 2009).

European Commission (2009). *Memo: Questions and Answers on Solidarity in health: Reducing health inequalities in the EU*. Brussels. (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com_2009_qa_en.pdf, accessed 28 January 2010).

Gail MH, Benichou J (2000). *Encyclopedia of epidemiologic methods*. Wiley. West Sussex, UK.

IOM (2004). *Glossary on migration*. International Migration Law, International Organization for Migration, Geneva. (http://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/published_docs/serial_publications/Glossary_eng.pdf, accessed 26 February 2010).

Luthar SS, Cicchetti D (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12, 857-885.

Luthar SS, Cicchetti D, Becker B (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.

Marmot M (2004). *The status syndrome: how social standing affects our health and longevity*. London, Bloomsbury Publishing Plc. (<http://www.amazon.co.uk/Status-Syndrome-Standing-Affects-Longevity/dp/0805073701>, accessed 29 January 2010).

Porta M (2008). *A Dictionary of Epidemiology*. Oxford University Press. New York, USA.

SEKN (2008). *Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health from the Social Exclusion Knowledge Network: Understanding and tackling social exclusion*. (http://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/final_reports/sekn_final%20report_042008.pdf, accessed 26 January 2010).

Whitehead M, Dahlgren G (2006). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: levelling up part I*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. (<http://www.euro.who.int/document/e89383.pdf>, accessed 29 January 2010).

WHO (2009a). [web site] *Health systems topics – Equity*. Geneva. (<http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en>, accessed 29 January 2010).

WHO (2009b). [web site] *Glossary: Health equity*. Geneva. (<http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=Equity>, accessed 29 January 2010).

WHO (2009c). [Web site] *Social determinants of health*. Geneva. (http://www.who.int/social_determinants/en/, accessed 29 January 2010).

WHO Regional Office for Europe (2008). *The Tallinn Charter: health systems for health and wealth*, Copenhagen. (<http://www.euro.who.int/document/E91438.pdf>, accessed 13 January 2010).

II - Antecedentes: Incluir los determinantes sociales y la equidad en salud en la Agenda de la UE

Alam A, et al (2005). *Growth, poverty and inequality: Eastern Europe and the Former Soviet Union*. The World Bank. Washington, DC. (<http://siteresources.worldbank.org/INTECA/Resources/complete-eca-poverty.pdf>, accessed 13 January 2010).

Alexandre Fernandes A, Pereira Miguel J (2008). *Health and migration in the EU. Better health for all in an inclusive society*. Lisbon, National Institute of Health, Ministry of Health. (<http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/HealthMigrationEU.pdf>, accessed 8 March 2010).

- Byrne D (2004). *Enabling Good Health for all, A reflection process for a new EU Health Strategy*. Brussels, European Communities (http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/pub_good_health_en.pdf, accessed 4 February 2010).
- Commission of the European Communities (2007). White Paper. *Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013*. Brussels, Commission of the European Communities. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf, accessed 17 March 2010).
- Commission of the European Communities (2009a). Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. *Solidarity in Health: Reducing Health Inequalities in the EU*. Brussels, Commission of the European Communities (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_en.pdf, accessed 17 March 2010).
- Commission of the European Communities (2009b). Commission Staff Working Document. *Impact Assessment*. Brussels, Commission of the European Communities (http://www.ipex.eu/ipex/cms/home/Documents/doc_SEC20091396FIN, accessed 17 March 2010).
- Council of the European Union (2006a). *Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems*. OJ 2006/C 146/01. Brussels (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:EN:PDF>, accessed 4 February 2010).
- Council of The European Union (2006b). *Review of the EU Sustainable Development Strategy – Renewed Strategy*. 10117/06. Brussels, Council of the European Union (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/06/st10/st10117.en06.pdf>, accessed 4 February 2010).
- Council of the European Union (2008). *Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2008*. Brussels.
- Council of the European Union (2009). *Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2009*. Brussels, Council of the European Union (7503/09; <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=757&langId=en>, accessed 17 March 2010).
- CSDH (2008). *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 (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html, accessed 8 October 2009).
- DETERMINE: An EU Consortium for Action on the Socio-economic Determinants of Health [web page] (2009). Cologne, Federal Centre for Health Education (BZgA) (<http://www.health-inequalities.eu/>, accessed 4 February 2010).
- DG Health and Consumer Protection (2006). *Health in Europe: A strategic approach, Discussion Document for a Health Strategy*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_discussion_en.pdf, accessed 4 February 2010).
- European Commission. The Public Health Portal of the European Union [web site]. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/health-eu/index_en.htm, accessed 17 March 2010).
- European Commission (2010). Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: Proposal for the Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2010. Brussels, European Commission (<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=757&langId=en>, accessed 17 March 2010).
- European Council (2002). Presidency conclusions, Barcelona, 15-16 March, 2002. SN 100/1/02 REV 1. (http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/en/ec/71025.pdf, accessed 15.11.2009).
- European Parliament (1996). *Decision No 645/96/EC of the European Parliament and of the Council of 29 March 1996 adopting a programme of Community action on health promotion, information, education and training within the framework for action in the field of public health (1996 to 2000)*. Brussels, European Parliament (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31996D0645:EN:HTML>, accessed 4 February 2010).
- European Parliament, Council of the European Union (2002). Decision No 1786/2002/EC of the European Parliament and of the Council of 23 September 2002 adopting a programme of Community action in the field of public health (2003-2008). *Official Journal of the European Union*, L271:1–11 (https://portal.health.fgov.be/pls/portal/docs/PAGE/NEHAP1_PG/HOMEPAGE_MENU/PROJECTSANDACTION1_MENU/DETERMININGFACTORSFORHEALTH1_MENU/HEALTH_PROGRAMME_EN.PDF, accessed 4 February 2010).
- European Parliament, Council of the European Union (2006). Decision No 1672/2006/EC of the European Parliament and of the Council of 24 October 2006 establishing a Community Programme for Employment and Social Solidarity — Progress. *Official Journal of the European Union*, L315:1–8 (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2006:315:0001:0008:en:PDF>, accessed 4 February 2010).

- European Parliament, Council of the European Union (2007). Decision No 1350/2007/EC of the European Parliament and of the Council of 23 October 2007 establishing a second programme of Community action in the field of health (2008-13). *Official Journal of the European Union*, L301:3–13 (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:0003:0013:EN:PDF>, accessed 4 February 2010).
- European Parliament, Council of the European Union (2008). Regulation (EC) no 1338/2008 of the European Parliament and of the Council of 16 December 2008 on Community statistics on public health and health and safety at work. *Official Journal of the European Union*, L354:70–81 (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2008:354:0070:0081:EN:PDF>, accessed 4 February 2010).
- Judge K et al (2006). *Health Inequalities: a Challenge for Europe., An independent expert report commissioned by the UK Presidency of the EU* (February 2006). London, COI (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd05_en.pdf, accessed 4 February 2010).
- Koivusalo M. (2006) Moving health higher up the European Agenda. In Ståhl, T, Wismar M, Ollila E et al. (eds.): *Health in All Policies: prospects and potentials*. Ministry of Social Affairs and Health, and the European Observatory on Health Systems and Policies. Helsinki, Finland.
- Leon D et al (1997). Huge variations in Russian mortality rates 1984-1994: artefact, alcohol or what? *The Lancet*, 350 (9075):383–388.
- Mackenbach JP (2006). *Health Inequalities: Europe in Profile. An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU*. London, Department of Health (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd06_en.pdf; accessed 29 January 2010).
- McQueen DV, et al (2007). *Health & Modernity. The Role of Theory in Health Promotion*. New York. Springer Science + Business Media.
- Ollila E, et al (2006). Towards a healthier future. In Ståhl, T et al. (eds.): *Health in All Policies: prospects and potentials*. Ministry of Social Affairs and Health, and the European Observatory on Health Systems and Policies. Helsinki, Finland.
- Organizing committee (2000). Health Determinants in the EU: A public health approach. In *Health determinants in the European Union*. Évora Conference Proceedings, Lisboa. Ministério da Saúde, Regional Committee (2002). Resolution EUR/RC52/R7 on Poverty and health – Evidence and action in WHO's European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2002/20021231_6, accessed 17 March 2010).
- Ståhl T P (2009). Is health recognized in the EU's policy process? An analysis of the European Commission's impact assessments. *Europ J of Public Health*, June 23, 2009. <http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/ckp082>, accessed 2 January 2009.
- Vågerö D (2000). Alcohol Policies and Alcohol Issues will become more important as the EU opens up to countries in Central and Eastern Europe. In *Health determinants in the European Union*. Évora Conference Proceedings, Lisboa. Ministério da Saúde.
- Wilensky HL, et al (1987). G.M. Comparative social policy: theories, methods, findings. IN Dierkes, M., Weiler, H. and Antal, A.(eds): *Comparative Policy Research. Learning from from Experience*. Gower: WZB.
- World Health Assembly (1977). Resolution WHA30.43 decided that the main social target of governments and WHO in the coming decades should be the attainment by all the citizens of the world by the year 2000 of a level of health that will permit them to lead a socially and economically productive life. Geneva, World Health Organization.
- World Health Assembly (1979). Resolution WHA32.30 decided that the development of the Organization's programmes and the allocation of its resources at global, regional and country levels should reflect the commitment of WHO to the overriding priority of the achievement of health for all by the year 2000. Geneva, World Health Organization.
- World Health Assembly (2009). Resolution WHA62.14 on Reducing health inequities through action on the social determinants of health. Geneva, World Health Organization (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-en-P2.pdf, accessed 17 March 2010).
- WHO (1981). *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2008a). *Medium-term strategic plan 2008-2013*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/gb/e/e_amtsp.html, accessed 5 March 2009).
- WHO (2009). *Basic Documents. Forty-seventh Edition*,. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2009). *Milestones in Health Promotion. Statements from Global Conferences*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/healthpromotion/milestones/en/>, accessed 17 March 2010).
- WHO Regional Office for Europe (1982). *Regional Strategy for Attaining Health for All by the Year 2000 (EUR/RC30/8)*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- WHO Regional Office for Europe (1985). *Targets for Health for All. Targets in support of the European regional strategy for Health for All*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

- WHO Regional Office for Europe (1999). HEALTH21: the health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series, No.6. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_38, accessed 17 March 2010).
- WHO Regional Office for Europe (2005). The Health for All Policy Framework for the WHO European Region. 2005 update. European Health for All Series, No.7. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/document/e87861.pdf>, accessed 17 March 2010).
- WHO Regional Office for Europe (2008). The Tallinn Charter: health systems for health and wealth. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/document/E91438.pdf>, accessed 29 January 2010).
- III – Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud en la UE: Aspectos generales**
- Abouzahr C, Boerma T (2005). Health information systems: the foundations of public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(8): 578–583 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/83/8/578.pdf>, accessed 17 March 2010).
- Aromaa A et al (2003). Evaluation of Health Interview Surveys and Health Examination Surveys in the European Union. *European Journal of Public Health*, 13(3 Supplement):67–72.
- Artazcoz L et al (2005). Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(9):761–767.
- Bambas L (2005). Integrating equity into health information systems: A human rights approach to health and information. *PLoS Medicine*, 2(4): e102.
- Blouin C, Chopra M, van der Hoeven R (2009). Trade and social determinants of health. *The Lancet*, 373: 502–7.
- Bobak M (2009). *Analysis of social determinants of health and health inequities – a multi country event on approaches and policy. 12–17 October 2009, Kosice, Slovakia.*
- Bonnefoy J et al (2007). *Constructing the evidence base on the social determinants of health: A guide.* Geneva, WHO Measurement and Evaluation Knowledge Network (http://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/add_documents/mekn_final_guide_112007.pdf, accessed 17 March 2010).
- Commission of the European Communities (2009). Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Solidarity in Health: Reducing Health Inequalities in the EU. Brussels, Commission of the European Communities (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_en.pdf, accessed 17 March 2010).
- CSDH (2008). *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 (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html, accessed 8 October 2009).
- Davenport C, Mathers J, Parry J (2006). Use of health impact assessment in incorporating health considerations in decision making. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(3):196–201.
- Deaton A (2002). Policy Implications of the Gradient of Health and Wealth. *Health Affairs*, 21(2):13–30.
- De Looper M, Lafortune G (2009). Measuring disparities in health status and in access and use of health care in OECD countries. OECD Health Working Papers No. 43. Organisation for Economic Co-operation and Development ([http://www.oalis.oecd.org/oalis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00000DE2/\\$FILE/JT03260782.PDF](http://www.oalis.oecd.org/oalis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00000DE2/$FILE/JT03260782.PDF), accessed 17 March 2010).
- Den Broeder L, Penris M, Put GV (2003). Soft data, hard effects. Strategies for effective policy on health impact assessment – an example from the Netherlands. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(6):404–407.
- DETERMINE: An EU Consortium for Action on the Socio-economic Determinants of Health (2007-2010). EuroHealthNet and the Czech National Institute of Public Health [web page] (<http://www.health-inequalities.eu/>, accessed 4 February 2010).
- DG Health and Consumer Protection [website]. European Core Health Interview Survey (http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/reporting/ehss_01_en.htm, accessed 2 December 2009).
- Department of Public Health (2007). Tackling Health Inequalities in Europe: An Integrated Approach. Eurothine Final Report. Rotterdam, University Medical Center Rotterdam. http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_16_frep_en.pdf, accessed 17 March 2010).

- Diderichsen & Hallqvist (1998). Social inequalities in health: some methodological considerations for the study of social position and social context. In: Arve-Parès B. (ed). *Inequality in Health – A Swedish Perspective*. Stockholm, Swedish Council for Social Research, 25–39.
- Diderichsen F, Evans T, Whitehead W (2001). The social basis of disparities in health. In: Evans T et al (eds). *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York, Oxford University Press.
- Donkin A, Goldblatt P, Lynch K (2002). Inequalities in life expectancy by social class 1972–1999. *Health Statistics Quarterly*, 15:5–15.
- EC (2009-2011) 7th Framework Programme for Research and Technological Development, EU Gradient Project (www.health-gradient.eu accessed 12th May 2010)
- Elliott E, Francis S (2005). Making effective links to decision-making: key challenges for health impact assessment. *Environmental Impact Assessment review*, 25:747–757.
- Epstein D et al (2009). Social determinants of health: an economic perspective. *Health Economics*, 18:495–502.
- European Community Health Indicators monitoring [website] (2006). Helsinki, Finnish National Public Health Institute (<http://www.echim.org>, accessed 2 December 2009).
- Finnish National Public Health Institute (2002). *Report from a Workshop – Health Surveys in Europe: the Role of Surveys in Monitoring. Luxembourg, 13–14 May 2002*. Helsinki, National Public Health Institute (<http://www.ktl.fi/publications/ehrm/product4/report.htm>, accessed 17 March 2010).
- Geyer S et al (2006). Education, income, and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against a common practice. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 60:804–810.
- Harper S, Lynch J (2006). Measuring health inequalities. In Oakes JM, Kaufman JS (eds). *Methods in social epidemiology*. San Francisco, John Wiley & sons.
- Health Metrics Network (2008). *Framework and Standards for Country Health Information Systems. Second Edition*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/healthmetrics/tools/framework/en/>, accessed 17 March 2010).
- Iyer A, Sen G, Östlin P (2008). The intersections of gender and class in health status and health care. *Global Public Health*, 3:1(supp 1):13–24.
- Karl-Trummer U, Van den Broucke K (2009). *Health Inequalities within the Landscape of EC Funded Public Health Projects. 12th European Health Forum Gastein, Austria, 1 October 2009*.
- Kelly PM et al (2007). *The social determinants of health: developing an evidence base for political action—final report of the measurement and evidence knowledge network of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/social_determinants/resources/mekn_final_report_102007.pdf, accessed 17 March 2010).
- Keppel K et al (2005). Methodological issues in measuring health disparities. *Vital Health Statistics*, 2(141).
- Kunst A (2008). Development of health inequalities indicators for the Eurothine project (http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_16_rep3_en.pdf, accessed 17 March 2010).
- Lavin T, Metcalfe O (2008). Policies and actions addressing the socioeconomic determinants of health inequalities: Examples of Activity in Europe. DETERMINE Working Document #1. Dublin, The Institute of Public Health in Ireland (<http://www.publichealth.ie/files/file/DETERMINE/Working%20document%201%20%5BExamples%20of%20activity%20in%20Europe%5D.pdf>).
- Leinsalu M, Vagerö D, Kunst AE (2003). Estonia 1989–2000: enormous increase in mortality differences by education. *International Journal of Epidemiology*; 32:1081–1087.
- LSE, EC (2009). *Summary Report on the Seminar on Health Inequalities. London School of Economics and European Commission DG Employment and Social Affairs, London, May 7 2009*. London, The London School of Economics and Political Science, European Commission (http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/LSEHealth/eventsAndSeminars/health_inequalities/Seminar_summary_report.doc, accessed 17 December 2009).
- Mackenbach JP, et al (2008). Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *The New England Journal of Medicine*, 358:2468–2481 (<http://content.nejm.org/cgi/content/short/358/23/2468>, accessed 29 January 2010).

- Mackenbach JP, Kunst AE (1997). Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: An overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Social Science and Medicine*; 44(6):757–771.
- Marmot MG (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464):1099–1104.
- Marmot MG et al (1997). Contribution of job control to social gradient in coronary heart disease incidence. *Lancet*, 350:235–240.
- Marmot M, Friel S (2008). Global health equity: evidence for action on the social determinants of health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62:1095–7.
- Marmot MG et al (1991). Health inequalities among British civil servants. The Whitehall II study. *The Lancet*, 337:1387–93.
- Marmot MG et al (2010). *Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review*. London, The Marmot Review (www.ucl.ac.uk/marmotreview, accessed 18 March 2010).
- Masseria C (2009). Health inequality: Why is it important and can we actually measure it? *Eurohealth*, 15(3) (http://www.euro.who.int/Document/Obs/Eurohealth15_3.pdf, accessed 18 March 2010).
- Masseria C et al (2007). *What are the methodological issues related to measuring health and drawing comparisons across countries? Research Note for the European Commission Directorate-General "Employment, Social Affairs and Equal Opportunities"*. London, The London School of Economics and Political Science (http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_situation/rn_measuring_health.pdf, accessed 16 December 2009).
- Metcalf O, Higgins C (2009a). Health Impact Assessment contributing to Healthy Public Policy. *Public Health*; 123(4): 295.
- Metcalf O, Higgins C (2009b). Healthy public policy - is health impact assessment the cornerstone? *Public Health*, 123(4):296–301.
- Murray CJL, Lopez AD, Wibulpolprasert S (2004). Monitoring global health: time for new solutions. *British Medical Journal*, 329:1096–100.
- Nolen LB et al (2005). Strengthening health information systems to address health equity challenges. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(8):597–603.
- O'Donnell O et al (2008). *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data*. Washington, DC, World Bank.
- OECD (2001). *Glossary of Key Terms in Evaluation and Results-Based Management*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Östlin P et al (2009). *Priorities for research on equity and health: Implications for global and national priority setting and the role of WHO to take the health equity research agenda forward*. Geneva, World Health Organization (<http://www.globalhealthequity.ca/electronic%20library/Priorities%20for%20research%20on%20equity%20and%20health.pdf>, accessed 18 March 2010).
- Östlin P, Sen G, George A (2004). Paying attention to gender and poverty in health research: content and process issues". *Bulletin of the World Health Organization*, 82 (10):740–745.
- Rohlfs I et al (2007). The incorporation of gender perspective into Spanish health surveys. *The Journal of Epidemiology and Community Health*, 61 (Suppl 2): ii20–ii25.
- Sadana R et al (2007a). Briefing note: proposed operational approach and indicators to measure social determinants of health equity. In: *Seventh Meeting of the Commission on Social Determinants of Health, 17–19 January 2007, Geneva*. Geneva, World Health Organization, pp.1–24.
- Sadana R et al (2007b). Briefing Note: Monitoring global health inequities. In: *Ninth Meeting of the Commission on Social Determinants of Health, 24-26 October 2007, Beijing, China*. Geneva, World Health Organization, 1–33.
- Schrecker T (2008). Denaturalizing scarcity: a strategy of inquiry for public health ethics. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(8):600–5.
- Schrijvers CTM et al (1999). Explaining educational differences in mortality: the role of behavioral and material factors. *American Journal of Public Health*, 89(4):535–540.
- Shkolnikov VM et al (2007). Linked versus unlinked estimates of mortality and length of life by education and marital status: evidence from the first record linkage study in Lithuania. *Social Science & Medicine*, 64(7): 1392–406.
- Solar O, Irwin A (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization.

Stiglitz JE, Sen A, Fitoussi JP (2008). *Issues Paper of the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress*. Paris (http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/documents/Issues_paper.pdf, accessed 17 December 2009).

Tugwell P et al (2006). Applying clinical epidemiological methods to health equity: the equity effectiveness loop. *British Medical Journal*, 332(7537):358–61

Wagstaff A, Paci P, van Doorslaer E (1991). On the measurement of inequalities in health. *Social Science and Medicine*, 33:545–557.

Wagstaff A (2000). Socioeconomic inequalities in child mortality: comparisons across nine developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*; 78:19–29.

Whitehead MM (2009). *Levelling Up: monitoring and tackling the social determinants of inequalities in health. Presentation at National Meeting, Zaragoza, Spain, October 2009*. Liverpool, WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health, University of Liverpool.

Wilkinson RG (1997). Socioeconomic determinants of health. Health inequalities: relative or absolute material standards? *British Medical Journal*, 314:591–5.

Wirth M et al (2006). *Monitoring health equity in the MDGs: a practical guide*. New York, CIESIN (Columbia University) and UNICEF.

World Health Organization Regional Office for Europe (2008). Technical Briefing paper on 'Stewardship/ Governance of Health Systems in the WHO European Region. Tbilisi, Georgia, 15-18 September 2008. http://www.euro.who.int/Document/RC58/RC58_edoc09.pdf. Accessed 17 December 2009.

World Health Organization (2009). *Women and Health Report: Today's Evidence Tomorrow's Agenda*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/gender/women_health_report/en/index.html, accessed 18 March 2010).

Xavier A, Price C, von Nordheim F (2009). Solidarity in health. The European Commission sets out new actions on health inequalities. *Eurohealth*:15(3) (http://www.euro.who.int/Document/Obs/Eurohealth15_3.pdf, accessed 18 March 2010).

Yukiko A (2005). A Framework for Measuring Health Inequity. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(8): 700–705.

IV – Desigualdades en salud infantil

Bolte G, et al (2005). Socioeconomic factors in EU-funded studies of children's environmental health. *Eur J Epidemiol* 2005;20:289-291.

Commission on Social Determinants of Health (2008) *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Geneva; World Health Organization (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html, accessed 9 November 2009).

Early Child Development Knowledge Network (ECDKN)(2007). *Early child development: a powerful equalizer. Final report of the Early Child Development Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.

European Commission (2008). *Child Poverty and Well-Being in the EU –Current status and way forward*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. DOI 10.2767/59617.

European Commission (2009). *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: "Solidarity in health: Reducing health inequalities in the EU"*. Brussels; EC. (<http://tinyurl.com/y9c66r9>).

Galobardes B, Lynch JW, Davey Smith G (2008). Is the association between childhood socioeconomic circumstances and cause-specific mortality established? Update of a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 2008;62:387-90.

Health Inequalities Unit (2008). *Tackling Health Inequalities: 2007 Status Report on the Programme for Action*. London, Department of Health (http://www.dh.gov.uk/dr_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_083472.pdf, accessed 5 February 2010).

Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C (2007). *Early Child Development: A Powerful Equalizer. Final report for the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health*. Vancouver, University of British Columbia (http://www.earlylearning.ubc.ca/globalknowledgehub/documents/WHO_ECD_Final_Report.pdf, accessed 29 January 2010).

Kuh D, Ben-Shlomo Y (1997). *A life-course approach to chronic disease*. Oxford: Oxford University Press; 1997.

- Lundberg O, et al (2008). The Nordic Experience: Welfare States and Public Health (NEWS). *Health Equity Studies* No 12. Stockholm: Centre for Health Equity Studies. (http://www.chess.su.se/content/1/c6/04/65/23/NEWS_Rapport_080819.pdf, accessed 5 February 2010).
- Marmot MG et al (2010). *Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review*. London, The Marmot Review (www.ucl.ac.uk/marmotreview, accessed 18 March 2010).
- National Research Council and Institute of Medicine of the National Academies (2004). *Children's Health, the Nation's Wealth: Assessing and Improving Child Health*. Washington DC, The National Academies Press (http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10886&page=R1#, accessed 29 January 2010).
- Poulton R, et al (2002). Association between children's experience of socioeconomic disadvantage and adult health: a life-course study. *Lancet* 360(9346):1640-5. ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)11602-3/fulltext#article_upsell](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)11602-3/fulltext#article_upsell), accessed 5 February 2010).
- Social Protection Committee (2008). *Child Poverty and Well-Being in the EU: Current status and way forward*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2008 (http://www.libertysecurity.org/IMG/pdf_ke3008251_en.pdf, accessed 5 February 2010).
- Starfield B (2008). Social gradients and child health. In Heggenhuogen HK, Quah SR (eds.). *International Encyclopedia of Public Health*, Vol 6, pp. 87-101. San Diego, CA: Academic Press.
- Starfield B (2007). Pathways of influence on equity in health. *Soc Sci Med* 64:1335-62.
- Starfield B, Shi L, Macinko J(2005). *Contribution of primary care to health system and health*. *Milbank Quarterly* 84(3):457-502. (<http://www3.interscience.wiley.com/journal/118657287/abstract>, accessed 5 February 2010).
- UNICEF Innocenti Research Centre (2007). *On overview of child well-being in rich countries: a comprehensive assessment of the lives and well-being of children and adolescents in the economically advanced nations. Report card 7*. Florence: UNICEF. (http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc7_eng.pdf, accessed 5 February 2010).
- Valent F, et al (2004). Burden of disease attributable to selected environmental factors and injury among children and adolescents in Europe. *Lancet* 363(9426):2032-9. ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(04\)16452-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(04)16452-0/fulltext), accessed 5 February 2010).
- Victora CG, et al(2000). Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. *Lancet* 356(9235):1093-8. ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(00\)02741-0/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(00)02741-0/abstract), accessed 5 February 2010).
- Wilkinson R, Pickett K (2009). *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*. London, Allen Lane, Penguin Books Ltd.

V - Condiciones laborales y desigualdades en salud

- Börsch-Supan A, et al (2008). *Health, ageing and retirement in Europe (2004-2007). Starting the longitudinal dimension*. Mannheim research institute for the economics of ageing.
- Cartwright S, Cooper CL (Eds.) (2009). *The Oxford Handbook of Organizational Well Being*. Oxford: Oxford University Press. (http://www.oxfordhandbooks.com/oso/public/content/oho_business/9780199211913/toc.html, accessed 29 January 2010).
- Ferrie JE, et al (2008). Flexible labour markets and employee health. *Scand J Work Env Health Suppl*. 6: 98-110.
- Kasl SV, Jones BA (2000). The impact of job loss and retirement on health. In: Berkman LF, Kawachi I (eds) *Social epidemiology*. Oxford University Press, Oxford, pp 118-36.
- Kivimäki M, et al (2006). Work stress in the etiology of coronary heart disease – a meta-analysis. *Scand J Work Env Health* 32, 431-442.
- Marmot M, Siegrist J, Theorell T (2006). Health and the psychosocial environment at work. In Marmot M, Wilkinson RG (eds.) *Social determinants of health*, pp. 97-130. Oxford University Press, Oxford.
- Parent-Thirion A, et al (2007). *Fourth European working conditions survey*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
- Rose D, Pevalin DJ (2003). *A researcher's guide to the National Statistics Socio-economic Classification*. London: SAGE publications.
- Schnall PL, Dobson M, Rosskam E, eds. (2009). *Unhealthy Work: Causes, Consequences and Cures*. Amityville NY, Baywood Publishing Company Inc. (<http://www.baywood.com/books/previewbook.asp?id=978-0-89503-335-2>, accessed 29 January 2010).
- Siegrist J, et al (2009). Employment arrangements, work conditions and health inequalities. Report on new evidence on health reduction. *Strategic review of health inequalities post 2010*. London, 2009. (http://www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview/consultation/Employment_arrangements_work_conditions_report, accessed on 01 February 2010).

VI – Exclusión social y desigualdades estructurales en salud

- AGE (2008). *Improving the situation of older migrants in the European Union*: http://www.age-platform.org/EN/IMG/pdf_AGE_policy_paper_on_older_migrants_final_EN.pdf
- Alesina A, Glaeser E (2004). *Fighting poverty in the US and Europe: A world of difference*, Oxford University Press.
- Babones S (2009). *Social inequality and public health*, London: Policy Press.
- Barceló MA, Sáez M, Cano-Serral G, et al (2008). Métodos para la suavización de indicadores de mortalidad: aplicación al análisis de desigualdades en mortalidad en ciudades del Estado Español (Proyecto MEDEA). *Gac Sanit.*;22:596–608.
- Barnett T, et al (2009). Background note to the ECDC report on migration and infectious diseases in the European Union. Migrant health, U, Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control. Available at: http://www.ecdc.europa.eu/en/files/pdf/Health_topics/0907_TER_Migrant_health_Background_note.pdf. [Accessed August 14, 2009].
- Beecham J, Johnson S and the EPCAT Group (2000). The European Socio-Demographic Schedule (ESDS): rationale, principles and development, *Acta Psychiatrica Scandinava*, 1002 (Supl.404), 33-46.
- Borrell C, Muntaner C, Benach J, et al (2004). Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards and household labour?. *Soc Sci Med*. 2004; 58: 1869–87.
- Borrell C, Artazcoz L (2008). Políticas para reducir las desigualdades en salud, [Policies to reduce health inequalities], *Gaceta sanitaria*;22(5):465-73.
- Bourdieu P (1990). *Sociología y Cultura*, Mexico DF: Edhasa.
- Bordieu P (1977).
- Brook K (2009). UK Office for National Statistics Poverty and Social Exclusion in the European Union. Survey of Income and Living Conditions - EU SILC. www.ccsr.ac.uk/methods/archive/LMSUG/brook.pdf
- Cangiano A, et al (2009). *"Migrant Care Workers in Ageing Societies: Research Findings in the United Kingdom"*. Oxford: COMPAS (ESRC Centre on Migration, Policy and Society), Oxford University, http://www.compas.ox.ac.uk/fileadmin/files/pdfs/Migrant_Care_Workers/MCW%20report%20-%20final%20-%20website%20version.pdf
- Committee of Experts on Health Services in a Multicultural Society, Council of Europe (2006). Explanatory Memorandum: Adapting health services to cultural diversity in multicultural Europe. <https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=504514&SecMode=1&DocId=1037724&Usage=2>
- Committee of Experts on mobility, migration and access to health care. Council of Europe (2009). Update on progress. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_090629_co01_en.pdf
- Cooper H (2002). Investigating socio-economic explanations for gender and ethnic inequalities in health. *Soc Sci Med* 54:693–706.
- Council of Europe (2008). *Recommendation CM/Rec(2008)1 of the Committee of Ministers to member states on the inclusion of gender differences in health policy*, 30 January.
- Council of Europe (2007). *Bratislava Declaration on health, human rights and migration* http://ec.europa.eu/phea/documents/technical_meetings/People_on_the_Move.pdf
- Council of Europe (2006). *Recommendation Rec18 of the Committee of Ministers to member states on health services in a multicultural society* <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1062769&BackC>.
- Council of Europe (2001). *Recommendation 1503 on health conditions of migrants and refugees in Europe*. <http://assembly.coe.int/main.asp?Link=/documents/adoptedtext/ta01/erec1503.htm>
- CSDH, WHO (2008). *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 (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html, accessed 8 October 2009).
- Davey-Smith G (2000). Learning to live with complexity: ethnicity, socioeconomic position, and health in Britain and the United States. *Am J Public Health*;90:1694–8.

Dennis I, Guio AC (2005). *Poverty and social exclusion in the EU after Laeken*. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-NK-03-008/EN/KS-NK-03-008-EN.PDF

Department of Health of the UK Government (2008). *Health Inequalities: Progress and Next Steps*. London, Crown (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_085307, accessed 29 January 2010).

Domínguez J, Núñez J, Rivera L (2004). *Recent Evolution of Poverty in the European Countries, 44th Th European Congress of the European Regional Science Association* <http://www.sre.wu-wien.ac.at/ersa/ersaconfs/ersa04/PDF/582.pdf>

Elkes O (2008). *Social inclusion of migrants and their 2nd generation descendants Research Note 4: European Centre for Social Welfare Policy and Research* <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=3989&langId=en>

European Commission (2007a). *Executive Summary of the Monitoring Report prepared by the European Observatory on the Social Situation - Social Capital Network* http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_situation/2007_mon_rep_soc_cap.pdf

European Commission. Directorate General for Health and Consumer Affairs (2007b). *Report on the meeting of the Expert Group on Social Determinants and Health Inequalities*.

European Commission (2007c). *Social Inclusion and Income Distribution in the European Union. Monitoring Report prepared by the European Observatory on the Social Situation - Social Inclusion and Income Distribution Network* http://www.euro.centre.org/data/1234517102_78104.pdf

European Commission (2007d). *Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013*.

European Commission Communication, COM (2007a) 62, on "Improving quality and productivity at work: Community strategy 2007-2012 on health and safety at work", (21/2/2007). http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2007/com2007_0062en01.pdf

European Commission Communication, COM (2007b) 498, on "Promoting young people's full participation in education, employment and society", (4/9/2007). http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2007/com2007_0498en01.pdf

European Commission. Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities (2008a). *EUROPA - Employment and Social Affairs - Social Protection - Inclusion of Vulnerable Groups*. http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/vulnerable_groups_en.htm

European Commission. Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities (2008b). *Quality in and Equality of Access to Healthcare Services. Executive Summary*. http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/summary_healthquest_en.pdf

European Commission (2008c). *Report on the Consultation for the Commission Communication on Health Inequalities* http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/cons_inequalities_en.htm

European Commission (2009a). *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: "Solidarity in health: Reducing health inequalities in the EU"*. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_en.pdf

European Commission (2009b). *Consultation paper: EU action to reduce health inequalities* http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/cons_paper_en_pdf

European Commission (2009c). *The Social Situation in the European Union 2008. New Insights into Social Inclusion*. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=501&langId=en>

European Commission (2010a). *Combating poverty and social exclusion. A statistical portrait of the European Union 2010*. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EP-09-001/EN/KS-EP-09-001-EN.PDF Sampson RJ.

European Commission (2010b). *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: "The social and economic integration of the Roma in Europe"* (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0133:FIN:EN:PDF>, accessed 13 May 2010)

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2010). *Living conditions, social exclusion and mental well-being* www.eurofound.europa.pubdocs/2009/88/en/2/EF0988EN.pdf

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2007). *Housing and integration of migrants in Europe*, Strasbourg: Council of Europe. Available at: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2007/94/en/1/ef0794en.pdf>

- Fitzpatrick J, Jacobson B (2003). *Local basket of inequalities indicators*. Londres: Association of Public Health Observatories and Health Development Agency.
- Fundación Secretariado Gitano (2009). *Health and the Roma Community, analysis of the situation in Europe*. Bulgaria, Czech Republic, Greece, Portugal, Romania, Slovakia, Spain. Madrid: Fundación Secretariado Gitano y Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Fung CH, Lim YW, Mattke S, et al (2008). Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Ann Intern Med*. 148:111–23.
- García S, Gil ML, Wei L, et al (2007). *Health care quality indicators project 2006 data collection update report*. OECD Health Working Papers no. 29. Paris: OECD.
- García-Altés A, Zonco L, Borrell C, et al (2006). Measuring the performance of health care services: a review of international experiences and their application to urban contexts. *Gac Sanit*. 20:316–24.
- Gushulak B, Pace P, Weekers J (in press). *Migration and health of migrants*. In: *Poverty and social exclusion in the European Region: Health systems respond*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Ingleby D (2009). European research on Migration and Health. In Lisbon: *International Organization for Migration*. Available at: <http://www.migrant-health-europe.org/background-papers/research-on-migration-health.html> [Accessed November 10, 2009].
- International Center for Migration Policy Development (2003). *Exclusion, Discrimination and Anti-Discrimination in 15 Member States of the European Union*. Available at: <http://fra.europa.eu/fraWebsite/attachments/CS-Employment-en.pdf>.
- IOM (2009a). “Foreign born children in Europe: an overview from the Health Behavior in School-aged Children (HBSC) Study”, developed by M. Molcho at al. within the framework of the IOM project “Assisting Migrants and Communities (AMAC)”, with the support of the European Commission and the Office of the Portuguese High Commissioner for Health, <http://www.migrant-health-europe.org/background-papers.html>
- IOM (2009b). “Maternal and Child Healthcare for Immigrant Populations”, developed by Machado M.C. at al. within the framework of the IOM project “Assisting Migrants and Communities (AMAC)”, with the support of the European Commission and the Office of the Portuguese High Commissioner for Health, <http://www.migrant-health-europe.org/background-papers.html>
- IOM (2009c). “Migration Health: Better Health for All in Europe”, final report of the IOM project “Assisting Migrants and Communities (AMAC)” including conclusions and recommendations from the EU Level Consultation on Migration Health – “Better Health for All” (Lisbon, 24-25 September 2009), organized by IOM with the support of the European Commission and the Office of the Portuguese High Commissioner for Health, <http://www.migrant-health-europe.org>
- Jarauta MJ, Goya Arive MA, Merino Merino B (2010). Spain: Health Promotion among Navarre Ethnic Minorities programme. In *Poverty and social exclusion the European Region: Health systems respond*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, in press.
- Judge K, Platt S, Costongs C and Jurczak K for the British EU Presidency (2006). *Health Inequalities: a Challenge for Europe*.
- Kamanou G (2007). *Challenges of poverty statistics in the UN Statistical Commission framework and in the present context of follow up of the UN Millennium Development Goals*. <http://209.85.229.132/search?q=cache:Tx7Ax9dL61oJ:unstats.un.org/unsd/methods/poverty/ESCWA/02.%2520GK-Challenges%2520of%2520poverty%2520statistics%2520in%2520the%2520context%2520of%2520OMDG%2520follow%2520up.doc+UN+Millennium+Development+Goals.+Gisele+Kamanou&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es&client=firefox-a>
- Karlsen S, Nazroo J (2002a). Agency and structure: the impact of ethnic identity and racism on the health of ethnic people, *Sociology of Health and Illness*, 24, 1: 1-20.
- Karlsen S, Nazroo JY (2002b). Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups. *Am J Public Health* 2002;92:624–31.
- Kawachi I, et al (1997). Social capital, income inequality, and mortality, *American Journal of Public Health*, Vol. 87, Issue 9 1491-1498.
- Kawachi I, Kennedy BP, Glass R (1998). Social capital and self-rated health. A contextual analysis, *American Journal of Public Health*, Vol. 89, Issue 8 1187-1193.
- Kawachi I, Kennedy B, Wilkinson R (1999). *The society and population health reader. Income inequality and health*, New York, The New Press.
- Khlat M, Darmon N (2003). Is there a Mediterranean migrants mortality paradox in Europe? *Int J Epidemiol* 32:1115–8.
- King G, et al (2009). Public policy for the poor? A randomized assessment of the Mexican universal health insurance program. *Lancet*, 373: 1447–54.

- Krieger N, et al (1993). Racism, sexism, and social class: implications for studies of health, disease, and well-being. *American Journal of Preventive Medicine*, 9(Suppl 6):82–122.
- Leon D, and Walt G (2001). *Poverty, inequality and Health: An International perspective*, Oxford: Oxford University Press.
- Light DW (2003). Universal Health Care. Lessons from the British experience, *American Journal of Public Health*, 93, 1: 25-30.
- Llácer A, et al (2007). The contribution of a gender perspective to the understanding of migrants' health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61 (Supl.II):ii4–ii10. (http://jech.bmj.com/content/61/Suppl_2/ii4.full.pdf, accessed 29 January 2010).
- Mackenbach JP, Bakker MJ (2003). Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences. *The Lancet*, 362:1409–1414 (<http://www.belspo.be/platformisd/Library/Mackenbach%20Bakker.pdf>, accessed 29 January 2010).
- Mackenbach JP (2006). for the British EU Presidency. *Health Inequalities: Europe in Profile. An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU*. London, Department of Health (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd06_en.pdf; accessed 29 January 2010).
- Markides KS, Eschbach K (2005). Aging, migration, and mortality: current status of research on the Hispanic paradox. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 60 (Spec No 2):68–75.
- Marmot M (2009). *Review of health inequalities post-2010 in England, The Marmot Review*, report for the UK Government: <http://www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview/Documents>
- Marmot M, Wilkinson W (1999). *Social determinants of health*, Oxford: Oxford University Press.
- Marshall MN, Shekelle PG, McGlynn EA, et al (2003). Can health care quality indicators be transferred between countries?. *Qual Saf Health Care*. 12:8–12.
- McIntyre D, Rogers L, Heiner EJ (2001). Overview, history and objectives of performance measurement. *Health Care Financing Review*. ;22:7–21.
- McLoughlin V, et al (2001). Improving performance using indicators. Recent experiences in the United States, the United Kingdom, and Australia. *Int J Qual Health Care*. 13:455–62.
- Meresman S (2009). Informe para la OPS. *Health Promotion, Schools and Community: the Labyrinth of implementation observations and lessons from the Ibero-American experience*:<http://search.bvsalud.org/dss/resources/rep-176621>
- Moreno C, et al (2007). *Spain: social contexts and psychological adjustment in Spanish adolescents* http://www.euro.who.int/socialdeterminants/hbsc/20081107_6
- Nielsen F, Alderson F, Beckfield J (2005). *Exactly How has Income Inequality Changed? Patterns of Distributional Change in Core Societies*, Luxembourg Income Study Working Paper Series. Working Paper No. 422. <http://www.lisproject.org/publications/LISwps/422.pdf>
- OECD (2008). *Jobs for Immigrants (Volume 2): Labour market integration in Belgium, France, the Netherlands and Portugal*, OECD. http://www.oecd.org/document/20/0,3343,en_2649_34709_41633620_1_1_1_1,00.html
- OPS (2009). *Informe anual de la directora de la OPS (02/10/09)* http://www.paho.org/Director/AR_2009/default.htm
- OPS (2006). *Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela*, Caracas: OPS.
- OPS (2008a). *Credibility Crunch. Food, poverty, and climate change: an agenda for rich-country leaders* <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd68/credibility.pdf>
- OPS (2008b). *Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud*. http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/guia_equidad.pdf
- OSI (2007). *How the Global Fund can improve Roma health: an assessment of HIV and TB programs in Bulgaria, Macedonia, Romania, and Serbia*. New York, Open Society Institute.
- Piraeus (2007). *Statistics on income and living conditions (EU-SILC). Methodology for measuring poverty and common cross-sectional and longitudinal EU indicators definition*. http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0802/Other/A0802_SFA10_MT_AN_00_2007_00_2007_08_F_EN.pdf
- Portuguese EU Presidency (2007). *Conclusions from the Conference "Health and Migration in the EU: better health for all in an inclusive society"* (Lisbon, 27-28 September 2007) under the auspices of the Portuguese 2007 EU Presidency with the support of the European Commission, http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/F8363923-B9BF-4CD2-A135-D756EDEA9379/0/ConferenceConclusions2892007_en.pdf
- Ravens-Sieberer U, et al (2007). *Germany: adolescent mental well-being – current status and promotion and prevention initiatives*, http://www.euro.who.int/socialdeterminants/hbsc/20081107_15

- Razum O, et al (1998). Low overall mortality of Turkish residents in Germany persists and extends into a second generation: merely a healthy migrant effect? *Trop Med Int Health* 3:297–303.
- Rico A, Ramos X, Borrell C (2005). Distribución de la renta y salud. El papel mediador de las políticas públicas y el capital social. En J Ruiz-Huerta (ed), *Políticas Públicas y Redistribución de la Renta*, Madrid: Fundación BBVA [ISBN 84-88562-24-1].
- Rodríguez M, Urbanos R (Directoras) (2008). *Desigualdades sociales en salud. Factores determinantes y elementos para la acción*, Elsevier.
- Rodríguez-Álvarez Lanborena N, et al (2009). Relación del estatus migratorio y del apoyo social con la calidad de vida de los marroquíes en el País Vasco [Relationship between migrant status and social support on the quality of life of Moroccan residents in the Basque country], *Gaceta Sanitaria Supplement Migration and Health*; 23 :29-37
- Sampson RJ, Raudenbush SW, Earls F (1997). Neighborhoods and violent crime. A multilevel study of collective efficacy, *Science*, 277: 918-924.
- Schaaf M (in press). Roma Health. In: Poverty and social exclusion in the European Region: Health systems respond. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Schoen C, Davis K, How SK, et al (2006). US health system performance: a national scorecard. *Health Aff (Millwood)*. 25 :w457–75.
- Sean G, Östlin P (coord.) on behalf of the Women and Gender Equity Knowledge Network (WGEKN) (2007). *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why it exists and how can we change it*, Final Report to the WHO Commission on Health Inequalities.
- Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I (2008). *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Copenhagen: World Health Organization.
- Spanish Ministry of Health and Social Policy (2006). *Towards Equity in Health: Closing the gap in a generation in the Roma community*.
- Thapa SB, Hauff E (2005). Gender differences in factors associated with psychological distress among immigrants from low and middle-income countries, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40: 78-84.
- Unión de Naciones Suramericana (UNASUR) Consejo de salud suramericano (2009). Grupo Técnico sobre promoción de la salud y acción sobre los determinantes sociales.
- Veling W, et al (2008). Ethnic Density of Neighborhoods and Incidence of Psychotic Disorders Among Immigrants, *American J Psychiatry* 165:66-73 Published online December 17, 2007; doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07030423).
- Wall M, et al (2009). Evaluation of community level interventions to address social and structural determinants of health: a cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 9:207 (<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/207>, accessed 29 January 2010).
- Wallerstein N (2006). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report, 2006). <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>
- White M, Adams J, Heywood P (2009). How and why do interventions that increase health overall widen inequalities within populations? En Babones S (2009) *Social inequality and public health*, London: Policy Press.
- Wilkinson R, Marmot M, eds. (2003). *Social Determinants of Health: The Solid Facts*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/DOCUMENT/E81384.PDF>, accessed 2 September 2009).
- Wilkinson R, Pickett K (2009). *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*, London: Allen Lane. (See review at: <http://www.guardian.co.uk/books/2009/mar/13/the-spirit-level>, accessed 13th May 2010)
- WHO Executive Board (2009). Resolution EB124/R6 on Reducing health inequities through action on the social determinants of health. Geneva, World Health Organization (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_R6-en.pdf, accessed 29 January 2010).
- WHO Regional Office for Europe (2008). The Tallinn Charter: health systems for health and wealth. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/document/E91438.pdf>, accessed 29 January 2010).
- World Health Assembly (2008). Resolution WHA61.17 on Health of migrants. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_R17-en.pdf, accessed 29 January 2010).
- World Health Organization, WHO (2008). The world health report 2008. Primary health care: now more than ever. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>, accessed 29 January 2010; available in 7 languages).

Wolff H, et al (2008). Undocumented migrants lack of access to pregnancy care and prevention. *BMC Public Health*, 8. Available at: <http://ukpmc.ac.uk/articlerender.cgi?artid=1436004>

VII - Desigualdades en salud global y determinantes sociales de la salud: Oportunidades de la UE para contribuir a la monitorización y la acción

Chan M (2009). *Greater equity in health should be a progress indicator*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/dg/speeches/2009/global_health_20090615/en/index.html, accessed 10 November 2009).

Chan, et al (2010). Meeting the Demand for Results and Accountability: A Call for Action on Health Data from Eight Global Health Agencies. *PLoS Medicine*, 7(1):e1000223. doi:10.1371/journal.pmed.1000223 (<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000223>, accessed 2 February 2010).

Committee for Development Policy (2009). *Implementing the Millennium Development Goals: Health inequality and the Role of Global Health Partnerships*. New York, United Nations (http://www.unicef.org/health/files/MDG_and_Health_Inequalities_UN_2009.pdf, accessed 19 November 2009).

Council of the European Union (2008). *The EU as a global partner for pro-poor and pro-growth development: EU Agenda for Action on MDGs*. Brussels, European Union. (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/08/st11/st11096.en08.pdf>, accessed 10 November 2009).

Council of the European Union (2009a). *Council conclusions on Supporting developing countries in coping with the crisis*. Brussels, European Union (http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/COMM_PDF_COM_2009_0160_F_EN_COUNCIL_CONCLUSIONS.PDF, accessed 10 November 2009).

Council of the European Union (2009b). *Council conclusions on Progress on the European Programme for Action to confront HIV/AIDS, Malaria, and Tuberculosis through External Action (2007-2011)*. Brussels, Council of the European Union (http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_Data/docs/pressdata/en/gena/111247.pdf, accessed 30 November 2009).

CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html, accessed 9 November 2009).

DFID (2009). *Eliminating World Poverty: Building our Common Future*. London, Department for International Development (accessed <http://www.dfid.gov.uk/About-DFID/Quick-guide-to-DFID/How-we-do-it/Building-our-common-future/>, accessed 22 October 2009).

DG Development and Relations with African, Caribbean and Pacific States (2008). *Development Policies*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/development/policiesgen_en.cfm, accessed 12 November 2009).

DG Development and Relations with African, Caribbean and Pacific States (2009). *From Policy to Action*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/development/howgen_en.cfm, accessed 12 November 2009).

DG EuropeAid (2007). *Experience from TACIS/MEDA and possibilities under ENPI*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/health/ph_international/int_organisations/docs/ev_20070625_co07_en.pdf, accessed 15 November 2009).

ECOSOC (2000). *The right to the highest attainable standard of health. General Comment No. 14 (2000)*. Geneva, United Nations Economic and Social Council ([http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/40d009901358b0e2c1256915005090be?Opendocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/40d009901358b0e2c1256915005090be?Opendocument), accessed 25 November 2009).

ECOSOC (2009). *Ministerial Declaration – 2009 High-Level Segment on Implementing the internationally agreed goals and commitments in regard to global public health*. Geneva, ECOSOC (http://www.un.org/en/ecosoc/julyhls/pdf09/ministerial_declaration-2009.pdf, accessed 10 November 2009).

European Commission (2007a). *A European Programme for Action to Confront HIV/AIDS, Malaria and Tuberculosis through External Action (2007-2011)*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/Programme_for_Action_en.pdf, accessed 10 November 2009).

European Commission (2007b). *EU Code of Conduct on the Division of Labour in Development Policy*. Brussels, European Commission (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0072:FIN:EN:PDF>, accessed 10 November 2009).

European Commission (2007c). *A Stronger European Neighbourhood Policy*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/world/enp/pdf/com07_774_en.pdf, accessed 08 October 2009).

European Commission (2007d). *The European Neighbourhood Policy (ENP) and health*. Brussels, European Commission. (http://ec.europa.eu/health/ph_international/int_organisations/docs/ev_20070625_c003_en.pdf, accessed 13 November 2009).

European Commission (2008a). *Eradicating Poverty through Sustainable Development*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/world/what/solidarity/index_en.htm, accessed 12 November 2009).

- European Commission (2008b). *Programming Guide for Strategy Papers: Gender Equality*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/F43_genderequality_fin_en.pdf, accessed 12 November 2009).
- European Commission (2009a). *Millennium Development Goals – Impacts of the Financial Crisis on Developing Countries*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/COMM_NATIVE_SEC_2009_0445_4_MDGS_EN.pdf, accessed 12 November 2009).
- European Commission (2009b). *Aid effectiveness after Accra: Where does the EU stand and What more do we need to do?* Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/COMM_NATIVE_SEC_2009_0443_4_Aid-Effectiveness-after-Accra.pdf, accessed 12 November 2009).
- European Commission (2009c). *Solidarity in health: Reducing health inequalities in the EU*. Brussels, European Commission (<http://tinyurl.com/y9c66r9>, accessed 12 November 2009).
- European Commission (2009d). *Implementation of the European Neighbourhood Policy in 2008*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/world/enp/pdf/progress2009/sec09_522_en.pdf, accessed 26 October 2009).
- European Commission (2009e). *Issues paper: The EU role in global health*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/development/icenter/files/europa_only/EU_role_global_health_issue_paper_en.pdf, accessed 3 February 2010).
- European Commission (2010). *Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: The EU Role of Global Health [COM(2010)128 final]*. Brussels, http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/COMM_PDF_COM_2010_0128_EN.PDF, accessed 13 May 2010.
- European Union (2006). *The European Consensus on Development. Official Journal of the European Union, C46:1–19* (http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/oj/2006/c_046/c_04620060224en00010019.pdf, accessed 10 November 2009).
- European Union (2008). *Consolidated versions of the Treaty on the Functioning of the European Union. Official Journal of the European Union, C115/47–199* (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2008:115:0047:0199:EN:PDF>, 5 January 2010).
- European Union (2009). *Treaty of Lisbon: The EU in the world*. Brussels, European Union (http://europa.eu/libson_treaty/glance/external_relations/index_en.htm, accessed 30 November 2009).
- Executive Board (2010). *Resolution EB126/R4 on Monitoring of the achievement of the health-related Millennium Development Goals*. Geneva, World Health Organization (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB126/B126_R4-en.pdf, accessed 29 January 2010).
- FAO (2009). *The State of Food Insecurity in the World: Economic crises – impacts and lessons learnt*. Rome, Food and Agricultural Organization of the United Nations (<http://www.fao.org/docrep/012/i0876e/i0876e00.htm>, accessed 10 November 2009).
- Hanefeld J, et al (2007). *How have global health initiatives impacted on health equity? What strategies can be put in place to enhance their positive impact and mitigate negative impacts?* Geneva, Health Systems Knowledge Network (http://www.ghinet.org/downloads/hanefeld_ghi_impact_on_health_equity.pdf, accessed 10 November 2009).
- IHP+ (2009a). *Welcome to the International Health Partnership and related initiatives*. Geneva, International Health Partnership and related initiatives (<http://www.internationalhealthpartnership.net/en/home>, accessed 15 January 2010).
- IHP+ (2009b). *Joint Assessment of National Health Strategies and Plans: Combined Joint Assessment Tool and Guidelines – Draft July 2009*. Geneva, International Health Partnership and related initiatives (http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/joint_assessment_guidelines_EN.pdf, accessed 14 January 2010).
- IHP+ (2009c). *Monitoring Performance and Evaluating Progress towards the Health MDGs: Ten Strategic Goals at Global and Country Level*. Geneva, International Health Partnership and related initiatives (http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/userfiles/H8%20MDG%20-%20MAR-09.pdf, accessed 14 January 2010).
- IHP+ (2009d). *Country Health Systems Surveillance (CHeSS): Improving data availability, quality and use for better performance*. Geneva, International Health Partnership and related initiatives ([http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/country_health_systems_surveillance_\(chess\)_EN.pdf](http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/country_health_systems_surveillance_(chess)_EN.pdf), accessed 14 January 2010).
- ILO (2003). *Social protection: A life cycle continuum investment for social justice, poverty reduction and sustainable development*. Geneva, International Labour Organization (<http://www.ilo.org/public/english/protection/download/lifecycl/lifecycle.pdf>, accessed 10 November 2009).

Kickbusch I, Lister G (2009). *European Perspectives on Global Health: A Policy Glossary*. Brussels, European Foundation Centre (http://www.globalhealthurope.org/images/stories/PDF_Links/EFC_EPGH_GlobalHealthGlossary-1.pdf, accessed 22 October 2009).

Labonté R, et al (2008). *Towards Health-Equitable Globalisation: Rights, Regulation and Redistribution. Final report to the Commission on Social Determinants of Health*. Ottawa, University of Ottawa (http://www.who.int/social_determinants/resources/gkn_final_report_042008.pdf, accessed 10 November 2009).

Madelin R (2007). *Strengthening health in the European Neighbourhood*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/health/ph_international/int_organisations/docs/ev_20070625_co17_en.pdf, accessed 13 November 2009)

Ministers of Foreign Affairs [of Brazil, France, Indonesia, Norway, Senegal, South Africa, and Thailand] (2007). Oslo Ministerial Declaration-global health: a pressing foreign policy issue of our time. *The Lancet*, 369:1373–1378 ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)60498-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)60498-X/fulltext), accessed 10 November 2009).

OECD (2008). *The Paris Declaration on Aid Effectiveness and the Accra Agenda for Action*. Paris, Organization for Economic Co-operation and Development (<http://www.oecd.org/dataoecd/58/16/41202012.pdf>, accessed 10 November 2009).

Office of the Prime Minister of Norway (2009). *The MNH Consensus*. Oslo, Norwegian Agency for Development Cooperation (<http://www.norad.no/en/Thematic+areas/Health+and+aids/Maternal,+child+and+women's+health/Media+advisory>, accessed 13 November 2009).

OHCHR (1966). *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. New York, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (<http://www2.ohchr.org/english/law/ceschr.htm>, accessed 25 November 2009).

Presidency of the European Council, European Commission (2008c). *Social health protection and health-care financing in developing countries: towards a framework for concerted intervention by the European Union*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/social_health_protection_codev_2008_en.pdf, accessed 7 November 2009).

Social Protection Floor workgroup (2009). *Social Protection Floor Initiative: Fact Sheet*. Geneva, International Labour Organization (<http://www.ilo.org/gimi/gess/RessShowRessource.do?resourced=14603>, accessed 15 January 2010).

Stiglitz J, Sen A, Fitoussi JP (2009). *Report by the Commission on Measurement of Economic Performance and Social Progress*. Paris, Commission on Measurement of Economic Performance and Social Progress (http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/documents/rapport_anglais.pdf, accessed 07 January 2010).

United Nations (2009). *The Millennium Development Goals Report 2009*. New York, United Nations (http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2009_ENG.pdf, accessed 13 November 2009).

WHO (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf, accessed 25 November 2009).

WHO (2008). *The World Health Report 2008: primary Health Care now more than ever*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>, accessed 25 November 2009).

WHO (2009). *Global Health and Foreign Policy: Strategic Opportunities and Challenges. Background Paper for the Secretary-General's Report on Global Health and Foreign Policy*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/trade/events/UNGA_Background_Rep3_2.pdf, accessed 9 November 2009).

World Health Assembly (2009a). *World Health Assembly resolution WHA62.14 on Reducing health inequalities through action on social determinants of health*. Geneva, World Health Organization (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-en.pdf, accessed 9 November 2009).

World Health Assembly (2009b). *World Health Assembly resolution WHA62.12 on Primary health care, including health system strengthening*. Geneva, World Health Organization (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-en.pdf, accessed 9 November 2009).

World Health Assembly (2009c). *Monitoring of the achievement of the health-related Millennium Development Goals. Report by the Secretariat*. Geneva, World Health Organization (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_10-en.pdf, accessed 26 July 2009).



