

Avanzando hacia la equidad

Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades Sociales en salud en España

Avanzando hacia la equidad

Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades Sociales en salud en España

Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España

Comisionado por:

Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior

Ministerio de Sanidad y Política Social

Mayo 2010

Cita sugerida:

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid 2015.



Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA

CENTRO DE PUBLICACIONES

PASEO DEL PRADO, 18 - 28014 Madrid

NIPO en línea: 680-15-007-1

Gráficas Naciones, S.L.

C/Guadiana, 8

28110 ALGETE (Madrid)

Avanzando hacia la equidad

Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades Sociales en salud en España



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

Índice

1. Prólogo	9
2. Resumen Ejecutivo	11
3. Executive Summary	13
4. Preámbulo	15
5. Introducción y Contexto	17
5.1. Las desigualdades en salud. Qué son y porqué existen	17
5.2. Las desigualdades en salud en España y sus determinantes	21
5.3. Las políticas para reducir las desigualdades en salud en el contexto internacional	30
5.2. Políticas para reducir las desigualdades en España: Planes de Salud y experiencias de buena práctica	35
6. Recomendaciones de la Comisión	51
Parte I. La distribución del poder, la riqueza y los recursos	52
Área 1. Salud y equidad en todas las políticas	52
Área 2. Financiación justa y gasto público para la equidad	54
Área 3. Poder político y participación	56
Área 4. Buena gobernanza mundial	57
Parte II. Condiciones de vida y de trabajo cotidianas a lo largo del ciclo vital	59
Área 5. Infancia	59
Área 6. Empleo y trabajo	64
Área 7. Envejecimiento	69
Parte III. Entornos favorecedores de la salud	73
Área 8. Entornos físicos acogedores y accesibles	73
Área 9. Acceso a una vivienda digna	76
Área 10. Entornos favorecedores de hábitos saludables	77
Parte IV. Servicios sanitarios	81
Área 11. Un sistema sanitario que no causa desigualdad	81
Parte V. Información, vigilancia, investigación y docencia	89
Área 12. Información, vigilancia y evaluación	89
Área 13. Investigación	91
Área 14. Docencia	92
Políticas e intervenciones prioritarias desde el sector de salud	93

7.	Documentos Generales Consultados	99
8.	Referencias Bibliográficas	101
9.	Participantes en el Proceso y Contribuciones	107

1. Prólogo

El camino hacia la equidad en salud, es largo y a veces sinuoso. Y en nuestro país ya lo hemos iniciado

España, tiene una larga tradición de estudios de investigación de las desigualdades en salud que no siempre se han reflejado en intervenciones generales y sistemáticas tendentes a su disminución.

Una de las propuestas de intervención más notables se realizó en el año 1996. Más de una década después, en 2008, la Dirección General de Salud Pública constituyó una nueva comisión con el mandato de elaborar una propuesta que marcara una hoja de ruta para el abordaje de las desigualdades sociales en salud, partiendo de nuestros antecedentes, nuestra realidad, y los avances internacionales realizados en este campo. Esta propuesta fue presentada en mayo de 2010 y dada su extensión y complejidad, se destacaron por su factibilidad veinte políticas cuyo desarrollo implicaba fundamentalmente a los servicios de salud pública ya que éstos son los que están abogando por la equidad en salud y por este motivo, deberían ser los primeros en incluir el foco de equidad en sus análisis y propuestas así como en la evaluación de resultados. Tras el estudio y valoración de estas 20 políticas, se realizó una priorización operativa que se ha dado en llamar la Estrategia Nacional de Equidad en Salud y que contiene cuatro líneas estratégicas con nueve áreas de trabajo <http://www.mssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/EstrategiaNacEquidadSalud.htm>

Esta Estrategia Nacional de Equidad en Salud se refrendó por la Comisión de Salud Pública el 30 de septiembre de 2010, y desde entonces, se ha seguido avanzando en sus líneas estratégicas adaptándolas a los diferentes contextos para su materialización. <http://www.mssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/ActividadesDesarrollo.htm>

Actualmente, las nuevas estrategias nacionales y autonómicas van teniendo en cuenta en mayor medida los determinantes sociales de la salud, lo que posibilita avances en equidad en distintas áreas. Desde que se publicó la propuesta que ahora se prologa, en el ámbito internacional se han producido grandes avances estratégicos. Es de destacar la Resolución WHA67.12 sobre “Contribución al desarrollo social y económico: la actuación multisectorial sostenible para mejorar la salud y la equidad sanitaria” presentada y aprobada por la 67ª Asamblea Mundial de la Salud. Ésta marca la importancia de la coordinación intersectorial que en nuestro país se propone en el marco de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema

Nacional de Salud, que también incluye la equidad como línea estratégica y principio rector.

En la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud la aprobación de “Salud 2020” en septiembre de 2012 constituye un nuevo refrendo a la agenda de equidad en salud. Los objetivos estratégicos de “Salud 2020” son: mejorar la salud para todos y reducir las desigualdades en salud y mejorar el liderazgo y la gobernanza participativa para la salud. Por estos motivos, la propuesta que ahora prologamos, sigue siendo un documento relevante que marca una hoja de ruta general para disminuir las desigualdades en salud, y sigue estando en línea con la actual política de Salud de la Región Europea.

2. Resumen ejecutivo

Las desigualdades sociales en salud son aquellas diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Un número creciente de publicaciones ha descrito y analizado las desigualdades sociales en salud existentes en España por razón de clase social, género, etnia, territorio y país de origen. Estas desigualdades tienen un enorme impacto en la salud de la población y, por lo tanto, tienen que ser una prioridad de las políticas de salud pública y un eje transversal de las políticas sanitarias de nuestro país, siguiendo la línea trazada por los principales organismos internacionales y diversos países de nuestro entorno.

Tras un importante proceso de revisión de evidencia, experiencias, opinión de expertos y consenso, la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España presenta un total de 27 recomendaciones principales y 166 específicas, ordenadas por prioridad y divididas en 5 apartados, cada uno de los cuales tiene varias áreas.

Los apartados son los siguientes (constando las áreas entre paréntesis):

- I. La distribución del poder, la riqueza y los recursos (salud y equidad en todas las políticas; financiación justa y gasto público para la equidad; poder político y participación; buena gobernanza mundial).
- II. Condiciones de vida y trabajo cotidianas a lo largo del ciclo vital (infancia; empleo y trabajo; envejecimiento).
- III. Entornos favorecedores de la salud (entornos físicos acogedores y accesibles; acceso a una vivienda digna; entornos favorecedores de hábitos saludables).
- IV. Servicios sanitarios (un sistema sanitario que no causa desigualdad).
- V. Información, vigilancia, investigación y docencia (información, vigilancia y evaluación; investigación; docencia).

Para poder avanzar hacia la equidad en salud siguiendo las líneas que en este documento se proponen, es fundamental:

- Crear organismos políticos y técnicos que sostengan esta prioridad.
- Tener datos y sistemas de vigilancia para estudiar la evolución de las desigualdades y el impacto de las políticas.
- Impulsar intervenciones sanitarias y de salud pública que reduzcan las desigualdades.
- Establecer alianzas para impulsar las políticas para reducir las desigualdades en salud que se desarrollan fuera del sector salud.

Para ello, es necesario que, a partir de estas recomendaciones, se establezcan compromisos y responsabilidades por parte de todos los agentes implicados.

3. Executive summary

Social inequalities in health are those unjust and avoidable differences in health between population groups defined socially, economically, demographically or geographically. A growing number of publications have described and analysed social inequalities in health in Spain according to social class, gender, ethnicity, territory and country of origin. These inequalities have an enormous impact on population health and, therefore, must be a priority for public health policies and a cross-cutting issue in health care policies in our country, following the line traced by the main international organisations and several surrounding countries.

After a major process of reviewing evidence and experiences, collecting expert opinion and reaching consensus, the Commission to Reduce Social Inequalities in Health in Spain presents a total of 27 major and 166 specific recommendations, sorted by priority and divided into 5 sections, each of which deals with several areas.

The sections are as follows (with areas in parentheses):

- I. The distribution of power, wealth and resources (health and equity in all policies; fair financing and public expenditure for equity; political power and participation; global governance).
- II. Living and working conditions throughout the life cycle (childhood; employment and labour; ageing).
- III. Health-promoting environments (welcoming and accessible physical environments; access to decent housing; healthy habits enabling environments).
- IV. Health care (a health system that does not cause inequality).
- V. Information, monitoring, research and teaching (information, monitoring and evaluation; research; teaching).

To make progress toward equity in health by following the lines proposed in this document, it will be key to:

- Create political and technical agencies to support this priority.
- Have data and monitoring systems to study the evolution of inequality and the impact of policies.
- Promote health care and public health interventions that reduce inequalities.
- Establish partnerships to promote policies that reduce inequalities in health and occur outside the health sector.

It is therefore necessary that, after these recommendations, commitments and responsibilities are established by all stakeholders.

4. Preámbulo

En octubre de 2008 la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad puso en marcha la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, un grupo de trabajo multidisciplinar con el mandato de elaborar, en base al conocimiento existente, un documento con medidas de intervención a corto, medio y largo plazo para disminuir las desigualdades en salud en el ámbito de la salud pública; y de identificar otras áreas de intervención e instituciones implicadas en el desarrollo de las mismas. Forman parte de la Comisión un total de 18 personas expertas y técnicas.

El presente documento presenta las recomendaciones de la Comisión sobre las políticas estratégicas que, desde los distintos niveles y sectores de la Administración, deberían ponerse en marcha o potenciarse para reducir las desigualdades en salud en España, fundamentadas en la revisión de distintos documentos, en la discusión entre los miembros de la Comisión y en las aportaciones de personas expertas externas a la Comisión.

El informe completo de la Comisión incluye 4 capítulos de análisis de situación, accesibles en <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/EquidadSaludyDSS.htm>, que han servido para desarrollar las recomendaciones, y a partir de los cuales se ha elaborado la introducción del presente documento, en la cual se repasan brevemente:

- Qué son las desigualdades en salud, y qué modelo teórico utilizamos para entender sus causas;
- Estado de la situación y ejemplos destacados de desigualdades en salud en España y de sus determinantes sociales.
- Las principales recomendaciones internacionales y experiencias de países europeos en el desarrollo de políticas para reducir las desigualdades.
- La incorporación de políticas de reducción de desigualdades en los Planes de salud de las Comunidades Autónomas, y algunas experiencias destacadas de intervenciones dentro y fuera del sector salud que pueden reducir las desigualdades.

Finalmente, se presentan las recomendaciones de la Comisión para avanzar hacia la equidad en salud a partir de la acción sobre el contexto político, las condiciones de vida y trabajo a lo largo del ciclo vital, los entornos de vida, los servicios sanitarios, y la información, investigación y docencia.

5. Introducción y contexto

Las desigualdades en salud. Qué son y por qué existen^a

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

Existen distintos modelos para explicar las causas o factores determinantes de las desigualdades en salud. En este informe se utilizará una adaptación (Figura 1) a partir de los modelos propuestos por Orielle Solar y Alec Irwin para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS¹ y por Vicenç Navarro⁷. El modelo contiene dos elementos principales: los factores estructurales y los factores intermedios de las desigualdades en salud.

Los factores estructurales se componen del contexto socioeconómico y político y de la estructura social. El contexto socioeconómico y político se refiere a los factores que afectan de forma importante a la estructura social y la distribución de poder y recursos dentro de ella. Se incluyen: a) Gobierno en su aspecto amplio, es decir, la tradición política, la transparencia, la corrupción, el poder de los sindicatos, etc. y b) actores económicos y sociales como por ejemplo las grandes corporaciones. Ambos determinan

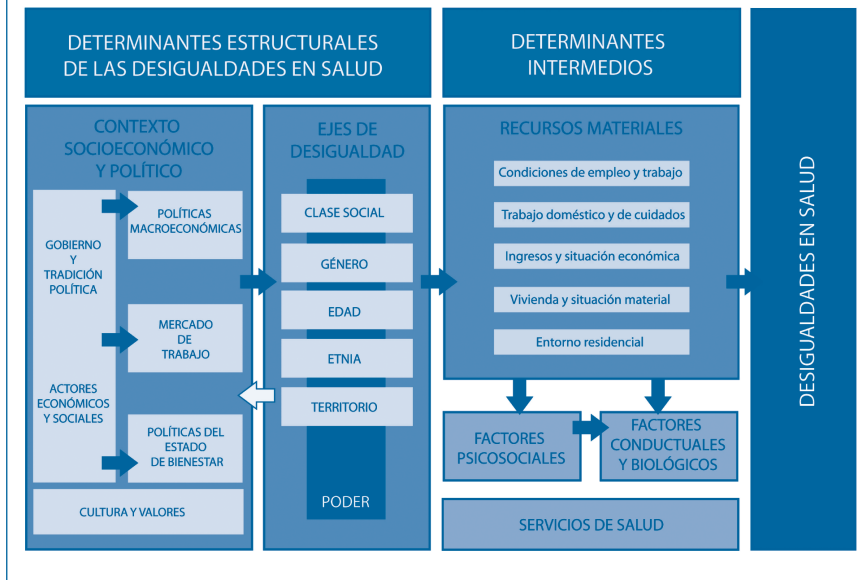
a Basado en el Capítulo 1 del Informe de la Comisión, "Introducción: Las desigualdades en salud, marco conceptual, y principios para las políticas"; y en: Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit.* 2008;22:465-73.

las políticas macroeconómicas como por ejemplo las políticas fiscales o que regulan el mercado; las políticas y las relaciones de fuerza entre los agentes sociales que afectan al mercado de trabajo y las políticas públicas que conforman el Estado del Bienestar: educación, atención sanitaria, protección social. Además, también se incluyen en este apartado los valores sociales y culturales que sustentan las políticas y las jerarquías.

Los distintos ejes de desigualdad que determinan jerarquías de poder en la sociedad como son la clase social, el género, la edad, la etnia o la raza y el territorio. Estos ejes determinan las oportunidades de tener una buena salud y ponen en evidencia la existencia de desigualdades en salud debido al poder, el prestigio y el acceso a los recursos, siendo más beneficiadas las personas de clases sociales privilegiadas⁸, los hombres⁹, las personas de edad joven y adulta, las de raza blanca¹⁰ y las originarias de áreas geográficas más ricas. Estos ejes de desigualdad están relacionados con el concepto de discriminación o de “las relaciones de clase, género o raza injustas basadas en prácticas institucionales e interpersonales donde miembros de un grupo dominante adquieren privilegios a base de subordinar a otras personas y justifican estas prácticas mediante ideologías de superioridad o diferencias”, que se denominan clasismo, sexismo o racismo¹¹.

La estructura social determina desigualdades en los factores intermedios, los cuales, a su vez, determinan las desigualdades en salud. Estos factores incluyen en primer lugar los recursos materiales que son: a) Las condiciones de empleo (situación laboral, precariedad) y trabajo (riesgos físicos y ergonómicos, organización y entorno psicosocial); b) la carga de trabajo no remunerado (tareas domésticas y de cura de las personas); c) el nivel de ingresos y la situación económica y patrimonial; d) la calidad de la vivienda y sus equipamientos; e) el barrio o área de residencia y sus características. Los recursos materiales influyen en los procesos psicosociales como la falta de control, de apoyo social, y las situaciones de estrés (acontecimientos vitales negativos); y también en las conductas con influencia en la salud y los procesos biológicos que de todo ello derivan. Finalmente, el sistema de salud. Aunque los servicios sanitarios, en si mismos, contribuyen muy poco a la generación de las desigualdades en salud, un menor acceso a los servicios de salud y menor calidad de los mismos para los grupos sociales menos favorecidos puede repercutir en unas peores consecuencias de los problemas incidentes en la salud y bienestar.

Figura 1. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010. Basado en Solar e Irwin¹ y Navarro⁷.



Respecto a las desigualdades en salud según la clase social (medida a través de la ocupación) o posición socioeconómica (medida con el nivel de formación o de ingresos), se observa que al disminuir la clase social, empeora la salud, tanto expresada en mala salud percibida como en un exceso de mortalidad o morbilidad^{12,13}. Por lo tanto estas desigualdades no solo afectan a un pequeño segmento de población más pobre, sino a toda la población, como ilustra la Figura 2. Además, las desigualdades se van reproduciendo a lo largo del ciclo vital: la clase social de la familia donde se nace, el nivel de estudios adquirido, la(s) ocupación(es) y clase(s) social(es) de adscripción en la vida adulta, el nivel de ingresos y patrimonio, son a la vez distintas maneras de medir la jerarquía de poder basada en la extracción social, y de generar recursos y oportunidades desiguales a lo largo de la vida que se traducen en desigualdades en salud¹⁴.

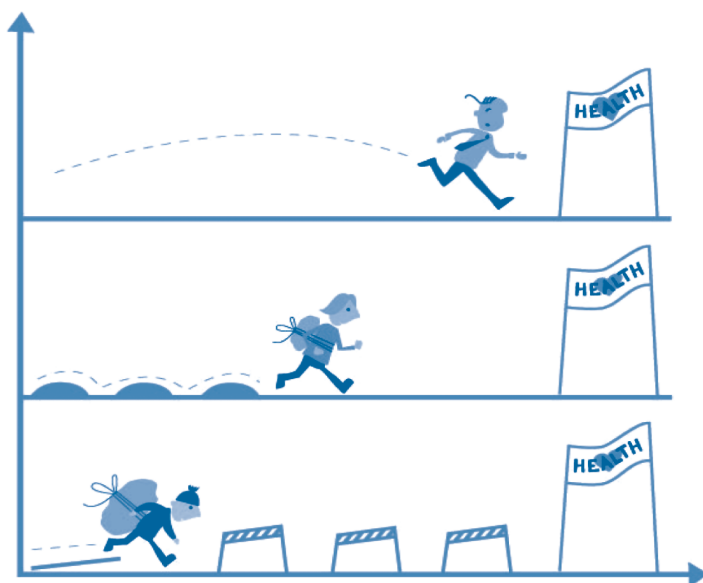
Las diferencias en salud entre hombres y mujeres no son sólo diferencias biológicas, sino que son también desigualdades de género debidas a las diferencias sociales que se dan entre los sexos^{9,15,16}. Estas diferencias están asociadas a la distinta socialización de mujeres y hombres que deter-

mina diferentes valores, actitudes y conductas, así como desigualdades en el poder y en el acceso a los recursos y también la profunda división sexual del trabajo. Ello se traduce en peores condiciones laborales para las mujeres, con menores salarios y con una doble carga de trabajo fuera y dentro del hogar que repercute en su estado de salud. Pero las desigualdades de género en salud también repercuten negativamente en los hombres, así por ejemplo, los comportamientos de riesgo asociados a la masculinidad tradicional (por ejemplo el consumo de sustancias adictivas o la conducción de riesgo), son responsables en buena medida de la menor esperanza de vida de los hombres.

La edad (más allá de sus implicaciones biológicas), la etnia y el lugar de procedencia son otras características individuales que, en función del contexto histórico de un país, adquieren trascendencia social y pueden determinar desigualdades en salud ligadas a procesos de discriminación y segregación. Así pues, en la mayoría de sociedades occidentales las personas mayores sufren las consecuencias del edadismo¹⁷. Pertenecer a etnias como la afroamericana en Estados Unidos¹⁸, la Maori en Nueva Zelanda¹⁹, o la gitana en España²⁰ supone padecer procesos de discriminación interpersonal e institucional y de exclusión social y económica con impacto en la salud²¹.

Además de las características de los individuos, el entorno social, cultural y económico influye en la salud de la población. Es decir, independientemente de las desigualdades entre individuos, existen también variaciones geográficas en la salud, relacionadas con los recursos sociales, económicos y sanitarios que dispone cada región. La esperanza de vida al nacer supera los 80 años en muchos de los países de mayor renta por cápita, y no alcanza los 50 en los países más pobres. También dentro de cada país o incluso ciudad, la mortalidad infantil o adulta y las prevalencias de discapacidad son progresivamente mayores en las áreas de menor nivel socioeconómico^{22,23}.

Figura 2. Desigualdades en salud según clase social.



Fuente: Norwegian Ministry of Health and Care Services (2006). National strategy to reduce social inequalities in health. Report No. 20 (2006–2007) to the Storting

Las desigualdades en salud en España y sus determinantes^b

En España, el estudio de las desigualdades en salud ha tenido escasa prioridad política. En 1994 se estableció una Comisión para el estudio de las desigualdades sociales en salud, que en 1996 publicó el informe donde se describían las desigualdades en mortalidad, la salud percibida, las conductas relacionadas con la salud y la utilización de servicios sanitarios en España, informe que tuvo escasa repercusión²⁴. Posteriormente, diversos estudios han puesto en evidencia la existencia de desigualdades en salud y la evolu-

^b Basado en el Capítulo 2 del Informe de la Comisión, “Los determinantes sociales de las desigualdades en salud en España”.
http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Analisis_reducir_desigualdes.pdf

ción a lo largo de los años^{25,26} e incluso el informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria de 2004 se basó en este tema²⁷. Además, en algunas Comunidades Autónomas como Cataluña^{28,29}, País Vasco³⁰ y Andalucía³¹ se han realizado informes exhaustivos al respecto.

Todos estos estudios y otros han evidenciado como en España, la posición socioeconómica, el género, el territorio, y más recientemente la inmigración, son ejes de desigualdad con enorme impacto en la salud de la población. Por ejemplo, entre las comunidades autónomas más ricas (como Navarra o Madrid) y una de las más pobres (Andalucía) hay una diferencia de esperanza de vida de 3 años (Figura 3). Estas diferencias pueden ser aún mayores al comparar barrios de una misma ciudad^{32,33}.

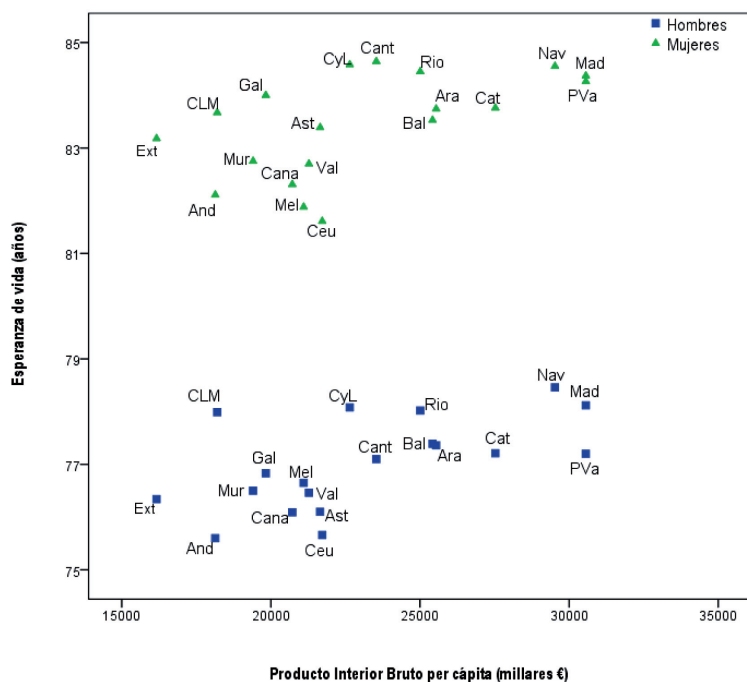
Las desigualdades sociales entre hombres y mujeres y entre clases más y menos favorecidas se traducen en enormes desigualdades en la mortalidad y en el estado de salud, por ejemplo, un 55% de las mujeres de clase social V (ocupaciones no cualificadas) declaran un buen estado de salud frente a un 85% de los hombres de clase social I (directivos y profesionales) (Figura 4). Además, las desigualdades en algunas enfermedades o factores de riesgo están aumentando, como es el caso de la obesidad (Figura 5). También existen desigualdades según género y clase social en las conductas relacionadas con la salud, como la actividad física, unas desigualdades que en ocasiones empiezan desde la infancia (Figura 6). A pesar de que actualmente las personas procedentes de países de renta baja presenten perfiles de mortalidad y morbilidad crónica relativamente favorables, los resultados en autovaloración de la salud (Figura 7) y salud mental apuntan ya a una desigualdad que en el futuro podría empeorar debido a sus desfavorables condiciones de vida y trabajo. Por otro lado, la población de etnia gitana presenta peores indicadores de salud que la población general incluso de clase social V²⁰.

Estas desigualdades en salud entre grupos sociales reflejan y reproducen las desigualdades en los recursos y oportunidades para la salud. En las clases sociales o posiciones socioeconómicas más desfavorecidas, en las mujeres, y en las poblaciones inmigradas de países de renta baja aumenta la exposición a factores como el desempleo o la exclusión del trabajo remunerado (Figura 8), los ingresos inadecuados (Figura 9) o la precariedad laboral (Figura 10). El reparto desigual de roles y poder entre hombres y mujeres también deriva en diferentes usos del tiempo con impacto en la salud: la mayor carga de trabajo doméstico y de cuidados no permite a las mujeres invertir el mismo tiempo que los hombres en el trabajo remunerado y actividades de ocio, incluida la actividad física (Figura 11).

Para entender las desigualdades en salud y en las condiciones de vida que la determinan, es necesario tener en cuenta el contexto económico, político y social de un país. Tras la Guerra Civil y cuarenta años de dictadura, y a pesar del progreso económico y social de las últimas décadas, los indica-

dores relacionados con políticas estructurales siguen demostrando, respecto la Unión Europea (UE), mayor pobreza y desigualdad de renta, un mayor desempleo y menos participación femenina en el mercado laboral, y un menor gasto público en sanidad y educación (Tabla 1). Curiosamente, si no se tienen en cuenta las transferencias sociales, la tasa de pobreza en España sería menor que la media UE; las mayores transferencias sociales en el resto de la UE permiten una mayor reducción de la pobreza. Además, en la tabla se muestran indicadores relacionados con el mercado de la vivienda, que por un lado resaltan la mayor proporción de viviendas en régimen de propiedad de la UE-15, otra herencia estructural del franquismo³⁴; y por otro el

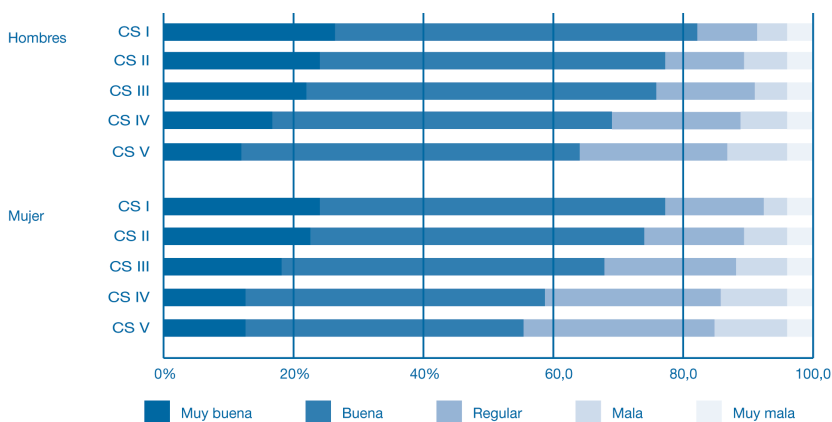
Figura 3. Esperanza de vida al nacer en hombres y mujeres según el producto interior bruto por cápita en las Comunidades Autónomas. España 2007.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística.

crecimiento experimentado en la última década por el gasto de las familias dedicado al pago de la vivienda, que ha superado *de promedio* el umbral del 30% que, según los expertos, no se puede considerar sostenible para la economía familiar.

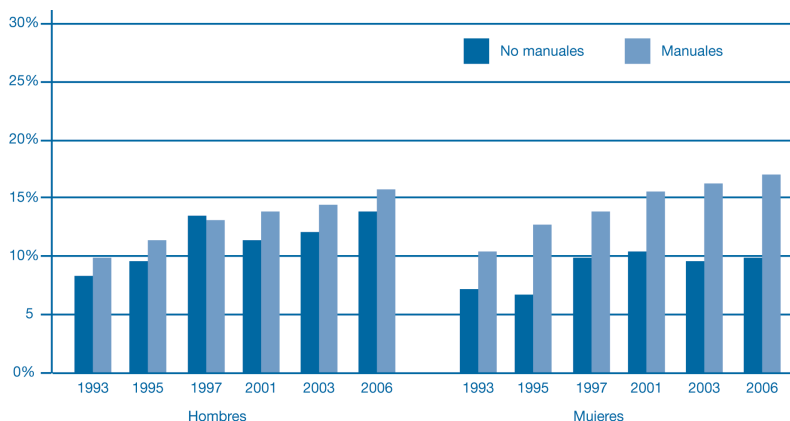
Figura 4. Distribución del estado de salud percibido según la clase social, en hombres y mujeres. España 2006. Porcentajes estandarizados por edad.



CS: Clase social basada en la ocupación, siendo la I (directivos y profesionales) la más favorecida y la V (ocupaciones manuales no cualificadas) la menos favorecida.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006.

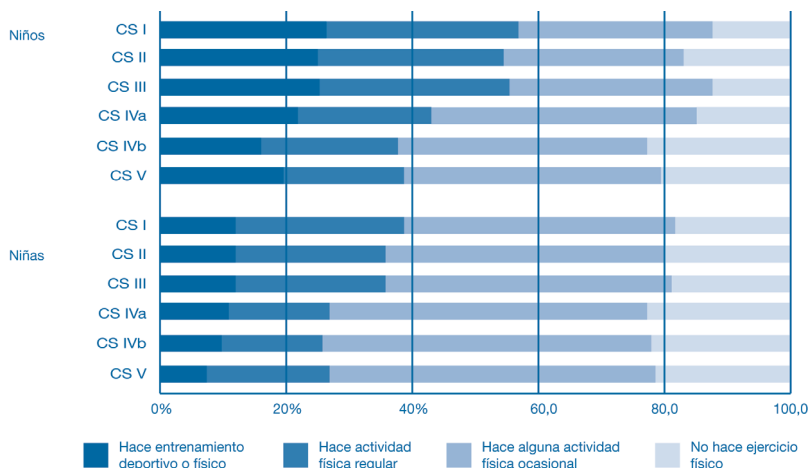
Figura 5. Evolución de la prevalencias de obesidad (índice de masa corporal ≥ 30) según la clase social en hombres y mujeres. España 1993-2006. Porcentajes estandarizados por edad.



CS: Clase social basada en la ocupación, agrupándose en “no manuales” las clases I-III y en “manuales” las IV-V. El índice de masa corporal se obtiene a partir del peso y la talla declarados por las personas entrevistadas.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud.

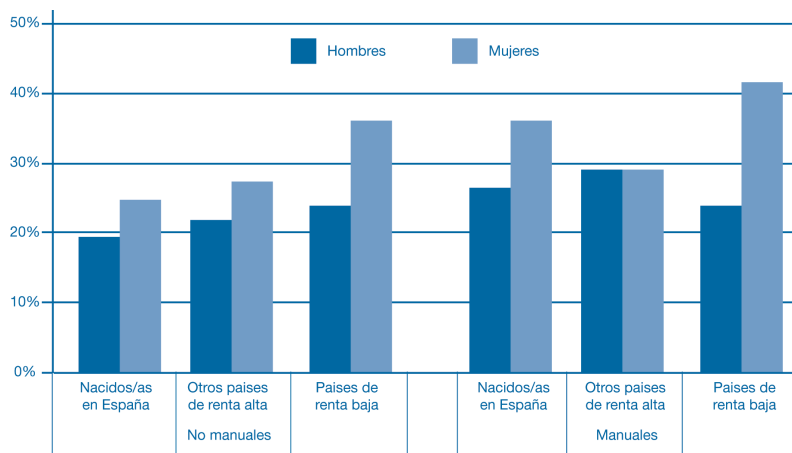
Figura 6. Tipo de actividad física en el tiempo libre según la clase social en niños y niñas menores de 16 años. España 2006.



CS: Clase social basada en la ocupación de los padres (I: más favorecida, V: menos favorecida).

Fuente: Encuesta Nacional de Salud.

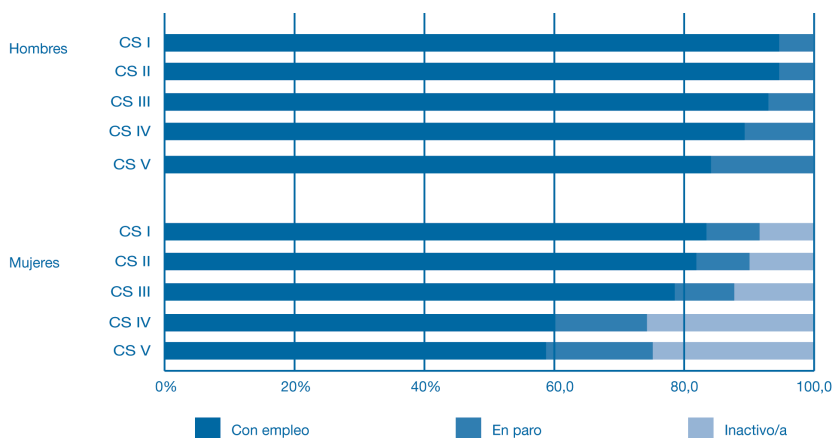
Figura 7. Prevalencias de mala salud percibida según la clase social y el país de nacimiento, en hombres y mujeres de 16 a 64 años, España 2006. Porcentajes estandarizados por edad.



Porcentajes estandarizados por edad. Se incluyen como países de renta alta los países de la UE-15 más Noruega, Suiza, Islandia, Canadá, Estados Unidos, Japón, Corea del Sur, Australia y Nueva Zelanda.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006.

Figura 8. Situación laboral según la clase social en hombres y mujeres (16-64 años). España 2006.

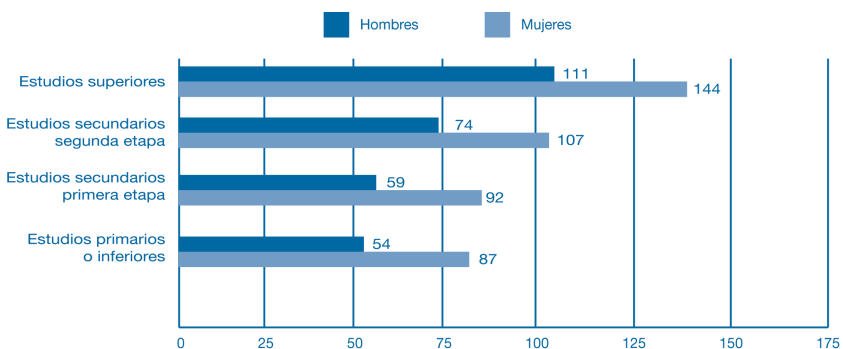


Se excluyen del cálculo estudiantes, personas jubiladas y pensionistas.

CS: Clase social basada en la ocupación, siendo la I la más favorecida y la V la menos favorecida.

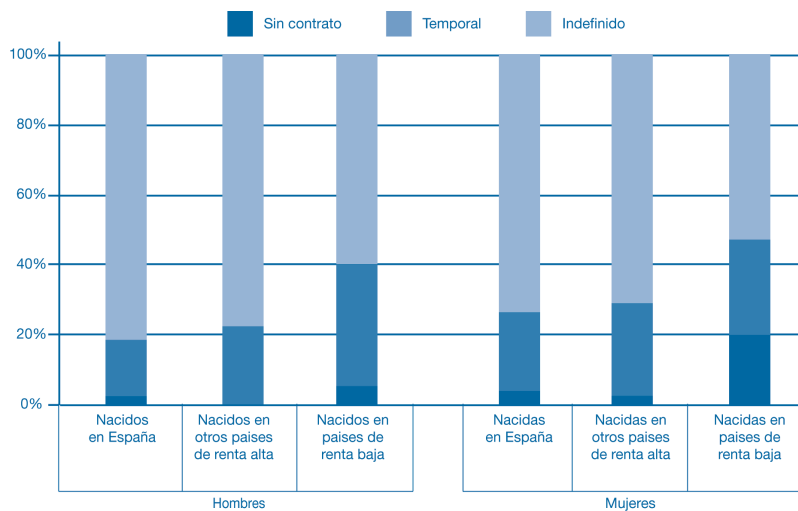
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006.

Figura 9. Índice de salario mensual (media=100) según el nivel de formación en hombres y mujeres. España 2008.



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida 2008

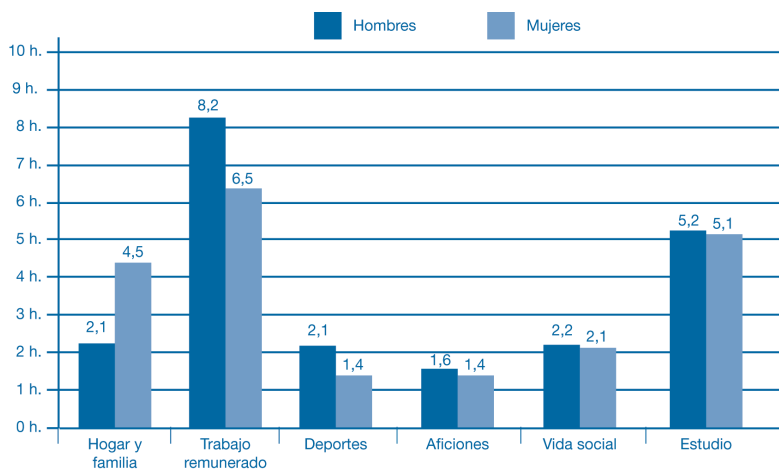
Figura 10. Tipo de contrato en personas ocupadas según país de nacimiento en hombres y mujeres. España 2006.



Porcentajes estandarizados por edad. Se incluyen como países de renta alta los países de la UE-15 más Noruega, Suiza, Islandia, Canadá, Estados Unidos, Japón, Corea del Sur, Australia y Nueva Zelanda.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006.

Figura 11. Duración media diaria dedicada a las diferentes actividades (entre las personas que realizan la actividad) en hombres y mujeres. España 2002-03.



Fuente: Encuesta de Empleo del Tiempo 2002-03.

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

Políticas	Indicador	España	UE-15	UE-25
Macroeconómicas	Riqueza 2009 (PIB €/hab)	24.200	29.700	26.800
	Desigualdades de renta 2008	31	30	30
	Índice Gini			
	Ratio renta 20% más rico: 20% más pobre	5,4	4,9	4,8
	Población en riesgo de pobreza 2008 (%)	24	25	25
	Antes de las transferencias sociales			
	Después de las transferencias sociales			
Mercado de trabajo	Desempleo 2009 (% población 15-64 años)	18,1	9,1	9,1
	Empleo femenino 2008 (% población 15-64 años)	54,9	60,4	59,4
Estado de bienestar	Gasto social en salud 2006 (%PIB)	5,3	6,2	
	Gasto social en educación 2006 (%PIB)	3,8	4,1	
Mercado de la vivienda	% Gasto de los hogares dedicado al pago de la vivienda y fuentes de energía 1994	23,5	24,7	
	% Gasto de los hogares dedicado al pago de la vivienda y fuentes de energía 2005	30,3	28,4	28,1
	Población residente en vivienda de propiedad 2006	90,0	70,7	74,0

PIB: Producto Interior Bruto

Riesgo de pobreza: Ingresos inferiores al 60% de la mediana de ingresos del país.

Fuente: Eurostat

Las políticas para reducir las desigualdades en salud en el contexto internacional

La reducción de desigualdades: una prioridad internacional

Las políticas para disminuir las desigualdades en salud son una prioridad para muchos países y responden al objetivo número 2 de la estrategia de Salud para el siglo 21 de la Organización Mundial de la Salud (OMS)³⁵: “Para el año 2020, las diferencias en salud entre los grupos socioeconómicos de cada país, se deberán reducir en al menos una cuarta parte en todos los estados miembros, mediante la mejora sustancial del nivel de salud de los grupos más desfavorecidos”.

En 2005 la OMS creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud con el fin de recabar datos científicos sobre posibles medidas e intervenciones en favor de la equidad en salud y promover un movimiento internacional para alcanzar ese objetivo. El informe resultante⁸ está estructurado a partir de tres principios básicos de acción:

- **Mejorar las condiciones de vida**, es decir, las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece.
- **Luchar contra la distribución desigual del poder**, el dinero y los recursos, esto es, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, a nivel mundial, nacional y local.
- **Medir la magnitud del problema**, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública a ese respecto.

Algunos principios para las políticas de equidad

Entre los principios a tener en cuenta cuando se pretende poner en marcha políticas para disminuir las desigualdades en salud, se incluyen (adaptado de Whitehead y Dalghren⁶):

- La reducción de las desigualdades debe conseguirse mejorando la salud de la población en conjunto (*levelling up*). Asimismo, las inter-

venciones poblacionales para mejorar la salud deben también centrarse en la disminución de las desigualdades.

- Existen tres aproximaciones a la reducción de desigualdades: focalización en mejorar la salud de los grupos más vulnerables; reducción de las desigualdades entre estos grupos y los más favorecidos; reducción de las desigualdades en toda la población, teniendo en cuenta el conjunto del gradiente social³⁶. Hay consenso sobre la necesidad de utilizar todas las estrategias, pero priorizándose las acciones que se centran sobre todo el gradiente social^{37,38}.
- Las intervenciones dirigidas a disminuir las desigualdades en salud han de ser necesariamente multisectoriales y actuar sobre los determinantes sociales de las desigualdades en salud. Al mismo tiempo, los servicios de salud se deben basar en principios de equidad
- Es necesario disponer de instrumentos para evaluar la extensión de las desigualdades en salud y evaluar los efectos positivos y negativos de las intervenciones puestas en marcha.
- Se debe promover y facilitar la participación de la población más vulnerable en el proceso de definición y puesta en marcha de políticas.
- Tanto el análisis de las desigualdades en salud como las intervenciones deben considerar los distintos ejes de desigualdad: la clase social, el género, la edad, la etnia y el territorio o área geográfica.

La experiencia de otros países^c

La experiencia muestra que en el contexto europeo es posible desarrollar políticas para reducir las desigualdades sociales en salud, integradas en las políticas y programas sectoriales. En este sentido, se han revisado las políticas para reducir las desigualdades en salud en algunos países europeos con experiencias de interés (Finlandia, Suecia, Noruega, Inglaterra, Irlanda, Dinamarca y Holanda). Los **antecedentes históricos** y el **contexto político** ayudan a entender el desarrollo de las políticas para reducir las desigualdades en salud. Un hito de gran relevancia fue la declaración “Salud para Todos en el año 2000” (SPT 2000) de la OMS (1977) cuya adaptación para la región europea incluyó objetivos de reducción de las desigualdades en salud entre

c Basado en el Capítulo 3 del Informe de la Comisión, “Las políticas para reducir las desigualdades en salud en Europa”. Dicho capítulo revisa las políticas para reducir las desigualdades en salud en algunos países europeos, con la finalidad de mostrar ejemplos de buena práctica que puedan ser útiles en nuestro medio.

países y, entre grupos sociales, dentro de cada país³⁵. Esta declaración tuvo un gran impacto en las políticas de los países europeos, y muy especialmente en los escandinavos. También es de resaltar el impacto internacional de la publicación en 1980 del Informe Black, que puso en evidencia la gran relevancia de las desigualdades en salud en el Reino Unido. Es así como en las últimas décadas diversos países europeos comenzaron a formular objetivos de reducción de desigualdades en sus políticas de salud, y políticas y planes específicos. Algunos países, como Finlandia, han llegado a desarrollar planes específicos tras comprobar que las políticas universales de mejora de la salud de la población no conseguían por sí solas reducir las desigualdades en salud.

El contexto y el consenso políticos han determinado el origen, la historia y la evolución de esas políticas. En Finlandia, Suecia y Noruega se ha dado una evolución hacia políticas universales, enfocadas a disminuir el gradiente social en la salud, que incluyen acciones sobre los determinantes estructurales de la salud, las condiciones de vida y las conductas relacionadas con la salud. Por el contrario, Inglaterra e Irlanda primaron un enfoque selectivo hacia los grupos menos favorecidos, con acciones limitadas a las condiciones de vida y las conductas. Estas y otras **características generales de las políticas** en los países estudiados se resumen en la Tabla 2. A modo de ejemplo del tipo de políticas propuestas, el Cuadro 1 recoge actuaciones destacadas de las estrategias de cada país.

El **grado de legitimación política** de estas estrategias es muy diverso. En un extremo se sitúa el caso de Suecia, donde las políticas de salud fueron aprobadas en el parlamento; de forma intermedia, en otros casos, como el de Finlandia, se trata de resoluciones del gobierno; el menor compromiso lo podemos encontrar en ejemplos como el de los Países Bajos, cuyas políticas se recogen en un memorandum del gobierno, que contiene principalmente unas líneas generales de actuación.

La **perspectiva multisectorial** se basa en involucrar a los distintos ámbitos sectoriales de los distintos niveles de la administración pública lo que también se ha llamado “Salud en todas las políticas”. En todos los países estudiados se hace alusión a la responsabilidad de otros ministerios gubernamentales, y en algunos documentos, como el de Inglaterra, se especifican los compromisos de cada ministerio, o más recientemente en Escocia, siete ministros participaron directamente en la fase de preparación del plan de reducción de desigualdades en salud. Asimismo, todos los países hacen alusión a la implicación y coordinación de los distintos niveles administrativos, desde el estatal o nacional hasta el local. El predominio de la dimensión socioeconómica en la definición de las desigualdades sociales ha llevado a que tanto el género como las desigualdades ligadas a la etnia, edad o país de origen fueran considerados de forma secundaria.

En cuanto a las políticas relacionadas con los **servicios sanitarios**, hay que recordar que los países estudiados disponen de sistemas de salud de cobertura universal, en los que la mayor parte de los servicios son financiados por fondos públicos. No obstante, algunos países han incluido medidas para mejorar la accesibilidad financiera a los servicios de salud, o la asignación territorial de recursos en función de las necesidades.

Todos los países estudiados incluyen en sus políticas un sistema de monitorización sobre la magnitud y las tendencias de las desigualdades en salud y de sus determinantes sociales, bien integrado en los sistemas existentes o bien específico. La **monitorización**, la **investigación** y la **difusión de los resultados** aparecen como instrumentos claves para el desarrollo y la evaluación de las políticas.

Finalmente, es necesario señalar como, tras el empuje de la Comisión de la OMS, crecen rápidamente en todo el mundo las iniciativas nacionales para reducir las desigualdades en salud. Por ejemplo, dos países emergentes de Latinoamérica como Chile³⁹ y Brasil⁴⁰ están dando importantes pasos adelante.

Cuadro 1. Ejemplos de actuaciones en los planes para reducir las desigualdades en salud de cinco países europeos.

Finlandia

Reducción de la pobreza a partir de la revisión, clarificación y simplificación del actual sistema de seguridad social en relación a los impuestos, prestaciones básicas y protección por desempleo.

Noruega

Modificación del sistema impositivo que asegure un nivel de renta estable a toda la población, una asignación equitativa de recursos, la mejora del medioambiente, la creación de empleo y la eficiencia de la economía.

Suecia

Fortalecimiento de la democracia, la capacidad de influencia y los derechos humanos y lucha contra la discriminación a través de políticas de mercado laboral, igualdad de género, juventud, integración y discapacidad adecuadas así como del apoyo a movimientos populares y fortalecimiento de áreas urbanas vulnerables.

Inglaterra

“Sure Start”: cuidado y desarrollo de menores de 4 años y progenitores/as en áreas desfavorecidas, a través de educación gratuita, visitas a domicilio o ayudas económicas para la maternidad.

Irlanda

Desarrollo de un programa de acciones para conseguir a través de la Estrategia Nacional contra la Pobreza y Salud la reducción de las desigualdades en salud (mejora del acceso a los servicios básicos y especializados de salud).

Tabla 2. Características generales de las políticas para reducir las desigualdades en salud							
	Dinamarca	Finlandia	Noruega	Suecia	Países Bajos	Inglaterra	Irlanda
Definición del problema	Salud de grupos desfavorecidos	Gradiente en salud y personas desfavorecidas	Gradiente en salud y personas desfavorecidas	Gradiente en salud y personas excluidas	Salud de grupos desfavorecidos	Salud de áreas desfavorecidas y grupos manuales	Salud de grupos desfavorecidos
Metas							
Orientación	Más desfavorecidas	Gradiente	Gradiente	Gradiente	Más desfavorecidas	Brecha en salud	Brecha en salud
Evaluables	No	Si	No	No	Si	Si	Si
Actuaciones							
Cobertura	Selectiva	Universal y selectiva	Universal y selectiva	Universal y selectiva	Selectiva	Selectiva	Selectiva
Determinantes	Conductas	Determinantes estructurales, condiciones de vida y conductas	Determinantes estructurales, condiciones de vida y conductas	Determinantes estructurales, condiciones de vida y conductas	Conductas	Conductas y condiciones de vida	Conductas y condiciones de vida
Ámbitos y grupos diana	Grupos desfavorecidos		Áreas urbanas desfavorecidas		Grupos desfavorecidos	Áreas desfavorecidas, infancia y progenitores de grupos desfavorecidos	Personas excluidas

Políticas para reducir las desigualdades en España: planes de salud y experiencias de buena práctica

España es uno de los países que tiene ya evidencia de la existencia de las desigualdades socioeconómicas en salud, pero donde las políticas para disminuirlas prácticamente no han entrado en la agenda política⁴¹⁻⁴³. En cambio, las políticas para disminuir las desigualdades de género en la salud han sido algo más priorizadas⁴⁴.

Hace unos años se realizó un análisis del enfoque de desigualdades en los documentos de estrategias o planes de salud que estaban disponibles en las Comunidades Autónomas (CCAA)^{41,44}. Fue un análisis transversal ya que se analizó la sensibilidad a las desigualdades de género y nivel socioeconómico en los planes de salud en un momento de tiempo. Con motivo del trabajo de la Comisión, se han identificado los planes o estrategias de salud que han aparecido posteriormente a las publicaciones mencionadas para comparar si la sensibilidad a las desigualdades ha aumentado o permanece igual^d. Se analizaron dos ejes de desigualdad en salud: género y nivel socioeconómico; y dos vertientes, la sensibilidad simbólica (principios y valores que rigen el plan, análisis del estado de salud desglosado según estos ejes); y la sensibilidad operativa (propuestas concretas y resultados mesurables en tres aspectos: las actuaciones sobre problemas de salud prioritarios, los entornos en que se desarrollan y los objetivos de apoyo, como el desarrollo de los sistemas de información, la investigación, la formación).

Como resultado general, dentro de los principios y valores que rigen las estrategias o planes de salud en las CCAA, la equidad y las desigualdades se han incluido de forma explícita, en mayor o menor medida, como una prioridad y un valor que debería regir las políticas de salud y de servicios sanitarios, y en las CCAA en las que se ha realizado el análisis longitudinal, dicha sensibilidad globalmente ha aumentado (Tabla 3). En lo que se ha llamado sensibilidad operativa y que mide las propuestas concretas, esta sensibilidad es en general menor que la simbólica; aunque en el análisis longitudinal tiende a observarse un aumento de las propuestas (Tabla 4). De los tres aspectos utilizados para construir el índice, es en los problemas de salud

d El trabajo completo corresponde al Capítulo 4 del Informe de la Comisión, “Las desigualdades en los Planes de Salud de España, ¿lo mismo pero más?”.

donde hay un mayor número de propuestas de reducción de las desigualdades, en comparación a las propuestas basadas en los entornos (más estructurales) en que por ejemplo, en 3 CCAA son inexistentes en los dos períodos. También son más las propuestas respecto al género que al nivel socioeconómico.

El plan de salud del País Vasco fue el que tenía una sensibilidad mayor a las desigualdades en el anterior análisis transversal. En este nuevo análisis comparando dos planes de Salud, Cataluña y Andalucía, en este orden son las que tienen una mayor sensibilidad simbólica que se corresponde además con mayor número de propuestas operativas que el resto de CCAA y que en su anterior plan de salud.

Estos resultados apoyan la idea de que es más fácil tener la equidad como valor u objetivo general y explicitarlo así, que hacer propuestas y operativizarlas en cuestiones concretas dentro de los planes de salud. Es importante tener en cuenta que las actuaciones incluidas en los Planes de Salud pueden no estar reflejando todas las iniciativas sanitarias y de salud pública promovidas por organismos públicos que se implementan para reducir las desigualdades en salud y/o se dirigen de manera preferente o exclusiva a colectivos o áreas desfavorecidas.

Tabla 3. Evolución de la sensibilidad simbólica a las desigualdades de género y nivel socioeconómico.

Comunidad Autónoma	Sensibilidad simbólica	
	Por nivel socioeconómico	Por género
Años de vigencia del Plan de Salud		
Andalucía 1999-2002 2003-2008	•• •••	•• •••
Aragón (1999)	••	•
Baleares (2003)	••	••
Canarias 1997-2001 2004-2008	••	••• ••
Castilla - La Mancha (2001-2010)	•	•
Castilla y León 1998 2008-2012	••	• ••
Cataluña 2002-2005 2006-2010	•••	• •••
Extremadura (2001-2004)	•••	
Galicia 2002-2005 2006-2010	•	•
La Rioja 1998 2009-2010	•• ••	••
Murcia (2003-2007)		••
Navarra 2001-2005 2006-2012	••	••
País Vasco (2002-2010)	•••	•••
C. Valenciana 2001-2004 2005-2009	•• •••	••• •••

El índice de sensibilidad simbólica puede tomar valores de 0 a 3. Un “•” corresponde a un punto.

Tabla 3. Evolución de la sensibilidad operativa a las desigualdades de género y nivel socioeconómico.

	Sensibilidad	Problemas de salud		Entornos		Objetivos de apoyo	
		Género	NSE	Género	NSE	Género	NSE
Andalucía	Alta	↑					
	Media						
	Baja	●	→	↑	↑	↑	↑
	Ninguna			●	●	●	●
Canarias	Alta						
	Media	●	●				
	Baja		↓	↑	↑	↑	↑
	Ninguna			●	●	●	●
Castilla y León	Alta						
	Media	↑					
	Baja	●	↑	↑	↑	→	→
	Ninguna			●	●		
Cataluña	Alta	●	↑	↑	↑		
	Media						
	Baja		●	↑	↑		
	Ninguna			●	●	→	→
Comunidad Valenciana	Alta						
	Media	●	↑				
	Baja		●			↑	↑
	Ninguna			→	→	●	●
Galicia	Alta	●					
	Media	↓					
	Baja		↓			↑	↑
	Ninguna			→	→	●	●
Navarra	Alta						
	Media						
	Baja	●	→				
	Ninguna			→	→	→	→

La sensibilidad se mide en función del número de propuestas contenidas en el Plan:

En Problemas de salud: Ninguna = 0. Baja = 1-10. Media = 11-20. Alta = Más de 20.

En Entornos para la salud y Objetivos de apoyo: Ninguna = 0. Baja = 1-2. Media = 3-4. Alta = Más de 4.

La flecha señala el cambio entre el primer y segundo Plan de Salud analizado.

Las flechas y indican que la Comunidad se mantiene en el mismo rango de sensibilidad, pero el número de propuestas aumenta o disminuye.

Además, son muchas las políticas no sanitarias cuya implementación puede haber contribuido a una reducción de la desigualdad en los factores sociales que determinan la salud. En general, faltan datos precisos sobre la efectividad de estas últimas, siendo todavía muy escasa la costumbre de evaluar el impacto en las desigualdades de las políticas no sanitarias. Aún así, en las páginas siguientes se presenta un conjunto muy reducido de experiencias de distinta tipología (leyes, planes, intervenciones), ámbito territorial (local, autonómico, estatal) y de competencia (sanitario y no sanitario), que, entre otros, representan ejemplos interesantes de actuaciones con posible impacto positivo en la reducción de desigualdades en salud.

Acceso universal a los servicios de salud de la población residente en España. Ley de Extranjería 4/2000 y siguientes

Ámbito de desarrollo y sectores implicados: Estatal. Ministerio de Trabajo e Inmigración y cámaras legislativas. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (Sistema Nacional de Salud) y Consejerías de Salud autonómicas.

El artículo 12.1 de la ley de Extranjería (LO 4/2000 y LO 2/2009) garantiza que “los extranjeros que se encuentren en España, inscritos en el padrón del municipio en el que tengan su domicilio habitual, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles”. Esta ley explicitó la forma de garantizar el derecho a la asistencia para las personas extranjeras que ya estaba enunciado en la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, artículo 1) y en la Constitución (artículo 43)^e. Esta garantía es además un compromiso internacional adquirido por España al ratificar en 1977 el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de Naciones Unidas^f.

El acceso a la tarjeta sanitaria individual universal permite que toda la población española y extranjera residente en España, con independencia de su situación administrativa, tenga acceso a los servicios del Sistema Nacional de Salud. Se trata por tanto de una medida que evita barreras económicas de acceso a los servicios de salud e impide que existan barreras administrativas o discriminatorias a los servicios. Al tratarse de un acceso en las mismas condiciones para toda la población residente se trata de una medida no estigmatizante e integradora. Su impacto puede comprobarse gracias a la investigación sobre el acceso de la población inmigrante al sistema de salud, que muestra que sus niveles de uso de los servicios son, en líneas generales, equiparables a los de la población general^g.

Algunos de los problemas observados en la aplicación de lo previsto en esta ley han sido:

- En algunos municipios, se han documentado casos de trabas al empadronamiento de la población extranjera, lo que impide el acceso efectivo a este derecho y la tramitación de la tarjeta sanitaria^h. En cualquier caso, el empadronamiento se define como una obligación, independiente de la situación administrativa, tanto para la persona extranjera como para el Ayuntamiento (art. 15 ley 7/1985 reguladora de las bases del Régimen Local “Toda persona que viva en España

está obligada a inscribirse en el Padrón del municipio en el que reside habitualmente” y art. 6 ley 2/2009).

- Las personas que llegan sin documentación a España o tienen dificultades para acreditar el uso de una vivienda en el municipio pueden tener dificultades a la hora de la inscripción en el Padrónⁱ.
- Algunas personas extranjeras prefieren no inscribirse en el Padrón, por miedo a la expulsión^j.

En considerar los impactos de la Ley sobre los determinantes sociales de la salud, es importante tener en cuenta otros aspectos que coexisten en la misma: por un lado la restricción del derecho a la libre circulación y establecimiento de residencia legal, y por otro, la posibilidad de acceder a través del empadronamiento a otros servicios básicos como la educación pública y los servicios sociales.

- e Asociación salud y familia. El derecho de los extranjeros a la protección a la salud en España. Febrero 2010. www.intermigra.info/extranjeria/archivos/ACCESO_SALUD_INMIGRANTES.pdf
- f Adoptado por la Asamblea General de la ONU en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966.
- g Regidor E, Sanz B, Pascual C, Lostao L, Sánchez E, Díaz JM. La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. *Gac Sanit.* 2009; 23(Supl 1): 4-11.
- h “El Síndic denuncia que la diversitat de criteris dels ajuntaments en la gestió de l’empadronament d’inmigrants provoca desigualtats”. www.sindic.cat/site/unitFiles/2231/524_padro%20immi%20parle.pdf
- i Médicos Sin Fronteras. Mejora en el acceso a los servicios públicos de salud de los inmigrantes indocumentados en el área sanitaria 11 de la Comunidad de Madrid. 2005. www.msf.es/images/InformeMadrid_tcm3-6019.pdf
- j Médicos del Mundo. “Personas inmigrantes”, en: X Informe exclusión social 2005. pp. 9-12. www.medicosdelmundo.org/NAVg/pagina/XInformeExclusionSocial.pdf

La Evaluación del Impacto en Salud (EIS) en la Comunidad Autónoma del País Vasco

Ámbito de desarrollo y sectores implicados: Autonómico y Local. Impulsada por el Departamento de Sanidad, involucra distintos sectores como Urbanismo, Empleo, Vivienda, Transporte o Consumo.

La EIS es una herramienta útil para incorporar la salud en las políticas sectoriales. Se define como una combinación de métodos que permiten juzgar los efectos potenciales de una intervención en la salud de una población, y su distribución entre los diferentes grupos que la componen^k. De carácter eminentemente predictivo, sirve de ayuda a la toma de decisiones, porque proporciona recomendaciones, basadas en pruebas, para minimizar los efectos negativos sobre la salud, maximizar los positivos y reducir el impacto en las desigualdades en salud de las intervenciones no sanitarias^l.

En el año 2005 el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco inició el desarrollo de la EIS en el marco del objetivo de reducir las desigualdades sociales en salud, incluido en el Plan de Salud 2002-2010. Se trataba de dar respuesta a la necesidad de introducir herramientas de evaluación de impacto de las políticas sectoriales. Tras la publicación de la primera guía metodológica sobre EIS en castellano^m, se avanzó en su desarrollo en la administración autonómica y local. La primera experiencia fue la EIS de un proyecto de regeneración urbana en un barrio socioeconómicamente desfavorecido de Bilbaoⁿ (2006). Fue una EIS exhaustiva que permitió adquirir habilidades en la aplicación de la metodología. Como consecuencia de la EIS se incorporó una ruta verde que atraviesa el barrio por el nuevo parque en dirección al monte Caramelo, y se instaló un ascensor en el centro cívico que mejoró la accesibilidad de las personas mayores y con discapacidad. La continuidad al impulso de la EIS en el ámbito municipal se ha enmarcado en un Modelo Integral de Promoción de la Salud, incluido en el Plan Estratégico del Departamento de Sanidad y Consumo (2010-2012).

En el ámbito autonómico se comenzó en el año 2007 con el desarrollo y validación de una herramienta de cribado de políticas autonómicas, basada en el modelo de determinantes sociales de la salud de la OMS^o, que permitiera decidir sobre la conveniencia de realizar una EIS completa. La validación de la herramienta mostró que el modo de aproximación e interacción con los agentes de los sectores no sanitarios son claves para el éxito de la iniciativa. Igualmente se identificó la necesidad de formación del personal técnico y de las personas del ámbito directivo en la perspectiva de los determinantes sociales de la salud^p. En el año 2010 se continuará con la EIS de una intervención de Consumo y otra del Plan de Drogodependencias.

El predominio de la visión biomédica de la salud tanto en el ámbito sanitario como extrasanitario, la escasez de pruebas científicas sobre la relación entre algunos determinantes sociales y la salud, la desafección política existente en las democracias europeas más jóvenes, el insuficiente desarrollo del trabajo intersectorial y la falta de cultura en participación y evaluación son las principales barreras identificadas en el desarrollo y difusión de la EIS.

- k Gothenburg consensus paper, December 1999. <http://euro.who.int/document/PAE/Gothenburgpaper.pdf>
- l Mindell J, Boltong A, Forde I. A review of health impact assessment frameworks. *Public Health*. 2008;122:1177-87.
- m Rueda JR. Guía para la evaluación del impacto en la salud y en el bienestar de proyectos, programas o políticas extrasanitarias. Informe nº. OSTEBA D-05-04. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2005
- n Esnaola S, Bacigalupe A, Calderón C, Zuazagoitia J, Aldasoro E. Evaluación del impacto en la salud del Plan de Reforma Integral de Uretamendi-Betolaza y Circunvalación. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad y Consumo, 2008.
- o Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. WHO, 2007.
- p Aldasoro E, Bacigalupe A, Esnaola S, et al. Screening process of regional policies in the Basque Country. 10th International Conference of HIA. 2009; Rotterdam. http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-publ01/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/HIA09_basque_country.pdf

La Llei de Barris (2/2004) de Catalunya. Mejora del entorno urbano en barrios y pueblos con mayor desventaja socioeconómica⁹

Ámbito de desarrollo y sectores implicados: Autonómico y local. Departamento de Política Territorial y Obras Públicas, Ayuntamientos.

Se trata de la primera Ley impulsada por la coalición de izquierdas PSC/ERC/ICV-EUiA tras acceder al gobierno de la Generalitat de Catalunya por primera vez en la democracia. Entre 2004 y 2009, las convocatorias anuales del programa de inversión establecido por la ley han supuesto la financiación de proyectos en 117 barrios y municipios, con una población diana cercana al millón de residentes, y por un importe de 1.200 millones de euros. La inversión se ha destinado principalmente a la mejora del espacio público y dotación de espacios verdes (46%) y a la provisión de equipamientos como centros cívicos, para gente mayor, o instalaciones deportivas (22%).

Las intervenciones llevadas a cabo con estos proyectos deberían reducir las desigualdades en salud actuando sobre los determinantes intermedios de estas desigualdades (ver el modelo conceptual en la página 7) como son las condiciones de vida, y especialmente la calidad del entorno de residencia. También es importante valorar el mecanismo de redistribución territorial de la renta, al priorizar el uso de recursos públicos para obras, equipamientos y servicios en áreas más desfavorecidas.

Otro aspecto relevante a señalar es que las áreas beneficiarias no se determinan solo en base a su situación socioeconómica precaria, lo que en otras experiencias, como la francesa de las “Zonas Urbanas Sensibles”, ha producido cierta estigmatización social y mediática; sino en base a la calidad de los proyectos^f, presentados por parte de los ayuntamientos para obtener una financiación del 50%. De este modo también se estimula la iniciativa, toma de decisiones y asunción de responsabilidades a un nivel local y cercano a las necesidades de las/os vecinas/os.

Las primeras evaluaciones de resultados para las áreas beneficiarias de la primera convocatoria muestran cierta mejora en los indicadores sociales estudiados, y un buen grado de satisfacción de la población con la calidad de vida en el barrio en una encuesta *ex post*^g.

Finalmente, el programa ha servido también de estímulo para que otros sectores decidiesen poner en marcha programas específicos en estas mismas zonas, que compensan parcialmente el déficit de aspectos sociales en un programa fundamentalmente urbanístico. Son ejemplos Trabajo,

Vivienda, y también Salud, con el programa “Salut als Barris”^t. La integración de todos estos programas y la continuidad tanto de la financiación como de las dinámicas de colaboración representan algunos de los retos de futuro.

- q Para más información: Departament de Política Territorial i Obres Públiques. La Llei de barris, una aposta col·lectiva per la cohesió social. www10.gencat.cat/ptop/AppJava/cat/documentacio/publicacions/territori/llei_barris.jsp
- r Para acceder a la financiación del programa, en primer lugar deben cumplirse unos criterios basados en indicadores demográficos, socioeconómicos y de deficiencias del entorno. A partir de aquí, se aceptan y priorizan los proyectos desde el punto de vista de su calidad, factibilidad, adecuación a las necesidades, etc.
- s La puntuación media en el índice conjunto de indicadores (mayor necesidad, mayor puntuación) disminuyó en las áreas beneficiarias de 48,37 en 2004 a 44,79 en 2008. A la pregunta “Cree que la vida en el barrio ha mejorado en los últimos 5 años?” el 51,3% de los encuestados telefónicamente respondió “Sí”, y el 32,8% “No”. A la pregunta “Si pudiese, iría a vivir fuera del barrio?” el 14,3% respondió “Sí”, y el 85,7% “No”.
- t Más información sobre “Salut als Barris” en: www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir3484/index.html

Programa de Empleo de Caritas Española

Ámbito de desarrollo y sectores implicados: El programa es de ámbito estatal, y cuenta con la participación de 64 Cáritas Diocesanas.

El Programa de Empleo se inició en Cáritas hace más de 30 años, concretándose en 1981 en el Programa de Paro y en 1987 en el Programa de Empleo y Economía Social. Su principal objetivo es la inserción social y laboral de los colectivos desfavorecidos o en riesgo de exclusión social. Se atendieron a más de 70.000 personas en 2008 y más de 95.000 en 2009, un aumento atribuible a la crisis económica y el creciente paro, siendo atendidas sobre todo mujeres (60-65%), personas extranjeras (60-75%), jóvenes entre 25 y 35 años, y de bajo nivel socioeconómico (75% con estudios primarios o inferiores)⁴. La inversión económica anual ascendió a más de 25 millones de euros, financiados con fondos públicos (locales, autonómicos, estatales y europeos, en concreto el Programa Operativo de Lucha Contra la Pobreza del Fondo Social Europeo) y de donantes privados.

Las actividades se enmarcan en un itinerario integrado de inserción, que consiste en un conjunto de medidas que de una forma planificada en el tiempo y adaptadas individualmente a cada persona, permiten diagnosticar su situación y establecer un proceso orientado a mejorar su grado de empleabilidad. En la primera fase de **acogida y orientación** se realiza el diagnóstico y se elabora un Plan de Acción; reconociendo la dignidad de toda persona, con frecuencia desdibujada en sus trayectorias de exclusión y discriminación. Las **acciones formativas**, más de 890 en 2009, proporcionan la capacitación en un oficio o profesión; incluyen talleres pre-laborales, que inciden en la formación personal (talleres de habilidades sociales y personales, como la asertividad, la evitación de conflictos, normas básicas de conducta, autoestima, etc.) y constituyen un elemento clave para acceder a un empleo y mantenerlo.

Como impactos en salud más importantes se puede destacar:

- a) Durante los cursos y talleres, se adquieren habilidades personales y sociales, se mejora la empleabilidad, y se recibe también formación específica en temas de salud, como en los talleres de higiene y nutrición, y en los módulos de prevención de riesgos laborales aplicados a la formación profesional específica; en estos cursos participan anualmente unas 16.000 personas;
- b) Durante el desarrollo del itinerario formativo, Cáritas proporciona una renta mínima a las personas usuarias que la necesitan;

- c) Entre 12 y 15.000 personas logran un puesto de trabajo, si bien en la mayoría de los casos se trata de un empleo precario;
- d) Se desarrollan itinerarios personalizados de inserción para colectivos específicos con situación de salud precaria como las personas drogodependientes, afectadas por el VIH/SIDA, personas sin techo, y personas con enfermedades mentales o secuelas;
- e) La publicación de la memoria anual constituye una ocasión de sensibilización social, e incluye recomendaciones a las políticas de empleo que se difunden en los medios, como por ejemplo la reclamación reiterada de la derogación del real decreto que mantiene a las empleadas de hogar en el Régimen Especial en vez del General de la Seguridad Social; el aumento del salario mínimo interprofesional y un impulso a las rentas mínimas de inserción.

u Datos de las Memorias 2008 y 2009 del Programa de Empleo, disponibles en www.caritas.es

Proyecto RIU: un riu de cultures, un riu de salut Formación-acción de mujeres agentes de salud en un barrio de elevada vulnerabilidad

Ámbito de desarrollo y sectores implicados: Local. Salud pública, servicios sanitarios, administración local (sanidad, servicios sociales y policía local), educación y tercer sector.

El Centro de Salud Pública de Alzira desarrolla desde 2006 una intervención comunitaria, Proyecto RIU, de promoción de salud, accesibilidad y utilización de servicios sanitarios en entornos vulnerables. Además, desde 2008 también se ha implementado en el barrio El Raval de Algemés (Valencia).

Un grupo de profesionales de los sectores citados ha seleccionado y capacitado a 7 mujeres del barrio como agentes de salud a través de un proceso de formación-acción (75 horas) con visitas a los recursos de salud. Las mujeres realizaron un análisis participativo de las necesidades de salud del barrio y desarrollaron en 4 meses acciones de mediación: individuales (70 acciones registradas de consejo y de acompañamiento a recursos); grupales (9 talleres sobre temas de salud y servicios sanitarios con 106 participantes); traducción e interpretación; y sensibilización (3 acciones).

El modelo de intervención se basa en actuar sobre los entornos, la participación de la comunidad y el empoderamiento de sus miembros, la educación entre iguales, la intersectorialidad, la metodología de investigación-acción participativa y la reducción de desigualdades.

En la evaluación de resultados se utiliza metodología cualitativa: 1) entrevistas individuales y grupales a las agentes de salud a los 0, 6 y 9 meses de intervención; 2) identificación de su red social y temas de salud en los que median a los 4 y 9 meses; y 3) entrevista grupal con profesionales a los 9 meses. Los resultados son:

- Individuales y grupales: se ha producido un empoderamiento de las agentes (mejora de autoestima, toma de decisiones y ser modelo de salud) y un buen clima grupal; se han deconstruido prejuicios, y han mejorado la información, los autocuidados, y la adecuación del uso de la atención primaria y las urgencias por parte de las personas participantes en las acciones.
- En el entorno social: se ha ampliado la red institucional de las agentes accediendo al centro de salud pública, a los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva y al embarazo, al hospital, al colegio, a la escuela de adultos, a la policía y asociaciones. Ha aumentado la

red social (de 49 a 74 personas entre los meses 4 y 9 de intervención), así como los espacios de diálogo y convivencia tanto espontáneos (socialización) como organizados (talleres) y también ha aumentado la calidad en las relaciones con profesionales (aceptación y mediación).

- En los servicios sanitarios: se han aproximado, y se ha avanzado en el reconocimiento y sensibilidad a la diversidad, también ha aumentado la participación en la acción comunitaria.
- En el sistema social: se ha creado una red intersectorial de 33 profesionales que manifestaba dudas sobre la potencialidad del modelo, participando en el proceso, identificando efectos positivos y comprometiéndose a apoyar la siguiente edición.

Se han devuelto los resultados a la población y a los sectores participantes. El proyecto continúa en activo. Más información en: www.reducirdesigualdadesensalud.org

Plan Integral de Mejora en Salud Pública de Valleca

Ámbito de desarrollo y sectores implicados: Local. Salud pública, atención primaria, salud mental, sanidad ambiental, servicios sociales, vecinos, asociaciones, ONGs, corporaciones locales y otros.

Las reivindicaciones vecinales consiguieron que, con el objetivo de disminuir la desigualdad social existente entre los distritos vallecanos y el resto de la Comunidad de Madrid, la Administración Regional articulara en el año 2000 un Plan Especial de Inversiones y Actuaciones, conocido como Plan 18.000 ó Plan Vallecas^v, que contemplaba actuaciones de distintas Consejerías. El Servicio de Salud Pública territorial (Área 1) impulsó el Plan Integral de Mejora en Salud Pública de Vallecas, que se desarrolló entre los años 2001 y 2007 y para el cual se obtuvo una aportación presupuestaria de 1.800.000 €, con los que se contrataron seis técnicos y dos administrativos para el periodo.

El proyecto se concibió con un carácter integral y coordinado de las intervenciones, contando con la participación de la ciudadanía como principal cualidad del plan^w. Se creó una Comisión de Coordinación integrada por profesionales de los servicios territoriales de salud pública, la atención primaria, la salud mental, los servicios sociales y la Coordinadora de Asociaciones de Vecinos de Vallecas. Las decisiones, los objetivos anuales y las acciones se consensuaban con los representantes vecinales, se analizaban y canalizaban las demandas, y se participaba en foros de opinión locales.

Entre las intervenciones realizadas se destaca^x:

- La realización de un estudio de investigación/acción sobre necesidades de salud percibidas. A lo largo del proceso participaron más de 450 vecinas y vecinos y 250 profesionales. Se elaboraron mapas de localización de los problemas sociales y de salud y se consensuaron tanto las conclusiones como las líneas de trabajo prioritarias y respectivos planes de acción: los jóvenes de 12 a 16 años; las personas mayores; el medio ambiente y la atención primaria.
- La valoración del estado de salud a través de la morbilidad y mortalidad específica.
- Un estudio de condiciones de vivienda y salud en respuesta a la demanda de los vecinos del Barrio Viejo de Puente de Vallecas.
- La identificación de riesgos ambientales mediante un estudio piloto de marcadores biológicos y un estudio de metales en aguas de consumo.

- A demanda vecinal, se realizó la evaluación del programa de personas mayores del área sanitaria 1.
- A través de Consejos de Salud locales, se pusieron en marcha proyectos como el de “voluntariado para el acompañamiento de los mayores a consultas”, o la edición del documento “Las recetas de los vecinos del Pozo y Entrevías”.

En conjunto ha sido una experiencia apasionante en materia de participación ciudadana, que permitió a los profesionales sanitarios iniciar, movilizar, liderar, profundizar y participar en un trabajo concebido de manera integral. La visibilidad que ha proporcionado la participación profesional y vecinal está sumando credibilidad social al papel de la Salud Pública. No obstante, sería deseable una apuesta de la Administración por la continuidad de las actuaciones realizadas.

- v El acuerdo se plasmó en la Ley 17/2000 de Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid para el año 2001.
- w Atendiendo al Modelo Europeo de Excelencia EFQM, el Plan Integral fue tercer finalista por su Orientación al Ciudadano en el V Premio a la Excelencia y Calidad del Servicio Público de la Comunidad de Madrid (2005).
- x La documentación completa de las distintas intervenciones y un documento de balance pueden encontrarse en www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Actuaciones_FA&cid=1142285691985&idTema=1109266526431&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&pid=1109181527641&sm=1 . Un documento técnico de resumen del plan se encuentra en www.publicaciones-isp.org/productos/d110.pdf

6. Recomendaciones de la Comisión

Las recomendaciones se agrupan en 5 grandes apartados, adaptados del marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud presentado en la introducción (figura 1):

- Parte I. La distribución del poder, la riqueza y los recursos.
- Parte II. Condiciones de vida y de trabajo cotidianas a lo largo del ciclo vital.
- Parte III. Entornos favorecedores de la salud.
- Parte IV. Servicios sanitarios.
- Parte V. Vigilancia, investigación y docencia.

En cada apartado, se identificaron una o más áreas de acción. Para cada área, la coordinación de la Comisión redactó una primera propuesta de intervenciones, a partir de la adaptación de propuestas internacionales (ver Documentos generales consultados). Posteriormente se crearon 8 grupos de trabajo de personas expertas, coordinados por miembros de la Comisión (un grupo para cada una de las Partes I, IV y V; tres grupos para las tres áreas de la Parte II, infancia, trabajo y envejecimiento; y dos para la Parte III, entornos físicos, y entornos favorecedores de hábitos saludables), que revisaron, modificaron y ampliaron la primera propuesta.

En una segunda fase, los grupos de trabajo priorizaron las recomendaciones. Para ello, cada persona puntuó, con un máximo de 10 puntos, cada política según su importancia y oportunidad, y también señaló las más prioritarias dentro de su grupo. En base a estas puntuaciones, las recomendaciones se separaron en prioridad máxima, alta o media; y también se establecieron las recomendaciones principales, más generales, de cada área, que suman un total de 27.

Hay que entender los plazos establecidos no como el orden en que deben iniciarse las políticas (en algún caso puede tratarse de políticas ya en marcha en todo o partes del país, y que necesitan de un refuerzo, impulso o reorientación), sino como el orden de prioridad según el cual los gobiernos a nivel nacional, autonómico y local deberían ocuparse de impulsar estas políticas.

Además, la Comisión priorizó las políticas estratégicas cuyo desarrollo implica en primer término los servicios sanitarios y de salud pública. Para ello, tras haberlas identificadas dentro del conjunto de las recomendaciones

del documento, cada miembro de la Comisión seleccionó a 10 de ellas. Las políticas con más de un voto fueron posteriormente agrupadas en dos listas ordenadas por prioridad: una con 20 políticas iniciables desde la salud pública, y otra con 15 dirigidas a los servicios sanitarios (algunas políticas se encuentran en ambos listados). Estos listados se encuentran en el anexo, y también se identifican en el documento con una marca de “SP” para las políticas prioritarias de la salud pública y de “SS” para las de servicios sanitarios.

Parte I. La distribución del poder, la riqueza y los recursos

Área 1. Salud y equidad en todas las políticas

Recomendación principal.

Consolidar el compromiso político con la acción intersectorial sobre los determinantes de las desigualdades sociales en salud.

Cada decisión de las distintas esferas del gobierno tiene efectos en la salud, por lo tanto, una agenda política que pretende intervenir en las desigualdades en salud exige la intervención de distintos sectores. Las políticas sobre financiación, educación, vivienda, empleo, transporte, servicios sociales y salud son algunos ejemplos.

Por ello es importante que exista coherencia entre los distintos sectores y esferas de un gobierno. Por ejemplo, la política de producción de alimentos debe ser coherente con la promoción de una alimentación saludable; o la política de vivienda debe tener en cuenta el efecto negativo sobre la salud asociado a la promoción de la vivienda de libre mercado, que no facilita el acceso a una vivienda digna por parte de toda la población. Para conseguir esta finalidad es fundamental que la equidad en salud sea una prioridad al nivel más alto del gobierno y la política de un país.

Aún sigue siendo necesaria la continua sensibilización de la sociedad y de sus representantes, mediante la elaboración y difusión de estudios que evidencien las graves desigualdades en salud injustas y evitables, presentes en la sociedad española. Sin embargo, ya ha llegado el momento de pasar de la información a la acción y al compromiso político para reducir el impacto sobre la salud de estas desigualdades sociales.

Las intervenciones para disminuir las desigualdades sociales en salud desde las políticas públicas requieren de una acción consensuada y sostenida en el tiempo, que va más allá de los límites de las legislaturas y de las correspondientes declaraciones programáticas de los partidos políticos. Ello hace necesario un compromiso entre las fuerzas políticas para acordar políticas a largo plazo, fijar objetivos mínimos comunes, consensuar indicadores e instrumentos de seguimiento de los mismos y legitimar órganos de evaluación con reconocida autoridad científico-técnica e independencia política. La estructura política y administrativa de nuestra sociedad requiere que en lo posible se establezcan planes, objetivos y acciones que abarquen los tres niveles de la administración.

Recomendaciones de la Comisión.

Prioridad máxima.

- Elaborar por parte del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, con una periodicidad no superior a cuatro años, un Informe sobre Desigualdades Sociales en Salud en España, con recomendaciones y propuestas de intervención.
- Crear órganos o comisiones interministeriales con suficiente autoridad delegada y capacidad para: *a*) identificar las actuales áreas y acciones de gobierno (políticas públicas) con mayor incidencia potencial sobre las desigualdades sociales en salud, *b*) identificar y proponer periódicamente acciones de mejora para la reducción de estas desigualdades, y *c*) estimar los recursos necesarios para acometerlas. Similares órganos interdepartamentales deben crearse a nivel autonómico y local.
- Crear una Comisión de Desigualdades en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Prioridad alta.

- Promover y liderar la orientación de las políticas hacia los determinantes de las desigualdades sociales en salud por parte del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y de los correspondientes departamentos de sanidad o salud de los gobiernos autonómicos y locales. Para ello es necesario no sólo la voluntad política, sino también disponer de recursos necesarios y personal capacitado para llevarlo a cabo.
- Adoptar el objetivo de mejorar la equidad en salud a través de la acción sobre los determinantes sociales de la salud por parte del Congreso, los parlamentos autonómicos, los plenos municipales y otras instancias políticas (i.e. Diputaciones) y hacer de ello una medida de desempeño de los gobiernos estatales, autonómicos y locales.
- Establecer mecanismos para que los gobiernos rindan cuentas al Congreso, los parlamentos autonómicos y los plenos municipales sobre la evolución de la equidad en salud. Para ello es necesario identificar prioridades, establecer objetivos a corto, medio y largo plazo, y consensuar indicadores de evaluación.
- Crear órganos de seguimiento y evaluación de estos indicadores, con reconocida autoridad e independencia, facultados para obtener la información pertinente y suficientemente legitimados para hacer frente a las presiones políticas.

Área 2. Financiación justa y gasto público para la equidad

Recomendación principal.

Adoptar políticas fiscales y de gasto social que reduzcan las desigualdades de renta y la pobreza, y fomenten la inversión para el abordaje de los determinantes sociales de la salud.

El crecimiento económico en sí mismo no garantiza una mejora de la salud de la población y especialmente una disminución de las desigualdades en salud. Por el contrario los datos muestran que el modelo de crecimiento económico producido en las últimas décadas ha significado un aumento importante de las desigualdades sociales, también en los países de renta alta. Cuando el crecimiento económico beneficia mayoritariamente a los grupos más privilegiados, sus beneficios sobre la salud disminuyen o incluso se pierden y se incrementan las desigualdades⁴⁵. Experiencias internacionales de crisis previas muestran que, durante las crisis económicas, el mantenimiento del Estado del Bienestar previene el incremento de la pobreza y las desigualdades⁴⁶.

Existen abundantes estudios que evidencian la relación entre la desigualdad de renta y la salud: dentro de los países más desarrollados, aquellos con menor desigualdad de renta tienen mejores resultados de salud en toda la población (esperanza de vida, salud mental, obesidad...), así como una menor incidencia de problemáticas sociales⁴⁷. Se han descrito distintos mecanismos para explicar esta relación: en las sociedades con más desigualdad de renta a) es mayor la proporción de población pobre; b) se generan mayor competitividad, menor cohesión social, menor capital social y mayores niveles de estrés; c) debido al menor poder de los sectores desfavorecidos, se reduce la inversión en servicios públicos (como por ejemplo la sanidad o la educación) de los que se beneficia toda la población.

Es necesario incrementar la financiación destinada a las acciones sobre los determinantes sociales de la salud. En España el gasto público social, medido como porcentaje del PIB o por habitante, se encuentra muy por debajo de la media de la UE⁴⁸. Resultan especialmente inadecuadas las dotaciones de las pensiones y salarios mínimos teniendo en cuenta la necesidad de establecer y garantizar unos salarios o ingresos mínimos suficientes para acceder a los requisitos básicos para una vida con salud^{49,50}.

Recomendaciones de la Comisión.

Prioridad máxima.

- Reducir las desigualdades de la renta a través de la fiscalidad progresiva, el aumento del gasto social y el fortalecimiento de los mecanismos que evitan la evasión fiscal y la economía sumergida.
- Fomentar la inversión para el abordaje de los determinantes sociales de la salud, por ejemplo incrementando el gasto social público (en servicios de salud, educación y sociales, pensiones y otras prestaciones de protección social, etc.) y estableciendo mecanismos para asignar recursos a las acciones sobre los determinantes sociales de la salud.
- Incrementar las pensiones más bajas, las prestaciones por desempleo y el salario mínimo interprofesional hasta niveles que superen el umbral de pobreza y permitan acceder a los bienes básicos para la salud.

Prioridad alta.

- Garantizar el acceso a bienes básicos para la salud de las personas, tales como el empleo, la vivienda, la alimentación, etc..
- Potenciar el acceso a la escolarización de niños y niñas de 0 a 3 años y la racionalización de jornadas laborales, para facilitar el acceso al trabajo de madres y padres y reducir las desigualdades en el desarrollo infantil.
- Facilitar que las personas con menos ingresos puedan acceder a una vivienda digna, tanto aumentando la oferta a precios accesibles como introduciendo prestaciones económicas complementarias para los gastos de alquiler.

Prioridad media.

- Desarrollar y consolidar, a través de sistemas de rentas mínimas o renta básica, un sistema de garantía de recursos mínimos para toda la población.
- Mejorar los instrumentos de financiación en el nivel local para permitir una respuesta más efectiva a las necesidades sociales de la población.

Área 3. Poder político y participación

Recomendación principal.

Asegurar por parte de los gobiernos estatales, autonómicos y locales la participación y representación de todos los grupos sociales en la toma de decisiones que afectan a la salud.

La igualdad en salud también depende del poder de los individuos y grupos para representar y defender sus necesidades e intereses con la finalidad de cambiar la distribución injusta de los recursos de la sociedad. La desigual distribución del poder está relacionada con esta distribución injusta. El poder se expresa en diferentes dimensiones: a) política, incluye los derechos que se encuentran en la legislación y las políticas y prácticas donde se ejercen estos derechos; b) económica, como el acceso a recursos necesarios para llevar una vida digna (ingresos, trabajo, vivienda, tierra, etc.); c) social, incluye el apoyo social y la solidaridad; y d) cultural, como el respeto a la diversidad de valores, normas y formas de vida. Una dimensión emergente del poder se relaciona con el acceso a la información.

Recomendaciones de la Comisión.

Prioridad máxima.

- Fomentar la participación de la sociedad civil en el desarrollo de iniciativas pro-equidad en salud con mecanismos que faciliten la toma de decisiones y fomenten el apoyo financiero. Un ejemplo pueden ser los presupuestos locales participativos. La implantación de procesos de democracia participativa y de acción comunitaria deben priorizarse en las áreas con mayor privación socioeconómica.

Prioridad alta.

- Asegurar la participación y la representación de la ciudadanía en el diseño de sus propios entornos, en la toma de decisiones sobre los servicios básicos, equipamientos, movilidad, así como en la definición e implementación de programas de intervención, en la provisión de servicios y en la evaluación.
- Fomentar las iniciativas de alfabetización y empoderamiento en salud para la población general, y la participación efectiva de ciudadanos/as y usuarios/as en el sistema sanitario. En ambas políticas debe velarse por la inclusión preferente de los sectores más desfavorecidos.

- Reforzar los sistemas políticos y legales para promover la participación igualitaria para todas las personas, como por ejemplo la participación de las mujeres o de los grupos de población en riesgo de exclusión social.
- Avanzar en el establecimiento de mecanismos de transparencia y control directo de la acción de los gobiernos por parte de la ciudadanía, con atención a utilizar canales diversos que fomenten el acceso de todos los grupos sociales.

Prioridad media

- Fomentar la igualdad en el acceso a la información, a las nuevas tecnologías de comunicación y a los servicios informativos y burocráticos de la Administración.

Área 4. Buena gobernanza mundial

Recomendación principal.

Adoptar un papel proactivo para conseguir acuerdos internacionales con impactos positivos en la equidad en salud.

La generalización del sistema capitalista ha integrado a muchos países en un solo mercado y ha extendido las relaciones de mercado en áreas relacionadas con la salud como por ejemplo el agua, la energía o la atención sanitaria. Los países de renta alta y, dentro de ellos, las personas de clases sociales aventajadas, se han beneficiado más de la globalización y ello se ha manifestado en un aumento de las desigualdades sociales⁵¹. La evidencia demuestra que la liberalización del comercio ha aumentado la desigualdad salarial, la inseguridad económica y la disponibilidad de alimentos poco saludables⁵².

Los gobiernos deben proteger el acceso a bienes básicos para la salud (los alimentos y el medio ambiente saludables, la vivienda, la educación, condiciones de empleo dignas, y los servicios sanitarios) y al mismo tiempo controlar los factores que dañan la salud. Es necesario establecer sistemas internacionales donde tanto las personas de países de renta alta como baja tengan igual voz y oportunidad de establecer normas para conseguir la equidad en salud.

Recomendaciones de la Comisión.

Prioridad máxima.

- Incluir la participación del sector de salud pública en las negociaciones internacionales con el objetivo de garantizar el acceso equitativo a bienes básicos para la salud de las personas y controlar la extensión de determinantes sociales perjudiciales para la salud poblacional.
- Incrementar la ayuda a países menos desarrollados hasta un 0,7% del PIB y apoyar la condonación de la deuda externa.

Prioridad alta.

- Fomentar una legislación internacional que avance hacia el acceso universal y equitativo a los bienes y servicios básicos, además de estándares de empleo que garanticen mayor estabilidad, mejor remuneración y más higiene y seguridad.
- Incorporar el estudio del impacto en la salud pública de los acuerdos internacionales.
- Favorecer la democracia participativa y la transparencia de las decisiones a todos los niveles de los gobiernos (nacionales e internacionales).

Parte II. Condiciones de vida y de trabajo cotidianas a lo largo del ciclo vital

Área 5. Infancia

Recomendación principal.

Proveer una educación de calidad desde la educación pre-primaria hasta la secundaria, reforzando el sistema de educación público, y considerando la atención al desarrollo físico, social, emocional, cognitiva y del lenguaje. Dedicar un especial esfuerzo por incluir aquellos niños y niñas en situación más desfavorecida y con dificultades para acudir a la escuela, y por evitar la segregación social y étnica en el sistema educativo.

Ampliar la cobertura y la accesibilidad económica de las escuelas infantiles para niños y niñas de 0 a 3 años, avanzando hacia su universalización, y con medidas especiales para las familias de situación más desfavorecida atendiendo a aspectos socioeconómicos, geográficos y de exclusión social.

Ofrecer condiciones de empleo (estabilidad, salarios) que permitan reducir las dificultades económicas en los hogares, y condiciones de trabajo (organización, horarios, licencias) adecuadas para que madres y padres tengan tiempo para el cuidado de hijos e hijas.

Desarrollo de la primera infancia.

Las condiciones de vida en la primera infancia, definida como el periodo comprendido entre la etapa prenatal hasta los 8 años, son un potente determinante de las condiciones de la vida adulta. Las desigualdades sociales en la primera infancia predicen las desigualdades en la salud adulta a través de las desigualdades en el desarrollo físico, psicológico y cognitivo, así como en el nivel de estudios alcanzado. Además se ha señalado que las intervenciones sobre el desarrollo de la primera infancia tienen un efecto superior en los colectivos más desfavorecidos⁵³.

Se ha señalado que quienes acuden a escuelas infantiles (0-3 años) tienen mejores resultados escolares posteriormente⁵⁴. De hecho, la escuela

infantil puede ser el lugar donde se detecten las necesidades especiales de algunos niños y niñas que permitan intervenir en fases precoces. Por otro lado, la ampliación de este tipo de recursos es una de las principales estrategias para la conciliación de la vida laboral y familiar y para facilitar la incorporación de las mujeres al mercado laboral (ver Área 6). Todos estos beneficios convierten el incremento de la cobertura de las escuelas infantiles en una política social fundamental para reducir las desigualdades en salud que se originan tanto en la primera infancia como en la edad adulta, incluida en los planes de reducción de desigualdad de todos los países analizados.

Existen dos factores adversos que a menudo comportan situaciones de riesgo para la infancia: el déficit de ingresos⁵⁵, por ejemplo el que padecen muchos hogares con una sola persona sustentadora, y el déficit de atención que puede ser resultado de diferentes causas, como hogares en que las personas adultas trabajan muchas horas, están muy estresadas, tienen horarios atípicos o son responsables de un hogar monoparental⁵⁶.

Recomendaciones de la Comisión.

Prioridad máxima.

- Ampliar la cobertura y la accesibilidad económica de las escuelas infantiles para niños y niñas de 0 a 3 años, avanzando hacia su universalización, y con medidas especiales para las familias de situación más desfavorecida atendiendo a aspectos socioeconómicos, geográficos y de exclusión social.
- Proporcionar una educación infantil de segundo ciclo (3-5 años) de calidad para todos los niños y niñas, con especial esfuerzo por incluir aquellos en situación más desfavorecida y considerando la atención al desarrollo físico, social /emocional, cognitivo y del lenguaje.
- Ofrecer condiciones de empleo (estabilidad, salarios) que permitan reducir las dificultades económicas en los hogares, y condiciones de trabajo (organización, horarios, licencias) adecuadas para que madres y padres tengan tiempo para el cuidado de hijos e hijas.

Prioridad alta.

- Promover políticas de conciliación para las madres y padres ocupados, estableciendo el derecho de acceder a horarios más flexibles, jornadas laborales reducidas y licencias parentales sin penalización salarial.
- Promover políticas de inserción para las madres que han perdido o abandonado su actividad laboral.

- Introducir e impulsar planes y programas de apoyo integral a la infancia que permitan un seguimiento y acompañamiento del proceso de crecer, especialmente para niños y niñas en situación más desfavorecida y en situaciones de riesgo de exclusión, en colaboración entre servicios educativos, sanitarios y sociales, implementando sistemas de detección, atención y estimulación temprana, información y formación a padres, abuelos y cuidadores, y programas domiciliarios, basándose en las experiencias internacionales.

Prioridad media.

- Garantizar la equidad en el acceso y calidad de los servicios sanitarios empezando por el embarazo e infancia. Promover una atención multidimensional a las mujeres embarazadas (nutrición, educación para salud y acceso a recursos sociales y económicos adecuados), y favorecer la implementación de medidas de intervención con evidencia demostrada como la lactancia materna los primeros 6 meses de vida, con particular énfasis en las mujeres en situación más vulnerable.
- Facilitar el acceso a recursos informativos y educativos para los padres, para los abuelos y abuelas y otras personas cuidadoras en relación con las necesidades de la atención integral de sus hijas e hijos, por ejemplo en la asistencia sanitaria primaria que puede servir como una plataforma de información sobre los servicios y programas de desarrollo de la primera infancia.
- Favorecer la participación de los padres y cuidadores, así como de los niños y niñas en el diseño de las estrategias que les son dirigidas, en aplicación de la Convención sobre los Derechos de la Infancia.

Socialización de género.

La socialización de género desde las edades tempranas, el aprendizaje de roles de acuerdo a los roles y normas de género tradicionales que definen la masculinidad y la feminidad, pueden tener consecuencias negativas para la salud en la edad adulta, tanto para las mujeres como para los hombres. Mientras la socialización de género tradicional dicta para las mujeres una situación más desfavorecida en la sociedad, los roles de género asocian la personalidad masculina heterosexual tradicional con conductas de riesgo para la salud. Junto con la necesidad de implantar nuevos modelos educativos que no perpetúen los aspectos perjudiciales de esta socialización, y para que estos modelos se correspondan con cambios sociales reales, es también prioritario abordar la desigualdad de poder entre mujeres y hombres en otras etapas del ciclo vital, como por ejemplo en el trabajo remunerado durante la vida adulta (ver Área 6).

Recomendaciones de la Comisión.

Prioridad máxima.

- Fomentar la corresponsabilidad de padres y madres en el cuidado y la educación de los hijos e hijas y en el reparto de las tareas domésticas, con medidas no sólo educativas y sociales, sino también legales como los permisos y licencias de paternidad con carácter intransferible.

Prioridad alta.

- Introducir la coeducación en los currículos escolares, favoreciéndola en todos los niveles educativos independientemente del régimen de prestación educativo (público o privado).
- Diseñar los programas con especial atención a las desigualdades de género y priorizar su implementación en las áreas desfavorecidas (por ejemplo, educación y formación en tareas domésticas).

Prioridad media.

- Implantar medidas para evitar los mensajes sexistas y homófobos en los medios de comunicación.
- Actuar sobre las desigualdades de género desde la primera infancia mediante programas apropiados dirigidos a padres, madres y personas cuidadoras para que entiendan su rol en el desarrollo de la autoestima y autoconfianza de niños y niñas desde el comienzo de sus vidas.

La importancia de la educación a lo largo de la infancia y la adolescencia.

Un sistema educativo de calidad tiene un tremendo potencial para promover la salud (en general) y para reducir las desigualdades sociales en salud (en particular). La educación es también una vía para la movilidad social, permitiendo a las personas mejorar su posición socioeconómica. Incluso puede llegar a influir en el tamaño de la división social, aumentando la equidad social a través de la equiparación de los ingresos, condiciones sociales y recursos materiales y formativos de la población⁵⁷.

Los niños y niñas de clases más desfavorecidas tienden a tener peores resultados escolares, lo que contribuye, entre otros factores, a que en la edad adulta su situación laboral y sus condiciones de trabajo sean peores, sus ingresos más bajos, y más en general, sus recursos y oportunidades para la

salud sean inferiores. A menudo, los niños y niñas de familias de bajo nivel socioeconómico necesitan un apoyo extra para tener las mismas oportunidades que otros niños cuando empiezan la escolarización. Se ha señalado que este apoyo se asocia a una mayor probabilidad de continuar los niveles superiores de educación, de encontrar un empleo, de tener buenos salarios o menores tasas de embarazo adolescente⁵⁸.

Recomendaciones de la Comisión.

Prioridad máxima.

- Proveer una educación de calidad, reforzando el sistema de educación público, desde la educación infantil hasta la secundaria, considerando la atención al desarrollo físico, social/emocional, cognitivo y del lenguaje.
- Tomar medidas para que los colectivos de niños y de niñas con más dificultades para asistir a la escuela, sea por razones culturales, religiosas o económicas, tengan igual acceso a una educación de igual calidad que el resto.
- Aumentar las acciones para reducir la segregación social y étnica en el sistema educativo, entre las áreas residenciales más favorecidas y las menos privilegiadas.

Prioridad alta.

- Establecer acciones preventivas y de apoyo dirigidas a evitar el abandono temprano de la escolarización y la educación formal en poblaciones desfavorecidas.
- Mejorar el acceso y calidad de la atención psicológica, sanitaria y/o educativa para menores con déficits físicos, cognitivos o sensoriales. Reforzar la inclusividad del sistema educativo hacia los niños y niñas con necesidades educativas especiales.
- Monitorizar la evolución de la calidad global del sistema educativo, especialmente del sistema público, y de las desigualdades sociales y geográficas en el rendimiento académico.

Prioridad media.

- Asegurar que las escuelas reciben recursos extra para responder adecuadamente a las mayores necesidades de apoyo de niños y niñas en situación más desfavorecida.

Área 6. Empleo y trabajo

Recomendación principal.

Fomentar la contratación fija con salarios dignos evitando las desigualdades en los tipos de contrato y retribuciones.

Aumentar los servicios públicos para el cuidado de las personas dependientes (población infantil y discapacitada), y facilitar el acceso sobre todo para las personas responsables de hogares monoparentales y las de menos recursos, con lo que se fomenta que las mujeres accedan al mercado de trabajo.

Impulsar estrategias para la protección de derechos laborales en sectores con alta proporción de trabajo informal como por ejemplo el servicio doméstico o la hostelería.

Entorno internacional favorecedor de la reducción de las desigualdades en salud relacionadas con el empleo y el trabajo.

Las intervenciones para mejorar las condiciones de empleo y de trabajo deben considerar las relaciones de poder, los mercados laborales y los estados de bienestar. Un elemento central a tener en cuenta es la globalización que ha conducido a que el poder sobre el mercado laboral se traslade a las grandes compañías multinacionales e instituciones financieras por encima de los gobiernos. En los países desarrollados como España esta situación se traduce en la deslocalización de empresas, una creciente inseguridad de la población trabajadora, aumento del paro y de la precariedad y una amenaza a los derechos sociales y laborales conseguidos hasta ahora.

En un contexto de inseguridad, los trabajadores y trabajadoras pueden verse obligados a aceptar duras condiciones de empleo como una mayor flexibilización exigida por la empresa o menores salarios. Desde una perspectiva de desigualdades este contexto exige intensificar los esfuerzos por la cooperación internacional en la defensa de los derechos sociales y laborales de todos los países, centrándose en las políticas que promuevan el desarrollo humano y reduzcan las desigualdades sociales.

Recomendaciones de la Comisión.

Prioridad máxima.

- Incorporar la evaluación del impacto en la salud y las desigualdades en las políticas económicas y de mercado laboral.

Prioridad alta.

- Acordar estándares universales en el mercado laboral, la protección del empleo, y la salud laboral para todos los países según los principios fundamentales de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). El cumplimiento de estas normas debería ser controlado a nivel internacional e incluir sanciones.

Prioridad media.

- Impulsar la agenda por un trabajo digno (OIT) y por un empleo justo (Emconet).

Condiciones de empleo justas y saludables.

La creciente flexibilización de la contratación laboral en aras a un mayor crecimiento económico tiene efectos negativos sobre la salud de la población trabajadora y sobre el control de sus propias vidas⁵⁹. En España la precariedad laboral está afectando especialmente a las mujeres, los trabajadores y trabajadoras poco cualificados, los jóvenes y las personas inmigradas. Perder un trabajo tiene también un impacto negativo sobre diferentes indicadores de salud, en buena parte relacionado con la pérdida de ingresos. Es importante tener en cuenta el hecho de que la percepción de prestaciones económicas de desempleo reduce e incluso hace desaparecer el impacto negativo de la pérdida del empleo sobre la salud mental^{60,61}. Por otro lado, en España muchas mujeres trabajan a tiempo completo como amas de casa, y numerosos estudios documentan el efecto positivo del trabajo remunerado sobre la salud de las mujeres⁶².

Recomendaciones de la Comisión.

Prioridad máxima.

- Fomentar la contratación fija con salarios dignos evitando las desigualdades en los tipos de contrato y retribuciones. Facilitar e incentivar la visibilización y mejora de las relaciones contractuales.
- Impulsar estrategias para la protección de derechos laborales en sectores con alta proporción de trabajo informal como por ejemplo la hostelería o el servicio doméstico, para el cual urge la inclusión el Régimen General de la Seguridad Social.

- Reforzar los derechos laborales en periodos de desempleo (indemnizaciones por despido y prestación por desempleo), con un diseño que tenga especial cuidado en evitar los sesgos de género habitualmente existentes y teniendo en cuenta la situación de las personas desempleadas con más dificultades de acceso al empleo.
- Fomentar la incorporación de las mujeres al mercado laboral en igualdad de condiciones, mediante una estrategia integral que involucre no sólo medidas de política laboral, sino también de política fiscal (por ejemplo, la supresión de la tributación conjunta en el IRPF) y social (una adecuada dotación y diseño de los servicios públicos).
- Intensificar los esfuerzos para reducir las desigualdades de género en el salario, asegurando igual salario por trabajos de igual valor, y en la contratación, mediante el diseño de políticas que permitan reducir la segregación ocupacional por razón de género.

Prioridad alta.

- Convertir la generación de empleo saludable y justo y la mejora en la organización y las condiciones de trabajo en un objetivo central de las políticas de gobierno, sin que queden subordinadas a las políticas económicas.
- Incrementar los recursos de la Inspección de Trabajo dentro de un plan integral de lucha contra el fraude fiscal y la economía sumergida.
- Impulsar la formación de la población desempleada, sobre todo de aquellas personas con más dificultades de acceso al empleo como son las menos cualificadas, las mujeres, las personas mayores, las que tienen alguna discapacidad o las personas en paro de larga duración.
- Aumentar la colaboración entre el Ministerio de Economía, Trabajo e Inmigración y Sanidad, Política Social e Igualdad con el fin de coordinar políticas intersectoriales más efectivas y reducir las desigualdades en la salud.

Condiciones de trabajo justas y saludables.

La exposición a factores de riesgo laboral de seguridad, de higiene, ergonómicos y psicosociales es superior entre la población trabajadora más desfavorecida⁶³. Es fundamental reducir las condiciones de trabajo peligrosas o dañinas mediante el cumplimiento efectivo de la legislación sobre prevención de riesgos laborales, el empoderamiento de los trabajadores y la integración de regulaciones laborales en el mercado de trabajo⁶⁴.

Recomendaciones de la Comisión.

Prioridad máxima.

- Reforzar el cumplimiento de la normativa laboral en materia de salud laboral.

Prioridad alta.

- Velar para que se hagan evaluaciones de riesgo y acciones de prevención realmente efectivas aumentando el control sobre las empresas en estos aspectos.
- Sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre la importancia de las condiciones de empleo y de trabajo como determinantes sociales de la salud.

Prioridad media.

- Revisar en profundidad el actual marco de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales para garantizar una correcta atención de todos los problemas de salud relacionados con el trabajo, tanto desde el punto de vista de la asistencia médica como de la prevención de riesgos laborales.
- Movilizar recursos, tanto públicos como procedentes del sistema de mutuas, para fomentar la investigación y prevención de los accidentes y enfermedades vinculadas con el trabajo doméstico y de cuidados no remunerado.

Compaginación de la vida laboral y familiar.

Todavía persiste una marcada división de género de la sociedad caracterizada por la división sexual del trabajo. El problema de la conciliación de la vida laboral y la familiar surge al intentar compaginar las dos esferas tradicionalmente separadas en el modelo clásico, la familia y el trabajo remunerado, sin que se haya completado la transición hacia un modelo nuevo sustentado en un reparto equilibrado de los papeles de las mujeres y de los hombres en el ámbito familiar y doméstico, unos recursos públicos suficientes para el cuidado de las personas dependientes, y una nueva organización de la jornada laboral y el tiempo de trabajo. La sobrecarga y el conflicto de rol resultantes tienen efectos negativos sobre la salud de las mujeres empleadas, sobre todo de las de clases más desfavorecidas⁶⁵. Por otro lado, en periodos de crisis económica y con un fuerte endeudamiento familiar, el

papel tradicional del hombre como principal sustentador económico del hogar, puede exponer las familias a una mayor vulnerabilidad económica y tener también repercusiones negativas sobre su salud.

No solo es necesario facilitar la incorporación de las mujeres al mercado laboral con medidas que favorezcan la compaginación del trabajo remunerado con el de cuidado, sino también actuando sobre los mecanismos sociales y políticos que generan las desigualdades en el reparto de estos trabajos, y las desigualdades de género en el salario, cargos y poder dentro del trabajo remunerado^{66,67}. El acceso por parte de muchas mujeres a trabajos a tiempo parcial contribuye a perpetuar las desigualdades de género en el reparto de roles; además, está ampliamente documentado que los trabajos a tiempo parcial tiene peores condiciones de trabajo, están peor pagados no sólo en términos absolutos sino de precio por hora, limitan las perspectivas de promoción, dificultan que las mujeres ocupen puestos de decisión, reducen las pensiones de jubilación y en España están asociados a la inestabilidad laboral^{68,69}.

Recomendaciones de la Comisión.

Prioridad máxima.

- Aumentar los servicios públicos para el cuidado de las personas dependientes (población infantil y discapacitada), y facilitar el acceso sobre todo para las personas responsables de hogares monoparentales y las de menos recursos, con lo que se fomenta el acceso de las mujeres al mercado de trabajo. Con este objetivo, es prioritaria la eliminación de todas las prestaciones para el cuidado incompatibles con el trabajo asalariado, ampliando la oferta de servicios públicos a la dependencia.
- Sensibilizar sobre las desigualdades de género en el ámbito doméstico y familiar.

Prioridad alta.

- Promover la redistribución equitativa del trabajo familiar y doméstico con medidas tendentes a promover el cambio hacia una sociedad de personas sustentadoras/cuidadoras en igualdad. Para ello urge una reforma de los permisos de maternidad y paternidad para que ambos sean iguales, intransferibles y con la misma parte obligatoria.
- Desincentivar la contratación a tiempo parcial, impulsando a medio plazo la implantación de una jornada laboral máxima de 35 horas/semanales para todas y todos los trabajadores.

- Reforzar las políticas de igualdad de género, evaluando su impacto en salud y garantizando que su aplicación aporte efectos igualmente positivos en todas las clases sociales.
- Prevenir las desigualdades socioeconómicas en el disfrute de permisos para el cuidado de hijos y familiares, y sus determinantes contextuales.

Área 7. Envejecimiento.

Recomendación principal.

Garantizar unas pensiones mínimas que permitan una buena calidad de vida, teniendo en cuenta las diferencias territoriales en el coste de la vida.

Acelerar el cambio cultural de los servicios de protección social a los mayores y sus cuidadores hacia una vocación universal y preventiva, sin limitarse a la atención a la demanda, impulsando la mejora y el desarrollo pleno de la Ley de Dependencia.

Incrementar la oferta de dispositivos residenciales y de asistencia domiciliaria, que permitan a los familiares dedicar al cuidado el tiempo deseado y disponible en cada caso, priorizando el acceso de las personas con mayor necesidad social y económica.

Mejorar la respuesta sanitaria a la dependencia con más y mejores servicios de rehabilitación, sociosanitarios, y de atención domiciliaria.

Aunque la edad es un eje de desigualdad transversal similar a la clase social, al género o a la etnia o país de procedencia, dada la magnitud del problema y la existencia de aspectos específicos, se incluye en esta hoja de ruta el envejecimiento como un capítulo aparte.

El edadismo, que se caracteriza por prejuicios hacia las personas mayores y el proceso de envejecimiento, conlleva prácticas discriminatorias y políticas y prácticas institucionales que perpetúan los estereotipos sobre las personas ancianas⁷⁰. La discriminación o el menosprecio, su bajo nivel de influencia política y comunitaria, las frecuentes situaciones de pobreza o el menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico son variables sociales sobre las que debería actuarse con el fin de reducir las desigualdades sociales en la salud relacionadas con la edad.

Apoyo social y participación.

Está documentado el efecto positivo que la participación y el apoyo social tienen sobre la salud y el bienestar⁷¹. La soledad y el duelo asociado a la pérdida de personas queridas son importantes factores de riesgo para la depresión, el trastorno de salud mental más frecuente entre la población anciana⁷². Como en otras etapas de la vida, la individualización, la soledad y el aislamiento aumentan entre las personas mayores y constituyen un factor añadido de vulnerabilidad social y de salud.

Recomendaciones de la Comisión.

Prioridad máxima.

- Desarrollar entornos físicos y sociales favorecedores de un envejecimiento activo y saludable, velando, entre otras cosas por las buenas condiciones de la vía pública y la eliminación de barreras arquitectónicas.

Prioridad alta.

- Incrementar la detección sistemática y activa de cualquier tipo de discriminación hacia la población mayor por razones de edad, situación de salud o situación social.
- Aumentar la sensibilización social hacia la población mayor y su problemática y crear redes de apoyo social que favorezcan la participación de las personas mayores, por ejemplo redes de detección y apoyo vecinal para ancianos solos.

Prioridad media.

- Fomentar políticas de envejecimiento activo en el plano educativo, cultural, deportivo y laboral, diseñadas para que sean especialmente efectivas en personas de menor nivel socioeconómico.
- Fomentar la participación y representación de las personas mayores – de todos los grupos sociales – en la sociedad y decisiones políticas.

Seguridad económica.

Muchas personas mayores tienen ingresos bajos y viven en viviendas en malas condiciones. Las personas mayores necesitan recursos económicos para tener una vivienda adecuada, con sistemas de regulación de temperatura correctos, poder viajar e implicarse en actividades sociales. La seguridad económica per-

mite a las personas mayores satisfacer las necesidades objetivas que añaden calidad a los años, y disponer de independencia en la toma de decisiones. Numerosos estudios señalan la pobreza como uno de los principales determinantes de la depresión en personas mayores, sobretodo en las mujeres⁷³.

Según datos de Eurostat, España es, después de Reino Unido, el país de la UE-15 con la tasa más alta de riesgo de pobreza entre las personas mayores (28%). Es necesario avanzar hacia niveles de protección social que permitan acceder a estándares de vida adecuados para la salud⁷⁴.

Recomendaciones de la Comisión.

Prioridad máxima.

- Garantizar unas pensiones mínimas que permitan una buena calidad de vida, teniendo en cuenta las diferencias territoriales en el coste de la vida.

Prioridad alta.

- Introducir elementos correctores de los sesgos de género en los sistemas de pensiones (i.e. compensar por número de hijos u otros).
- Impulsar acciones para adecuar las condiciones de la vivienda a la situación de las personas ancianas, especialmente entre las personas de menos recursos e informar sobre las ayudas que pueden percibir por este concepto.

Prioridad media.

- Reconocer el derecho a continuar la vida laboral y a una jubilación diferencial por edad.

Servicios sociales y de atención a la dependencia.

La dependencia es la principal preocupación, causa de sufrimiento y de baja calidad de vida en las personas mayores⁷⁵.

Las documentadas desigualdades según clase social y género en la incidencia y prevalencia de dependencia⁷⁶, junto con las desigualdades socioeconómicas en la capacidad de acceso a recursos privados de cuidado y las desigualdades de género en el reparto de estos cuidados en los hogares⁷⁷, hacen del incremento de fondos y servicios públicos para la atención social a la dependencia, a través de los avances en la implementación de la Ley de Dependencia, una política fundamental para la reducción de las desigualdades sociales en salud en España.

El envejecimiento de la población y el aumento de la dependencia obligan a replantear el diseño de un sistema de salud orientado principalmente a la atención de casos agudos, adecuando las estructuras sanitarias y los modelos asistenciales a estas realidades. La inadecuación actual exige que la población se adapte a la dinámica de las estructuras, y la capacidad adaptativa es menor en los grupos socialmente menos aventajados, con el riesgo de obtener un menor beneficio y una asistencia menos efectiva.

Recomendaciones de la Comisión.

Prioridad máxima.

- Acelerar el cambio cultural de los servicios de protección social a los mayores y sus cuidadores hacia una vocación universal y preventiva, sin limitarse a la atención a la demanda, e impulsar la mejora y el desarrollo pleno de la Ley de Dependencia.
- Incrementar la oferta de dispositivos residenciales y de asistencia domiciliaria, que permitan a los familiares dedicar al cuidado el tiempo deseado y disponible en cada caso, priorizando el acceso de las personas con mayor necesidad social y económica.
- Ampliar y sistematizar el trabajo social y sanitario a domicilio para la adecuación de los servicios a las circunstancias concretas del medio en que viven las personas.
- Mejorar la respuesta sanitaria a la dependencia con más y mejores servicios de rehabilitación, sociosanitarios, y de atención domiciliaria.

Prioridad alta.

- Promover estrategias de apoyo emocional y operativo a las personas cuidadoras.

Prevención de la dependencia y recuperación de la función perdida.

Si bien es necesario reforzar los dispositivos asistenciales para las personas dependientes, hoy día existe suficiente evidencia científica para afirmar que es posible disminuir de forma significativa la incidencia, la prevalencia y la intensidad de la enfermedad, la discapacidad y con ello la dependencia. Por lo tanto, las intervenciones que tengan como objetivo la actuación preventiva, temprana y rehabilitadora deben ocupar un lugar preferente.

Recomendaciones de la Comisión.

Prioridad máxima.

- Aplicar por parte de los equipos de atención primaria la valoración geriátrica integral a las personas ancianas con sospecha de fragilidad y/o pérdida de función para mejorar su abordaje clínico.

Prioridad alta.

- Mejorar el acceso a servicios de rehabilitación y ayudas técnicas para impulsar la recuperación de la función perdida por caídas u otras causas.
- Aumentar el control de la polimedicación entre las personas mayores a nivel de la atención primaria, en especial entre las personas en situación desfavorecida.
- Fomentar el desarrollo de servicios sanitarios y sociales de psicogeriatría, y los dirigidos a la promoción y prevención de la salud mental (talleres de estimulación cognitiva, atención al duelo, etc).

Prioridad media.

- Impulsar la cobertura geriátrica hospitalaria en todas las áreas de salud, con acceso universal a unidades geriátricas de rehabilitación.
- Mejorar la coordinación entre los diferentes profesionales sanitarios que atienden las personas mayores.
- Fomentar los conocimientos para el manejo de problemas geriátricos en todas las unidades hospitalarias con más de un 25% de pacientes atendidos mayores de 70 años.

Parte III. Entornos favorecedores de la salud

Área 8. Entornos físicos acogedores y accesibles

Recomendación principal.

Introducir en la planificación de los entornos la perspectiva de equidad en salud, utilizando los marcos de la evaluación de impacto en salud y de la planificación urbana saludable (que implican la participación ciudadana).

Desarrollar planes de renovación urbanística priorizando según privación socioeconómica, que tengan en cuenta las propuestas de la población para mejorar la calidad del entorno, que no generen procesos especulativos, y que incluyan programas de revisión y reformas de las viviendas.

Los planes, políticas e iniciativas urbanísticas influyen en la salud y bienestar de la población. Vivir en lugares que tengan asegurado el acceso a los bienes básicos, con alta cohesión social, diseñados para promover el bienestar físico y psicológico y protectores del ambiente natural, es esencial para la equidad en salud⁷⁸. También se ha señalado la importancia de las áreas verdes y de esparcimiento y del tiempo pasado en el exterior como determinantes de buena salud⁷⁹. El diseño del entorno de vida debe tener en cuenta las necesidades de la población y especialmente de los colectivos más vulnerables como las personas ancianas o con discapacidades. Los planes y procesos de regeneración urbana han demostrado impactos positivos en la salud de la población⁸⁰.

Las políticas de movilidad también pueden tener impacto en las desigualdades en salud, ya que existe evidencia internacional de mayor exposición a contaminación atmosférica para los hogares y barrios más pobres^{81,82}; y española de mayor mortalidad por tráfico en las provincias de peor nivel socioeconómico⁸³. Otros factores como los asociados al cambio climático también suelen tener más impacto negativo en los grupos más vulnerables. Está demostrado que los efectos de las olas de calor o los extremos de temperatura son mayores entre los grupos de personas más pobres, los ancianos, las personas con peor estado de salud y los niños⁸⁴.

Recomendaciones de la Comisión.

Prioridad máxima.

- Introducir en la planificación de los entornos la perspectiva de equidad en salud, utilizando los marcos de la evaluación de impacto en salud y de la planificación urbana saludable (que implican la participación ciudadana).
- Desarrollar planes de renovación urbanística priorizando según privación socioeconómica, teniendo en cuenta las necesidades de la población y sin generar procesos especulativos que acaben desplazando a la población residente más vulnerable.
- Desarrollar planes locales participativos para mejorar la calidad del entorno en los barrios con mayor privación socioeconómica.

Prioridad alta.

- Desarrollar políticas de movilidad que tengan especialmente en cuenta las necesidades diferentes de desplazamiento y de uso del espacio público de las mujeres, las personas de clases trabajadoras y las personas ancianas.
- Llevar a cabo acciones para mejorar la calidad ambiental relacionada con el tráfico. Se requieren estrategias nacionales, autonómicas y locales y la colaboración del sector privado para realizar mejoras tecnológicas, mejoras en el transporte público y otras medidas, como por ejemplo introducir tasas por el uso de transporte privado.
- Impulsar la creación de áreas verdes y las acciones de reducción de la contaminación atmosférica, acústica y visual, con especial prioridad en los entornos urbanos más desfavorecidos.
- Asegurar una adecuada accesibilidad de la ciudadanía a los bienes básicos. Esto incluye el apoyo y la promoción de los establecimientos comerciales de proximidad (que favorecen además los desplazamientos a pie y las relaciones sociales) y el empleo local, especialmente en zonas desfavorecidas. Las áreas de esparcimiento deben considerarse bienes básicos y es importante garantizar un aprovechamiento eficiente de instalaciones ya disponibles como los centros educativos durante los fines de semana.

Prioridad media.

- Diseñar planes nacionales intergubernamentales sobre el cambio climático, que incorporen el impacto en la equidad en salud de las

acciones sobre las diferentes áreas que pueden verse afectadas (agricultura, transporte, energía, industria, edificios, residuos).

- Incrementar el esfuerzo para garantizar un crecimiento equilibrado entre el entorno urbano y rural con una inversión sostenida en las áreas rurales, de forma que sean lugares atractivos para vivir con oportunidades de trabajo estable e infraestructuras adecuadas (salud, educación, carreteras, transporte público y servicios). Es importante diseñar las políticas a nivel local, ponerlas a prueba en el entorno rural y fomentar la cooperación intermunicipal, así como aprovechar el marco de la vigente estrategia española de desarrollo rural.

Área 9. Acceso a una vivienda digna

Recomendación principal.

Garantizar el acceso a una vivienda digna y adecuada a través de políticas de alquiler a precios asequibles, de prestaciones económicas complementarias, de detección de situaciones de abuso, y de promoción de Vivienda de Protección Oficial con criterios que garanticen el acceso de la población con menos recursos.

El acceso a una vivienda en condiciones adecuadas es un prerrequisito para la salud física y mental. Experiencias internacionales demuestran que las intervenciones que mejoran la calidad y acondicionamiento de las viviendas y las que reducen la segregación residencial pueden reducir las desigualdades en salud^{85,86}.

Sin embargo, en España en la última década, el acceso a la vivienda se ha convertido en uno de los mayores problemas por la espectacular subida del precio de la vivienda y el consiguiente endeudamiento y problemas económicos de las familias en el país con mayor proporción de familias con vivienda en propiedad en Europa. Esta situación podría haberse traducido en un aumento de problemas de salud relacionados con la necesidad de alargar las jornadas laborales para afrontar las elevadas hipotecas⁸⁷ o con la vulnerabilidad económica que fuerza a la población trabajadora a aceptar duras condiciones de trabajo en un contexto de paro creciente. Otros efectos con potencial impacto en salud de los precios altos han sido también un aumento de la segregación socioeconómica y por origen entre barrios, y el retraso de la transición a la vida adulta entre los jóvenes, con consecuencias en su salud social entendida, entre otros, a través de indicadores como la decisión de vivir en pareja o de tener descendencia. Vivir para pagar una vivienda se ha convertido en la realidad material de muchas familias⁸⁸, amenazando la posibilidad de satisfacer otros derechos.

Recomendaciones de la Comisión.

Prioridad máxima.

- Impulsar políticas de alquiler de viviendas dignas a precios asequibles, con especial atención a las personas de clases más desfavorecidas; tanto aumentando la disponibilidad de viviendas, como introduciendo prestaciones económicas complementarias para el alquiler.
- Controlar el precio de compra y de los alquileres de las viviendas para evitar los precios abusivos, e implantar estrategias para detectar y actuar contra las situaciones de abuso por parte de los arrendadores: acoso inmobiliario, desalojamiento o discriminaciones en el acceso.
- Promover las viviendas de protección oficial (VPO), tanto de venta como de alquiler, liberando suelo de propiedad municipal, y revisando los criterios de acceso para garantizar su aprovechamiento por parte de la población con menos recursos.
- Incluir en los planes de rehabilitación de áreas urbanas desfavorecidas programas de revisión y reformas de las viviendas.

Prioridad alta.

- Garantizar el acceso a electricidad, agua, saneamiento, sistemas adecuados de climatización en los hogares que no deben depender de la capacidad de pago y mantener un estricto control público sobre los precios del agua y de la energía.
- Prevenir la segregación socioeconómica y la formación de áreas “gueto” a través de una distribución adecuada de la vivienda protegida en todos los municipios y barrios.

Prioridad media.

- Promover acciones para garantizar edificios accesibles para todos con ascensores, rampas, señalización adecuada, barandillas en las escaleras y áreas de descanso con sillas cómodas.

Área 10. Entornos favorecedores hábitos saludables

Recomendación principal.

Promover planes comunitarios de reducción de las desigualdades en la salud mediante la participación de la ciudadanía, los profesionales

de los servicios sanitarios y sociales, y otros posibles agentes con implicaciones para la salud. Estos planes deben desarrollar este proceso participativo en todas sus fases, desde el momento de su diseño. Impulsar estrategias sistemáticas para garantizar escuelas seguras, no violentas, que promueven la alimentación saludable, la actividad y el ejercicio físico, la salud sexual y la prevención del consumo de drogas y de las lesiones de tráfico. Se deben centrar en los aspectos estructurales para conseguir que los estilos de vida saludables de la comunidad escolar se conviertan en la opción más fácil.

Promover en todos los barrios áreas en las que se pueda realizar actividad física para todos los grupos de edad, teniendo en cuenta las necesidades de los diferentes colectivos, implantando, por ejemplo, programas dirigidos a las familias para facilitar la compaginación de la vida laboral y familiar.

Los hábitos relacionados con la salud no son simplemente el resultado de decisiones individuales libres sino que están determinados en buena medida por el entorno físico y social⁸⁹. Por este motivo los programas de promoción de salud deben prestar mayor atención a estos determinantes estructurales, contemplar las especificidades de género y clase social y ser participativos.

La actividad física en el tiempo de ocio es menos frecuente entre los grupos de bajo nivel socioeconómico y entre las mujeres⁹. Hasta ahora, buena parte de las intervenciones de salud pública dirigidas a aumentar la actividad y el ejercicio físico, como las campañas de comunicación o la prescripción desde la atención primaria se han centrado en promover cambios individuales de la conducta. Sin embargo, este tipo de intervenciones consigue el cambio de conducta de una parte pequeña de la población (y en una mayor proporción entre las personas más favorecidas) y además el cambio no suele mantenerse a largo plazo⁹⁰.

La calidad y el acceso a una alimentación saludable también están determinadas, en buena medida, por el entorno. Las familias que viven en barrios de bajo nivel socioeconómico experimentan dificultades para comprar alimentos saludables. Entre las barreras para mantener una dieta saludable destacan los precios⁹¹, la escasez de establecimientos de verduras y frutas en algunos barrios, los conocimientos culinarios y el tiempo disponible para cocinar. Las poblaciones con bajos ingresos consumen menos frutas y verduras y la obesidad infantil es más frecuente en las familias de bajo nivel educativo⁹².

Las desigualdades de clase social en el consumo de tabaco están aumentando entre las cohortes más jóvenes en España tanto en hombres como en mujeres⁹. La publicidad influye intensamente en los jóvenes y los publicistas del tabaco han adoptado la táctica de dirigirse específicamente a

zonas desfavorecidas con promociones de tabaco. El aumento de los precios del tabaco es la medida poblacional más coste-efectiva, y lo es, también, desde la perspectiva de la equidad⁹³.

La prevalencia de abuso de alcohol es superior entre los hombres. Sin embargo, el impacto sobre la salud y el estigma social asociado al consumo de alcohol es superior en las mujeres. El consumo abusivo de alcohol se asocia con frecuencia a situaciones estructurales como las condiciones de vida y de trabajo duras. La mortalidad directamente atribuible al alcohol es más elevada en las zonas y barrios más pobres⁹⁴. Igual que en el caso del tabaco, las medidas más efectivas para reducir el consumo son el aumento del precio⁹⁵ y la limitación al acceso.

Las desigualdades económicas, sociales y culturales también dan lugar a desigualdades en la salud sexual y reproductiva. Las desigualdades se evidencian, principalmente, en el acceso económico y territorial a la contracepción, a la anticoncepción de emergencia y al aborto⁹⁶. Las tasas de embarazo adolescente son mucho más elevadas entre las jóvenes con menos estudios, las inmigradas y las residentes en barrios y zonas más desfavorecidas⁹⁷. Tener hijos en la adolescencia reduce las oportunidades educativas y laborales de la madre y el padre y aumenta los riesgos de bajo peso al nacer y de mortalidad infantil, reduce la prevalencia de lactancia materna y predispone a que las hijas se conviertan a su vez en madres adolescentes.

En este capítulo se identifican políticas estratégicas dirigidas a la reducción de desigualdades en diferentes entornos: los centros educativos, los centros de trabajo y los barrios.

Centros educativos.

Recomendaciones de la Comisión.

Prioridad máxima.

- Impulsar estrategias sistemáticas para garantizar escuelas seguras, no violentas, que promueven la alimentación saludable, la actividad y el ejercicio físico, la salud sexual y la prevención del consumo de drogas y de las lesiones de tráfico. Se deben centrar en la mejora de la estructura física y social para conseguir que las conductas saludables se conviertan en la opción más fácil para la comunidad escolar.
- Facilitar becas de comedor escolar de acuerdo con las necesidades de las familias.

y Ver Capítulo 2 del informe completo, “ Los determinantes sociales de las desigualdades en salud en España”

Prioridad alta.

- Facilitar actividades en patios escolares y preescolares que promuevan el juego y la actividad al aire libre, tanto en horarios escolares, aumentando el número de horas de educación física, como en extraescolares.
- Supervisar la calidad de la comida en la escuela, restringiendo el acceso a productos poco saludables en cafeterías y máquinas expendedoras.
- Impulsar programas de educación sexual en el currículo escolar que tengan en cuenta las desigualdades de género, clase social y país de origen con el fin de garantizar la equidad y la efectividad.

Prioridad media.

- Impulsar la implicación de las familias en todos los programas de promoción de la salud realizados en el entorno escolar.

Centros de trabajo.

Recomendaciones de la Comisión.

Prioridad máxima.

- Facilitar el acceso al trabajo en transporte público, en bicicleta o a pie, para fomentar la equidad social y de género no sólo en la actividad física, sino también en el propio acceso al trabajo.
- Facilitar la conciliación de la vida laboral con la vida familiar y personal, y racionalizar horarios y jornadas, como instrumento fundamental para generar tiempo y motivar la adopción de conductas saludables.

Prioridad alta.

- Garantizar la disponibilidad de comidas saludables a precios accesibles en los centros de trabajo con comedor laboral.

Prioridad media.

- Favorecer que las cafeterías de los centros de trabajo o las máquinas expendedoras, si las hay, ofrezcan alimentos saludables y no sean una vía de acceso a otros insaludables.

- Propiciar el uso de escaleras y desmotivar el de los ascensores al diseñar los edificios.

Barrios y municipios.

Recomendaciones de la Comisión.

Prioridad máxima.

- Promover planes comunitarios de reducción de las desigualdades en la salud mediante la participación de la ciudadanía, los profesionales de los servicios sanitarios y sociales, y otros posibles agentes con implicaciones para la salud. Estos planes deben desarrollar este proceso participativo en todas sus fases, desde el momento de su diseño.
- Promover en todos los barrios la existencia de áreas en las que se pueda realizar actividad física para las personas de todos los grupos de edad, teniendo en cuenta las necesidades de los diferentes colectivos, implantando, por ejemplo, programas dirigidos a las familias para facilitar la compaginación de la vida laboral y familiar.

Prioridad alta.

- Potenciar zonas 30 y ‘camino escolares’ alrededor de las escuelas, principalmente en los barrios más desfavorecidos para que la población infantil y adolescente pueda ir a la escuela a pie o en bicicleta.
- Incrementar la disponibilidad de frutas, verduras y productos de bajo contenido en grasas y densidad energética en los supermercados y tiendas de barrios de bajo nivel socioeconómico.

Prioridad media.

- Instalar escaleras mecánicas y rampas en barrios con pendientes acusadas.
- Atender las necesidades de salud de las personas que se prostituyen y perseguir la explotación sexual.

Parte IV. Servicios sanitarios

Área 11. Un sistema sanitario que no causa desigualdad

Recomendación principal.

Asegurar la correcta aplicación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en situación de Dependencia.

Garantizar la plena universalización de la atención sanitaria para todos los residentes en España, con una cobertura del 100%.

Incluir en todos los Planes de Salud y Planes Directores estatales, autonómicos y locales objetivos específicos de disminución de las desigualdades en el estado de salud y en el acceso, calidad y efectividad de los servicios sanitarios.

Mejorar el acceso y reducir los costes para la población con menos recursos de prestaciones sanitarias preventivas y curativas incluíbles: ej. salud bucodental, rehabilitación, ayudas visuales y auditivas, fármacos, tratamiento antitabáquico, métodos anticonceptivos.

A pesar de que el sistema sanitario no es el principal determinante de la salud de la población, es necesario incorporar en sus objetivos el abordaje de las desigualdades sociales en salud. Ello es así ya que, por un lado puede mitigar parte del efecto de otros determinantes de las desigualdades en salud, pero además los servicios sanitarios también podrían contribuir a producirlas, introduciendo desigualdades sociales en la atención sanitaria⁹⁸. Los responsables del sistema sanitario también pueden actuar como catalizadores de los cambios en el resto de las políticas del gobierno, como impulsores de los esfuerzos multisectoriales para la equidad a nivel local, y como ejemplo de buenas prácticas empresariales en áreas de impacto en la equidad.

Desigualdades en las necesidades de atención.

Existen desigualdades sociales en las necesidades de atención sanitaria. La equidad en los servicios sanitarios debería reflejarse en que los grupos sociales más desfavorecidos, que presentan más problemas de salud, utilicen más los servicios sanitarios, de acuerdo con su mayor necesidad. En este sentido hay que reconocer el papel positivo jugado en nuestra sociedad por el Sistema Nacional de Salud, por sus características de financiación por impuestos y uso según demanda.

Debe vigilarse para que no se produzca la “ley de atención inversa” (reciben más / mejor quienes menos necesitan) y actuar cuando se esté produciendo. Por ejemplo, las ecuaciones de riesgo basadas exclusivamente en factores clínicos para determinar la prescripción de tratamientos preventivos subestiman el riesgo cardiovascular de las personas de menor nivel socioeconómico⁹⁹.

Recomendaciones de la Comisión.

Prioridad máxima.

- Incluir en todos los Planes de Salud y Planes Directores estatales, autonómicos y locales objetivos específicos de disminución de las desigualdades en el estado de salud y en el acceso, calidad y efectividad de los servicios sanitarios.
- Promover la participación e incorporación de los puntos de vista de la ciudadanía y personas usuarias en los procesos de toma de decisión del Sistema de Salud, empezando por el nivel local.

Prioridad alta.

- Incorporar como objetivos prioritarios de las políticas sanitarias los problemas de salud más importantes en grupos poblacionales sujetos a desigualdad social (clase, edad, género, etnia, discapacidad).
- Los procesos de toma de decisiones en salud (priorización de problemas para la elaboración de planes, determinación de necesidades, distribución de recursos, etc.) deben incluir el criterio de equidad social, y en ocasiones se deberán poner en marcha medidas específicas (ej.: para evitar las barreras de acceso económico) dirigidas a grupos concretos.

Prioridad media.

- Avanzar hacia mecanismos de financiación territorial de los servicios según necesidad, que conlleven mayor dotación presupuestaria a mayor desventaja socioeconómica y de salud.

Desigualdades en los cuidados informales de los problemas de salud.

Los cuidados informales son una importante fuente de desigualdad social (de género, de clase y de etnia) ya que, en un entorno de escasez de servicios públicos de calidad para la atención a las personas que necesitan cuidados de otras, los grupos más favorecidos tienen mayor acceso a servicios de cui-

dado privados (sean profesionales o no), mientras que los grupos desfavorecidos siguen dependiendo de su red informal de atención, constituida mayoritariamente por mujeres. Además, los servicios de cuidado privados suelen recaer en mujeres inmigradas que se enfrentan a condiciones de empleo y trabajo muy desfavorecidas.

El cuidado informal puede tener impacto negativo en la salud de las personas que cuidan^{100,101}, cosa que debe prevenirse. La responsabilidad de cuidar es pública y social (no exclusivamente individual ni familiar) y por lo tanto se debe compartir el coste de cuidar entre los diversos grupos y miembros de la sociedad, tanto hombres como mujeres.

Prioridad máxima.

- Asegurar la correcta aplicación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en situación de Dependencia, y potenciar la oferta de servicios públicos de calidad para cubrir las necesidades de las personas dependientes y cuidadoras, especialmente en los grupos más desfavorecidos y con mayor riesgo de empobrecimiento y exclusión laboral y social.

Prioridad alta.

- Fomentar colaboraciones en materia sociosanitaria y velar por la coordinación entre los servicios de salud, servicios sociales y el "tercer sector".

Prioridad media.

- Ofrecer servicios "de respiro" a las personas cuidadoras, priorizando los grupos con mayor riesgo de empobrecimiento y de exclusión laboral y social.
- Formar a las y los profesionales sanitarios en la atención a personas dependientes y sus cuidadores/as para sensibilizarlos sobre las necesidades de las personas cuidadoras, conseguir una mayor corresponsabilidad de las personas del entorno (en especial, los varones) y aconsejar sobre los recursos comunitarios existentes para dar apoyo a las tareas de cuidado.

Desigualdades en el acceso y la calidad de la atención sanitaria.

Es prioritario garantizar el derecho a acceder al sistema sanitario público por parte de toda la población residente, en lo que en España se ha avanzado de manera decisiva gracias a la Ley General de Sanidad de creación del

Sistema Nacional de Salud. En el caso de la población extranjera, se ha garantizado el derecho a la asistencia aunque persisten barreras, como se describe en la página 23.

Por otro lado, en el concepto de “acceso a la atención” se debe incluir el acceso a procesos diagnósticos y a tratamientos. En este sentido, se han descrito desigualdades sociales en la accesibilidad geográfica, la económica, la cultural y ligada a la capacidad funcional.

Los sistemas de salud en los que la Atención Primaria tiene un rol central consiguen mayor nivel de salud de la población y menos desigualdades¹⁰². La Atención Primaria debe ser la principal puerta de entrada al sistema, debe ofrecer una atención continuada a lo largo de la vida de las personas, centrada en la persona y no en la enfermedad, y debe estar coordinada con los recursos del sistema que el paciente requiera en su proceso de atención. Se ha documentado el uso diferencial de la atención primaria y la atención especializada según posición socioeconómica por una sobreutilización de la atención especializada por parte de las personas de las clases sociales más privilegiadas¹⁰³, lo cual podría repercutir en unas mayores listas de espera y tiempos de resolución para las personas de las clases sociales menos privilegiadas. Por otro lado, teniendo en cuenta que en España conviven el sistema sanitario público y la atención sanitaria privada, debe evitarse que ésta última pueda tener consecuencias negativas sobre el sector público; por ejemplo, si las condiciones de trabajo del sistema público son peores que las del sector privado, puede producirse un desplazamiento de los mejores profesionales hacia el sector privado.

Recomendaciones de la Comisión.

Prioridad máxima.

- Garantizar la plena universalización de la atención sanitaria para todos los residentes en España, con una cobertura del 100% y sin discriminación en función del tipo de afiliación a la Seguridad Social.
- Ampliar la cobertura pública de prestaciones que actualmente son deficitarias (ej.: bucodental, rehabilitación, ayudas visuales y auditivas) priorizando, según criterios de equidad, aquellos procesos que, por su prevalencia e ineludibilidad, provocan en mayor medida el recurso al sistema privado por parte de población con recursos limitados.
- Evitar que las áreas socioeconómicamente menos favorecidas o los grupos sociales más desfavorecidos tengan menos servicios y/o de peor calidad que las más ricas. Las infraestructuras preferentemente deberían ser de propiedad y gestión públicas.

- Reducir las barreras administrativas al empadronamiento y a la consecución de la tarjeta sanitaria en todos los centros sanitarios, actuando sobre los requisitos legales y vigilando las inequidades en las prácticas locales.

Prioridad alta.

- Aumentar los recursos y la orientación del sistema sanitario hacia la Atención Primaria de Salud. Avanzar asimismo en la orientación comunitaria de la atención primaria, reconociendo y fomentando la participación de los profesionales en actividades y dinámicas interdisciplinarias de acción comunitaria.
- Asegurar una adecuada dotación de servicios de salud mental tanto diagnósticos como terapéuticos.
- Eliminar barreras físicas y de transporte para el acceso a los centros y servicios sanitarios (incluidas pruebas diagnósticas y tratamientos) de colectivos con especial dificultad (ej: discapacitados, etc.).
- Proporcionar servicios adaptados a la población (por ejemplo en términos de competencia cultural, en horarios) con especial atención a grupos en situación de vulnerabilidad. Ampliar los servicios de captación en la calle y en domicilios de población no atendida (usuarios de drogas, enfermos mentales, etc.) así como los servicios de reducción de daños.

Prioridad media.

- Potenciar la implicación de los profesionales sanitarios en la calidad de los servicios públicos (gestión de servicios, formación, condiciones de trabajo, etc.) con especial énfasis en la eliminación de las desigualdades.
- Vigilar por la existencia de buenos criterios de acreditación de la calidad de los proveedores de servicios sanitarios y reforzar las políticas evaluadoras, incorporando criterios de equidad.
- Informar a las potenciales personas usuarias sobre sus derechos a la asistencia, y mejorar la divulgación y conocimiento de los derechos del paciente.

Desigualdades debidas a los costes de la atención sanitaria para el usuario.

El pago que representa la atención a los problemas de salud puede no ser asumible o bien representar una importante carga para las personas de los

grupos más desfavorecidos. Éste es un aspecto fundamental a tener en cuenta desde la perspectiva de la equidad. El sistema sanitario público español es uno de los que menos desigualdades en el acceso económico produce, ya que tiene una amplia cobertura de servicios para toda la población, pero en determinadas áreas, como la salud bucodental y la atención a la salud mental, o el acceso a medicamentos (bien por no estar cubiertos, bien por el copago requerido a la población activa), pueden existir dificultades de acceso económico que acaban determinando desigualdades sociales en salud.

En relación con los mecanismos de copago en la atención sanitaria, hay evidencia de que éste reduce tanto la demanda necesaria como la innecesaria, y que tiende a afectar la salud y la economía de una forma sesgada: las repercusiones son más negativas para las personas con menos ingresos y las de grupos sociales más desfavorecidos¹⁰⁴.

Recomendaciones de la Comisión.

Prioridad máxima.

- Mejorar el acceso a medicamentos gratuitos a aquellas personas en situación más desfavorecida.
- Desaconsejar el recurso al copago como instrumento para paliar los problemas de financiación de la atención sanitaria, por sus impactos regresivos en la equidad económica y en salud.

Prioridad media.

- Incluir la evaluación de los costes secundarios (desplazamientos, acompañamientos, y especialmente los costes de cuidado informal) en la evaluación de políticas, servicios y tecnologías sanitarias, en especial en todas aquellas actuaciones dirigidas a las personas con enfermedades crónicas, procesos discapacitantes, de larga duración o en situación terminal.
- Tener en cuenta el porcentaje que representa el gasto sociosanitario respecto a la renta familiar disponible o respecto a los ingresos de las personas en el análisis de los costes sanitarios.

Desigualdades en las prácticas preventivas y promoción de conductas saludables.

Se ha documentado la efectividad del consejo médico en diferentes conductas relacionadas con la salud, así como la existencia de desigualdades de género o de clase en el uso de servicios sanitarios en relación con conductas

adictivas. Las intervenciones para promover conductas saludables en la atención sanitaria deben ser diseñadas y evaluadas bajo la perspectiva de la equidad, para evitar que la efectividad sea menor en los grupos sociales más desfavorecidos y con mayor prevalencia de conductas de riesgo¹⁰⁵.

Del mismo modo, las importantes desigualdades socioeconómicas en la salud sexual y reproductiva hacen necesarias políticas para mejorar el acceso económico y territorial a los servicios de planificación familiar y tratamientos de anticoncepción¹⁰⁶.

Recomendaciones de la Comisión.

Prioridad máxima.

- Incorporar sistemáticamente el consejo y tratamiento antibiótico en la atención primaria de salud, sobre todo en los centros de las áreas menos favorecidas, teniendo en cuenta la perspectiva de género y clase social, así como las diferencias culturales relacionadas con el país de origen.
- Facilitar el acceso territorial a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como a los preservativos, a otros métodos contraceptivos, a la anticoncepción de emergencia y a la interrupción voluntaria del embarazo.

Prioridad alta.

- Reducir las barreras en el acceso al tratamiento del abuso de alcohol a las personas en exclusión social, atendiendo pacientes sin cita previa o en estado de intoxicación.
- Impulsar intervenciones para prevenir la obesidad infantil que consideren los factores del entorno, socioeconómicos, culturales y de género para conseguir mayor efectividad en los grupos sociales más desfavorecidos.

Prioridad media.

- Sensibilizar y formar a los profesionales de atención primaria para la detección del abuso de alcohol, especialmente entre las mujeres.
- Promover la lactancia materna desde los servicios sanitarios con intervenciones especialmente diseñadas para mujeres de menor nivel socioeconómico y priorizadas en áreas más desfavorecidas.

Impacto del sistema sanitario sobre los determinantes sociales de las desigualdades.

Los servicios sanitarios, además de proporcionar atención sanitaria a la población, desarrollan un importante papel social como empleador, comprador de insumos y servicios, generador de residuos, etcétera. En todos estos aspectos, los servicios sanitarios pueden tener impactos positivos y negativos en la salud de la población y en las desigualdades. Es una oportunidad y un reto para el sistema sanitario, el erigirse como ejemplo de buenas prácticas para la equidad en salud en estas áreas, demostrando su factibilidad y despertando el interés de otros sectores y del propio personal a trabajar para la equidad.

Recomendaciones de la Comisión.

Prioridad alta.

- Garantizar condiciones de empleo y trabajo dignas y justas a todas las categorías profesionales, incluyendo los trabajadores de las empresas contratadas.

Prioridad media.

- Evaluar el impacto de las políticas de gestión de los centros sanitarios en la salud de la población y en sus determinantes.

Parte V. Infomación, vigilancia, investigación y docencia

Área 12. Información, vigilancia y evaluación.

Recomendación principal.

Establecer una red estatal de vigilancia de la equidad con información sobre indicadores de determinantes sociales, y de desigualdad en salud y en la atención sanitaria, y difundirlos periódicamente a sectores gubernamentales y de la sociedad civil.

La puesta en marcha y el desarrollo de intervenciones para disminuir las desigualdades en la salud precisan de una red de vigilancia continuada sobre la situación y evolución de estas desigualdades. Esta red de vigilancia contribuirá a que: 1) las desigualdades sociales en salud y sus determinantes se hagan visibles en todos los niveles de la toma de decisiones, en los diversos ámbitos de los servicios y administraciones involucradas, y en la sociedad en general, 2) los servicios puedan adecuarse a las necesidades de los distintos grupos de población, 3) se lleve a cabo la evaluación de la efectividad y la eficiencia de las intervenciones para reducir las desigualdades en salud, 4) se ponga en marcha la evaluación del impacto en salud de políticas públicas tanto del sector sanitario como del no sanitario y 5) se determinen las necesidades de investigación en este campo.

Para nutrir esa red de vigilancia se hace necesario que los sistemas de información contengan las variables sociales que se corresponden con el marco conceptual de las desigualdades en salud y no únicamente las variables relacionadas con el sector sanitario. Además, los sistemas de información sanitaria deberían poder ser analizados teniendo en cuenta los distintos ejes de desigualdad: clase social, género, edad, etnia o estatus migratorio, área de residencia, etc. En el Estado español la mayoría de sistemas de información (estadísticas vitales, registros de enfermedades, etc.) no permiten analizar los datos por clase social.

La red de vigilancia precisa poner en marcha un sistema de difusión que permita que la información sobre las desigualdades sociales en salud y sobre sus factores determinantes llegue a los diversos ámbitos y niveles de la toma de decisiones en todas las áreas relacionadas con las desigualdades en salud, así como a los grupos de la sociedad civil y la sociedad en general. Además, es importante involucrar a la comunidad en la vigilancia de las desigualdades en salud de su área de residencia, así como a los colectivos más desfavorecidos o excluidos.

Recomendaciones de la Comisión.

Prioridad máxima.

- Establecer una red estatal de vigilancia de la equidad con información sobre indicadores de determinantes sociales y de desigualdad en salud y en la atención sanitaria, y difundirlos periódicamente a sectores gubernamentales y a la sociedad civil.

Prioridad alta.

- Impulsar la evaluación del impacto en la salud y en las desigualdades en la salud de las políticas públicas tanto del sector sanitario como del no sanitario.

Prioridad media.

- Promover la creación, desarrollo e implementación de sistemas de vigilancia globales de la equidad por parte de la OMS y la Unión Europea.

Área 13. Investigación

Recomendación principal.

Dedicar presupuesto por parte de las agencias financiadoras para fomentar la investigación sobre la evidencia y las causas de las desigualdades en salud y en la atención sanitaria, así como sobre la efectividad de las intervenciones para reducirlas.

Se necesita investigar sobre las causas de las desigualdades en salud y también sobre qué tipo de intervenciones funcionan mejor para reducir el problema. La mayoría de los fondos de financiación y de la investigación sobre la salud es de tipo biomédico, existiendo mucha menos prioridad respecto a la investigación sobre los determinantes sociales de la salud¹⁰⁷. Fomentando la investigación que evalúe la efectividad de políticas sanitarias y no sanitarias en la reducción de las desigualdades se puede favorecer la puesta en marcha y la difusión de buenas prácticas.

Recomendaciones de la Comisión.

Prioridad máxima.

- Dedicar presupuesto por parte de las agencias financiadoras para fomentar la investigación sobre la evidencia y las causas de las desigualdades en salud y en la atención sanitaria, así como sobre la efectividad de las intervenciones para reducirlas.

Prioridad alta.

- Promover la evaluación y difusión de la evidencia sobre las intervenciones para reducir las desigualdades en salud.
- Impulsar y apoyar la continuidad por parte de las agencias financiadoras de líneas estratégicas de investigación sobre los determinantes de las desigualdades en salud con perspectiva de género (sin sesgos) y que incluyan a las poblaciones más excluidas.

Prioridad media.

- Incorporar las desigualdades sociales en salud como línea transversal en la investigación en salud y en servicios sanitarios.

Área 14. Docencia

Recomendación principal.

Incorporar el conocimiento sobre los determinantes sociales de la salud como una parte obligatoria de la formación pre y postgrado en las carreras de ciencias de la salud, y en la formación continuada de los profesionales sanitarios, incluidos planificadores y gestores de servicios.

La agenda de las desigualdades sociales de la salud es fundamentalmente política y por lo tanto requiere de acción política. Para poderla llevar a cabo es necesario que los distintos actores implicados tengan la formación adecuada, como por ejemplo los responsables políticos, las personas que planifican, los trabajadores y trabajadoras de la salud y los estudiantes de salud. Además, también es necesario fomentar la formación de otros profesionales relacionados con los determinantes sociales de la salud (como por ejemplo profesionales del urbanismo, la economía, la sociología, etc.), los representantes sindicales y la sociedad civil.

La formación de los profesionales de la salud ha sido sobre todo biomédica y con muy poco contenido sobre los determinantes sociales de la salud. Dicha formación es fundamental para aumentar la sensibilidad del conjunto del colectivo sanitario al enfoque de desigualdades, así como para disponer de profesionales que se dediquen específicamente a la investigación y acción sobre este tema.

Recomendaciones de la Comisión.

Prioridad máxima.

- Incorporar el conocimiento sobre los determinantes sociales de la salud como una parte obligatoria de la formación de pre y postgrado en las carreras de ciencias de la salud, y en la formación continuada de los profesionales sanitarios, incluidos planificadores y gestores de servicios.

Prioridad alta.

- Sensibilizar sobre la importancia de los determinantes sociales de la salud a la población general y a los profesionales no sanitarios.

Prioridad media.

- Capacitar a los responsables de la planificación, organización y toma de decisiones políticas de los gobiernos sobre la importancia de llevar a cabo evaluaciones del impacto en las desigualdades en salud de las distintas políticas llevadas a cabo en un territorio.

Política e intervenciones prioritarias desde el sector de salud

Tras obtener las recomendaciones de los diferentes grupos de trabajo, y para responder al mandato de identificar intervenciones iniciables desde el ámbito de salud, la Comisión priorizó las políticas cuyo desarrollo implica en primer término los servicios sanitarios y de salud pública. Para ello, tras haberlas identificado dentro del conjunto de las recomendaciones del documento, cada miembro de la Comisión seleccionó a 10 de ellas. Las políticas con más de un voto fueron posteriormente agrupadas en dos listas ordenadas por prioridad: una con 20 políticas iniciables desde la salud pública, y otra con 15 dirigidas a los servicios sanitarios (algunas políticas se encuentran en ambos listados).

Políticas e intervenciones prioritarias desde la salud pública

1. Establecer una red estatal de vigilancia de la equidad con información sobre indicadores de determinantes sociales, y de desigualdad en salud y en la atención sanitaria, y difundirlos periódicamente a sectores gubernamentales y de la sociedad civil.
2. Impulsar la evaluación del impacto en la salud y en las desigualdades en la salud de las políticas públicas tanto del sector sanitario como del no sanitario. (ejemplos: gestión sanitaria, trabajo, economía, dependencia, igualdad, planificación entornos, movilidad, acuerdos internacionales)
3. Elaborar por parte del Ministerio de Sanidad y Política Social, con una periodicidad no superior a cuatro años, un Informe sobre Desigualdades Sociales y Salud en España, con recomendaciones y propuestas de intervención.
4. Crear órganos o comisiones interministeriales con suficiente autoridad delegada y capacidad para: *a*) identificar las actuales áreas y acciones de gobierno (políticas públicas) con mayor incidencia potencial sobre las desigualdades sociales en salud, *b*) identificar y proponer periódicamente acciones de mejora para la reducción de estas desigualdades, y *c*) estimar los recursos necesarios para acometerlas. Similares órganos interdepartamentales deben crearse a nivel autonómico y local.
5. Incluir en todos los Planes de Salud y Planes Directores estatales, autonómicos y locales objetivos específicos de disminución de las desigualdades en el estado de salud y en el acceso, calidad y efectividad de los servicios sanitarios.
6. Incorporar el conocimiento sobre los determinantes sociales de la salud como una parte obligatoria de la formación pre y postgrado en las carreras de ciencias de la salud, y en la formación continuada de los profesionales sanitarios, incluidos planificadores y gestores de servicios.
7. Crear una Comisión de Desigualdades en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
8. Promover planes comunitarios de reducción de las desigualdades en la salud mediante la participación de la ciudadanía, los servicios sanitarios, los servicios sociales y otros posibles agentes con implicaciones para la salud. Estos planes deben desarrollar este proceso participativo en todas sus fases, desde el momento de su diseño.
9. Dedicar presupuesto por parte de las agencias financiadoras para

fomentar la investigación sobre la evidencia y las causas de las desigualdades en salud y en la atención sanitaria, así como sobre la efectividad de las intervenciones para reducirlas.

10. Promover y liderar la orientación de las políticas hacia los determinantes de las desigualdades sociales en salud por parte del Ministerio de Sanidad y Política Social y de los correspondientes departamentos de sanidad o salud de los gobiernos autonómicos y locales. Para ello es necesario no sólo la voluntad política, sino también disponer de recursos necesarios y personal capacitado para llevarlo a cabo.
11. Introducir e impulsar planes y programas de apoyo integral a la infancia que permitan un seguimiento y acompañamiento del proceso de crecer, especialmente para niños y niñas en situación más desfavorecida y en situaciones de riesgo de exclusión, en colaboración entre servicios educativos, sanitarios y sociales, implementando sistemas de detección, atención y estimulación temprana, información y formación a padres, abuelos y cuidadores, y programas domiciliarios, basándose en las experiencias internacionales.
12. Fomentar políticas de envejecimiento activo en el plano educativo, cultural, deportivo y laboral, diseñadas para que sean especialmente efectivas en personas de menor nivel socioeconómico
13. Fomentar las iniciativas de alfabetización y empoderamiento en salud para la población general, y las instituciones que permitan la participación efectiva de ciudadanos/as y usuarios/as en el sistema sanitario. En ambas políticas debe velarse por la inclusión preferente de los sectores más desfavorecidos.
14. Sensibilizar sobre la importancia de los determinantes sociales de la salud a la población general y a los profesionales no sanitarios.
15. Introducir en la planificación de los entornos la perspectiva de equidad en salud, utilizando los marcos de la evaluación de impacto en salud y de la planificación urbana saludable (que implican la participación ciudadana).
16. Impulsar estrategias sistemáticas para garantizar escuelas seguras, no violentas, que promueven la alimentación saludable, la actividad y el ejercicio físico, la salud sexual y la prevención del consumo de drogas y de las lesiones de tráfico. Se deben centrar en la mejora de la estructura física y social para conseguir que los estilos de vida saludables de la comunidad escolar se conviertan en la opción más fácil.
17. Garantizar la plena universalización de la atención sanitaria para todos los residentes en España, con una cobertura del 100% y sin discriminación en función del tipo de afiliación a la Seguridad Social.
18. Revisar el actual marco de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y

Enfermedades Profesionales para garantizar una correcta atención de todos los problemas de salud relacionados con el trabajo, tanto desde el punto de vista de la asistencia médica como de la prevención de riesgos laborales.

19. Los procesos de toma de decisiones en salud (priorización de problemas para la elaboración de planes, determinación de necesidades, distribución de recursos, etc.) deben incluir el criterio de equidad social, y en ocasiones se deberán poner en marcha medidas específicas (ej.: para evitar las barreras de acceso económico) dirigidas a grupos concretos.
20. Garantizar condiciones de empleo y trabajo dignas y justas a todas las categorías profesionales del sector salud, incluyendo los trabajadores de las empresas contratadas.

Políticas e intervenciones prioritarias desde los servicios sanitarios

1. Incluir en todos los Planes de Salud y Planes Directores estatales, autonómicos y locales objetivos específicos de disminución de las desigualdades en el estado de salud y en el acceso, calidad y efectividad de los servicios sanitarios.
2. Incorporar el conocimiento sobre los determinantes sociales de la salud como una parte obligatoria de la formación pre y postgrado en las carreras de ciencias de la salud, y en la formación continuada de los profesionales sanitarios, incluidos planificadores y gestores de servicios.
3. Crear una Comisión de Desigualdades en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
4. Evitar que las áreas socioeconómicamente menos favorecidas o los grupos sociales más desfavorecidos tengan menos servicios y/o de peor calidad que las más ricas. Las infraestructuras preferentemente deberían ser de propiedad y gestión públicas.
5. Ampliar la cobertura pública de prestaciones que actualmente son deficitarias (ej.: bucodental, rehabilitación, ayudas visuales y auditivas) priorizando, según criterios de equidad, aquellos procesos que, por su prevalencia e ineludibilidad, provocan en mayor medida el recurso al sistema privado por parte de población con recursos limitados.
6. Mejorar la respuesta sanitaria a la dependencia con más y mejores servicios de rehabilitación, sociosanitarios, y de atención domiciliaria.

7. Garantizar la equidad en el acceso y calidad de los servicios sanitarios empezando por el embarazo e infancia. Promover una atención multidimensional a las mujeres embarazadas (nutrición, educación para salud y acceso a recursos sociales y económicos adecuados), y favorecer la implementación de medidas de intervención con evidencia demostrada como la lactancia materna los primeros 6 meses de vida, con particular énfasis en las mujeres en situación más vulnerable.
8. Fomentar las iniciativas de alfabetización y empoderamiento en salud para la población general, y las instituciones que permitan la participación efectiva de ciudadanos/as y usuarios/as en el sistema sanitario. En ambas políticas debe velarse por la inclusión preferente de los sectores más desfavorecidos.
9. Garantizar la plena universalización de la atención sanitaria para todos los residentes en España, con una cobertura del 100% y sin discriminación en función del tipo de afiliación a la Seguridad Social.
10. Desaconsejar el recurso al copago como instrumento para paliar los problemas de financiación de la atención sanitaria, por sus impactos regresivos en la equidad económica y en salud.
11. Vigilar por la existencia de buenos criterios de acreditación de la calidad de los servicios de los proveedores de servicios sanitarios y reforzar las políticas evaluadoras incorporando criterios de equidad.
12. Mejorar el acceso y calidad de la atención psicológica, sanitaria y/o educativa para menores con déficits físicos, cognitivos o sensoriales.
13. Los procesos de toma de decisiones en salud (priorización de problemas para la elaboración de planes, determinación de necesidades, distribución de recursos, etc.) deben incluir el criterio de equidad social, y en ocasiones se deberán poner en marcha medidas específicas (ej.: para evitar las barreras de acceso económico) dirigidas a grupos concretos.
14. Garantizar condiciones de empleo y trabajo dignas y justas a todas las categorías profesionales del sector salud, incluyendo los trabajadores de las empresas contratadas.
15. Mejorar el acceso a medicamentos gratuitos a aquellas personas en situación más desfavorecida.

7. Documentos generales consultados

CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization; 2008.

Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. Geneva, World Health Organization; 2006.

Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. Geneva, World Health Organization; 2006.

Benach J, Muntaner C, Santana V, and the Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET). Employment Conditions and Health Inequalities. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2007.

National strategy to reduce social inequalities in health. Oslo: Norwegian Ministry of Health and Care Services; 2007.

Chapter 1: Background to the new Swedish public health policy. Scand J Public Health 2004; 32 (Suppl 64): 6-17.

Chapter 2: The Public Health Objective Bill (Govt. Bill 2002/03:35) - Extended summary. Scand J Public Health 32 (Suppl 64); 2004: 18-59.

Chapter 3: The National Institute of Public Health and Swedish public health policy', Scandinavian Journal of Public Health; 2004:32:6, 60 – 64.

National action plan to reduce health inequalities 2008–2011. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2008.

Fair Society, Healthy Lives – The Marmot Review. London: The Marmot Review; 2010.

8. Referencias bibliográficas

1. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, April 2007.
2. Miguélez F, García T, Rebollo O, Sánchez C, Romero A. Desigualtat i canvi. L'estructura social contemporània. Barcelona: Edicions Proa, 1996.
3. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv.* 1992;22:429-45.
4. Benach J. La desigualdad perjudica seriamente la salud. *Gac Sanit.* 1997; 11: 255-57.
5. Benach J, Muntaner C. Aprender a mirar la salud. Barcelona: El Viejo Topo, 2005.
6. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health. Levelling up (part 1). World Health Organization: Studies on social and economic determinants of population health n° 2, Denmark, 2006.
7. Navarro V, ed. The political and social contexts of health. Amityville: Baywood Publishing, 2004.
8. Marmot M, Commission on Social Determinants of Health. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet.* 2007;370(9593):1153-63.
9. Krieger N. Genders, sexes, and health: what are the connections--and why does it matter? *Int J Epidemiol.* 2003;32(4):652-7.
10. Krieger N. Refiguring "race": epidemiology, racialized biology, and biological expressions of race relations. *Int J Health Serv.* 2000;30(1):211-6.
11. Krieger N, Smith K, Naishadham D, Hartman C, Barbeau EM. Experiences of discrimination: validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health. *Soc Sci Med.* 2005;61(7):1576-96.
12. Cavelaars AE, Kunst AE, Geurts JJ et al. Morbidity differences by occupational class among men in seven European countries: an application of the Erikson-Goldthorpe social class scheme. *Int J Epidemiol.* 1998;27(2):222-30.
13. Kunst AE, Groenhof F, Mackenbach JP et al. Occupational class and cause specific mortality in middle aged men in 11 European countries: comparison of population based studies. EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. *BMJ.* 1998;316(7145):1636-42.
14. Singh-Manoux A, Ferrie JE, Chandola T, Marmot M. Socioeconomic trajectories across the life course and health outcomes in midlife: evidence for the accumulation hypothesis? *Int J Epidemiol.* 2004;33(5):1072-9.

15. Borrell C, Artazcoz L (eds.). 5a. Monografía. Sociedad Española de Epidemiología. Investigación sobre género y salud. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología, 2007.
16. Artazcoz L (ed.). Monográfico Género y Salud. Gac Sanit. 2004; 18(Supl.2).
17. Tsuchiya A, Dolan P, Shaw R. Measuring people's preferences regarding ageism in health: some methodological issues and some fresh evidence. Soc Sci Med. 2003;57(4):687-96.
18. Krieger N. Discrimination and health. En: Berkman L, Kawachi I (eds.). Society and Health. Oxford: Oxford University Press, 2000. pp. 36-75.
19. Harris R, Tobias M, Jeffreys M, et al. Effects of self-reported racial discrimination and deprivation on MÇori health and inequalities in New Zealand: cross-sectional study. Lancet. 2006;367:2005-9.
20. La Parra D. Hacia la equidad en salud: Estudio comparativo de las encuestas nacionales de salud a población gitana y población general de España, 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, y Fundación Secretariado Gitano, 2009.
21. Karlsen S, Nazroo JY. Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups. Am J Public Health. 2002;92(4):624-31.
22. Gutiérrez-Fisac JL, Gispert R, Solà J. Factors explaining the geographical differences in Disability Free Life Expectancy in Spain. J Epidemiol Community Health. 2000;54(6):451-5.
23. Borrell C, Cano-Serral G, Martínez-Beneito MA, Marí-Dell'Olmo M, Rodríguez-Sanz M y grupo MEDEA. Atlas de Mortalidad en Ciudades de España (1996-2003). Terrassa: Dit i Fet, 2009 (segunda edición).
24. Navarro V, Benach, J. Desigualdades sociales en salud en España. Comisión Científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y The School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University. 1996.
25. Rodríguez-Sanz M, Carrillo-Santistevé P, Borrell C. Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CCAA 1993-2003. Observatorios de salud de la mujer y del SNS. Agencia de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005.
26. Pérez G, Cirera E, Rodríguez-Sanz M, Borrell C. Desigualdades de mortalidad en las comunidades autónomas entre 1981 y 2002. Observatorios de salud de la mujer y del SNS. Agencia de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005.
27. Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Boscà JV, editores. Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac Sanit. 2004;18 Suppl 1.
28. Borrell C, Benach J (coords.). Les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Editorial Mediterrània, 2003.

29. Borrell C, Benach J (coords.). L'evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Editorial Mediterrània, 2005.
30. Bacigalupe de la Hera A, Martín Roncero U. Desigualdades sociales en la salud de la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Vitoria-Gasteiz: Ararteko, 2007.
31. Escolar Pujolar A (ed). Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía. Cádiz: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía, 2008.
32. Borrell C, Arias A. Socioeconomic factors and mortality in urban settings: the case of Barcelona, Spain. *J Epidemiol Community Health*. 1995 Oct;49(5):460-5.
33. Ruiz-Ramos M, Sánchez J, Garrucho G, Viciana F. Desigualdades en mortalidad en la ciudad de Sevilla. *Gac Sanit*. 2004;18:16-23. [Errata en *Gac Sanit*. 2004;18:162.]
34. Rodríguez López J. El alquiler en España. Más viviendas y la misma proporción que en el censo de 2001. *El País, Propiedades*, 27 de noviembre de 2009.
35. Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region (European Health for All Series ; No. 6). Denmark: World Health Organization, 1999.
36. Graham H. Tackling inequalities in health in England: remedying health disadvantages, narrowing health gaps or reducing health gradients? *J Social Policy*. 2004;33:115-51.
37. Fair Society, Healthy Lives – The Marmot Review. London: The Marmot Review; 2010.
38. National strategy to reduce social inequalities in health. Oslo: Norwegian Ministry of Health and Care Services; 2007.
39. Secretaria de Determinantes Sociales de Salud. Los 13 pasos hacia la equidad en salud en Chile. www.equidad.cl
40. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil. determinantes.saude.bvs.br/php/level.php?lang=pt&component=51&item=5
41. Borrell C, Peiró R, Ramón N, et al. Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estado español. *Gac Sanit*. 2005;19(4):277-86.
42. Whitehead M. Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective. *Milbank Q*. 1998;76(3):469-92, 306.
43. Diez E, Peiró R. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. En: Borrell C, García-Calvente M, Martí-Boscà JV (eds.). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Informe SESPAS 2004. *Gac Sanit*. 2004;18 (Supl 1): 158-67.
44. Peiró R, Ramón N, Álvarez-Dardet C, et al. Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. *Gac Sanit*. 2004;18 Supl 2:36-46.
45. Kaplan GA, Pamuk ER, Lynch JW, Cohen RD, Balfour JL. Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. *BMJ*. 1996;312:999-1003.

46. Dávila Quintana CD, González López-Valcárcel B. Crisis económica y salud. *Gac Sanit.* 2009;23(4):261-5.
47. Wilkinson R, Pickett K. *The Spirit Level: Why more equal societies almost always do better.* London: Penguin, 2009.
48. Navarro V (dir.). *La situación social en España, III. Programa en Políticas Públicas y Sociales-Universidad Pompeu Fabra, Fundación Francisco Largo Caballero y Biblioteca Nueva;* 2009.
49. Morris JN, Donkin AJ, Wonderling D, Wilkinson P, Dowler EA. A minimum income for healthy living. *J Epidemiol Community Health.* 2000;54(12):885-9.
50. Bhatia R, Katz M. Estimation of health benefits from a local living wage ordinance. *Am J Public Health.* 2001;91(9):1398-402.
51. Schrecker T, Labonté R, De Vogli R. Globalisation and health: the need for a global vision. *Lancet.* 2008; 372: 1670-6.
52. Blouin C, Chopra M, van der Hoeven R. Trade and social determinants of health. *Lancet* 2009; 373: 502-7.
53. Irwin L, Siddiqi A, Hertzman C. *Early Childhood Development: A Powerful Equalizer.* Geneva: WHO CSDH, 2007.
54. Currie J. *Welfare and the Well-being of Children.* Reading: Harwood Academic Publishers, 1995.
55. Ehounou NZ, Zunzunegui MV, Séguin L, et al. Duration of lack of money for basic needs and growth delay in the Quebec Longitudinal Study of Child Development birth cohort. *J Epidemiol Community Health.* 2009;63(1):45-9.
56. Strazdins L, Shipley M, Clements M, Obrien LV, Broom DH. Job quality and inequality: Parents' jobs and children's emotional and behavioural difficulties. *Soc Sci Med.* 2010; 70: 2052-60.
57. Dahlgren G, Whitehead M. *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2.* Geneva, World Health Organization; 2006.
58. Schweinhart L, Barnes HV, Weikart DP. *Significant benefits: The High/Scope Perry Preschool study through age 27.* Ypsilanti, MI: The High/Scope Press, 1993.
59. Benach J, Muntaner C. Precarious employment and health: Developing a Research Agenda. *J Epidemiol Community Health.* 2007; 61: 276-277.
60. Rodriguez E, Frongillo EA, Chandra P. Do social programmes contribute to mental well-being? The long-term impact of unemployment on depression in the United States. *Int J Epidemiol.* 2001;30(1):163-70.
61. Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Unemployment and mental health: Understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *Am J Public Health* 2004; 94: 82-88.

62. Artazcoz L, Borrell C, Benach J, Cortès I, Rohlfs I. Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position. *Soc Sci Med* 2004; 59: 263-74.
63. Vahtera J, Virtanen P, Kivimäki M, Pentti J. Workplace as an origin of health inequalities. *J Epidemiol Community Health* 1999;53:399-407.
64. Costa G, D'errico A. Inequalities in health: do occupational risks matter? *Eur J Public Health*. 2006;16(4):340.
65. Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55: 639-647.
66. Mandel H. Configurations of gender inequality: the consequences of ideology and public policy. *Br J Sociol*. 2009;60(4):693-719.
67. Fernandez-Mateo I. Cumulative gender disadvantage in contract employment. *AJS*. 2009;114(4):871-923.
68. Fagan C, Burchell B. Gender, jobs and working conditions in the European Union. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2002.
69. Kalleberg AL. Non-standard employment relations: part-time, temporary and contract work. *Annu Rev Sociol* 2000; 26: 341-365.
70. Ward D. Ageism and the abuse of older people in health and social care. *Br J Nurs*. 2000;9:560-3.
71. Cattan M, White M, Bond J, Learmonth A. Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing Soc* 2005; 25: 41-67.
72. Mind. Not alone? Isolation and mental distress. London: Mind; 2004.
73. Age Concern England. Just above the bread line: Living on a low income in later life. Londres: Age Concern England, 2006.
74. Morris JN, Wilkinson P, Dangour AD, Deeming C, Fletcher A. Defining a minimum income for healthy living (MIHL): older age, England. *Int J Epidemiol*. 2007;36(6):1300-7.
75. Gómez Pavón J, Martín Lasende I, Baztán Cortes JJ, et al. Prevención de la dependencia en las personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007; 42 (Extra.2): 15-56.
76. Espelt A, Font-Ribera L, Rodríguez-Sanz M, et al. Disability among older people in a Southern European city in 2006: Trends in gender and socio-economic inequalities. *J Womens Health* 2010;19(5).
77. García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. En: Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Boscà JV (editores). Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gac Sanit*. 2004;18 Supl 1:132-9.

78. Truong KD, Ma S. A systematic review of relations between neighborhoods and mental health. *J Ment Health Policy Econ.* 2006;9(3):137-54.
79. Maas J, Verheij R, Groenewegen P, de Vries S, Spreeuwenberg P. Green space, urbanity, and health: how strong is the relation? *J Epidemiol Community Health* 2006;60:587-92.
80. Stafford M, Nazroo J, Popay JM, Whitehead M. Tackling inequalities in health: evaluating the New Deal for Communities initiative. *J Epidemiol Community Health.* 2008;62(4):298-304.
81. Wheeler BW, Ben-Shlomo Y. Environmental equity, air quality, socioeconomic status, and respiratory health: a linkage analysis of routine data from the Health Survey for England. *J Epidemiol Community Health.* 2005;59(11):948-54.
82. Naess O, Piro FN, Nafstad P, Smith GD, Leyland AH. Air pollution, social deprivation, and mortality: a multilevel cohort study. *Epidemiology.* 2007;18(6):686-94.
83. Rivas-Ruiz F, Perea-Milla E, Jimenez-Puente A. Geographic variability of fatal road traffic injuries in Spain during the period 2002-2004: an ecological study. *BMC Public Health.* 2007 Sep 26;7:266.
84. Borrell C, Mari-Dell'Olmo M, Rodríguez-Sanz M, et al. Socioeconomic position and excess mortality during the heat wave of 2003 in Barcelona. *Eur J Epidemiol.* 2006; 21: 633-40.
85. Williams DR, Costa MV, Odunlami AO, Mohammed SA. Moving upstream: how interventions that address the social determinants of health can improve health and reduce disparities. *J Public Health Manag Pract.* 2008;14:S8-17.
86. Walker JJ, Mitchell RJ, Petticrew M, Platt SD. The effects on health of a publicly-funded domestic heating programme : a prospective controlled study. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2009; 63: 12-17
87. Artazcoz L, Cortès I, Escribà-Agüir V, Cascant L, Villegas R. Understanding the relationship of long working hours with health status and health-related behaviours. *J Epidemiol Community Health* 2009;63:521-527.
88. Fundación FOESSA. VI Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2008. Madrid: Fundación FOESSA, 2008.
89. Ball K, Timperio A, Salmon J, et al. Personal, social and environmental determinants of educational inequalities in walking: a multilevel study. *J Epidemiol Community Health.* 2007; 61(2):108-14.
90. Marcus BH, Owen N, Forsyth LH, Cavill NA, Fridinger F. Physical activity interventions using mass media, print media, and information technology. *Am. J. Prev. Med.* 1998; 15:362-78.
91. Lopez CN, Martinez-Gonzalez MA, Sanchez-Villegas A, et al. Costs of Mediterranean and western dietary patterns in a Spanish cohort and their relationship with prospective weight change. *J Epidemiol Community Health.* 2009;63(11):920-7.

92. De Irala-Estevez J, Groth M, Johansson L, et al. A systematic review of socioeconomic differences in food habits in Europe: consumption of fruit and vegetables. *Eur J Clin Nutr* 2000;54: 706-714.
93. Fayter D, Main C, Misso K, et al. Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review. Centre for Reviews and Dissemination, CRD Report 39. York: University of York. 2008
94. Galea S, Ahern J, Tracy M, Vlahov D. Neighborhood income and income distribution and the use of cigarettes, alcohol, and marijuana. *Am J of Preventive Medicine*. 2007; 32: S195-S202
95. Anderson P, Chisholm D, Fuhr D. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*. 2009;373:2234-46
96. Font-Ribera L, Pérez G, Salvador J, Borrell C. Socioeconomic inequalities in unintended pregnancy and abortion decision. *J Urban Health*. 2008; 85: 125-35
97. Imamura M, Tucker J, Hannaford P, et al. Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2007;17:630-6
98. Baum FE, Bégin M, Houweling TA, Taylor S. Changes not for the fainthearted: reorienting health care systems toward health equity through action on the social determinants of health. *Am J Public Health*. 2009 Nov;99(11):1967-74.
99. Fiscella K, Tancredi D, Franks P. Adding socioeconomic status to Framingham scoring to reduce disparities in coronary risk assessment. *Am Heart J*. 2009;157(6):988-94.
100. Artazcoz L, Pasarín M. La salut dels qui conviuen amb persones que tenen necessitats especials d'atenció o dependència a Barcelona. Barcelona: Barcelonasocial, 2009.
101. Simon C, Kumar S, Kendrick T. Cohort study of informal carers of first-time stroke survivors: profile of health and social changes in the first year of caregiving. *Soc Sci Med*. 2009;69:404-10.
102. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83:457-502.
103. van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X; OECD Health Equity Research Group. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ*. 2006;174(2):177-83.
104. Rodríguez M. Los copagos en atención médica y sus impactos sobre la utilización, el gasto y la equidad. En: Puig-Junoy J (coord.). La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. Informes FRC nº1. Barcelona: Fundació Rafael Campalans, 2006.
105. Bauld L, Judge K, Platt S. Assessing the impact of smoking cessation services on reducing health inequalities in England: observational study. *Tob Control* 2007 16: 400-404
106. Pérez G. La salud reproductiva y sexual en España. *Gac Sanit*. 2009;23(3):171-173

107. Borrell C, Malmusi D. La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. En: Artazcoz L, Escribà V, Oliva J, Zurriaga O (eds.). La salud pública en la sociedad española: hacia la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010. Gac Sanit. 2010. doi:10.1016/j.gaceta.2010.05.005

9. Participantes en el proceso y contribuciones

Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España:

Coordinación principal: Carme Borrell. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Grupo coordinador: Lucía Artazcoz, Elia Díez, Davide Malmusi, M Isabel Pasarín, Maica Rodríguez-Sanz.

Agència de Salut Pública de Barcelona.

Pilar Campos, Begoña Merino, Rosa Ramírez. Ministerio de Sanidad y Política Social.

Joan Benach. Universitat Pompeu Fabra.

Antonio Escolar. Delegación Provincial de Salud de Cádiz, Junta de Andalucía.

Santiago Esnaola. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco.

Ana Gandarillas. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

Ana Gómez. Cruz Roja España.

Daniel La Parra. Universidad de Alicante.

Rosana Peiró. Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP), Generalitat Valenciana.

Javier Segura. Instituto de Salud Pública del Ayuntamiento de Madrid.

Jose Ramón Solanillas. Caritas Española.

Redacción del informe de la Comisión:

Capítulo 1. Carme Borrell, Lucía Artazcoz.

Capítulo 2. Maica Rodríguez-Sanz, Carme Borrell.

Capítulo 3. Santiago Esnaola, Amaia Bacigalupe, Unai Martín, Elvira Sanz, Elena Aldasoro.

Capítulo 4. Rosana Peiró, Nieves Ramón.

Primera propuesta de intervenciones. Carme Borrell, Lucía Artazcoz, Elia Diez, Maribel Pasarín.

Documento final “Avanzando hacia la equidad”. Davide Malmusi, Carme Borrell, Lucía Artazcoz, con la colaboración de toda la Comisión y personas participantes en los grupos de trabajo.

Ejemplos de buena práctica contenidos en el documento. Ley de Extranjería: Daniel La Parra. Evaluación de Impacto en Salud: Elena Aldasoro, Santiago Esnaola, Amaia Bacigalupe, Carlos Calderón, Elvira Sanz, Jon Zuazagoitia, Koldo Cambra. *Llei de Barris:* Davide Malmusi, Carme Borrell. *Programa de Empleo de Caritas:* José Ramón Solanillas. *Projecte RIU:* Joan Paredes, Dory Aviñó, Rosana Peiró, Rosendo Sanz, Vicent Palop, Conxa Bosch, Isabel Ramo. *Plan Vallecas:* Ana Gandarillas, Margarita García Barquero, Fernando Conde.

Participantes en los Grupos de Trabajo:

Nicole Aerny, Elena Aldasoro, Carlos Álvarez-Dardet, Carmen Amaro, Amaia Bacigalupe, Ferran Ballester, Francisco Bolumar, Angeles Cabria, Carlos Calderón, Koldo Cambra, Alicia Campos, Concha Colomer, Inmaculada Cortès, Isabel Espigas, Iñaki Galán, Juan Fernández de Gamarra, Ana María García, Fernando García Benavides, María del Mar García Calvente, Rafael García Galán, Javier Gómez Pavón, Theodora Koller, Isabel Larrañaga, Luís Andrés López, Rosa López, Soledad Márquez, Unai Martín, Carles Muntaner, Rafael Muriel, Joan Paredes, Josep Lluís de Peray, Catherine Pérez, Gloria Pérez, Mercè Pérez, Rosa Puigpinós, Luis Rajmil, Nieves Ramón, Juan Luis Ruiz Jiménez, Miguel Ruíz Ramos, Isabel Saiz, Elvira Sanz, Ricard Tresserras, Juan Zuazagoitia, Oscar Zurriaga.

Personas expertas que han hecho aportaciones al documento final:

Jorge Calero, Coral del Río, José Fariña, Lina Gálvez, María José González, Joan Guix, Vicenç Navarro, Oscar Rebollo, Luis Sanzo, Joan Subirats, Juan Torres López, Carme Trilla.

Esta publicación propone políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España en el corto, medio y largo plazo. Elaborada por una comisión de expertos constituida al efecto, constituye una hoja de ruta para la consecución de la equidad en salud en nuestro país.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

www.msssi.gob.es