



HACIA LA EQUIDAD EN SALUD:

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

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





Borrador para discusión en la Conferencia de Expertos del 21 de Abril de 2010
“Hacia la equidad en salud: Monitorización de los determinantes sociales
de la salud y reducción de las desigualdades en salud”

© Ministerio de Sanidad y Política Social 2010

Todos los derechos reservados. Este material informativo está dirigido a una audiencia limitada. No debe ser revisado, extractado, citado, reproducido, difundido, distribuido, traducido o adaptado, ya sea en parte o en su totalidad, de ninguna forma ni por ningún medio.

Este informe es un borrador provisional sólo para consulta y ha sido realizado con ocasión de la Conferencia de Expertos sobre la prioridad: "Innovación en Salud Pública: Monitorización de los Determinantes Sociales de la Salud y Reducción de las Desigualdades" que bajo la Presidencia española de la Unión Europea tendrá lugar el 21 de Abril de 2010 en Madrid. El Informe final estará disponible en Julio de 2010.

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

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

Comentarios

Los comentarios a este borrador serán bienvenidos, debiendo ser enviados antes del 30 de Abril a Daniel Catalán, Ministerio de Sanidad y Política Social, España, eu2010_equity@msps.es

Agradecimientos (los nombres han sido enumerados por orden alfabético)

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

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

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

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

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





ÍNDICE

	Lista de Acrónimos	8
	Términos clave utilizados en el informe	10
I	Introducción: Hacia la equidad en salud	13
II	Antecedentes: Incluir los determinantes sociales y la equidad en salud en la Agenda de la UE	16
III	Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud en la UE: Aspectos generales.	23
IV	Desigualdades en salud infantil	32
V	Condiciones laborales y desigualdades en salud	37
VI	Exclusión social y desigualdades estructurales en salud	41
VII	Desigualdades en salud global y determinantes sociales de la salud: oportunidades de la UE para contribuir a la monitorización y la acción	50
Anexo I	Texto de la Comunicación de la CE: “Solidaridad en materia de salud: Reducción de las desigualdades en salud en la UE”	60
Anexo II	Perspectiva general de la Comunicación de la CE sobre “El papel de la UE en la Salud Global”	66
Anexo III	Apéndices de los capítulos	68
Anexo IV	Lista de autores	74
Anexo V	Referencias	76

LISTA DE ACRÓNIMOS

AEE	Área Económica Europea
AVISA	Años de Vida Saludable
BRIC	Brasil, Rusia, India y China
CDSS	Comisión de Determinantes Sociales de la Salud
CEPCE	Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades
CHILD	Proyecto de Indicadores de Vida y Desarrollo en Salud Infantil (Child Health Indicators of Life and Development)
CHIP	Perfil de Salud Infantil (Child Health and illness Profile)
CVRS	Calidad de Vida Relacionada con la salud
DS	Desigualdades en Salud
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
ECDKN	Red Experta sobre Desarrollo de la Primera Infancia. (Early Child Development Knowledge Network)
ECHIM	Monitorización de Indicadores de Salud de la Comunidad Europea (European Community Health Indicators Monitoring)
ECHIS	Encuesta Europea de Salud por Entrevista (European Core Health Interview Survey)
ECHP	Panel de Hogares de la UE (European Community Household Panel)
EDS	Estrategia de Desarrollo Sostenible
EHEMU	Unidad de Seguimiento sobre Expectativas de Salud en Europa (European Expectancy Monitoring Unit)
EIS	Evaluación del Impacto en Salud
ESE	Estatus Socioeconómico
ESS	Encuesta social europea (European Social Survey (ESS)).
EU-LF	(EU Labour Force Survey)
EU-SILC	Encuesta de la UE sobre la Renta y las Condiciones de Vida (EU Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC))
EU-SILC	Encuesta de la UE sobre la Renta y las Condiciones de Vida (EU Statistics on Income and Living Conditions)
EWCS	Encuestas Europeas de Condiciones de Trabajo (European Working Conditions Surveys) .
FAS	Escala de Bienestar económico familiar (Family Affluence scale)
FMI	Fondo Monetario Internacional
GFATM	Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria)
GAVI	Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (Global Alliance for Vaccines and Immunisation)
GHIs	Iniciativas de Salud Global (Global Health Initiatives)
HBSC	Estudio colaborativo Internacional sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud (Health Behaviour in School-Aged Children)
HFA-DB	Base de Datos europea Salud para Todos (European Health for All Database)
HSE	Comisión de Salud y Seguridad del Reino Unido (Health and Safety Executive)

I2SARE	Indicadores de Desigualdades en Salud en las Regiones Europeas (Health Inequalities Indicators in the Regions of Europe)
IHP +	Asociación Internacional para la Salud (International Health Association)
LFS	Encuesta de Población Activa (Labour Force Survey).
MECAD	Marco para Evaluar la Calidad de los Datos
NEWS	Estados del Bienestar y Salud Pública (Welfare States and Public Health)
NS-SEC	Clasificación Socio Económica de Encuestas nacionales (National Statistics Socio-Economic Classification).
NUTS	Nomenclatura de las Unidades Territoriales estadísticas
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
ODA	Ayuda Oficial al Desarrollo de Terceros Países (Overseas Development Assistance)
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OIM	Organización Internacional de Migraciones
OMS	Organización Mundial de la Salud
PEV	Política Europea de Vecindad
PIB	Producto Interior Bruto
PIRLS	Estudio Internacional de progreso en comprensión Lectora (Progress in International Reading literacy)
PISA	Programa para la Evaluación Internacional de Alumnos.(Program for International Student Assessment)
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
SEKN	Red de Conocimiento sobre Exclusión Social (Social Exclusion Knowledge Network)
SGDD	Sistema General de Difusión de Datos
SHARE	Encuesta sobre Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)
SHARE	Encuesta de Salud, Envejecimiento, y Jubilación en Europa (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)
SMPH	Medidas Sintéticas de Salud de la Población (Summary Measures of Population Health)
SPF	Iniciativa de nivel mínimo de protección Social (Social Protection Floor)
STP	Salud en Todas las Políticas
SWAps	Enfoques Sectoriales (Sector Wide Approach)
TB	Tuberculosis
TIMMS	Estudios de Mortalidad y Morbilidad Infantil (The Infant Mortality and Morbidity Studies)
UE	Unión Europea
UNFPA	Fondo de Población de Naciones Unidas (United Nations Populations Fund)
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (United Nations Children´s Fund)
VIH/Sida	Virus de la Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
WGEKN	Red de Conocimiento sobre mujer y equidad de género

TÉRMINOS CLAVE UTILIZADOS EN EL INFORME

Desigualdades en salud

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

Equidad en salud

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

Sistema sanitario o de salud

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

Grupos vulnerables (o grupos socialmente desfavorecidos)

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

Determinantes sociales de la salud

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

Exclusión social

La exclusión social es el resultado de procesos dinámicos y multidimensionales, inducidos por relaciones de poder desiguales, que interactúan a través de cuatro dimensiones fundamentales (económica, política, social y cultural), y a diferentes niveles, incluyendo el individual, hogar, grupo, comunidad y a nivel mundial. El resultado es un continuo inclusión/ exclusión caracterizado por un acceso desigual a los recursos, capacidades y derechos, que conduce a desigualdades en salud (SEKN, 2008). La exclusión social aleja a las personas de las oportunidades de empleo, ingresos, educación y formación, así como de las redes y actividades sociales y comunitarias. Las personas socialmente excluidas apenas tienen acceso a los organismos de poder y de toma de decisiones, por lo que suelen sentirse sin poder e incapaces de tomar el control de las decisiones que afectan a su vida cotidiana (Comisión Europea, 2004).

Gradiente social de la salud

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

Gitanos

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

Migrante

En el ámbito internacional, no existe una definición universal admitida de migrante. Se suele considerar como migrante aquella persona que toma libremente la decisión de migrar por razones de "conveniencia personal" y sin la intervención de un factor externo imperativo. Por consiguiente, este término se aplica a las personas y miembros de familias que se desplazan a otro país o región para mejorar sus condiciones materiales o sociales, así como las perspectivas para ellos mismos o para sus familias (OIM, 2004).

Minoría nacional

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

Resiliencia

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



I. INTRODUCCIÓN: HACIA LA EQUIDAD EN SALUD

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

La equidad y la salud en Europa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Equidad y salud en todas las políticas: sistemas de información

Las políticas públicas, sanitarias o de otros sectores, requieren información adecuada sobre sus resultados en la salud y el bienestar de la población, en términos no sólo de efectividad (cómo están funcionando) sino también de equidad (para quién están funcionando), de cara a diseñar, evaluar, redefinir y reorientar las intervenciones.

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

En la UE existen diferencias en el nivel de desarrollo de la evaluación de políticas y de los sistemas de información. En el camino hacia la equidad como eje de las políticas

europeas y la monitorización de su impacto en las desigualdades en salud, nos enfrentamos al reto de desarrollar indicadores y sistemas de información homogéneos que permitan la comparación entre países.

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

El documento revisa los sistemas actuales de monitorización de los determinantes de la salud y de la reducción de las desigualdades en salud. Se consideran asuntos metodológicos como la desagregación de datos, las encuestas de salud de la UE, la selección de objetivos e indicadores de resultados, la evaluación del impacto de las políticas públicas en salud y en equidad en salud. A continuación, desarrolla de forma sintética tres áreas particularmente relevantes en el contexto europeo: infancia, empleo y condiciones laborales, y exclusión social. Por último, el documento se centra en aspectos relacionados con las oportunidades de la UE para contribuir a la monitorización los determinantes sociales y la reducción de las desigualdades en salud a escala mundial y reflexiona acerca de la capacidad de la UE para influir en las políticas de salud global.

Este informe ha sido realizado mediante un proceso participativo, con la colaboración de numerosos expertos nacionales e internacionales, durante los meses de octubre de 2009 a febrero de 2010. Es un documento abierto, que se enriquecerá con las aportaciones de expertos y políticos durante los actos previstos en la agenda de la Presidencia Española de la UE 2010.

Considerando el futuro

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

Mejorar el estado de salud de la población en su conjunto, disminuyendo las desigualdades en salud, tiene repercusiones positivas para toda la sociedad, para el desarrollo y la economía. Las sociedades más igualitarias se traducen en sociedades con mayor rendimiento en todos

los sentidos. Tradicionalmente, el desarrollo de un país se mide en términos económicos, con indicadores como la renta per capita o el Producto Interior Bruto. Sin embargo, es necesario adoptar una perspectiva más amplia que incluya indicadores demográficos, sociales y culturales, y evalúe el progreso social asociando indicadores de bienestar y salud, sostenibilidad y equidad. La monitorización de los determinantes sociales es importante no sólo como indicador predictivo de la salud, sino como diana en sí misma de las políticas que deben alcanzar la eficiencia económica, asegurando un desarrollo sostenible basado en la justicia social.

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

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

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

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

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



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

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

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

Introducción: origen y características de las políticas de salud

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

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

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

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

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

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

Políticas para abordar los determinantes de la salud

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

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

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

Respecto a los niveles de actuación, dependen del asunto

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

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

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

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

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

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

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

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

Desigualdades en salud y agendas de las Presidencias de la UE

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

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

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

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

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

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

Diversas Presidencias de la UE han abordado la equidad en salud centrándose en las necesidades de los grupos desfavorecidos de la población. La Presidencia Portuguesa de la UE de 2007 abordó las desigualdades en salud centrándose en las necesidades de los migrantes excluidos, los cuales pueden encontrarse expuestos a grandes amenazas para la salud debido a procesos de exclusión social en todos los sectores. La Presidencia señaló la importancia de la salud, el acceso a los sistemas de salud y el abordaje de los determinantes de la salud como factores fundamentales para la integración y el bienestar de todos los migrantes. Se celebró una conferencia sobre *Salud y Migración en la Unión Europea*, y se editaron múltiples publicaciones, entre ellas *Salud y Migración en la Unión Europea: mejor salud para todos en una sociedad inclusiva* (Alexandre Fernandes A, Pereira Miguel J (2008). Durante la Presidencia Francesa de la UE de 2008, se celebró la primera Cumbre Europea sobre la Población Gitana, que trataba la manera de intensificar la acción

intersectorial para mejorar las condiciones de vida de la población gitana. Si bien no se centró específicamente en la salud, ésta fue una de las áreas tratadas en el debate, que se ha ido integrando posteriormente en mayor medida en el seguimiento de la Cumbre (incluida la primera reunión de la Plataforma Europea para la Inclusión de los Gitanos, que se celebró durante la Presidencia Checa de la UE).
ch was held during the Czech Republic EU Presidency).

La Comisión como promotora de la equidad en salud

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

A pesar de la visibilidad otorgada a la equidad en salud en los últimos años, al menos con respecto a los mecanismos de financiación de la salud pública de la Unión Europea, no siempre ha sido evidente por sí misma en la agenda, sino que más bien ha aparecido de forma gradual, probablemente como reflejo de las tendencias del discurso mundial sobre salud pública. El Programa de Promoción de la Salud (1996-2002), predecesor de los programas integrales de salud, no contenía ninguna referencia explícita sobre equidad en salud, si bien incluía como una de sus acciones principales: "fomentar los enfoques intersectoriales y multidisciplinares de la promoción de la salud, teniendo en cuenta los factores socioeconómicos y ambientales necesarios para la salud del individuo y de la comunidad, particularmente de los grupos desfavorecidos" (Decisión N° 645/96/EC, 1996).

El Programa de Salud Pública 2002-2007 identifica el abordaje de las desigualdades como una de los tres ejes fundamentales en las que pretende contribuir (artículo 2, 3b), e incluye más detalles sobre una de sus tres líneas de acción, los determinantes de la salud: "analizar la situación y desarrollar estrategias con el fin de identificar y combatir las desigualdades en salud, y evaluar el impacto de los factores sociales y económicos en la salud" (Decisión N° 1786/2002/EC, 2002). En el Programa de Salud actual (2008-2013), la equidad en salud o, más bien, las desigualdades en salud, son una de las líneas principales de acción y se elevan, por tanto, a la categoría de la acción contra las amenazas de la salud, la promoción de la salud

y la monitorización e información de la salud (Decisión Nº 1673/2006/EC 2006).

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

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

Como culminación de los debates prolongados durante casi una década, la Comisión publicó una Comunicación específica [COM (2009)567] en octubre de 2009 sobre la acción para la equidad en salud: "Solidaridad en materia de salud: reducción de las desigualdades en salud en la UE". Esta comunicación, se publicó junto con un documento de trabajo [SEC(2009)1396] que describe la evaluación del impacto de la Comunicación y contiene información sobre antecedentes y datos relevantes, resume las acciones de la Unión Europea para la equidad en salud realizadas hasta la fecha, y establece un marco para la acción futura. Las siguientes áreas se plantean como cuestiones fundamentales:

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

Equidad en salud en otras áreas políticas de la Unión Europea

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

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

La salud se "elevó" a la esfera de las políticas económicas en la Agenda de Lisboa, la cual pretende hacer de la UE un actor económico competitivo en el ámbito mundial. La Agenda de Lisboa se centra en el crecimiento económico, pero con una mayor cohesión social. Los años de vida saludable son actualmente uno de los indicadores utilizados para monitorizar el progreso de la Agenda de Lisboa en su dimensión de la salud, aunque la Comisión ha suscitado el debate sobre "si una supervisión rigurosa de los indicadores de las desigualdades de salud sería una herramienta adecuada para controlar su (de la Agenda de Lisboa) dimensión social" [COM (2009)567].

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

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

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

La OMS y las desigualdades en salud

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

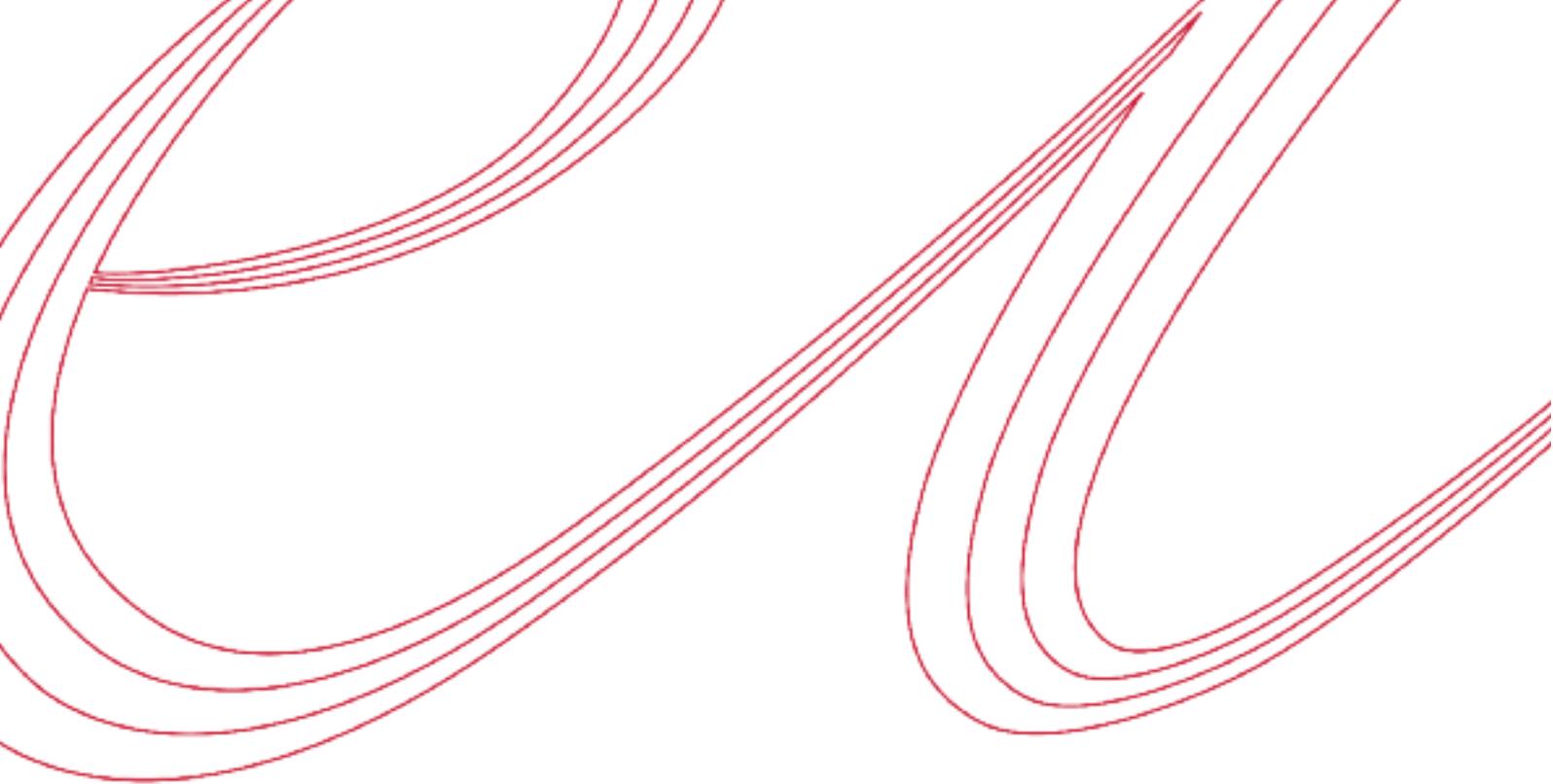
En 1977, la Asamblea Mundial de la Salud (Resolución WHA 30.43) decidió que el objetivo social principal de los gobiernos y la OMS en las próximas décadas debía ser: "el logro antes del año 2000, para todos los ciudadanos del mundo, de un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente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

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

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

Otro reciente esfuerzo concreto y visible que refleja los principios de la OMS en términos de equidad en salud fue introducido a nivel mundial por el anterior Director General Lee Jong-Wook, que atrajo la atención hacia el hecho de que en todo el mundo, las personas pobres y pertenecientes a grupos socialmente desfavorecidos enferman y mueren antes que las personas que disfrutan de una posición social más privilegiada. En 2005, el Dr. Lee creó la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud. Esta Comisión recopiló una gran cantidad de evidencias sobre los determinantes sociales de la salud con el apoyo de diversas redes de conocimiento mundiales y de otras iniciativas. El informe final de la Comisión se publicó en agosto de 2008, y contenía tres recomendaciones fundamentales: mejorar las condiciones de vida cotidianas; abordar la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos; y medir y analizar el problema y evaluar el impacto de la acción. La Asamblea Mundial de la Salud debatió el informe en su 62ª sesión, recomendó acciones a los Estados miembros (recogidas en la resolución WHA 62.14) y solicitó al Director General que se continuara con el trabajo y se presentara un informe a la Asamblea transcurridos tres años. De nuevo, en la Región de Europa, la acción se llevó a cabo de forma anticipada: en 2002 el comité regional adoptó una Resolución sobre pobreza y salud (EUR/RC52/R7) y (en cooperación con el Gobierno de Italia) designó una oficina encargada de apoyar a los Estados miembros para abordar los determinantes socioeconómicos de la salud.

La Oficina Regional de la OMS para Europa también parece ser precursora en la cuestión de la riqueza de la salud. Mientras que, excepto el sector de servicios sanitarios, la salud pública y, en particular, la promoción de la salud, disfrutaron de unos principios sólidos durante



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

Consideraciones para avanzar

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

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

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

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

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

Ritu Sadana, Ahmadreza Hosseinpoor y Jennifer Lee, Unidad de Análisis e Investigación en Equidad, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza
Chris Brown, Oficina Regional de la OMS para Europa, Oficina Europea para la Inversión en la Salud y el Desarrollo, Venecia, Italia
Peter Goldblatt, Departamento de Epidemiología y Salud Pública, Escuela Universitaria de Londres, Reino Unido

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

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

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

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

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

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

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

Selección de objetivos e indicadores relevantes para la equidad en salud

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

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

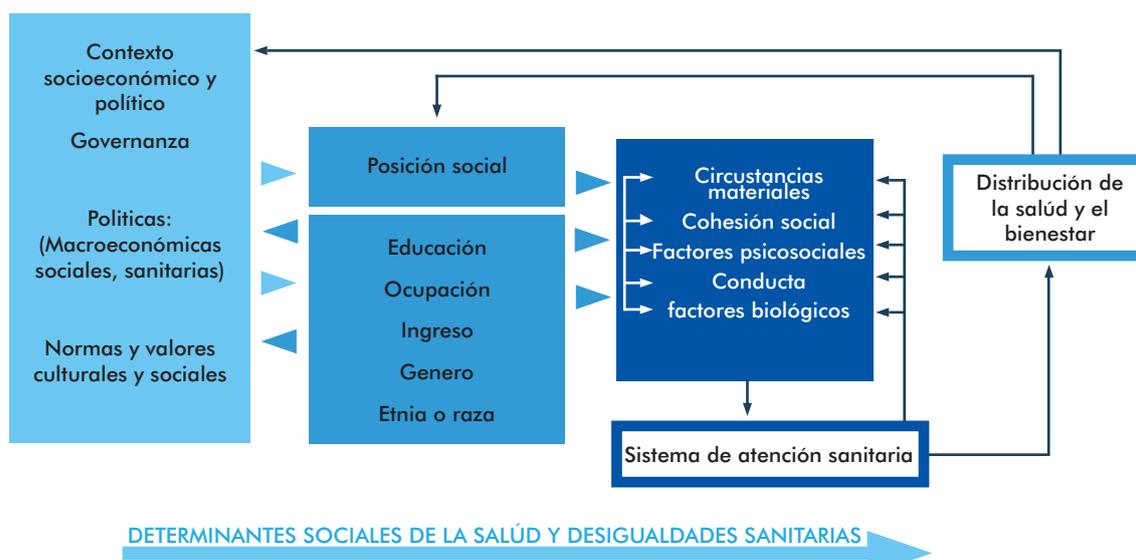
Los objetivos son aquellos logros que podría alcanzar un país, sociedad u organización dentro de un periodo de tiempo específico. También identifican el resultado esperado y deseado de un programa, intervención o política. Generalmente reflejan resultados y requieren líneas base (Organización para la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

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

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

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

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



DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y DESIGUALDADES SANITARIAS

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

Para apoyar a la CDSS, la OMS recabó criterios para abordar la monitorización mundial y las estadísticas de salud específicas de la equidad en salud y de los DSS (Sadana et al., 2007a). Basándose en los datos disponibles, los indicadores recomendados para la monitorización de las desigualdades en salud cubren un amplio espectro de tipos de determinantes (desde las causas raíces hasta las condiciones de riesgo) y un abanico de resultados de salud directamente ligados al marco de la CDSS. Basándose en una revisión de los datos mundiales existentes, unos 25 indicadores que cubrían cada uno de los cuatro componentes del marco fueron identificados como candidatos potenciales para una monitorización mundial (Sadana et al., 2007b), por ejemplo, en el marco del Observatorio de Salud Mundial de la OMS, que actualmente se encuentra en construcción. Una revisión de los datos Europeos disponibles, que identifique los estratificadores de equidad adecuados (por ejemplo, sexo, educación, trabajo, renta, origen étnico,

lugar de residencia, etc.) puede aportar la base para la selección de indicadores relevantes para la UE.

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

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

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

Se precisa una visión clara para no limitarse a mejorar ligera o progresivamente las fuentes de información existentes y tomar en consideración las innovaciones que ofrezcan un cambio paradigmático en el enfoque de la recopilación, el análisis y la aplicación de datos, reflejando quizá una combinación de métodos estadísticos y mejoras tecnológicas coordinadas en Europa, implicando, por ejemplo, a la UE, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico y la Oficina Regional para Europa de la OMS.

Los datos de salud suelen generarlos directamente las poblaciones o las instituciones (RMS, 2008), y sus fuentes habituales se recogen en la Tabla 2. Las fuentes de datos basadas en la población incluyen censos, registros civiles, encuestas de hogares y otras encuestas relativas a la población. Dichos datos se refieren a la totalidad de la población y no sólo a los usuarios de los servicios de las instituciones. Las fuentes basadas en las instituciones generan datos como resultado de sus actividades administrativas y de funcionamiento.

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

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

Retos para los esfuerzos de monitorización actuales

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

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

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

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

medida estándar para el avance y el impacto de las políticas de desarrollo, ya que éstas tienden a centrarse en objetivos de desarrollo económico.

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

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

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

Vías para reforzar los sistemas de monitorización de la UE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

health outcomes.

Consideraciones para avanzar

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

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

Selección de objetivos e indicadores relevantes para la equidad en salud

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

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

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

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

Los sistemas tradicionales de monitorización no siempre

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

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

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

Opciones

Política/ Mecanismos

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

Métodos

- Deberían reforzarse los datos de los censos nacionales (con información que incluya estratificadores de equidad), así como los datos de causas de fallecimiento anuales que se pueden relacionar de forma individual. Por ejemplo, puede seleccionarse un estratificador importante, como el nivel educativo, y, a corto plazo, puede desagregarse en los registros de fallecimientos y en los datos de población anuales, mientras que a largo plazo pueden relacionarse los certificados de defunción con la información del censo.
- Se deberían adoptar normas y estándares para la recopilación y el análisis de datos con el fin de monitorizar vigilar la evolución y las tendencias en la reducción de las desigualdades.

- La UE debería trazar un mapa de las fuentes de datos nacionales que incluyan la salud y otros indicadores sociales y estratificadores de equidad, y comparar esta lista con prioridades de salud específicas del país para indicar si los datos necesarios para la medición de las desigualdades ya existen o si se deben recopilar.

Colaboración

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

IV. DESIGUALDADES EN SALUD INFANTIL

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

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

Qué sabemos de las desigualdades en salud

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

Pese a la mejora general de la salud a raíz de los avances científicos subyacentes a la atención médica en la última mitad del siglo veinte, existen aún grandes diferencias en salud entre países y entre los diversos grupos sociales infantiles. Las tasas de mortalidad infantil (menos de un año de edad) en la UE de los 27 disminuyeron de una media de 28,6/1.000 nacidos vivos en 1965 a 4,7/1.000 en 2006-2007, aunque hay que tener en cuenta que existe una variación considerable entre países, con una diferencia que se multiplica por 10 entre los países con las tasas más altas y más bajas al final del período. Existen igualmente diferencias significativas entre grupos y áreas de un mismo país. Por ejemplo, en el Reino Unido, que dispone de objetivos explícitos para reducir la mortalidad infantil, la tasa de mortalidad infantil entre los grupos de trabajadores manuales en los años 2004-2006 fue un 17% superior a la tasa de la población total, y esta diferencia se ha visto incrementada con respecto al 13% registrado hace una década (Departamento de Salud de EE.UU., 2007).

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

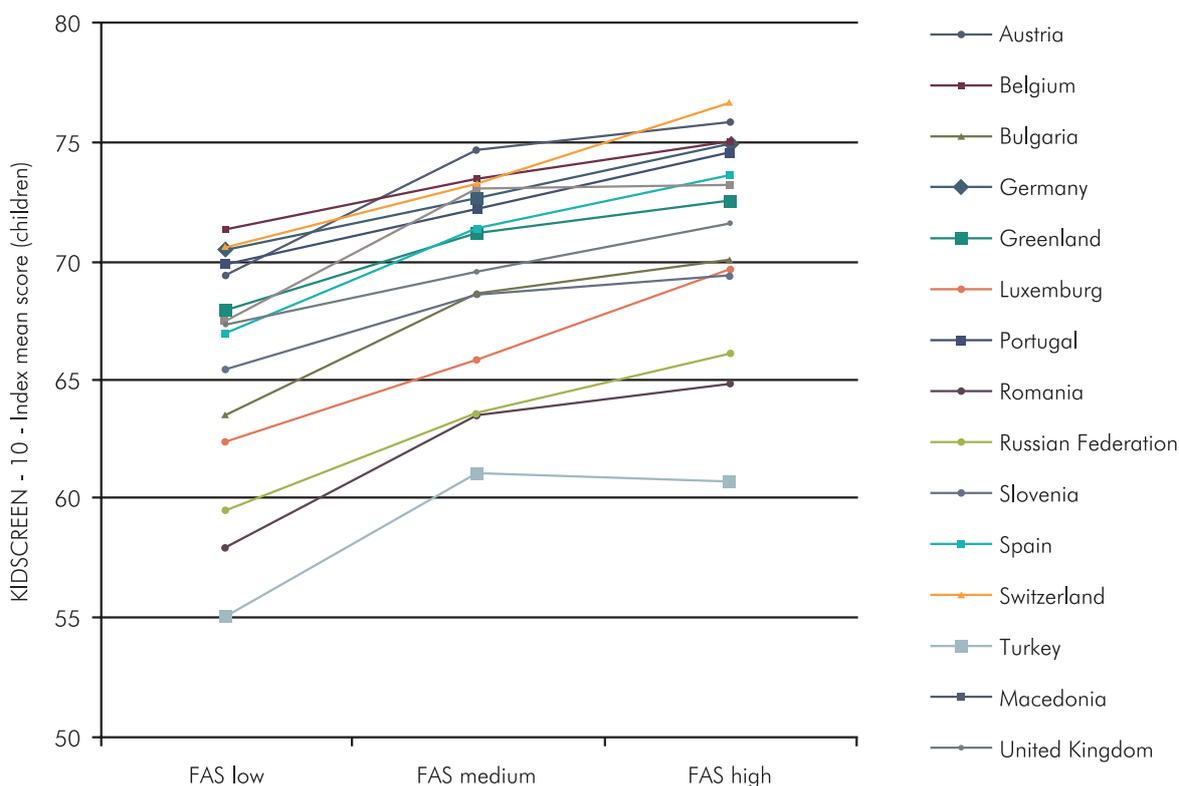
socioeconómico desfavorecido y procedentes de áreas menos prósperas que en otros jóvenes de la Europa de los 27, aunque la mayoría de los estudios sobre lesiones proceden de los países con rentas altas del norte de Europa, hecho que limita su generalización.

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

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

Figura 2. Diferencias socioeconómicas en las puntuaciones de los índices KIDSCREEN-10 de autopercepción conforme a la Escala de Bienestar Económico Familiar (FAS) en 15 países europeos

Fuente: Adaptación de Erhart M, et al.: Int. J. Public Health; 54 (suppl. 2); 160-6. Notas: puntuaciones de la escala del índice KIDSCREEN: 0-100. Niños de 11, 13, y 15 años del Estudio de la OMS sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud (HBSC) 2005-6. Todas las diferencias son estadísticamente significativas ($p < .001$) excepto para Groenlandia..



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

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

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

Perspectiva de la trayectoria vital

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La aplicación de un enfoque amplio, coordinado, pluridisciplinar en el desarrollo infantil mediante estrategias de intervención con efectividad contrastada es un asunto de política social a escala local y nacional. Se ha demostrado que las políticas sociales universales comportan una salud mejor para todos que las estrategias que abordan subgrupos de población específicos. No obstante, sucede con frecuencia que los niños que gozan de una posición económica mejor son los primeros

beneficiados al ponerse en marcha nuevas intervenciones (Victora et al., 2000). Uno de los principales propósitos de la política social debería ser proporcionar atención sanitaria adecuada y de alta calidad, especialmente dirigida a aumentar la resiliencia y a reducir las amenazas para la salud. Una revisión de la bibliografía demostró que una atención primaria bien organizada reduce las desigualdades en salud con una influencia especialmente notable en la infancia (Starfield et al., 2005). Asimismo, dado que los sistemas de salud abarcan servicios para las personas y para la población, además de actividades que ejercen influencia sobre las políticas y acciones de otros sectores, coordinar las acciones con los servicios educativos y sociales es esencial para lograr el objetivo de reducir las desigualdades en salud.

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

Implicaciones en las políticas y recomendaciones futuras

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

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

Debería promoverse una política de recogida de información para que se estratifique la población en grupos principales de subpoblación. Además, deberían comprobarse diferentes hipótesis, y deberían llevarse a cabo estudios sobre las interacciones y los efectos principales de cada factor. Son precisos más estudios que empleen un diseño longitudinal para comprobar las

influencias a largo y a corto plazo. Las perspectivas políticas actuales continúan centrándose en gran medida en las enfermedades y en los servicios sanitarios dirigidos a su diagnóstico, y no en los factores que facilitan un desarrollo saludable. Debería adoptarse una conceptualización amplia de los perfiles de morbilidad y salud, utilizando métodos innovadores para caracterizar la carga de morbilidad, en lugar de centrarse de forma limitada en enfermedades específicas una a una.

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

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

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

Consideraciones para avanzar

El primer paso que los Estados miembros de la UE deberían dar es otorgar un mayor reconocimiento a la existencia de desigualdades durante la infancia y a aplicar o fortalecer con urgencia las medidas concebidas para la reducción de

la pobreza, vulnerabilidad y exclusión social de la infancia en los 27 de la UE. Cualquier medida propuesta debería considerar no sólo la redistribución de la renta, sino además otras transferencias sociales y el contexto político y social en el que la estrategia ha de ser aplicada.

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

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

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

Deberían tenerse en cuenta las intervenciones y la experiencia acumulada de los países y regiones en la reducción de desigualdades en salud, utilizando los criterios relativos a la eficiencia y maximizando la equidad. Promover estrategias para reducir las diferencias en los niveles de educación materna, así como facilitar el acceso universal a la educación de los preescolares (3-5 años) y niños de 0-3 años, ayudaría a reducir las brechas en la salud en las generaciones actuales y futuras.

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



V. CONDICIONES LABORALES Y DESIGUALDADES EN SALUD

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

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

Introducción

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Consideraciones para avanzar

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

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

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

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

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

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

VI. EXCLUSIÓN SOCIAL Y DESIGUALDADES ESTRUCTURALES EN SALUD

Ana Rico¹, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España
Roumyana Petrova-Benedict y Anna Basten, Organización Internacional para las Migraciones, Departamento de Salud Migratoria, Oficinas de Bruselas y Ginebra
Rosa Urbanos, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Complutense de Madrid, España

El presente capítulo se centra en la monitorización de la exclusión social y las desigualdades estructurales en salud. En él se incluye una propuesta de indicadores para supervisar la protección de las minorías desfavorecidas por razón de enfermedad, pobreza, etnia, género, ubicación geográfica y edad en la Unión Europea. El capítulo propone asimismo una batería integrada de indicadores que permitan identificar el impacto de la exclusión social sobre las desigualdades en salud, así como su interacción con otros determinantes sociales de la salud (estructurales y contextuales) en la UE de los 27. Para ello se parte del trabajo previo desarrollado por distintos investigadores, la OMS y la UE. En el texto también se abordan brevemente las dimensiones clave de las desigualdades estructurales, como la situación de desventaja en la primera infancia y en el empleo, revisadas en secciones previas de este informe. La primera sección del capítulo identifica el papel de la exclusión social como causa y mecanismo de las desigualdades estructurales en salud. La segunda sección analiza la evidencia disponible para la UE. En la tercera sección se repasan los acuerdos de la UE y las prioridades para la acción, y se propone una batería resumida de indicadores basados en ellos. Finalmente, la cuarta sección presenta las conclusiones. El Anexo III, subanexos C-E muestran la batería de indicadores propuesta, detallan los conceptos empleados e incluyen información de otros indicadores utilizados en la UE en relación con la desigualdad estructural.

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

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

¹Las autoras quieren agradecer a Ana Zoni, Javiera Alvarez, María Sastre y María-José Peiró por la bibliografía y el apoyo logístico y a Theadora Koller, a los revisores anónimos y al Comité Técnico del Ministerio de Sanidad y Política Social por sus comentarios.

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

La Figura 3 refleja bastante bien la teoría sociológica. Habitualmente los bloques (A), (B) y (C) se agrupan bajo el término *estructura social*; (A) y (B) designan la clase social o *estatus socioeconómico*; y (C) constituye el apoyo y capital sociales. Por su parte, el bloque (D) se asimila al contexto sociopolítico e institucional. A modo de mediadores entre los factores estructurales y la salud se encuentran las *condiciones materiales de vida* (E), *las actitudes y conductas* (F) y el sistema de atención sanitaria (G). La única diferencia con el marco conceptual utilizado por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud y la Figura 3 es que en la versión simplificada del modelo el bloque (C) suele quedar incluido en (F) bajo la denominación “*entorno social*” o “*factores psicosociales*”.

La exclusión social como causa de desigualdad estructural

El hecho de destacar el *estatus y apoyo sociales* obedece a que desempeñan un papel crucial como causa estructural primaria de los procesos de exclusión social y de las DS. La evidencia sobre la elevada correlación entre estatus y apoyo sociales y el ESE es abrumadora (Brunner, 2009; CDSS, 2008; Marmot y Wilkinson, 1999; Wilkinson y Marmot, 2003; León y Walt, 2001), así como entre capital social y desigualdades de renta (Babones, 2009; Wilkinson y Pikett, 2009; Rico et al., 2005; Kawachi et al., 1999, 1998, 1997), lo cual subraya su naturaleza estructural (véase también el capítulo sobre Empleo en este mismo informe). El estatus y el respeto sociales son, a su vez, causas fundamentales de la discriminación social e institucional, que genera desempleo, barreras de acceso a los servicios sanitarios y sociales, violencia verbal o física y, por ende, mala salud y discapacidad. El *continuum* de la exclusión social acaba generando un ESE estructural bajo y condiciones materiales de vida adversas, que a su vez conducen a una mayor exclusión social. Un ESE bajo puede desencadenar por sí solo el proceso de exclusión social. Otros estratificadores sociales también desencadenan procesos de exclusión social superpuestos y acumulados, en especial si se basan en características fácilmente identificables como la raza (*racismo*), sexo (*sexismo*) o edad (*discriminación por razón de edad*); así como enfermedades mentales y discapacidades (Comisión Europea, 2009c; Sen y Ötlen/WGEKN, 2007; Wilkinson y Marmot, 2003; Karlsen y Nazroo, 2002a, 2002b).

El modelo conceptual de la Figura 3 sirve de guía para la batería de indicadores propuesta y para el resto del documento. El principal mensaje es que los factores estructurales (A-D), ya sea de forma directa o a través de E-G provocan desigualdades en el estado de salud (H), los riesgos sanitarios, las discapacidades, las enfermedades crónicas, la salud mental y la mortalidad prematura. Otro de los mensajes es que la exclusión social (C) puede desencadenarse no sólo a través de un ESE bajo, sino también por vía de la distribución desigual del respeto social mediante ciertos identificadores sociales (como la raza y el sexo) ligados a la estigmatización y a la discriminación, que reducen las oportunidades de movilidad social y provocan desigualdades estructurales en salud.

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

Determinantes sociales y estado de salud

En la UE la pobreza afecta, de media, a un 10% de la población de los Estados miembros de la Europa occidental y a un 20% de la población correspondiente a los Estados de Europa oriental (ingresos inferiores al 60% de la renta media). El riesgo de pobreza es mayor en los niños y los ancianos que en los adultos, salvo en algunos países de la Europa oriental y en los países nórdicos. La privación material alcanza el 20% en algunos países de Europa occidental, y asciende al 30%-60% en Europa oriental (Comisión Europea, 2010, 2007c; Brook, 2009; Dennis y Guio, 2005). El capital social, medido como el porcentaje de la población que cree que se puede confiar en la mayoría de las personas, oscila entre el 20% y el 30% en Europa oriental y meridional, y entre el 60%-70% en la región nórdica (Comisión Europea, 2007a). Durante la última década la pobreza no aumentó demasiado, pero las desigualdades de renta crecieron en casi todos los países, y la violencia (un buen indicador sintético de cohesión social) aumentó (Nielsen et al., 2005; Domínguez et al., 2004).

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

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

consecuencia de problemas de salud mental que como causa de DS (Beecham et al., 2000). Esta perspectiva ha determinado algunas de las prioridades que se reflejan en la batería de indicadores propuesta.

Migrantes y minorías étnicas

Se calcula que en la UE de los 27 hay 44,1 millones de migrantes -lo que representa aproximadamente el 9% de la población total-, con 5,6 millones de nuevos migrantes llegados a la UE entre 2005 y 2010 (PNUD, 2009). La migración puede constituir una oportunidad mutuamente provechosa tanto para los Estados miembros como para los migrantes, y la salud desempeña un papel fundamental en la integración de los migrantes y en su contribución a las sociedades. Migrantes y minorías étnicas pueden sufrir exclusión social independientemente de si se hallan o no en situación de desventaja socioeconómica (Davey-Smith, 2000; Cooper, 2002; Krieger et al., 1993). En el Reino Unido, sufrir discriminación duplica la probabilidad de tener mala salud, independientemente del ESE (Karlsen y Nazroo, 2002a-b). Sin embargo, en parte como resultado de la discriminación y otros problemas específicos, tanto los migrantes como las minorías étnicas (incluso aquellos que llevan siglos asentados en los países anfitriones, como la población gitana en la UE, o la afroamericana en EE.UU.) muestran un ESE más bajo y mayores tasas de abandono escolar, exclusión financiera y laboral o de población sin techo (Presidencia Portuguesa de la UE, 2008; Krieger et al., 1993). En la UE, el riesgo de pobreza es entre 2 y 4 veces mayor entre los migrantes (Elkes, 2008). Los grupos más afectados son la población gitana (véase el Cuadro 1 para una explicación detallada sobre este colectivo, en línea con la prioridad que les otorga la Presidencia Española de la UE 2010), los migrantes indocumentados, los solicitantes de asilo y los refugiados. Estos grupos tienden a habitar en viviendas de mala calidad y en condiciones de hacinamiento, así como en zonas social y étnicamente segregadas sin acceso a bienes y servicios beneficiosos para la salud, lo que puede dificultar aún más la inclusión social en la comunidad de acogida (Gushulak et al., 2010; Barnett et al., 2009; Ingleby, 2009; Comisión Europea, 2008a, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, 2007). Paradójicamente, la segregación también incrementa, no obstante, el capital y apoyo sociales, fomenta la movilización política, y puede ejercer un efecto protector sobre la salud de los migrantes (Veling et al., 2008).

La migración también puede agravar el impacto de los DSS: los migrantes se enfrentan a problemas específicos de salud adicionales, relacionados con sus países de origen, el trayecto migratorio, la debilidad de las redes sociales, la discriminación, y las barreras culturales e idiomáticas (Barnett et al., 2009; Consejo de Europa, 2001; Presidencia Portuguesa de la UE, 2008). Sin embargo, pese a que sufren grandes desigualdades estructurales, el estado de salud de algunos migrantes es a menudo superior a la media. Este fenómeno es conocido mundialmente como el “efecto del migrante sano”, que en algunos casos tiende a remitir tras varios años en el país de acogida. Dicho efecto refleja procesos de selección previos y posteriores a la migración, como las migraciones fallidas o el retorno anticipado de los migrantes enfermos. Por ello resulta esencial monitorizar el estado de salud de los migrantes en las comunidades de acogida, así como el de los retornados y de los candidatos a la migración en sus países de origen con el fin de controlar las DS estructurales de carácter étnico (Llacer et al., 2007; Markides et al., 2005; Khat y Darmon, 2003; Razum et al., 1998; Krieger et al., 1993). Una investigación pionera en España en este ámbito (Rodríguez-Álvarez et al., 2009), muestra que los migrantes marroquíes que viven en el País Vasco tiene mejor calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), pero peor salud mental que la población marroquí.

En la UE se reconoce el fracaso en la inclusión social de los jóvenes de origen migrante o de minorías étnicas (OIM, 2009a). Los estudios indican que esta población presenta un mayor riesgo que sus pares de padecer sobrepeso, sufrir accidentes o problemas de adaptación psicológica; también presentan tasas inferiores de vacunación y de utilización de los servicios sanitarios (Ravens-Sieberer et al., 2007; Moreno et al., 2007). Existen fuertes y persistentes desigualdades en el empleo para los migrantes, que afectan incluso a los jóvenes de segunda generación pertenecientes a minorías étnicas (OCDE, 2008; Elker, 2008). Gran parte de ellos son contratados en empleos de baja cualificación y, en particular, en empleos “3-D” (en inglés, *Dirty, dangerous and degrading*: sucios, peligrosos y degradantes). Es urgente prestar atención específica a los problemas de salud y seguridad en el trabajo de los trabajadores migrantes. Las mujeres migrantes, que suelen trabajar en el sector informal y también en el servicio doméstico, podrían estar sufriendo un doble aislamiento (Comunicación de la Comisión Europea, 2007a, 2007b).

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

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

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

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



Desde 2009, gracias al esfuerzo concertado de las organizaciones que representan a la población gitana, los gobiernos de España y Portugal, y las instituciones de la UE, se dispone de una encuesta de la UE, la Encuesta Europea de Salud de la Población Gitana, sobre sus necesidades de salud y protección. En la sección sobre Atención Sanitaria que figura más adelante se examina un programa piloto para la promoción de la salud comunitaria en Navarra, España (Jarauta, 2010). Para promover la integración de la población gitana, la Comisión Europea ha lanzado la *Plataforma Europea Integrada para la Inclusión de los Gitanos* y, en abril de 2010, durante la Presidencia Española de la UE, se celebrará la *segunda Cumbre Europea sobre Población Gitana*.

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

En Europa suele considerarse que el impacto del ESE en la salud es menor en las mujeres que en los hombres. De hecho, las mujeres europeas viven más tiempo, y las diferencias en esperanza de vida por ESE son, de media, de 8 años en las mujeres y de 14 años en los hombres. Sin embargo, en la UE las mujeres tienden a registrar un mayor riesgo de pobreza, especialmente en la vejez, y el riesgo relativo de muerte según ESE varía en mayor medida entre las mujeres que entre los hombres. Las mujeres suelen declarar un peor estado de salud a pesar de que registran tasas de mortalidad inferiores, reproduciendo así la pauta encontrada en el “efecto del migrante sano”. El impacto del ESE en la desigualdad de riesgos para la salud es superior en las mujeres en lo referido a la obesidad, la diabetes y la depresión, y menor en lo que respecta al tabaquismo, el cáncer de pulmón y el suicidio. Las mujeres migrantes y de minorías étnicas son particularmente vulnerables a las formas más extremas de exclusión social: discriminación laboral y de vivienda, violencia y abuso (Llacer et al., 2007; Thapa y Hauff, 2005). Otra similitud entre mujeres e migrantes es que sus condiciones de vida dependen tanto de su propia posición estructural como de la que ocupan sus maridos y familias, y aquéllas pueden haber variado considerablemente como consecuencia del matrimonio o de la migración. Ambos aspectos deberían ser objeto de investigación (Consejo de Europa, 2008; Llacer et al., 2007; Borrell et al., 2004; Sean, Östlin y WGEKN, 2007; Mackenbach, 2006). Las mujeres migrantes de mayor edad son, por tanto, especialmente vulnerables debido tanto a que concentran múltiples factores de riesgo de exclusión social como la pobreza, el aislamiento social y la mala salud, como a su relativa invisibilidad en las estadísticas y en los resultados de

investigación (Cangliano et al., 2009; AGE, 2008).

Atención sanitaria y protección social

La pobreza y la exclusión social pueden constituir importantes barreras a la hora de recibir una atención sanitaria de calidad. Incluso teniendo en cuenta que la mayoría de los países de la UE garantizan cobertura universal, algunos grupos pueden quedar excluidos de la red de seguridad, y no todos los servicios sanitarios tienen porqué ser suficientemente accesibles o presentar la diversidad adecuada. La información sobre estos temas es escasa en el ámbito de la UE, aunque la mayoría de los Estados miembros dispongan de algunos datos al respecto. Los grupos excluidos socialmente, y particularmente los migrantes indocumentados, carecen frecuentemente de cobertura sanitaria, y las mujeres dependen en ocasiones de sus maridos para obtener cobertura. Las listas de espera suelen ser largas, y la atención preventiva y especializada no hospitalaria están desigualmente distribuidas. Los copagos suelen ser elevados, y probablemente inasequibles para los pacientes crónicos. En muchos países la asistencia dental, el asesoramiento psicológico y la atención a la salud mental no están completamente cubiertos. Los migrantes y los grupos desfavorecidos tienden a utilizar menos la atención preventiva y la especializada no hospitalaria, y más los servicios de urgencias. Con frecuencia reciben una atención insuficiente y se enfrentan a listas de espera más largas, así como a la discriminación por parte del personal de atención sanitaria y social.

Hay abundante evidencia sobre la función decisiva que la atención sanitaria y social, pública y universal, ha desempeñado en la UE en la reducción de las

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

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

cabo en Londres, obtuvo un incremento del 50% en el porcentaje de adultos que siguen una dieta saludable, un incremento del 70% en el porcentaje de adultos que realizan ejercicio regularmente, y un descenso del 30% en los problemas de salud mental (Wall et al., 2009).

La investigación también demuestra que las organizaciones de la sociedad civil (OSC) especializadas, particularmente si se encuentran integradas en la comunidad, pueden desempeñar un papel importante para lograr, y ayudar a construir, redes de distribución para las comunidades más excluidas, como en el caso de los vecindarios con altos índices de delincuencia o drogadicción (Pereira y Ángel, 2009; Sampson et al., 1997). Por ejemplo, la Comisión Europea (2001) recomienda reforzar el derecho a los servicios universales y la discriminación positiva para los migrantes, y recomienda asimismo solicitar el apoyo de las ONGs para el caso específico de los refugiados. La CDSS subraya la importancia de implicar a las OSC en las intervenciones, al tiempo que destaca la responsabilidad fundamental del sector público para liderar la garantía de una cobertura universal, particularmente en el ámbito de la atención primaria (CDSS, 2008; recomendación 9.1; OMS, 2008).

Migrantes y minorías étnicas

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

ceguera y amputaciones de pierna-, y niveles inferiores de satisfacción que los de la población general (Comité de Expertos sobre Servicios de Salud en una Sociedad Multicultural, 2006).

El género en las desigualdades de clase y etnia

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

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

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

La investigación sobre exclusión social, DSS y DS muestra un complejo patrón causal que hemos agrupado en 8 causas principales de DS -4 de ellas esencialmente estructurales- (véase Figura 3). La posición que una determinada persona ocupa en la estructura social (A-C) y en el contexto sociopolítico e institucional (D) varía según el origen familiar y el empleo del género y la edad, la discapacidad y el estado de salud mental, la identidad étnica, el país de origen y el lugar de residencia. Junto con

el entorno físico local (E), determina de forma directa las condiciones de vida, e influye sobre las actitudes y conductas (F). La posición estructural también determina las oportunidades de acceso a una atención sanitaria de calidad y a la protección social (G), así como la posibilidad de una movilización política exitosa en favor de las políticas pro equidad. La estructura social influye sobre la salud y la discapacidad (H) a través de todos estos canales y también de forma directa.

La exclusión social y las desigualdades estructurales en salud son prioridades cruciales para las instituciones de gobierno de la UE (véase Tabla 2). Una mayoría de ciudadanos de la UE piensa que la pobreza y la mala salud responden a razones estructurales y, en última instancia, a la injusticia social, y no a la falta de esfuerzo por parte de los individuos (Comisión Europea, 2010). Un reciente estudio comparativo con EE.UU. muestra, por el contrario, que dos tercios de los ciudadanos estadounidenses creen que la causa principal de la pobreza es la desidia (Alesina y Glaeser, 2004). El primer capítulo de este informe resume las numerosas iniciativas y acuerdos de las instituciones de la UE en este campo. Dos hitos destacables son los compromisos de los Consejos Europeos de 2000 en Lisboa y de 2001 en Laeken para luchar contra la desigualdad y la exclusión social, y para monitorizar su evolución a escala nacional mediante los 18 indicadores sintéticos (incluida la salud) recogidos en la Encuesta Europea de Condiciones de Vida (EU-SILC), de nueva creación, que sustituye al Panel de Hogares de la Unión Europea (véase la introducción de la Parte I de este informe; y también Brook, 2009; Dennis y Guiom, 2008, y los informes sobre la Situación Social de la Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades de la UE).

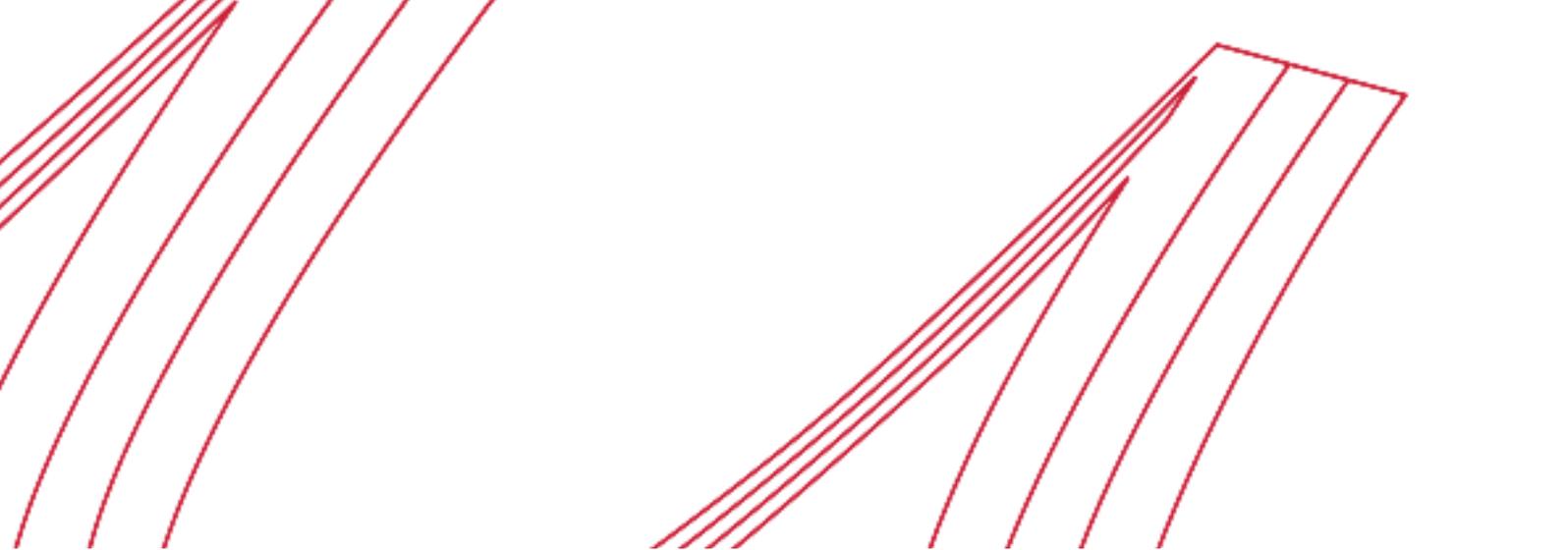
Los datos del panel EU-SILC, elaborados por Eurostat y por la mayoría de los Estados miembros desde principios de la década de 2000, cubre adecuadamente los puntos A, B, D, E, y parcialmente los puntos C, F, G y H (Tabla 2). Actualmente existen grupos de trabajo específicos dentro de Eurostat que trabajan en aspectos aún no cubiertos, como la etnia, la discapacidad, el capital social, el acceso a servicios locales y la transmisión intergeneracional de la pobreza. La migración, la salud mental, la discriminación y el estrés percibidos y la movilización política también deberían incluirse en el futuro. Recientemente, algunos países como Estonia han sido pioneros en introducir en la encuesta EU-SILC indicadores de desigualdad estructural desagregados por comunidades étnicas y geográficas. Es de capital importancia que el actual tamaño muestral de la encuesta se amplíe para permitir la desagregación por grupos minoritarios excluidos, y que se registren los códigos postales y las fronteras locales y regionales. Asimismo, resulta crítico que se registre información detallada sobre las referencias familiares (padres, maridos), el país de origen y la etnia, en el caso de las minorías excluidas.

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

Fuentes: Comisión Europea (2010-2007); Consejo de Europa (2008-2001); OMS Europa (2008). Véase Anexo III, subanexo D para obtener información más detallada sobre otros índices de DS y DSS de la UE.

ACUERDOS Y COMPROMISOS A NIVEL DE LA UE	
Acuedos Clave	Asuntos Pendientes
<ul style="list-style-type: none"> • La salud es un derecho humano básico y una fuente fundamental de riqueza y desarrollo; • La equidad en salud juega un rol clave en la agenda de la UE para hacer compatible la cohesión social y el buen gobierno con el crecimiento y el empleo; • Las desigualdades estructurales en las instituciones de poder son el principal determinante social de las desigualdades en salud y mortalidad prematura; • La desigualdades estructurales en salud se pueden evitar mediante políticas y acción social; • Los sistemas de salud y protección social deben ser proactivos para captar a los más necesitados; incluir información culturalmente sensible en los idiomas relevantes; promover estrategias dirigidas al entendimiento y el respeto mutuos; y hacer que los profesionales adecuadamente formados y los servicios sean accesibles y asequibles para todos 	<ul style="list-style-type: none"> • Las recientes encuestas europeas sobre desigualdades estructurales en salud hacen relativo poco énfasis en las interacciones entre SES y migración, discapacidad, género, envejecimiento, entorno social y físico, y comunidades étnicas o locales particularmente desfavorecidas. • Los escasos informes existentes a nivel de la UE sobre políticas en pro de la equidad en salud y las instituciones de gobierno en Europa subrayan el rol de liderazgo en investigación y políticas de: Reino Unido, Irlanda, Países Bajos y los países nórdicos, que pueden ayudar a cubrir las lagunas que existen a nivel de la UE. • Existe aun poca discusión en la UE sobre temas clave de gobierno como quién debe liderar las acciones coordinadas sobre los determinantes de la salud; la prioridad de los diferentes indicadores de determinantes sociales de la salud; o el rol del sistema de salud en la promoción de las políticas en pro de la equidad en salud o en la evaluación del impacto en salud del resto de sectores políticos
PROPOSED INDICATORS TO MONITOR STRUCTURAL HIs	
Individual Data	Local & Country Area Data
<p>A. Riesgo e intensidad de pobreza, estatus socioeconómico familiar y movilidad social, % de población que posee coche y casa;</p> <p>B. Resultados en matemáticas y alfabetización o años de educación;</p> <p>C. % de personas que viven solas o se sienten socialmente discriminadas;</p> <p>D. % de personas que se sienten institucionalmente discriminadas, % de desempleados de larga duración, diferencia salarial, % de personas políticamente activas;</p> <p>E. % de personas con malas condiciones de vivienda o bajo acceso a comida saludable;</p> <p>F. % de personas con estrés, pocas actividades sociales o de recreo;</p> <p>G. % de personas con necesidades de salud no atendidas, % sin médico de Atención Primaria</p> <p>H. % de personas con discapacidad y mala salud mental (incluyendo adicciones)</p>	<p>A. Desigualdades de renta (S80/S20) dentro y entre áreas locales, % de áreas con más de un 20% de población pobre;</p> <p>B. % de personas analfabetas o con poco conocimiento del idioma;</p> <p>C. Confianza, % de madres jóvenes solteras, % de mayores y de migrantes;</p> <p>D. Legislación, planes y financiación para luchar contra la discriminación y las DS estructurales, número de demostraciones;</p> <p>E. Polución, accidentes de trabajo, áreas verdes agua;</p> <p>F. Violencia, encarcelamientos, sin hogar;</p> <p>G. % de áreas dotadas con personal insuficiente en salud y educación;</p> <p>H. Desigualdades en esperanza de vida y mortalidad infantil.</p>

NOTA Tabla 2: todos los indicadores deberían ser desagregados por razón de ese, enfermedad, etnia y estatus de migración, condición de refugiado o persona sin hogar.



Consideraciones para seguir avanzando

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

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

Las conclusiones principales del capítulo son tres:

- Tanto la evidencia científica como los acuerdos alcanzados en la UE subrayan el hecho de que las diferentes dimensiones estructurales se encuentran fuertemente relacionadas entre sí, de modo que las personas con menos recursos socioeconómicos también disponen de menos recursos sociopolíticos e institucionales, y simultáneamente sufren condiciones materiales adversas de vida, discriminación y

otros aspectos de exclusión social que terminan por atraparles en una pobreza multidimensional. *Los grupos sociales más afectados por las desigualdades estructurales, que deberían recibir una protección especial, son los refugiados, la población gitana y otras minorías étnicas, los migrantes, las personas sin hogar, las madres solteras, los enfermos, los pobres y los ancianos, y también los niños, los desempleados y subempleados, tal y como se ha destacado en secciones anteriores.*

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

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

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

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

Eugenio Villar y Kumanan Rasanathan, Departamento de Ética, Equidad, Comercio y Derechos Humanos, Unidad de Análisis e Investigación en Equidad, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

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

Magdalena Robert, Centro de Investigación en Salud Internacional de Barcelona (CRESIB) Hospital Clínico-Universitario de Barcelona, España

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

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

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

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

Este capítulo constituye una aportación al debate actual sobre las oportunidades de la UE para contribuir a la reducción de las desigualdades en salud en terceros países a través de su cooperación al desarrollo. El capítulo abarca enfoques potenciales para la acción en relación al Consenso Europeo sobre Desarrollo; el apoyo de la UE a los avances encaminados a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM); la aplicación de la Agenda de Acción de Accra por parte de la UE; y la Política Europea de Vecindad (PEV). A diferencia de otras partes de este informe, este capítulo aborda tanto la acción como la monitorización, es decir, enfoques de partida para que la UE afronte las desigualdades en la salud global a través de la acción sobre los determinantes sociales de la salud, así como el modo en que puede contribuir la UE a su vigilancia y monitorización.

Introducción

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

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

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

La UE (en concreto la Comisión Europea, la Secretaría del Consejo y los Estados miembros de la Unión Europea) es el mayor donante del mundo. En 2008 aportó el 60% (49.000 millones de euros) de la ayuda oficial al desarrollo a nivel mundial. El principal objetivo general de la política de desarrollo de la UE es la erradicación de la pobreza en el contexto del desarrollo sostenible, incluida la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (Comisión Europea, 2008a). La Comisión Europea gestiona más de la quinta parte de la ayuda al desarrollo de la UE y aporta asistencia a más de 160 países, territorios u organizaciones de todo el mundo (Comisión Europea, 2008a).

El Tratado de Lisboa concede mayor relevancia a los derechos humanos, la igualdad y la solidaridad como principios fundamentales de la UE (Unión Europea, 2009). En consecuencia, y dada la relevancia que tiene garantizar la solidaridad en pro del derecho a la salud con el fin de reducir las desigualdades en la salud global, el análisis de este capítulo está respaldado por el Artículo 12 sobre el derecho a la salud del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU (Kickbusch I, Lister G, 2009; OACDH, 1966). El derecho a la salud abarca factores socioeconómicos que promueven las condiciones en las que las personas pueden desarrollar una vida sana, y se extiende a los determinantes de la salud subyacentes (Consejo Económico y Social de la Organización de las Naciones Unidas, ECOSOC, 2000). La limitación de los recursos puede requerir la progresiva implantación de este derecho. Como sucede con otros derechos, la Comunidad Internacional tiene la responsabilidad de apoyar la progresiva implantación del derecho a la salud, por ejemplo a través de la ayuda al desarrollo².

Este capítulo se basa también en la obra de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) y las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud sobre *Reducing health inequalities through action on the social determinants of health* [Reducción de las desigualdades en salud a través de la acción sobre los determinantes sociales de la salud] y *Primary health care, including health system strengthening* [Atención primaria, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud] (Asamblea Mundial de la Salud, 2009a, 2009b).

La salud como aspecto transversal del Consenso Europeo sobre Desarrollo

En esta sección se explora el modo en que la salud global (y la equidad en salud) podría incorporarse en mayor medida a la aplicación del Consenso Europeo sobre Desarrollo. Dicho Consenso aporta la base para la acción de la UE en el ámbito del desarrollo. Establece nueve «áreas de acción Comunitaria»: 1) comercio e integración regional; 2) medio ambiente y gestión sostenible de los recursos naturales; 3) infraestructuras, comunicaciones y transporte; 4) agua y energía; 5) desarrollo rural, planificación territorial, agricultura y seguridad alimentaria; 6) gobernabilidad,

democracia, derechos humanos y apoyo a las reformas económicas e institucionales; 7) prevención de conflictos y Estados frágiles; 8) desarrollo humano; y 9) cohesión social y empleo.

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

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

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

existentes. Esta formación podría apoyarse en la experiencia de todos los países de la UE, los grupos de la sociedad civil, el mundo académico y otros socios para el desarrollo.

Dada la complejidad inherente al abordaje de los temas transversales, sería útil revisar los desafíos y tener en cuenta los factores facilitadores que se han detectado en la incorporación de otros aspectos transversales. Podrían

revisarse la adopción y aplicación de herramientas como las Evaluaciones Ambientales Estratégicas, los Perfiles de Género y Ambientales del País, y el documento *Guía para la Integración de la Igualdad de Género en la Cooperación al Desarrollo de la CE* (Comisión Europea). En el nivel de los Estados miembros, un ejemplo interesante sería la herramienta de análisis de género y exclusión social (DFID, 2009).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pocos países en desarrollo son capaces de producir datos de suficiente calidad como para permitir la vigilancia de los avances logrados en la ampliación y consolidación de los sistemas de salud con regularidad (IHP+, 2009d), sobre todo con respecto al modo en que dichos sistemas abordan las desigualdades en salud. En la mayor parte de los países en desarrollo, la disponibilidad limitada y la escasa calidad de los datos y las estadísticas de salud ponen de manifiesto la urgente necesidad de inversión y expansión de las actividades de información en materia de salud. Esto sólo puede lograrse mediante un esfuerzo conjunto de los países y los socios internacionales (IHP+, 2009c). Desarrollar la capacidad de los sistemas de información de salud para evaluar la equidad puede considerarse en el contexto de los seis objetivos sugeridos por el H8 para mejorar el uso, la calidad y la disponibilidad de los datos de los ODM. Dichos objetivos son

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

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

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

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

Los países de rentas bajas y medias pueden afrontar una gama mayor de retos mediante el establecimiento de sistemas de supervisión que puedan vigilar las desigualdades en salud.

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

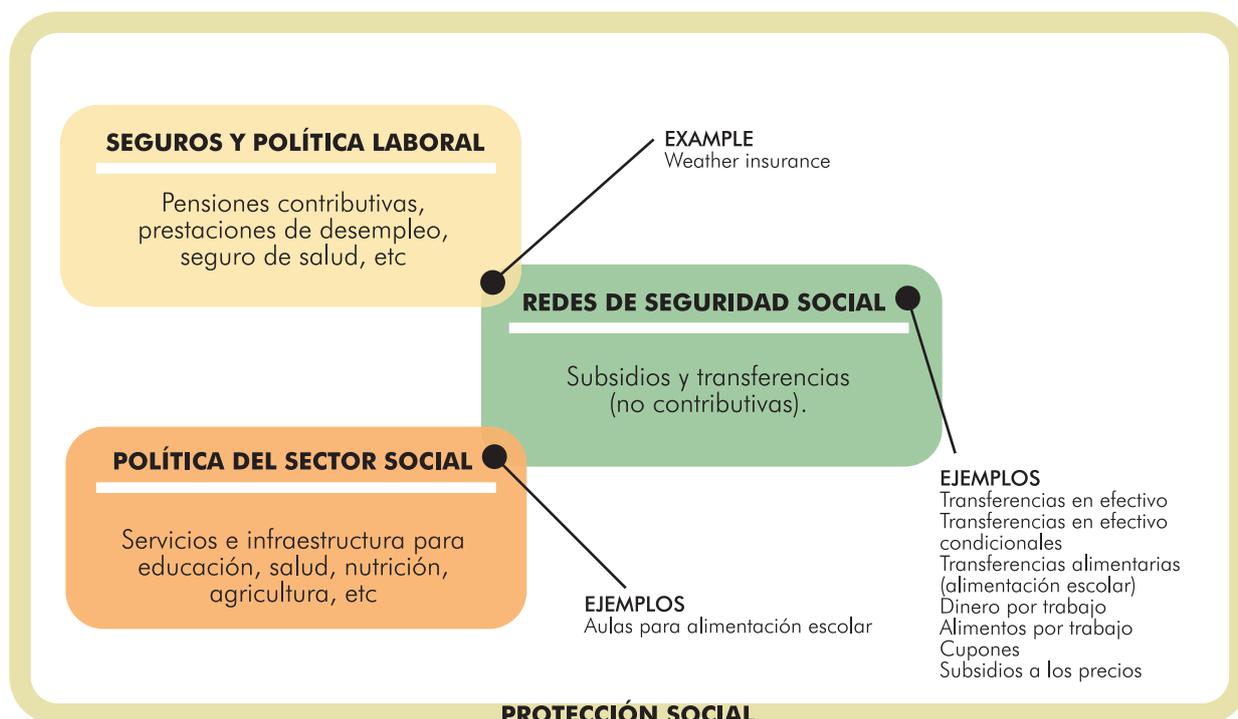
Protección social para salvaguardar la salud, la equidad en salud y el avance hacia los ODM

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La Política Europea de Vecindad y la equidad en salud

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

Los Planes de Acción Bilateral han sido adoptados por doce países de la PEV. En todos estos Planes se incluye un componente de salud, y además la salud se ha identificado como un área de creciente cooperación (Comisión Europea, 2007c). Los informes sobre los avances nacionales en la aplicación de la PEV⁴ de 2008 reflejan aspectos que incluyen:

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

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

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

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

Consideraciones para seguir avanzando

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

A corto plazo

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

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

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

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

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

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

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

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

A largo plazo

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

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

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

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

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

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

Facilitar el acceso de los países de la PEV a los recursos de la UE destinados a mejorar la equidad en salud.

La UE puede replantearse el modo en que podrían estar representados los países de la PEV en los grupos de expertos, las redes y los proyectos financiados por la CE que abordan la equidad en salud y los determinantes sociales de la salud. Asimismo, para mejorar y facilitar el apoyo de la UE a la reforma de los sectores sanitarios de los países de la PEV, podrían definirse mecanismos que integren los principios de igualdad y un enfoque basado en los determinantes sociales de la salud. Esto puede implicar una necesidad de mejora en el intercambio entre los países (tanto a nivel de autoridades y como de la sociedad civil) que Estados miembros de la UE o forman parte de la PEV.

COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN AL PARLAMENTO EUROPEO, AL CONSEJO, AL COMITÉ ECONÓMICO Y SOCIAL EUROPEO Y AL COMITÉ DE LAS REGIONES SOLIDARIDAD EN MATERIA DE SALUD: REDUCCIÓN DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD EN LA UE

(Texto pertinente a efectos del EEE)

LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES Y LA SOLIDARIDAD EN MATERIA DE SALUD

Los ciudadanos de la Unión Europea (UE) viven, de media, más tiempo y con mejor salud que anteriores generaciones. Sin embargo, la UE se enfrenta a un importante desafío: las grandes diferencias en materia de salud que existen entre los Estados miembros y dentro de ellos. Además, hay indicios de que estas diferencias podrían estar incrementándose. Por otra parte, el aumento del desempleo y la incertidumbre como consecuencia de la actual crisis económica están agravando aún más esta situación. Con la presente Comunicación se inicia el debate necesario para definir posibles medidas de acompañamiento a nivel de la UE en apoyo de las actuaciones emprendidas por los Estados miembros y otros agentes para hacer frente a este problema.

Las instituciones de la UE y muchos interesados han expresado, entre otras cosas a través de la consulta sobre la presente Comunicación, su preocupación por la magnitud y las consecuencias de las desigualdades en salud que existen tanto dentro de los Estados miembros como entre ellos. Asimismo, en el Consejo Europeo de junio de 2008 se insistió en la importancia de reducir las diferencias en materia de salud y esperanza de vida que existen entre los Estados miembros y dentro de ellos¹. En 2007, la Estrategia de Salud de la UE² declaró la intención de la Comisión de seguir trabajando con el fin de reducir las desigualdades en salud. Esta intención volvió a declararse en la Comunicación de la Comisión de 2008 sobre una Agenda Social Renovada³, en la que se reafirmaron los objetivos sociales fundamentales de Europa a través de la igualdad de oportunidades, el acceso y la solidaridad, y se anunció una Comunicación de la Comisión sobre las desigualdades en salud.

La Comisión considera que la magnitud de las desigualdades en salud entre personas que viven en diferentes partes de la UE y entre ciudadanos socialmente favorecidos y desfavorecidos de la misma representa un desafío para los compromisos de la UE en favor de la solidaridad, la cohesión económica y social, los derechos humanos y la igualdad de oportunidades. Por consiguiente, la Comisión tiene la intención de apoyar y complementar los esfuerzos de los Estados miembros y otros interesados para hacer frente a este problema.

LAS DESIGUALDADES EN SALUD EN LA UE

Si bien el nivel medio de salud en la UE ha seguido mejorando en las últimas décadas, siguen existiendo importantes diferencias en materia de salud entre personas que viven en diferentes partes de la UE y entre los sectores más favorecidos y más desfavorecidos de la población, que, en algunos casos, incluso se han incrementado. Las diferencias que existen entre Estados miembros de la UE son, por ejemplo, un nivel cinco veces superior de fallecimientos de niños menores de un año de edad, así como una diferencia de esperanza de vida al nacer de catorce años para los hombres y de ocho años para las mujeres. También existen grandes diferencias en materia de salud entre regiones, zonas rurales y urbanas, y barrios.

¹Local Basket of HI Indicators.

En toda la UE puede observarse la existencia de una gradación social en lo que respecta a la salud, ya que las personas con menor nivel educativo, con profesiones menos valoradas o con bajos ingresos suelen fallecer más jóvenes y, entre ellos, la prevalencia de la mayor parte de los problemas de salud suele ser más elevada⁴. Los trabajadores que realizan predominantemente tareas manuales o repetitivas rutinarias tienen peor salud que los que realizan tareas no manuales y menos repetitivas. Las diferencias de esperanza de vida al nacer entre los grupos socioeconómicos más bajos y más elevados alcanzan los diez años para los hombres y los seis años para las mujeres. También existe una importante dimensión de género, ya que, en general, las mujeres viven más tiempo que los hombres pero pueden pasar una parte mayor de sus vidas con mala salud.

Los grupos vulnerables y socialmente excluidos, tales como las personas de origen inmigrante o pertenecientes a minorías étnicas, las personas con discapacidad o las personas sin hogar, tienen unos niveles de salud especialmente deficientes⁵. Por ejemplo, la población gitana tiene una esperanza de vida estimada diez años inferior a la de la población en general⁶. La salud deficiente de estos grupos de personas puede deberse a las viviendas en malas condiciones, la mala nutrición y los comportamientos que repercuten en la salud, así como a la discriminación, la estigmatización y las barreras para acceder a la atención sanitaria y a otros servicios⁷.

Las desigualdades en salud tienen su origen en las diferencias entre grupos de población en lo que respecta a una amplia serie de factores que afectan a la salud. Entre ellos se incluyen: las condiciones de vida; los comportamientos que afectan a la salud; la educación, la profesión y la renta; los servicios de atención sanitaria, prevención de enfermedades y promoción de la salud; y las políticas públicas que influyen en la cantidad, la calidad y la distribución de estos factores. Las desigualdades en salud se inician al nacer y persisten hasta la vejez. Las desigualdades experimentadas en las primeras etapas de la vida en lo que respecta al acceso a la educación, el empleo y la atención sanitaria, así como las basadas en el género y la raza, pueden tener una influencia capital en el estado de salud de las personas a lo largo de su vida.

La combinación de la pobreza con otros factores que hacen vulnerable a una persona, tales como la infancia o la vejez, la discapacidad o la pertenencia a una minoría, incrementa aún más los riesgos para la salud.

Las diferencias en salud están relacionadas con una serie de factores socioeconómicos⁸. Las condiciones económicas pueden influir en muchos aspectos de las condiciones de vida, que, a su vez, pueden tener repercusiones en la salud. Algunas zonas de la UE todavía carecen de equipamientos básicos tales como servicios de suministro de agua y saneamiento adecuados.

Asimismo, los factores culturales que afectan al estilo de vida y los comportamientos que tienen repercusiones en la salud presentan grandes diferencias entre las regiones y los grupos de población. Muchas regiones, especialmente en algunos de los Estados miembros que se han adherido más recientemente, realizan grandes esfuerzos para proporcionar a sus poblaciones unos servicios de atención

sanitaria de los que tienen gran necesidad. Las barreras al acceso a la atención sanitaria pueden incluir la falta de seguro, el elevado coste de la atención médica, la falta de información sobre los servicios prestados y las barreras lingüísticas y culturales. Algunas investigaciones han apuntado a que los grupos sociales más pobres recurren en menor medida a la atención sanitaria que los grupos de mayor renta en los mismos casos de necesidad médica.

Dado que las desigualdades en salud no son únicamente una cuestión de suerte, sino que están muy influidas por la actuación de los individuos, los gobiernos, los interesados y las comunidades, no son inevitables. La actuación destinada a reducir las desigualdades en salud debe hacer frente a los factores que repercuten de manera desigual en la salud de la población de una manera que pueda evitarse y abordarse mediante políticas públicas.

POLÍTICAS DE ACOMPAÑAMIENTO ACTUALES DE LA UE

En 2006, el Consejo acordó unas Conclusiones sobre los valores y principios comunes de los sistemas sanitarios de la Unión Europea, en las que se subrayaba el objetivo global de reducir las desigualdades en el ámbito de la salud⁹. Es bien cierto que la mejora del acceso a la atención sanitaria y a los sistemas de prevención de enfermedades y promoción de la salud podría reducir algunas de las desigualdades en salud, tal como se señalaba en la Estrategia de Salud de la UE. Debería garantizarse la contribución a la reducción de las desigualdades en salud a la hora de poner en práctica iniciativas tales como la Recomendación del Consejo sobre el cribado del cáncer, la Comunicación sobre telemedicina¹⁰, la Comunicación sobre la seguridad de los pacientes¹¹ o la propuesta de Directiva relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza.

La lucha contra las desigualdades en salud es una acción clave de la Estrategia de Salud de la UE (2008-2013), en la que se considera que la equidad en la salud es un valor fundamental, y que ha desembocado en una orientación para que se tengan en cuenta las desigualdades en salud en ámbitos tales como la salud mental, el consumo de tabaco, la juventud, el cáncer y el VIH/SIDA. El Programa de Salud Pública de la UE ha apoyado la identificación y el desarrollo de actividades a fin de hacer frente a las desigualdades en salud, incluido un directorio europeo de buenas prácticas¹². Se han dado los primeros pasos para mejorar la recogida de datos y la creación de redes de Estados miembros e interesados clave.

Mediante el Método Abierto de Coordinación en materia de protección social y de inclusión social (MAC social)¹³ los Estados miembros de la UE acordaron el objetivo de hacer frente a las desigualdades en los resultados de salud. Esta acción se ve apoyada por una serie de indicadores comunes basados en el trabajo de Eurostat sobre estadísticas de salud pública. El análisis a nivel de la UE de los informes nacionales de estrategia de los Estados miembros en materia de protección social e inclusión social ha contribuido a estimular el debate y las acciones en los Estados miembros. Desde 2005, un grupo de expertos a

nivel de la UE ha examinado las pruebas e intercambiado información sobre políticas y prácticas¹⁴. Los programas sanitarios de la UE han apoyado una serie de iniciativas relativas a las desigualdades en salud. Los Programas Marco de Investigación (en la actualidad, VII PM) proporcionan un importante apoyo a la investigación en este ámbito, y una gran variedad de programas de acción, incluido el Programa de Salud y el Programa PROGRESS para el empleo y la solidaridad social de la UE¹⁵, financian estudios, ejemplos de buenas prácticas e innovaciones en las políticas.

Otras políticas de la UE también pueden contribuir a la reducción de las desigualdades en salud, lo cual también es un objetivo para los desafíos en materia de salud pública identificados en la Estrategia de Desarrollo Sostenible de la UE². El objetivo de una distribución más equitativa de la salud se ve reforzado por los objetivos generales de la UE de crear crecimiento económico con solidaridad social, es decir, la Estrategia de Lisboa. La legislación de la UE en los ámbitos de la legislación laboral y la seguridad y salud en el trabajo contribuye a reducir los accidentes en el trabajo y las enfermedades profesionales. La política de medio ambiente de la UE y las políticas de mercado en el marco de la Política Agrícola Común apoyan una serie de iniciativas que pueden contribuir a la mejora de la salud.

La UE proporciona ayudas financieras a través de la Política de Cohesión y el Fondo Europeo Agrícola de Desarrollo Rural, que pueden utilizarse para reducir las diferencias entre las regiones mediante inversiones en los factores determinantes de las desigualdades en salud, tales como las condiciones de vida, los servicios de empleo y formación, el transporte, las tecnologías y las infraestructuras sanitarias y de asistencia social. En la evaluación de impacto que acompaña a la presente Comunicación se analiza en más detalle la contribución de las políticas actuales de la UE.

EMPRENDER ACCIONES CONTRA LAS DESIGUALDADES EN SALUD: UN ENFOQUE DE COLABORACIÓN

Aparece la necesidad de nuevas acciones debido a la acumulación de pruebas sobre la magnitud y la omnipresencia de las desigualdades en salud en toda la UE y a las preocupaciones que suscitan las consecuencias negativas para la salud, la cohesión social y el desarrollo económico si no se combaten eficazmente dichas desigualdades. Las acciones en marcha parecen no haber tenido más que un efecto limitado y existe el riesgo de que las diferencias existentes se amplíen como consecuencia de las recientes dificultades económicas.

Además, a fin de contribuir a la sostenibilidad de los sistemas de protección social, es de capital importancia conseguir unos mejores niveles de salud en todos los grupos de población en un contexto de envejecimiento de la población de la UE.

Si bien la principal responsabilidad de las políticas de salud sigue correspondiendo a los Estados miembros, no todos ellos disponen de los mismos recursos, herramientas o reservas de experiencia para poder hacer frente a las diferentes causas de las desigualdades en salud.

La contribución de la Comisión Europea puede consistir en garantizar que las políticas y acciones pertinentes de la UE tengan en cuenta el objetivo de la lucha contra los factores que crean, o contribuyen a crear, las desigualdades en salud entre la población de la UE.

Para ello, la UE debería utilizar de la manera más eficaz posible los mecanismos y las herramientas disponibles. Por ejemplo, puede desempeñar un papel importante mediante el incremento de la concienciación y la promoción y la asistencia al intercambio de información y conocimientos entre los Estados miembros afectados, así como identificando y difundiendo las buenas prácticas y facilitando la concepción de políticas adaptadas a los problemas específicos que predominan en los Estados miembros o en grupos sociales especiales. Asimismo, supervisará y evaluará el progreso en la aplicación de estas políticas.

CUESTIONES CLAVE QUE DEBEN ABORDARSE

La experiencia obtenida hasta la fecha pone de relieve una serie de importantes desafíos a los que es preciso hacer frente para reforzar las actuaciones presentes destinadas a reducir las desigualdades en salud.

Una distribución equitativa de la salud como parte del desarrollo social y económico general

En términos generales, el nivel de salud está asociado con la riqueza. Los países y las regiones más ricos tienen, de media, una mejor salud, medida mediante diferentes índices. Pero esta relación no es sistemática. Unos mayores recursos económicos proporcionan un mayor potencial para mantener y mejorar la salud, pero solamente si se utilizan de una manera que permita que esto ocurra. Resulta evidente que no todos los grupos se han beneficiado en la misma medida del progreso económico. Lo importante es crear una pauta de desarrollo económico y social general que conduzca a un mayor crecimiento económico, así como a una mayor solidaridad, cohesión y salud. Los fondos estructurales de la UE deben desempeñar un papel vital a este respecto.

El fin de la Agenda de Lisboa es conseguir los objetivos de crecimiento económico y mayor cohesión social. El indicador de esperanza de vida con buena salud es la unidad de medida que se utiliza en la actualidad para supervisar los progresos de la Agenda de Lisboa en lo que respecta a la dimensión de la salud. Podría estudiarse si una supervisión rigurosa de los indicadores de las desigualdades de salud sería una herramienta adecuada para controlar su dimensión social.

Mejora de la base de conocimientos y datos y mecanismos de medición, supervisión, evaluación y transmisión de la información

La medición de las desigualdades en salud es un primer paso fundamental para una actuación eficaz. A pesar de que existan pruebas sólidas en una serie de ámbitos, se precisa una información más detallada sobre las repercusiones y la importancia de los diferentes factores determinantes de la salud si se quiere actuar con eficacia en relación con grupos de población y factores determinantes específicos.

También deben mejorarse los conocimientos sobre la eficacia de las políticas destinadas a luchar contra las desigualdades. A pesar de la existencia de un conjunto de investigaciones sobre la eficacia de las intervenciones en materia de salud pública y el efecto de otras políticas y acciones en la salud, solamente se han evaluado específicamente las diferentes repercusiones en la salud de grupos sociales o zonas de un pequeño número de ellas. La evaluación del efecto de las

políticas fuera del sector de la salud pública es aún más limitada.

El hecho de que no se disponga habitualmente de datos y conocimientos procedentes de investigaciones a escala de la UE comparables representa un obstáculo para evaluar la situación actual, reconsiderar las prioridades políticas, realizar comparaciones, descubrir las mejores prácticas y reasignar los recursos a los fines más necesarios. Los datos existentes y futuros disponibles a nivel de la UE, especialmente a través de la plena aplicación de encuestas de la misma tales como la encuesta comunitaria sobre la renta y las condiciones de vida (EU-SILC), la encuesta comunitaria de salud mediante entrevista y la encuesta de la UE sobre discapacidades, así como los reglamentos de aplicación en todos los ámbitos de las estadísticas sobre salud pública, deberían utilizarse para crear unidades de medida de las desigualdades en salud que permitan realizar comparaciones en el tiempo y a través de la UE. También debería garantizarse la coherencia con otros conjuntos de datos internacionales.

Las causas de las desigualdades en salud varían entre los Estados miembros y los grupos específicos de población. Los Estados miembros deberían tener como objetivo establecer, en estrecha colaboración con la Comisión, una serie común de indicadores a fin de supervisar las desigualdades en salud y una metodología para auditar la situación de la salud en los Estados miembros, con el fin de identificar los ámbitos que pueden mejorarse y las mejores prácticas, y clasificarlos según su prioridad. La Comisión podría ayudar a los Estados miembros a lograr sus objetivos proporcionando análisis y apoyo sobre la base de la información disponible.

Esto podría convertirse en una herramienta útil para los Estados miembros a la hora de diseñar, clasificar en función de la prioridad y aplicar políticas más eficientes y eficaces ajustadas a su situación específica, así como usar mejor las herramientas de la UE existentes en apoyo de sus acciones.

La financiación de proyectos piloto y de hermanamiento y los programas de evaluación inter pares podrían ayudar a los Estados miembros en la aplicación de estas políticas. Las evaluaciones inter pares deberían incluir el análisis de las políticas, los programas o los acuerdos institucionales existentes que se han identificado como buenas prácticas

Acciones a nivel de la UE:

Apoyar el desarrollo y la recogida de datos e indicadores sobre las desigualdades en salud por edad, sexo, situación socioeconómica y dimensión geográfica.

Desarrollar enfoques de auditoría de la desigualdad en salud a través del Programa de Salud en una acción conjunta con los Estados miembros que deseen participar.

Orientar las investigaciones de la UE hacia la reducción de las lagunas que existen en lo que se refiere a los conocimientos sobre las desigualdades en salud, incluidas actividades en el marco de los temas de Salud y Ciencias Socioeconómicas y Humanidades del VII Programa Marco de Investigación.

Insistir en la investigación y la difusión de buenas prácticas relativas a la lucha contra las desigualdades en salud por las agencias de la UE, incluidas la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades

y la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo.

Conseguir el compromiso de diferentes agentes sociales

La reducción de las desigualdades en salud tiene un impacto en la salud de las personas en su vida cotidiana, así como en el trabajo, la escuela y el ocio en la comunidad. Además de los gobiernos nacionales, las autoridades regionales de muchos países tienen una importante función en materia de salud pública y servicios de salud y, por tanto, deben participar activamente. El sector sanitario debe desempeñar un papel de liderazgo tanto a la hora de garantizar un acceso equitativo a la atención sanitaria como de apoyar el conocimiento y la formación de los profesionales de la sanidad y de otros sectores. Asimismo, los gobiernos locales, los lugares de trabajo y otros interesados pueden realizar una contribución vital.

Así pues, la mejora del intercambio de información y conocimientos y la mejora de la coordinación de las políticas entre diferentes niveles de la administración y a través de una serie de sectores (atención sanitaria, empleo, protección social, medio ambiente, educación, juventud y desarrollo regional) puede desembocar en una actuación más eficaz y conseguir un efecto más amplio y coherente. También existe la necesidad de crear asociaciones más eficaces con los interesados que puedan ayudar a promover la actuación en relación con diferentes factores determinantes de carácter social y, de esta manera, mejorar los resultados en materia de salud.

Este es un ámbito en el que los Estados miembros pueden aprender unos de otros a la hora de diseñar las estrategias de sus políticas. La UE puede contribuir reforzando los mecanismos de coordinación de las políticas y facilitando el intercambio de información y buenas prácticas entre los Estados miembros y los interesados. Iniciativas tales como el Foro Europeo sobre Política Sanitaria, la Asociación de Acción contra el Cáncer, el Foro sobre el Alcohol o la Plataforma Europea de Acción sobre Alimentación, Actividad Física y Salud son instrumentos importantes para poner en práctica la agenda de la política contra las desigualdades de salud.

La Comisión ha señalado¹⁷ su intención, en el marco del MAC social, de recurrir en mayor medida a la evaluación *inter pares* y a la financiación del Programa PROGRESS, así como de estudiar la introducción de objetivos en materia de situación sanitaria para apoyar el compromiso y la consecución de objetivos comunes. La Comisión también tendrá en cuenta el interés mostrado por el Comité de las Regiones cuando fue consultado sobre la presente Comunicación y se fijará el objetivo de conseguir que los acuerdos de cooperación regional sobre salud tengan en cuenta las desigualdades en salud.

Acciones a nivel de la UE:

Crear vías para que los interesados pertinentes a nivel europeo se comprometan a promover la incorporación y la difusión de buenas prácticas.

Incluir las desigualdades en salud como uno de los ámbitos prioritarios dentro de los actuales acuerdos de cooperación sobre salud entre las regiones europeas y la Comisión.

Crear acciones y herramientas sobre formación profesional

para combatir las desigualdades en salud utilizando el Programa de Salud, el FSE y otros mecanismos.

Estimular la reflexión sobre el desarrollo de objetivos dentro del Comité de Protección Social mediante documentos de debate.

Satisfacer las necesidades de los grupos vulnerables

Para abordar con eficacia las desigualdades en salud se precisan políticas que incluyan tanto acciones para hacer frente a la gradación en materia de salud que se extiende por toda la sociedad como acciones que estén específicamente destinadas a grupos vulnerables. Debe prestarse especial atención a las necesidades de las personas en situación de pobreza, los grupos de inmigrantes desfavorecidos y pertenecientes a minorías étnicas, las personas con discapacidad, las personas mayores o los niños que viven en la pobreza. En el caso de algunos grupos, puede considerarse que la cuestión de la desigualdad en salud, incluido el acceso reducido a una atención sanitaria adecuada, afecta a sus derechos fundamentales.

En la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea se especifica el derecho a una ayuda social y a una ayuda de vivienda para garantizar una existencia digna a todos aquellos que no dispongan de recursos suficientes, a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria, y a unas condiciones de trabajo que respeten la salud. En la Carta sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas se especifican varios derechos clave relativos a las necesidades básicas de los niños que, a su vez, afectan a su salud, mientras que, en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, se especifican los derechos de acceso de las personas con discapacidad a los servicios de salud. Las desigualdades en salud se incluyen como una de las cuatro prioridades de la Iniciativa de la Comisión sobre la salud de los jóvenes, que se puso en marcha en 2009.

El cambio demográfico y el envejecimiento de nuestras sociedades crearán nuevos desafíos en materia de salud.

El Consejo ha determinado que es necesario emprender más acciones en relación con las necesidades de salud de los inmigrantes, la población gitana¹⁸ y los jóvenes con menos oportunidades¹⁹. La Comisión está iniciando un proyecto piloto sobre la inclusión de la población gitana, incluidas la salud y las intervenciones integradas en el ámbito educativo, social y económico, así como la cooperación transfronteriza.

Debería recurrirse en mayor medida a la Política de Cohesión y los fondos estructurales asociados para promover intervenciones en favor de la salud de grupos vulnerables, como por ejemplo la población gitana.

Acciones a nivel de la UE:

Poner en marcha iniciativas, en colaboración con los Estados miembros, a fin de incrementar la concienciación y promover acciones para mejorar el acceso a los servicios de salud y su adecuación, y promoción de la salud y la atención sanitaria preventiva para los inmigrantes y las minorías étnicas y otros grupos vulnerables, mediante la

identificación y el intercambio de buenas prácticas con el apoyo del Programa de Salud y otros programas.

Velar por que se aborde plenamente la reducción de las desigualdades en salud en las futuras iniciativas sobre «un envejecimiento sano».

Preparar para la Cumbre de 2010 sobre la población gitana un informe sobre el uso de instrumentos y políticas comunitarios para la inclusión de este grupo de población, incluida una sección sobre las desigualdades en salud.

Examinar de qué manera la Agencia de Derechos Fundamentales podría, dentro de su mandato, recopilar información sobre el grado en que los grupos vulnerables pueden sufrir las desigualdades en salud en la UE, especialmente en lo que respecta al acceso a una atención sanitaria y una asistencia social y en materia de vivienda adecuadas.

Llevar a cabo actividades relativas a las desigualdades en salud como parte del Año Europeo de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social 2010.

Desarrollar la contribución de las políticas de la UE

Tal como se mencionaba en el apartado 3, existen diferentes políticas de la UE que pueden contribuir directa o indirectamente a la lucha contra las desigualdades en salud, y se dispone de diversas herramientas a nivel comunitario que podrían utilizarse. Existe todavía margen para mejorar la contribución de las políticas de la UE mediante una mejor comprensión de su impacto en la salud y a través de una mayor integración de las políticas. Con ello se establecerían mejor las prioridades y se utilizarían de manera más eficaz las herramientas existentes.

Si bien hay un acuerdo general sobre el principio de la reducción de las desigualdades en salud, existen grandes diferencias en lo que respecta al nivel de concienciación y el grado en que se está actuando. En las políticas de más de la mitad de los Estados miembros de la UE no se insiste en la reducción de las desigualdades en salud y existe una carencia de estrategias intersectoriales globales²⁰. Además, no se evalúan ni divulgan las políticas aplicadas, lo cual limita la capacidad para conocer su eficacia. La UE tiene un papel que desempeñar para mejorar la coordinación de las políticas y promover que se compartan las mejores prácticas.

Diferentes políticas de la Comisión deberían seguir apoyando a los Estados miembros a fin de conseguir un acceso más equitativo a una atención sanitaria de gran calidad y a los sistemas de prevención y promoción de la salud. La UE podría desempeñar un papel promoviendo una mejor cooperación entre sistemas sanitarios, tal como se prevé en la propuesta de Directiva sobre la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. También podría contribuir a una mejor comprensión y proponer soluciones para los desafíos a que hacen frente los sistemas sanitarios en lo que respecta a la capacidad de los profesionales sanitarios europeos. Asimismo, puede contribuir a evaluar de qué manera pueden utilizarse eficazmente las nuevas tecnologías en el sector sanitario.

La Política de Cohesión de la UE es importante para conseguir los objetivos de Lisboa de cohesión económica y social y puede ser una poderosa herramienta para hacer frente a las desigualdades en salud. Las actuales Directrices Estratégicas Comunitarias establecen la posibilidad de utilizar los fondos para acciones relacionadas con la salud. Los Estados miembros han asignado alrededor de 5 000 millones EUR (1,5 % del total disponible) de los fondos en la categoría de infraestructuras de salud para el período 2007-2013. Para conseguir una mayor utilización de las oportunidades de financiación que ofrece la Política de Cohesión con el fin de hacer frente a las desigualdades en salud sería preciso conocer mejor las oportunidades de utilizar fondos en este ámbito y mejorar la coordinación entre los diferentes departamentos nacionales responsables de las políticas y la capacidad técnica para desarrollar inversiones en este campo. Debería hacerse un esfuerzo a fin de incrementar la atención que se presta a la salud en el próximo período de programación y conseguir que los documentos estratégicos en el marco de la Política de Cohesión de la UE se ajusten en mayor medida a las prioridades identificadas en el MAC social.

La aplicación nacional de la legislación comunitaria en materia de salud y seguridad en el trabajo, así como la Estrategia Comunitaria de Salud y Seguridad en el Trabajo 2007-2012, ofrecen la oportunidad de reducir las desigualdades en salud en la UE protegiendo la salud de los trabajadores y reduciendo el impacto negativo de alguno de sus factores determinantes. Debería prestarse más atención a las desigualdades en salud en el contexto de la promoción de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.

En la actualidad, solamente se evalúa un pequeño número de actuaciones en el marco de las políticas de la UE después de su aplicación en lo que respecta a su impacto en las desigualdades en salud. Basándose en el trabajo existente, es preciso seguir desarrollando mecanismos para evaluar el impacto en la salud de las políticas existentes (ex post) en diferentes grupos de población para producir información destinada a un posterior desarrollo de las políticas. Estos mecanismos no pueden ser iguales para todos y deberían aprovechar las buenas prácticas desarrolladas en los Estados miembros. Además, la UE puede utilizar los informes existentes, incluido el informe sobre cohesión, el informe sobre empleo y el informe sobre Lisboa, para analizar la relación entre estas políticas y los resultados en materia de salud en todas las zonas y grupos de población de la UE.

La UE también se ha comprometido a ayudar a otros países en relación con la salud y los ámbitos relacionados con ella. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS²¹ ha descrito recientemente las gigantescas diferencias en materia de salud que existen entre los países y los grupos sociales en todo el mundo, y ha instado a que se emprenda una actuación concertada a todos los niveles gubernamentales para hacer frente a esta situación. Las actividades de la UE pueden afectar a la salud en terceros países de una serie de maneras, incluido el comercio, la ayuda al desarrollo, el trabajo con organizaciones internacionales y el intercambio de conocimientos. La experiencia de la UE a la hora de hacer frente a las desigualdades en salud también puede ser relevante fuera de la UE. Por consiguiente, deberían estudiarse posibles

sinergias entre la ayuda al desarrollo de la Comisión y las actividades dentro de la UE relacionadas con las desigualdades en salud. Asimismo, la UE debería establecer vínculos con las organizaciones internacionales pertinentes que actúan en este ámbito.

Acciones a nivel de la UE:

Apoyar en mayor medida los mecanismos existentes para la coordinación de las políticas y el intercambio de buenas prácticas en relación con las desigualdades en salud entre Estados miembros, tales como el Grupo de expertos de la UE sobre los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud²⁵, estableciendo vínculos tanto con el Comité de Protección Social como con el Grupo «Salud Pública» del Consejo.

Examinar las posibilidades de asistir a los Estados miembros para que utilicen mejor la Política de Cohesión de la UE y los fondos estructurales en apoyo de actividades destinadas a abordar los factores que contribuyen a las desigualdades en salud.

alentar a los Estados miembros a utilizar en mayor medida las opciones existentes en el marco de la política de desarrollo rural de la PAC y la política de mercado (programa de distribución de leche en las escuelas, de alimentos para las personas con mayores carencias y de fruta en las escuelas) en apoyo de los grupos vulnerables y las zonas rurales con grandes necesidades.

Celebrar diálogos sobre las políticas con los Estados miembros y los interesados en los que se aborden la equidad y otros valores fundamentales clave de la salud, tal como se establece en la Estrategia de Salud de la UE.

Proporcionar financiación en el marco del Programa PROGRESS, incluido para evaluaciones inter pares, y poner en marcha una convocatoria de propuestas en 2010 para asistir a los Estados miembros en el desarrollo de estrategias pertinentes.

Celebrar un foro sobre la salud y la reestructuración con el fin de examinar las medidas adecuadas para reducir las desigualdades en salud.

La iniciativa de la Comisión sobre el papel de la UE en la salud global.

PRÓXIMOS PASOS

La lucha contra las desigualdades en salud es un proceso a largo plazo. Las acciones descritas en la presente Comunicación están destinadas a establecer un marco para una actuación sostenida en este ámbito. Sobre la base de la presente Comunicación y de los futuros debates en el seno del Consejo, la Comisión tiene la intención de trabajar activamente en colaboración con los Estados miembros y los interesados en un futuro próximo. En 2012 se elaborará un primer informe sobre la evolución de la situación.

ANEXO II. Perspectiva general de la Comunicación de la CE sobre “El papel de la UE en la Salud Global”

Juan Garay, Unidad de Desarrollo Humano y Social, DG Desarrollo, Comisión Europea

La globalización ha influido en las crecientes desigualdades existentes dentro de los países y entre ellos, en términos de riesgos para la salud y de acceso a los servicios de salud. La Comunicación de la Comisión sobre “El papel de la UE en la Salud Global” pretende potenciar la visión, voz y acción de la UE para abordar estos desafíos. En el momento de elaboración de este texto (26 de febrero de 2010), el contenido final de la Comunicación aún está siendo considerado. No obstante, y según su estado actual, la próxima Comunicación define el concepto, marco y desafíos de la salud global; aporta un análisis del valor añadido de la UE como actor principal en salud global; establece las áreas prioritarias de acción; y propone los elementos estratégicos esenciales para potenciar el papel de la UE en la salud global. Las principales áreas prioritarias son la gobernabilidad, la coherencia y el conocimiento de la salud global y la contribución de la UE a la cobertura universal de los servicios de salud. A continuación figura un análisis de los aspectos clave comprendidos dentro de estas áreas prioritarias principales.

Fortalecer la gobernabilidad de la salud global: Aunque las políticas de salud global se acuerden en la Asamblea Mundial de la Salud, la realidad es que las decisiones sobre las estrategias, prioridades y procesos se encuentran muy fragmentadas, con más de 140 iniciativas de salud global. Si bien esta multiplicidad de iniciativas da lugar a un incremento de la financiación, no aborda los problemas de forma equitativa (entre los países, dentro de los países, entre los grupos y con respecto a la carga de morbilidad). Abordar estas desigualdades requiere un mayor liderazgo a escala nacional y mundial. La UE, en el contexto del Tratado de Lisboa, puede disponer de una visión, voz y acción conjuntas más sólidas en salud global, y debería promover un marco inclusivo bajo el liderazgo de la ONU

Aumentar la coherencia de la EU en la salud global: La coherencia de las políticas para el desarrollo se centra en cinco elementos prioritarios, todos relevantes para la salud global. Las políticas de la UE sobre comercio y financiación ejercen influencia sobre la capacidad de los países asociados para avanzar en la provisión de servicios de salud y, en particular, en el acceso a los medicamentos. Las políticas de migración de la UE también tienen repercusión directa sobre la capacidad de los países asociados para conservar a los profesionales sanitarios. La política exterior y de seguridad de la UE necesita responder a las amenazas sobre la salud global. La seguridad alimentaria se encuentra estrechamente vinculada a la nutrición, el principal riesgo atribuible de mala salud. El cambio climático y las acciones de la UE relacionadas también tendrán un efecto directo sobre la salud global. La política propondrá vías específicas para maximizar las sinergias con estas políticas de forma coherente con los principios consensuados por la UE para el progreso en salud global. Todos estos factores desempeñan un papel vital en la equidad en salud global.

Reforzar el vínculo con el conocimiento existente sobre salud global: Es importante asegurar la equidad en salud otorgando la debida atención a las necesidades de salud prioritarias de las poblaciones en situación de pobreza, admitiendo que las fuerzas del mercado pueden dirigir la investigación y el desarrollo del conocimiento en salud.

Además, el conocimiento en salud global tiende a desvincularse con frecuencia de las decisiones políticas sanitarias a nivel nacional y mundial. A medida que la salud se torna más global, determinados desarrollos u objetivos de salud se convierten en un beneficio global y deberían considerarse bienes públicos globales para la salud, mereciendo inversiones globales más allá de los fondos para la investigación y el desarrollo. La UE, dentro de los objetivos de la Agenda de Lisboa, maximizará la oportunidad de avanzar en el conocimiento en salud global y de propiciar más equidad y repercusión. En el marco de la Revisión de los ODM, la ausencia de progreso hacia los ODM de salud se encuentra ligada a la baja eficiencia del abordaje unilateral. Es preciso producir conocimiento para interconectar las estrategias y encontrar sinergias que repercutan en los tres ODM de salud, especialmente en el ODM 5 (que es el que se encuentra más desvinculado), y fortalecer los sistemas de salud.

Avanzar hacia un acceso universal y equitativo a los servicios de salud: Las brechas existentes dentro de los países y entre ellos en el acceso a los servicios de salud y en la esperanza de vida están aumentando. En la UE, la reciente Comunicación “Solidaridad en salud: Reducir las desigualdades en salud en la UE” propone una serie de estrategias para contribuir a una mayor equidad en salud. En su acción externa, la UE maximizará su apoyo a los países para movilizar los recursos nacionales para la salud; vinculará los compromisos a nivel de la ayuda oficial al desarrollo (AOD) y de otras fuentes innovadoras de financiación adicionales con los retos de salud; aplicará la división del trabajo de la UE; prestará mayor atención a los países con necesidades críticas (generalmente en contextos de fragilidad); incrementará el alineamiento con los planes nacionales integrales de salud y su capacidad de predicción; y aumentará el diálogo en el sector sanitario (incluyendo la relación con otros sectores clave y con aquellos ODM que repercuten en los determinantes de la salud, como la igualdad de género, el agua y el saneamiento, y la nutrición).

Para avanzar en las cuatro principales áreas anteriormente esbozadas, la próxima comunicación sobre “el Papel de la UE en la Salud Global” recoge una serie de acciones para la UE, incluidas las que figuran a continuación:

La UE debería priorizar e incrementar su apoyo para fortalecer la capacidad de los países que se encuentran en un contexto de fragilidad y/ o aquellos más alejados del logro de los ODM de salud. Para ello, debería facilitar apoyo para diseñar y poner en práctica políticas, estrategias y programas nacionales que aceleren el progreso hacia la consecución de los ODM relativos a la salud. La UE debería buscar este enfoque sistemáticamente mediante canales bilaterales y su participación en iniciativas mundiales y foros internacionales.

La UE debería concentrar su apoyo en el fortalecimiento de los sistemas de salud para garantizar que sus componentes principales (personal sanitario, acceso a los medicamentos, infraestructura y logística, y gestión descentralizada, incluidos los sistemas de información) sean lo suficientemente efectivos para proporcionar una atención sanitaria básica equitativa y de calidad para todos. Esto complementará la acción ya existente en el área de personal sanitario de la UE. Este

enfoque es especialmente importante para progresar hacia el ODM 5. La Asociación Internacional para la Salud (IHP+) debería ser el marco elegido para que la UE preste su apoyo.

La UE debería además fomentar este enfoque con iniciativas mundiales de financiación, como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (GFATM) y la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI) y mediante su participación en la gobernabilidad de las IFIs. En este sentido, la UE considera que, más que crear un nuevo fondo sanitario, debería otorgarse preferencia a la adaptación de los fondos mundiales existentes a los retos de la salud global.

Cumpliendo con sus compromisos generales con la AOD, la UE debería incrementar la cuota de apoyo directo o indirecto (por medio de presupuestos generales o iniciativas globales) a la aplicación de estrategias nacionales en los sistemas de salud de los países, con una continuidad de al menos 3 años, lo que resulta esencial para facilitar el diseño y la aplicación de estrategias nacionales de salud en los países con menos capacidad de financiación pública. Para ello, debería animarse a los Estados miembros a adherirse a los contratos con la Comisión para la consecución de los ODM, que ofrecen continuidad y un incremento de los recursos nacionales. Esto seguiría la línea del compromiso general de la UE para canalizar el 50% de la ayuda gobierno-a-gobierno a través de los sistemas de los países, a través del incremento en el porcentaje de la ayuda prestada a través de apoyo presupuestario o de los enfoques sectoriales. La UE debería asimismo explorar activamente con otros socios mundiales las oportunidades innovadoras de financiación adicional para avanzar en los retos de la salud global.

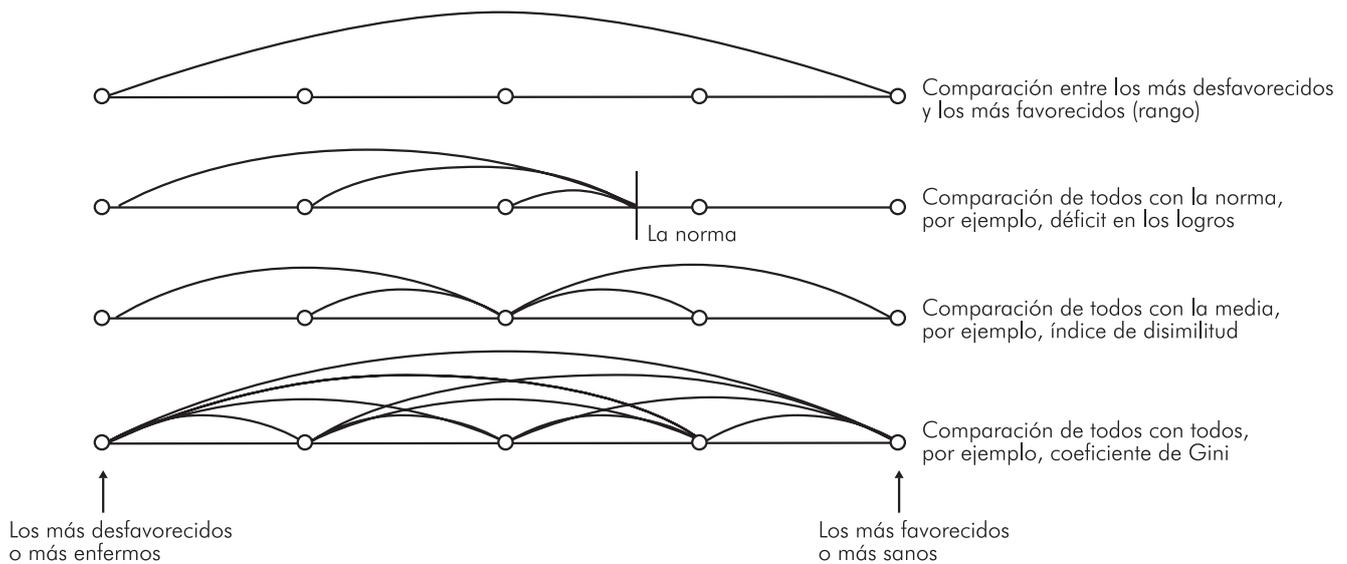
La UE debería apoyar la capacidad que tienen los terceros países para la formulación de políticas efectivas encaminadas a movilizar los ingresos nacionales, ampliar la financiación justa de los sistemas de salud, y desarrollar o fortalecer mecanismos de protección social de la salud. La sustitución de los cargos a los usuarios por mecanismos de financiación justa, así como el cumplimiento de los compromisos existentes, como la asignación del 15 % de los presupuestos nacionales a la salud en África y otros países ACP, deberían considerarse parte de este proceso. La UE apoyará a la OMS en la evaluación, el análisis, y proporcionando estimaciones regulares sobre las brechas en la financiación pública nacional para la provisión de atención sanitaria básica.

La UE debería abordar la naturaleza multisectorial de la salud y sus estrechos vínculos con el género, la nutrición, el agua, el saneamiento y la educación durante el diálogo político, tanto del sector sanitario como de otras áreas políticas relevantes. Habida cuenta de que la desnutrición maternal e infantil afecta gravemente a determinadas regiones y países, la UE debería apoyar la formulación y aplicación de políticas gubernamentales de nutrición que interconecten las intervenciones en salud y seguridad alimentaria. Todas las áreas políticas anteriormente mencionadas necesitarán un fuerte vínculo con las políticas de protección e inclusión social.

Sub-anexo A.

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

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



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

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

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

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

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

Sub-anexo B.

Referenciado en el capítulo: Desigualdades en salud infantil

Indicadores propuestos para la monitorización de las desigualdades en salud infantil

Pobreza y exclusión social infantiles

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

Desarrollo de la primera infancia

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

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

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

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

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

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

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

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

Sub-anexo C.

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

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

NECESIDADES DE SALUD NO SATISFECHAS: RESULTADO CLAVE DE SALUD

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

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

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

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

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

d) Lugar y país de residencia

2. Diferencias en necesidades de salud no satisfechas: sin consulta al médico pese a encontrarse enfermos



3. Diferencias en los motivos de las necesidades no satisfechas (véase EU-SILC))

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD: RECURSOS DE PODER SOCIAL

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

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

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

DERECHOS SOCIALES Y POLÍTICOS: RECURSOS DE PODER INSTITUCIONAL

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

transporte adecuados; así como de información sobre derechos, alimentos y barreras de acceso a la atención sanitaria y social (disponible en las lenguas pertinentes); junto con alimentos saludables y servicios de ocio accesibles y asequibles.

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

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

SISTEMA DE SALUD: ATENCIÓN Y POLÍTICAS SANITARIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20. Existencia de iniciativas de salud comunitaria y

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

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

RESULTADOS EN SALUD Y NECESIDADES NO SATISFECHAS (2)

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

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

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

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

Sub-anexo D.

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

Con el fin de seleccionar los indicadores propuestos en el presente informe, este Anexo recoge un listado de algunos de los índices de desigualdades estructurales en salud y determinantes sociales de la salud que existen en la UE y que han sido particularmente influyentes. Asimismo, incluye

un listado original de indicadores de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2008) – véase Figura 6b-. La Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades de la Comisión de la UE ha elaborado una interesante batería de indicadores resumida para la monitorización de la inclusión social y las desigualdad estructural en Europa, creada a partir de elementos prioritarios, basados en la encuesta EU-SILC (véanse los Informes de Situación Social).

Otros índices interesantes son el índice de privación de Jarman (el más antiguo de la UE, con una extensa investigación de la relación con la salud entre países), la escala de 10 elementos de las DS estructurales desarrollada por Williamson o Pickett (la más reciente), y la Cesta Local de Indicadores de las DS¹ en el Reino Unido (la más exhaustiva) (Fitzpatrick y Jacobson, 2003; Brook, 2009). La Figura 4a resume la batería de indicadores propuesto por cada una de estas fuentes.

FIGURA 6a. INDICADORES DE LA UE PARA VIGILAR LAS DS ESTRUCTURALES Y LOS DSS

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

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

RECUADRO 16.3 HACIA UN SISTEMA NACIONAL INTEGRAL DE VIGILANCIA DE LA EQUIDAD SANITARIA

DESIGUALDADES SANITARIAS

- Información necesaria:

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

RESULTADOS SANITARIOS:

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

DETERMINANTES, MEDIANTE DATOS ESTRATIFICADOS, SI CORRESPONDE

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

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

CONSECUENCIAS DE LAS ENFERMEDADES

- Consecuencias económicas.
- Consecuencias sociales.

Sub-anexo E.

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

Figura 7. Democracia y desigualdad en los instrumentos de poder
Fuente: Despotismo (1946). Encyclopaedia Britannica Films.

http://video.google.es/videoplay?docid=-461990723502527420&ei=uXY7S-_DCpDJ-Aatk_SfCg&q=despotism&hl=en#



I. Introducción: Hacia la equidad en salud

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

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

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

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

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

Ritu Sadana (autor-coordinador)
Coordinador a.i., Unidad de Análisis e Investigación de la Equidad
Departamento de Ética, Equidad, Comercio y Derechos Humanos
Grupo Orgánico de Investigación, Pruebas Científicas e Investigaciones (IER), Organización Mundial de la Salud/ Ginebra

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

Jennifer Lee
Técnico, Unidad de Análisis e Investigación de la Equidad
Departamento de Ética, Equidad, Comercio y Derechos Humanos
Grupo Orgánico de Investigación, Pruebas Científicas e Investigaciones (IER), Organización Mundial de la Salud/ Ginebra

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

Ahmadreza Hosseinpoor
Técnico, Departamento de Estadística e Informática Sanitarias
Grupo Orgánico de Investigación, Pruebas Científicas e
Investigaciones (IER), Organización Mundial de la Salud/
Ginebra

IV. Desigualdades en salud infantil

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

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

V. Condiciones laborales y desigualdades en Salud

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

VI. Exclusión social y desigualdades estructurales en salud

Ana Rico (autor-coordinador), Investigadora en Salud Pública,
Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III,
Ministerio de Ciencia e Innovación

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

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

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

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

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

Eugenio Villar, Médico, Máster en Ciencias (LSHTM) (autor-
coordinador)
Coordinador, Departamento de Ética, Departamento de
Ética, Equidad, Comercio y Derechos Humanos
Grupo Orgánico de Investigación, Pruebas Científicas e
Investigaciones (IER), Organización Mundial de la Salud

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

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

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

DOCUMENTOS RECOMENDADOS COMO LECTURA DE APOYO

CSDH (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html, accessed 8 October 2009).

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

European Commission (March 2010). EC communication on the role of the EU in global health.

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

Early Child Development Knowledge Network (ECDKN). Early child development: a powerful equalizer. Final report of the Early Child Development Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, 2007. (http://www.earlylearning.ubc.ca/globalknowledgehub/documents/WHO_ECD_Final_Report.pdf, accessed 29 January 2010).

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

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

Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Boyce T, McNeish T, Grady M, et al. (2010). Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review. www.ucl.ac.uk/marmotreview.

National Research Council and Institute of Medicine of the National Academies (2004). Children's Health, the Nation's Wealth: Assessing and Improving Child Health. Was-

hington DC, The National Academies Press (http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10886&page=R1#, accessed 29 January 2010).

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

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

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

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

Starfield B (2008). Social Gradients and Child Health. In: Heggenhougen K, Quah S, eds. International Encyclopedia of Public Health. San Diego CA, Academic Press, 2008(6):87–101 (http://198.81.200.2/science/reference-works/9780123739605?_ob=RefWorkIndexURL&_refWorkId=4631&_idxType=SC&md5=4796351771d5656cb2d99386f82053cd, accessed 29 January 2010).

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

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

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

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

Términos clave utilizados en el informe

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

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

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

European Commission (2009). *Memo: Questions and Answers on Solidarity in health: Reducing health inequalities in the EU*. Brussels. (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_qa_en.pdf, accessed 28 January 2010).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Byrne D (2004). *Enabling Good Health for all, A reflection process for a new EU Health Strategy*. Brussels, European Communities (http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/pub_good_health_en.pdf, accessed 4 February 2010).

Commission of the European Communities (2007): White Paper. *Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013*. Brussels, Commission of the European Communities.

Commission staff working document (2010). *Joint Report on Social Protection and Social Inclusion*. Accompanying document to the Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: Proposal for the Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2010. Draft. (<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=757&langId=en>, accessed 7.3.2010).

Communication from the Commission (2010) to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: Proposal for the Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2010. Draft. (<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=757&langId=en>, accessed 7.3.2010).

Council of the European Union (2008). *Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2008*. Brussels.

Council of the European Union (2006a). *Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems*. OJ 2006/C 146/01. Brussels (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:EN:PDF>, accessed 4 February 2010).

Council of The European Union(2006b): *Review of the EU Sustainable Development Strategy – Renewed Strategy*. 10117/06. Brussels,, Council of the European Union (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/06/st10/st10117.en06.pdf>, accessed 4 February 2010).

CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html, accessed 8 October 2009).

DETERMINE: An EU Consortium for Action on the Socio-economic Determinants of Health [web page] (2009). Cologne, Federal Centre for Health Education (BZgA) (<http://www.health-inequalities.eu/>, accessed 4 February 2010).

DG Health and Consumer Protection (2006). *Health in Europe: A strategic approach, Discussion Document for a Health Strategy*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_discussion_en.pdf, accessed 4 February 2010).

European Commission. Public Health. http://ec.europa.eu/health-eu/index_en.htm
European Council (2002). Presidency conclusions, Barcelona, 15-16 March, 2002. SN 100/1/02 REV 1. (http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/en/ec/71025.pdf, accessed 15.11.2009).

European Parliament (1996). *Decision No 645/96/EC of the European Parliament and of the Council of 29 March 1996 adopting a programme of Community action on health promotion, information, education and training within the framework for action in the field of public health (1996 to 2000)*. Brussels, European Parliament (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31996D0645:EN:HTML>, accessed 4 February 2010).

European Parliament, Council of the European Union (2002). Decision No 1786/2002/EC of the European Parliament and of the Council of 23 September 2002 adopting a programme of Community action in the field of public health (2003-2008). *Official Journal of the European Union*, L271:1–11 (https://portal.health.fgov.be/pls/portal/docs/PAGE/NEH_API_PG/HOMEPAGE_MENU/PROJECTSANDACTIONS1_MENU/DETERMININGFACTORSFORHEALTH1_MENU/HEALTH_PROGRAMME_EN.PDF , accessed 4 February 2010).

European Parliament, Council of the European Union (2006). Decision No 1672/2006/EC of the European Parliament and of the Council of 24 October 2006 establishing a Community Programme for Employment and Social Solidarity — Progress. *Official Journal of the European Union*, L315:1–8 (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2006:315:0001:0008:en:PDF> , accessed 4 February 2010).

European Parliament, Council of the European Union (2007). Decision No 1350/2007/EC of the European Parliament and of the Council of 23 October 2007 establishing a second programme of Community action in the field of health (2008-13). *Official Journal of the European Union*, L301:3–13 (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:0003:0013:EN:PDF>, accessed 4 February 2010).

European Parliament, Council of the European Union (2008). Regulation (EC) no 1338/2008 of the European Parliament and of the Council of 16 December 2008 on Community statistics on public health and health and safety at work. *Official Journal of the European Union*, L354:70–81 (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2008:354:0070:0081:EN:PDF>, accessed 4 February 2010).

Health EU-Portal. <http://ec.europa.eu/health->

eu/index_en.htm

Judge K et al (2006). *Health Inequalities: a Challenge for Europe., An independent expert report commissioned by the UK Presidency of the EU* (February 2006). London, COI

(http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd05_en.pdf, accessed 4 February 2010).

Koivusalo M. (2006) Moving health higher up the European Agenda. In Ståhl, T, Wismar M, Ollila E et al. (eds.): *Health in All Policies: prospects and potentials*. Ministry of Social Affairs and Health, and the European Observatory on Health Systems and Policies. Helsinki, Finland.

Leon D et al (1997). Huge variations in Russian mortality rates 1984-1994: artefact, alcohol or what? *The Lancet*, 350 (9075):383–388.

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

McQueen DV et al (2007): *Health & Modernity. The Role of Theory in Health Promotion*. New York. Springer Science + Business Media.

Ollila E et al. (2006) Towards a healthier future. In Ståhl, T et al. (eds.): *Health in All Policies: prospects and potentials*. Ministry of Social Affairs and Health, and the European Observatory on Health Systems and Policies. Helsinki, Finland.

Organizing committee (2000): Health Determinants in the EU: A public health approach. In *Health determinants in the European Union*. Évora Conference Proceedings, Lisboa. Ministério da Saúde,

Ståhl T P (2009): Is health recognized in the EU's policy process? An analysis of the European Commission's impact assessments. *Europ J of Public Health*, June 23, 2009. <http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/ckp082>, accessed 2 January 2009.

Vågerö D (2000): Alcohol Policies and Alcohol Issues will become more important as the EU opens up to countries in Central and Eastern Europe. In *Health determinants in the European Union*. Évora Conference Proceedings, Lisboa. Ministério da Saúde.

Wilensky et al. (1987). Wilensky, H.J. Lambert, G.M., Hahn, S.R. and Jamieson, A.: Comparative social policy: theories, methods, findings. IN Dierkes, M., Weiler, H.

and Antal, A.(eds): *Comparative Policy Research. Learning from Experience*. Gower: WZB.

World Health Organization(2009). Basic Documents. Forty-seventh Edition, WHO.

World Health Organization (2009). Milestones in Health Promotion; Statements from Global Conferences. WHO.

World Health Organization(2008a): Medium-term strategic plan 2008-2013. Geneva, WHO.. (http://www.who.int/gb/e/e_amtsp.html, accessed 5 March 2009).

World Health Organization (1981): *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*. WHO.

World Health Organization, Regional Office for Europe(1982): *Regional Strategy for Attaining Health for All by the Year 2000*. EUR/RC30/8, Denmark, WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization, Regional Office for Europe (1985): *Targets for health for all. Targets in support of the European regional strategy for health for all*. Denmark, WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization, Regional Office for Europe(1999): *Health21 – Health for All in the 21st Century*. European Health for All Series, No.6. Denmark, WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization, Regional Office for Europe (2005): *The Health for All Policy Framework for the WHO European Region. 2005 update. European Health for All Series, No.7*. Denmark, WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization, Regional Office for Europe (2008),. *The Tallinn Charter: health systems for health and wealth*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/document/E91438.pdf>, accessed 29 January 2010).

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

Abouzahr C, Boerma T (2005). Health information systems: the foundations of public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(8): 578–583 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/83/8/578.pdf>, accessed 17 March 2010).

Aromaa A et al (2003). Evaluation of Health Interview Surveys and Health Examination Surveys in the European Union. *European Journal of Public Health*, 13(3 Supplement):67–72.

- Artazcoz L et al (2005). Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(9):761–767.
- Bambas L (2005). Integrating equity into health information systems: A human rights approach to health and information. *PLoS Medicine*, 2(4): e102.
- Blouin C, Chopra M, van der Hoeven R (2009). Trade and social determinants of health. *The Lancet*, 373: 502–7.
- Bobak M (2009). *Analysis of social determinants of health and health inequities – a multi country event on approaches and policy. 12–17 October 2009, Kosice, Slovakia.*
- Bonnefoy J et al (2007). *Constructing the evidence base on the social determinants of health: A guide.* Geneva, WHO Measurement and Evaluation Knowledge Network (http://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/add_documents/mekn_final_guide_112007.pdf, accessed 17 March 2010).
- Commission of the European Communities (2009). *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Solidarity in Health: Reducing Health Inequalities in the EU.* Brussels, Commission of the European Communities (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_en.pdf, accessed 17 March 2010).
- CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health.* Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html, accessed 8 October 2009).
- Davenport C, Mathers J, Parry J (2006). Use of health impact assessment in incorporating health considerations in decision making. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(3):196–201.
- Deaton A (2002). Policy Implications of the Gradient of Health and Wealth. *Health Affairs*, 21(2):13–30.
- De Looper M, Lafortune G (2009). *Measuring disparities in health status and in access and use of health care in OECD countries.* OECD Health Working Papers No. 43. Organisation for Economic Co-operation and Development ([http://www.ois.oecd.org/olis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00000DE2/\\$FILE/JT03260782.PDF](http://www.ois.oecd.org/olis/2009doc.nsf/LinkTo/NT00000DE2/$FILE/JT03260782.PDF), accessed 17 March 2010).
- Den Broeder L, Penris M, Put GV (2003). Soft data, hard effects. Strategies for effective policy on health impact assessment – an example from the Netherlands. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(6):404–407.
- Lavin T, Metcalfe O (2008). *Policies and actions addressing the socioeconomic determinants of health inequalities: Examples of Activity in Europe. Determine Working Document #1.* Dublin, The Institute of Public Health in Ireland (<http://www.publichealth.ie/files/file/DETERMINE/Working%20document%201%20%5BExamples%20of%20activity%20in%20Europe%5D.pdf>).
- Diderichsen & Hallqvist (1998). Social inequalities in health: some methodological considerations for the study of social position and social context. In: Arve-Parès B. (ed). *Inequality in Health – A Swedish Perspective.* Stockholm, Swedish Council for Social Research, 25–39.
- Diderichsen F, Evans T, Whitehead W (2001). The social basis of disparities in health. In: Evans T et al (eds). *Challenging inequities in health: from ethics to action.* New York, Oxford University Press.
- Donkin A, Goldblatt P, Lynch K (2002). Inequalities in life expectancy by social class 1972–1999. *Health Statistics Quarterly*, 15:5–15.
- Elliott E, Francis S (2005). Making effective links to decision-making: key challenges for health impact assessment. *Environmental Impact Assessment review*, 25:747–757.
- Epstein D et al (2009). Social determinants of health: an economic perspective. *Health Economics*, 18:495–502.
- European Community Health Indicators monitoring [website] (2006). Helsinki, Finnish National Public Health Institute (<http://www.echim.org>, accessed 2 December 2009).
- DG Health and Consumer Protection [website]. European Core Health Interview Survey (http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/reporting/ehss_01_en.htm, accessed 2 December 2009).
- Department of Public Health (2007). *Tackling Health Inequalities in Europe: An Integrated Approach. Eurothine Final Report.* Rotterdam, University Medical Center Rotterdam. http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_16_frep_en.pdf, accessed 17 March 2010).
- Finnish National Public Health Institute (2002). *Report from a Workshop – Health Surveys in Europe: the Role of Surveys in Monitoring.* Luxembourg, 13–14 May 2002. Helsinki, National Public Health Institute (<http://www.ktl.fi/publications/ehrm/product4/report.htm>, accessed 17

- March 2010).
- Geyer S et al (2006). Education, income, and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against a common practice. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 60:804–810.
- Harper S, Lynch J (2006). Measuring health inequalities. In Oakes JM, Kaufman JS (eds). *Methods in social epidemiology*. San Francisco, John Wiley & sons.
- Health Metrics Network (2008). *Framework and Standards for Country Health Information Systems. Second Edition*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/healthmetrics/tools/framework/en/>, accessed 17 March 2010).
- Iyer A, Sen G, Östlin P (2008). The intersections of gender and class in health status and health care. *Global Public Health*, 3:1(supp 1):13–24.
- Karl-Trummer U, Van den Broucke K (2009). *Health Inequalities within the Landscape of EC Funded Public Health Projects. 12th European Health Forum Gastein, Austria, 1 October 2009*.
- Kelly PM et al (2007). *The social determinants of health: developing an evidence base for political action—final report of the measurement and evidence knowledge network of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/social_determinants/resources/mekn_final_report_102007.pdf, accessed 17 March 2010).
- Keppel K et al (2005). Methodological issues in measuring health disparities. *Vital Health Statistics*, 2(141).
- Kunst A (2008). *Development of health inequalities indicators for the Eurothine project* (http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_16_rep3_en.pdf, accessed 17 March 2010).
- Leinsalu M, Vagerö D, Kunst AE (2003). Estonia 1989–2000: enormous increase in mortality differences by education. *International Journal of Epidemiology*; 32:1081–1087.
- Mackenbach JP et al. (2008). Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *The New England Journal of Medicine*, 358:2468–2481 (<http://content.nejm.org/cgi/content/short/358/23/2468>, accessed 29 January 2010).
- Mackenbach JP, Kunst AE (1997). Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: An overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Social Science and Medicine*; 44(6):757–771.
- Marmot MG (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464):1099–1104.
- Marmot MG et al (1997). Contribution of job control to social gradient in coronary heart disease incidence. *Lancet*, 350:235–240.
- Marmot M, Friel S (2008). Global health equity: evidence for action on the social determinants of health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62:1095–7.
- Marmot MG et al (1991). Health inequalities among British civil servants. The Whitehall II study. *The Lancet*, 337:1387–93.
- Marmot MG et al (2010). *Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review*. London, The Marmot Review (www.ucl.ac.uk/marmotreview, accessed 18 March 2010).
- Masseria C (2009). Health inequality: Why is it important and can we actually measure it? *Eurohealth*, 15(3) (http://www.euro.who.int/Document/Obs/Eurohealth15_3.pdf, accessed 18 March 2010).
- Masseria C et al (2007). *What are the methodological issues related to measuring health and drawing comparisons across countries? Research Note for the European Commission Directorate-General "Employment, Social Affairs and Equal Opportunities"*. London, The London School of Economics and Political Science (http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_situation/rn_measuring_health.pdf, accessed 16 December 2009).
- Metcalf O, Higgins C (2009a). Health Impact Assessment contributing to Healthy Public Policy. *Public Health*; 123(4): 295.
- Metcalf O, Higgins C (2009b). Healthy public policy - is health impact assessment the cornerstone? *Public Health*, 123(4):296–301.
- Murray CJL, Lopez AD, Wibulpolprasert S (2004). Monitoring global health: time for new solutions. *British Medical Journal*, 329:1096–100.
- Nolen LB et al (2005). Strengthening health information systems to address health equity challenges. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(8):597–603.
- O'Donnell O et al (2008). *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data*. Washington, DC, World Bank.
- OECD (2001). *Glossary of Key Terms in Evaluation and Results-Based Management*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.

- Östlin P et al (2009). *Priorities for research on equity and health: Implications for global and national priority setting and the role of WHO to take the health equity research agenda forward*. Geneva, World Health Organization (<http://www.globalhealthequity.ca/electronic%20library/Priorities%20for%20research%20on%20equity%20and%20health.pdf>, accessed 18 March 2010).
- Ostlin P, Sen G, George A (2004). Paying attention to gender and poverty in health research: content and process issues". *Bulletin of the World Health Organization*, 82 (10):740–745.
- Rohlfs I et al (2007). The incorporation of gender perspective into Spanish health surveys. *The Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(Suppl 2):ii20–ii25.
- Sadana R et al (2007a). Briefing note: proposed operational approach and indicators to measure social determinants of health equity. In: *Seventh Meeting of the Commission on Social Determinants of Health, 17–19 January 2007, Geneva*. Geneva, World Health Organization, pp.1–24.
- Sadana R et al (2007b). Briefing Note: Monitoring global health inequities. In: *Ninth Meeting of the Commission on Social Determinants of Health, 24-26 October 2007, Beijing, China*. Geneva, World Health Organization, 1–33.
- Schrecker T (2008). Denaturalizing scarcity: a strategy of inquiry for public health ethics. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(8):600–5.
- Schrijvers CTM et al (1999). Explaining educational differences in mortality: the role of behavioral and material factors. *American Journal of Public Health*, 89(4):535–540.
- Shkolnikov VM et al (2007). Linked versus unlinked estimates of mortality and length of life by education and marital status: evidence from the first record linkage study in Lithuania. *Social Science & Medicine*, 64(7):1392–406.
- Solar O, Irwin A (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization.
- Stiglitz JE, Sen A, Fitoussi JP (2008). *Issues Paper of the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress*. Paris (http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/documents/Issues_paper.pdf, accessed 17 December 2009).
- LSE, EC (2009). *Summary Report on the Seminar on Health Inequalities*. London School of Economics and European Commission DG Employment and Social Affairs, London, May 7 2009. London, The London School of Economics and Political Science, European Commission (http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/LSEHealth/eventsAndSeminars/health_inequalities/Seminar_summary_report.doc, accessed 17 December 2009).
- Tugwell P et al (2006). Applying clinical epidemiological methods to health equity: the equity effectiveness loop. *British Medical Journal*, 332(7537):358–61
- Wagstaff A, Paci P, van Doorslaer E (1991). On the measurement of inequalities in health. *Social Science and Medicine*, 33:545–557.
- Wagstaff A (2000). Socioeconomic inequalities in child mortality: comparisons across nine developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*; 78:19–29.
- Whitehead MM (2009). *Levelling Up: monitoring and tackling the social determinants of inequalities in health. Presentation at National Meeting, Zaragoza, Spain, October 2009*. Liverpool, WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health, University of Liverpool.
- Wilkinson RG (1997). Socioeconomic determinants of health. Health inequalities: relative or absolute material standards? *British Medical Journal*, 314:591–5.
- Wirth M et al (2006). *Monitoring health equity in the MDGs: a practical guide*. New York, CIESIN (Columbia University) and UNICEF.
- World Health Organization (2009). *Women and Health Report: Today's Evidence Tomorrow's Agenda*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/gender/women_health_report/en/index.html, accessed 18 March 2010).
- WHO Regional Office for Europe 2008). *Technical Briefing paper on 'Stewardship/Governance of Health Systems in the WHO European Region*. Tbilisi, Georgia, 15-18 September 2008. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/Document/RC58/RC58_edoc09.pdf, accessed 17 December 2009).
- Xavier A, Price C, von Nordheim F (2009). Solidarity in health. The European Commission sets out new actions on health inequalities. *Eurohealth*:15(3) (http://www.euro.who.int/Document/Obs/Eurohealth15_3.pdf, accessed 18 March 2010).
- Yukiko A (2005). A Framework for Measuring Health Inequity. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(8): 700–705.

IV – Desigualdades en salud infantil

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Lundberg O, et al (2008). The Nordic Experience: Welfare States and Public Health (NEWS). *Health Equity Studies*

No 12. Stockholm: Centre for Health Equity Studies. (http://www.chess.su.se/content/1/c6/04/65/23/NEWS_Rapport_080819.pdf, accessed 5 February 2010).

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

Poulton R, et al (2002). Association between children's experience of socioeconomic disadvantage and adult health: a life-course study. *Lancet* 360(9346):1640-5. ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)11602-3/fulltext#article_upsell](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)11602-3/fulltext#article_upsell), accessed 5 February 2010).

Social Protection Committee (2008). *Child Poverty and Well-Being in the EU: Current status and way forward*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2008 (http://www.libertysecurity.org/IMG/pdf_ke3008251_en.pdf, accessed 5 February 2010).

Starfield B (2008). Social gradients and child health. In Heggenhuogen HK, Quah SR (eds.). *International Encyclopedia of Public Health*, Vol 6, pp. 87-101. San Diego, CA: Academic Press.

Starfield B (2007). Pathways of influence on equity in health. *Soc Sci Med*64:1335-62.

Starfield B, Shi L, Macinko J(2005). *Contribution of primary care to health system and health*. *Milbank Quarterly* 84(3):457-502. (<http://www3.interscience.wiley.com/journal/118657287/abstract>, accessed 5 February 2010).

UNICEF Innocenti Research Centre (2007). *On overview of child well-being in rich countries: a comprehensive assessment of the lives and well-being of children and adolescents in the economically advanced nations. Report card 7*. Florence: UNICEF. (http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc7_eng.pdf, accessed 5 February 2010).

Valent F, et al (2004). Burden of disease attributable to selected environmental factors and injury among children and adolescents in Europe. *Lancet* 363(9426):2032-9. ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(04\)16452-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(04)16452-0/fulltext), accessed 5 February 2010).

Victora CG, et al(2000). Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. *Lancet* 356(9235):1093-8. ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(00\)02741-0/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(00)02741-0/abstract), accessed 5 February 2010).

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

V - Condiciones laborales y desigualdades en salud

Börsch-Supan A, et al. (2008) *Health, ageing and retirement in Europe (2004-2007). Starting the longitudinal dimension*. Mannheim research institute for the economics of ageing.

Cartwright S, Cooper CL (Eds.) (2009): *The Oxford Handbook of Organizational Well Being*. Oxford: Oxford University Press. (http://www.oxfordhandbooks.com/oso/public/content/oho_business/9780199211913/toc.html, accessed 29 January 2010).

Ferrie JE, et al. (2008) Flexible labour markets and employee health. *Scand J Work Env Health Suppl.* 6: 98-110.

Kasl SV, Jones BA (2000) The impact of job loss and retirement on health. In: Berkman LF, Kawachi I (eds) *Social epidemiology*. Oxford University Press, Oxford, pp 118-36.

Kivimäki M, et al. (2006). Work stress in the etiology of coronary heart disease – a meta-analysis. *Scand J Work Env Health* 32, 431-442.

Marmot M, Siegrist J, Theorell T (2006). Health and the psychosocial environment at work. In Marmot M, Wilkinson RG (eds.) *Social determinants of health*, pp. 97-130. Oxford University Press, Oxford.

Parent-Thirion A, et al. (2007) *Fourth European working conditions survey*. Luxemburg, Office for Official Publications of the European Communities.

Rose D, Pevalin DJ (2003) *A researcher's guide to the National Statistics Socio-economic Classification*. London: SAGE publications.

Schnall PL, Dobson M, Roskam E, eds. (2009). *Unhealthy Work: Causes, Consequences and Cures*. Amityville NY, Baywood Publishing Company Inc. (<http://www.baywood.com/books/previewbook.asp?id=978-0-89503-335-2>, accessed 29 January 2010).

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

VI – Exclusión social y desigualdades estructurales en salud

AGE (2008). *Improving the situation of older migrants in the European Union*: http://www.age-platform.org/EN/IMG/pdf_AGE_policy_paper_on_older_migrants_final_EN.pdf

Alesina A and Glaeser E (2004). *Fighting poverty in the US and Europe: A world of difference*, Oxford University Press.

Babones S 2009, *Social inequality and public health*, London: Policy Press.

Barceló MA, Sáez M, Cano-Serral G, et al. 2008. Métodos para la suavización de indicadores de mortalidad: aplicación al análisis de desigualdades en mortalidad en ciudades del Estado Español (Proyecto MEDEA). *Gac Sanit.*;22:596-608.

Barnett, T. et al., 2009. Background note to the ECDC report on migration and infectious diseases in the European Union. Migrant health, U, Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control. Available at: http://www.ecdc.europa.eu/en/files/pdf/Health_topics/0907_TER_Migrant_health_Background_note.pdf [Accessed August 14, 2009].

Beecham J, Johnson S and the EPCAT Group 2000. The European Socio-Demographic Schedule (ESDS): rationale, principles and development, *Acta Psychiatrica Scandinava*, 1002 (Supl.404), 33-46.

Borrell C, Muntaner C, Benach J, et al 2004. Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards and household labour?. *Soc Sci Med.* 2004; 58: 1869-87.

Borrell C, Artazcoz L 2008, Políticas para reducir las desigualdades en salud, [Policies to reduce health inequalities], *Gaceta sanitaria*;22(5):465-73.

Brook K (2009). *UK Office for National Statistics Poverty and Social Exclusion in the European Union. Survey of Income and Living Conditions - EU SILC* www.ccsr.ac.uk/methods/archive/LMSUG/brook.pdf

Bourdieu P (1990), *Sociología y Cultura*, Mexico DF: Edhasa.

Bordieu P (1977).

Cangiano A., Shutes I., Spencer S. and Leeson G. (2009) *"Migrant Care Workers in Ageing Societies: Research Findings in the United Kingdom"*. Oxford: COMPAS (ESRC Centre on Migration, Policy and Society), Oxford

University, http://www.compas.ox.ac.uk/fileadmin/files/pdfs/Migrant_Care_Workers/MCW%20report%20-%20final%20-%20website%20version.pdf

Cooper H (2002). Investigating socio-economic explanations for gender and ethnic inequalities in health. *Soc Sci Med* 54:693–706.

Committee of Experts on Health Services in a Multicultural Society, Council of Europe (2006) *Explanatory Memorandum: Adapting health services to cultural diversity in multicultural Europe*. <https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=504514&SecMode=1&DocId=1037724&Usage=2>.

Committee of Experts on mobility, migration and access to health care. Council of Europe (2009) *Update on progress*. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_090629_co01_en.pdf

Council of Europe (2008) *Recommendation CM/Rec(2008)1 of the Committee of Ministers to member states on the inclusion of gender differences in health policy*, 30 January.

Council of Europe (2007). *Bratislava Declaration on health, human rights and migration* http://ec.europa.eu/phea/documents/technical_meetings/People_on_the_Move.pdf

Council of Europe (2006). *Recommendation Rec18 of the Committee of Ministers to member states on health services in a multicultural society* <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1062769&BackC>.

Council of Europe (2001). *Recommendation 1503 on health conditions of migrants and refugees in Europe*. <http://assembly.coe.int/main.asp?Link=/documents/adoptedtext/ta01/erec1503.htm>

CSDH, WHO (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html, accessed 8 October 2009).

Davey-Smith G 2000, Learning to live with complexity: ethnicity, socioeconomic position, and health in Britain and the United States. *Am J Public Health*;90:1694–8.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- European Commission. Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities (2008b). *Quality in and Equality of Access to Healthcare Services. Executive Summary*. http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/summary_healthquest_en.pdf
- European Commission (2008c) *Report on the Consultation for the Commission Communication on Health Inequalities* http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/cons_inequalities_en.htm
- European Commission (2009a). Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: “Solidarity in health: Reducing health inequalities in the EU”. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_en.pdf
- European Commission. (2009b) Consultation paper: *EU action to reduce health inequalities* http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/cons_paper_en_.pdf
- European Commission (2009c) *The Social Situation in the European Union 2008. New Insights into Social Inclusion*. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=501&langId=en>
- European Commission (2010), *Combating poverty and social exclusion. A statistical portrait of the European Union 2010*. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EP-09-001/EN/KS-EP-09-001-EN.PDF
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions 2010. *Living conditions, social exclusion and mental well-being* www.eurofound.europa.pubdocs/2009/88/en/2/EF0988EN.pdf
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions 2007. *Housing and integration of migrants in Europe*, Strasbourg: Council of Europe. Available at: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2007/94/en/1/ef0794en.pdf>
- Fitzpatrick J, Jacobson B(2003). *Local basket of inequalities indicators*. Londres: Association of Public Health Observatories and Health Development Agency.
- Fundación Secretariado Gitano (2009) *Health and the Roma Community, analysis of the situation in Europe*. Bulgaria, Czech Republic, Greece, Portugal, Romania, Slovakia, Spain. Madrid: Fundación Secretariado Gitano y Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Fung CH, Lim YW, Mattke S, et al (2008). Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Ann Intern Med*. 148:111–23.
- García S, Gil ML, Wei L, et al (2007). *Health care quality indicators project 2006 data collection update report*. OECD Health Working Papers no. 29. Paris: OECD.
- García-Altés A, Zonco L, Borrell C, et al (2006). Measuring the performance of health care services: a review of international experiences and their application to urban contexts. *Gac Sanit*. 20:316–24.
- Gushulak B, Pace P, Weekers J (in press). *Migration and health of migrants*. In: *Poverty and social exclusion in the European Region: Health systems respond*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Ingleby, D., 2009. European research on Migration and Health. In Lisbon: *International Organization for Migration*. Available at: <http://www.migrant-health-europe.org/background-papers/research-on-migration-health.html> [Accessed November 10, 2009].
- International Center for Migration Policy Development, 2003. *Exclusion, Discrimination and Anti-Discrimination in 15 Member States of the European Union*. Available at: <http://fra.europa.eu/fraWebsite/attachments/CS-Employment-en.pdf>.
- IOM (2009a) “Foreign born children in Europe: an overview from the Health Behavior in School-aged Children (HBSC) Study”, developed by M. Molcho et al. within the framework of the IOM project “Assisting Migrants and Communities (AMAC)”, with the support of the European Commission and the Office of the Portuguese High Commissioner for Health, <http://www.migrant-health-europe.org/background-papers.html>
- IOM (2009b) “Maternal and Child Healthcare for Immigrant Populations”, developed by Machado M.C. et al. within the framework of the IOM project “Assisting Migrants and Communities (AMAC)”, with the support of the European Commission and the Office of the Portuguese High Commissioner for Health, <http://www.migrant-health-europe.org/background-papers.html>
- IOM (2009c) “Migration Health: Better Health for All in Europe”, final report of the IOM project “Assisting Migrants and Communities (AMAC)” including conclusions and recommendations from the EU Level Consultation on Migration Health – “Better Health for All” (Lisbon, 24-25 September 2009), organized by IOM with the support of the European Commission and the Office of the Portuguese High Commissioner for Health, <http://www.migrant-health-europe.org>
- Jarauta MJ, Goya Arive MA, Merino Merino B (2010): Spain: Health Promotion among Navarre Ethnic Minorities programme. In *Poverty and social exclusion the*

- European Region: Health systems respond. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, in press.
- Judge K, Platt S, Costongs C and Jurczak K for the British EU Presidency (2006), *Health Inequalities: a Challenge for Europe*.
- Kamanou G (2007) *Challenges of poverty statistics in the UN Statistical Commission framework and in the present context of follow up of the UN Millennium Development Goals*. <http://209.85.229.132/search?q=cache:Tx7Ax9dL61oJ:unstats.un.org/unsd/methods/poverty/ESCWA/02.%2520GK-Challenges%2520of%2520poverty%2520statistics%2520in%2520the%2520context%2520of%2520OMDG%2520follow%2520up.doc+UN+Millennium+Development+Goals.+Gisele+Kamanou&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es&client=firefox-a>
- Karlsen S, Nazroo J (2002a), Agency and structure: the impact of ethnic identity and racism on the health of ethnic people, *Sociology of Health and Illness*, 24, 1: 1-20.
- Karlsen S, Nazroo JY (2002b). Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups. *Am J Public Health* 2002;92:624-31.
- Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D (1997) Social capital, income inequality, and mortality, *American Journal of Public Health*, Vol. 87, Issue 9 1491-1498.
- Kawachi I, Kennedy BP, Glass R (1998) Social capital and self-rated health. A contextual analysis, *American Journal of Public Health*, Vol. 89, Issue 8 1187-1193.
- Kawachi I, Kennedy B, Wilkinson R (1999) *The society and population health reader. Income inequality and health*, New York, The New Press.
- Khlat M, Darmon N (2003). Is there a Mediterranean migrants mortality paradox in Europe? *Int J Epidemiol* 32:1115-8.
- King G, Gakidou E, Imai K, Lakin J, Moore RT, Nall C, Ravishankar N, Vargas N, Téllez-Rojo MM, Hernández-Ávila JE, , Hernández-Llamas H (2009). Public policy for the poor? A randomized assessment of the Mexican universal health insurance program. *Lancet*, 373: 1447-54.
- Krieger N et al. (1993). Racism, sexism, and social class: implications for studies of health, disease, and well-being. *American Journal of Preventive Medicine*, 9(Suppl 6):82-122.
- Leon D and Walt G (2001). *Poverty, inequality and Health: An International perspective*, Oxford: Oxford University Press.
- Light DW (2003) Universal Health Care. Lessons from the British experience, *American Journal of Public Health*, 93, 1: 25-30.
- Llácer A et al. (2007). The contribution of a gender perspective to the understanding of migrants' health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61 (Supl.II):ii4-ii10. (http://jech.bmj.com/content/61/Suppl_2/ii4.full.pdf, accessed 29 January 2010).
- Mackenbach JP, Bakker MJ (2003). Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences. *The Lancet*, 362:1409-1414 (<http://www.belspo.be/platformisd/Library/Mackenbach%20Bakker.pdf>, accessed 29 January 2010).
- Mackenbach JP (2006), for the British EU Presidency. *Health Inequalities: Europe in Profile. An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU*. London, Department of Health (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd06_en.pdf; accessed 29 January 2010).
- Markides KS, Eschbach K (2005). Aging, migration, and mortality: current status of research on the Hispanic paradox. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 60 (Spec No 2):68-75.
- Marmot, M. (2009), *Review of health inequalities post-2010 in England, The Marmot Review*, report for the UK Government: <http://www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview/Documents>
- Marmot M y Wilkinson W (1999), *Social determinants of health*, Oxford: Oxford University Press.
- Marshall MN, Shekelle PG, McGlynn EA, et al (2003). Can health care quality indicators be transferred between countries?. *Qual Saf Health Care*. 12:8-12.
- McIntyre D, Rogers L, Heiner EJ (2001). Overview, history and objectives of performance measurement. *Health Care Financing Review*. ;22:7-21.
- McLoughlin V, Leatherman S, Fletcher M, et al (2001). Improving performance using indicators. Recent experiences in the United States, the United Kingdom, and Australia. *Int J Qual Health Care*. 13:455-62.
- Meresman, Sergio; 2009. Informe para la OPS. *Health Promotion, Schools and Community: the Labyrinth of implementation observations and lessons from the Ibero-American experience*:<http://search.bvsalud.org/dss/resources/rep-176621>
- Moreno C, Rivera F, Ramos P, Muñoz-Tinoco V, Sánchez-

- Queija I, Granado-Alcón C 2007, *Spain: social contexts and psychological adjustment in Spanish adolescents* http://www.euro.who.int/socialdeterminants/hbsc/20081107_6
- Nielsen F, Alderson F, Beckfield J (2005). *Exactly How has Income Inequality Changed? Patterns of Distributional Change in Core Societies*, Luxembourg Income Study Working Paper Series. Working Paper No. 422.. <http://www.lisproject.org/publications/LISwps/422.pdf>
- OECD (2008), *Jobs for Immigrants (Volume 2): Labour market integration in Belgium, France, the Netherlands and Portugal*, OECD. http://www.oecd.org/document/20/0,3343,en_2649_34709_41633620_1_1_1_1,00.html
- Organización Panamericana de la Salud, OPS. 2009. *Informe anual de la directora de la OPS (02/10/09)* http://www.paho.org/Director/AR_2009/default.htm
- OPS (2006), *Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela*, Caracas: OPS.
- OPS 2008a. *Credibility Crunch. Food, poverty, and climate change: an agenda for rich-country leaders* <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd68/credibility.pdf>
- OPS 2008b. *Guía para el análisis y el monitoreo de la equidad de género en las políticas de salud*. http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/guia_equidad.pdf
- OSI (2007). *How the Global Fund can improve Roma health: an assessment of HIV and TB programs in Bulgaria, Macedonia, Romania, and Serbia*. New York, Open Society Institute.
- Piraeus (2007) *Statistics on income and living conditions (EU-SILC). Methodology for measuring poverty and common cross-sectional and longitudinal EU indicators definition*. http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0802/Other/A0802_SFA10_MT_AN_00_2007_00_2007_08_F_EN.pdf
- Portuguese EU Presidency (2007), *Conclusions from the Conference "Health and Migration in the EU: better health for all in an inclusive society"* (Lisbon, 27-28 September 2007) under the auspices of the Portuguese 2007 EU Presidency with the support of the European Commission, http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/F8363923-B9BF-4CD2-A135-D756EDEA9379/0/ConferenceConclusions2892007_en.pdf
- Ravens-Sieberer U, Nickel J, Wille N, Erhart M, Schoppa A (2007) *Germany: adolescent mental well-being – current status and promotion and prevention initiatives*, http://www.euro.who.int/socialdeterminants/hbsc/20081107_15
- Razum O, Zeeb H, Akgun HS, et al (1998). Low overall mortality of Turkish residents in Germany persists and extends into a second generation: merely a healthy migrant effect? *Trop Med Int Health* 3:297–303.
- Rico A, Ramos X, Borrell C (2005), *Distribución de la renta y salud. El papel mediador de las políticas públicas y el capital social*. En J Ruiz-Huerta (ed), *Políticas Públicas y Redistribución de la Renta*, Madrid: Fundación BBVA [ISBN 84-88562-24-1].
- Rodríguez M. y Urbanos R. 2008. *Desigualdades sociales en salud. Factores determinantes y elementos para la acción*.
- Rodríguez-Álvarez Lanborena N, Errami M, Rodríguez-Rodríguez A, Pereda C, Vallejo de la Hoz G, Moreno G (2009), *Relación del estatus migratorio y del apoyo social con la calidad de vida de los marroquíes en el País Vasco [Relationship between migrant status and social support on the quality of life of Moroccan residents in the Basque country]*, *Gaceta Sanitaria* Supplement Migration and Health; 23 :29-37
- Sampson RJ, Raudenbush SW, Earls F 1997. Neighborhoods and violent crime. A multilevel study of collective efficacy, *Science*, 277: 918-924.
- Schoen C, Davis K, How SK, et al (2006). US health system performance: a national scorecard. *Health Aff (Millwood)*. 25:w457–75.
- Schaaf M (in press). Roma Health. In: *Poverty and social exclusion in the European Region: Health systems respond*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Sean G, Östlin P (coord.) on behalf of the Women and Gender Equity Knowledge Network (WGEKN) 2007, *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why it exists and how can we change it*, Final Report to the WHO Commission on Health Inequalities.
- Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I (2008). *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Copenhagen: World Health Organization.
- Spanish Ministry of Health and Social Policy 2006. *Towards Equity in Health: Closing the gap in a generation in the Roma community*.
- Thapa SB, Hauff E 2005. Gender differences in factors associated with psychological distress among immigrants from low and middle-income countries, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40: 78-84.

- Unión de Naciones Suramericana (UNASUR) Consejo de salud suramericano (2009). Grupo Técnico sobre promoción de la salud y acción sobre los determinantes sociales.
- Veling W Susser E van Os J Mackenbach J, Selten JP, Hoek H 2008 Ethnic Density of Neighborhoods and Incidence of Psychotic Disorders Among Immigrants, *American J Psychiatry* 165:66-73 Published online December 17, 2007; doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07030423).
- Wall M et al. (2009). Evaluation of community level interventions to address social and structural determinants of health: a cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 9:207 (<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/207>, accessed 29 January 2010).
- Wallerstein N (2006). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report, 2006). <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>
- White M, Adams J, Heywood P (2009). How and why do interventions that increase health overall widen inequalities within populations? En Babones S (2009) *Social inequality and public health*, London: Policy Press.
- Wilkinson R and Pickett K (2009) *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*, London: Allen Lane, see review at: <http://www.guardian.co.uk/books/2009/mar/13/the-spirit-level>
- World Health Assembly (2008). *Resolution WHA61.17 on Health of migrants*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_R17-en.pdf, accessed 29 January 2010).
- World Health Organization, WHO (2008). *The world health report 2008. Primary health care: now more than ever*. Geneva, World Health Organization www.who.int/whr/2008/en/index.html, accessed 29 January 2010; available in 7 languages).
- WHO Executive Board (2009). *Resolution EB124/R6 on Reducing health inequities through action on the social determinants of health*. Geneva, World Health Organization (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_R6-en.pdf, accessed 29 January 2010).
- WHO Regional Office for Europe (2008). *The Tallinn Charter: health systems for health and wealth*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/document/E91438.pdf>, accessed 29 January 2010).
- Wilkinson R, Marmot M, eds. (2003). *Social Determinants of Health: The Solid Facts*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/DOCUMENT/E81384.PDF>, accessed 2 September 2009).
- Wolff, H. et al., 2008. Undocumented migrants lack of access to pregnancy care and prevention. *BMC Public Health*, 8. Available at:<http://ukpmc.ac.uk/articlerender.cgi?articid=1436004>
- VII - Desigualdades en salud global y determinantes sociales de la salud: Oportunidades de la UE para contribuir a la monitorización y la acción**
- Chan M (2009). *Greater equity in health should be a progress indicator*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/dg/speeches/2009/global_health_20090615/en/index.html, accessed 10 November 2009).
- Chan et al. (2010). Meeting the Demand for Results and Accountability: A Call for Action on Health Data from Eight Global Health Agencies. *PLoS Medicine*, 7(1):e1000223.doi:10.1371/journal.pmed.1000223 (<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000223>, accessed 2 February 2010).
- Committee for Development Policy (2009). *Implementing the Millennium Development Goals: Health inequality and the Role of Global Health Partnerships*. New York, United Nations (http://www.unicef.org/health/files/MDG_and_Health_Inequalities_UN_2009.pdf, accessed 19 November 2009).
- Council of the European Union (2008). *The EU as a global partner for pro-poor and pro-growth development: EU Agenda for Action on MDGs*. Brussels, European Union. (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/08/st11/st11096.en08.pdf>, accessed 10 November 2009).
- Council of the European Union (2009a). *Council conclusions on Supporting developing countries in coping with the crisis*. Brussels, European Union (http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/COMM_PDF_COM_2009_0160_F_EN_COUNCIL_CONCLUSIONS.PDF, accessed 10 November 2009).
- Council of the European Union (2009b). *Council conclusions on Progress on the European Programme for Action to confront HIV/AIDS, Malaria, and Tuberculosis through External Action (2007-2011)*. Brussels, Council of the European Union (http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_Data/docs/pressdata/en/gena/111247.pdf, accessed 30 November 2009).
- CSDH (2008). Closing the gap in a generation: *Health equity through action on the social determinants of*

health. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html, accessed 9 November 2009).

DFID (2009). *Eliminating World Poverty: Building our Common Future*. London, Department for International Development (accessed <http://www.dfid.gov.uk/About-DFID/Quick-guide-to-DFID/How-we-do-it/Building-our-common-future/>, accessed 22 October 2009).

DG Development and Relations with African, Caribbean and Pacific States (2008). *Development Policies*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/development/policiesgen_en.cfm, accessed 12 November 2009).

DG Development and Relations with African, Caribbean and Pacific States (2009). *From Policy to Action*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/development/howgen_en.cfm, accessed 12 November 2009).

DG EuropeAid (2007). *Experience from TACIS/MEDA and possibilities under ENPI*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/health/ph_international/int_organisations/docs/ev_20070625_co07_en.pdf, accessed 15 November 2009).

ECOSOC (2000). *The right to the highest attainable standard of health. General Comment No. 14 (2000)*. Geneva, United Nations Economic and Social Council ([http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/40d009901358b0e2c1256915005090be?Opendocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/40d009901358b0e2c1256915005090be?Opendocument), accessed 25 November 2009).

ECOSOC (2009). *Ministerial Declaration – 2009 High-Level Segment on Implementing the internationally agreed goals and commitments in regard to global public health*. ... Geneva, ECOSOC (http://www.un.org/en/ecosoc/julyhls/pdf09/ministerial_declaration-2009.pdf, accessed 10 November 2009).

European Commission (2007a). *A European Programme for Action to Confront HIV/AIDS, Malaria and Tuberculosis through External Action (2007-2011)*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/Programme_for_Action_en.pdf, accessed 10 November 2009).

European Commission (2007b). *EU Code of Conduct on the Division of Labour in Development Policy*. Brussels, European Commission (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0072:FIN:EN:PDF>, accessed 10 November 2009).

European Commission (2007c). *A Stronger European Neighbourhood Policy*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/world/enp/pdf/com07_774_en.pdf, accessed 08 October 2009).

European Commission (2007d). *The European Neighbourhood Policy (ENP) and health*. Brussels, European Commission. (http://ec.europa.eu/health/ph_international/int_organisations/docs/ev_20070625_co03_en.pdf, accessed 13 November 2009).

European Commission (2008a). *Eradicating Poverty through Sustainable Development*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/world/what/solidarity/index_en.htm, accessed 12 November 2009).

European Commission (2008b). *Programming Guide for Strategy Papers: Gender Equality*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/F43_genderequality_fin_en.pdf, accessed 12 November 2009).

European Commission (2009a). *Millennium Development Goals – Impacts of the Financial Crisis on Developing Countries*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/COMM_NATIVE_SEC_2009_0445_4_MDGS_EN.pdf, accessed 12 November 2009).

European Commission (2009b). *Aid effectiveness after Accra: Where does the EU stand and What more do we need to do?* Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/COMM_NATIVE_SEC_2009_0443_4_Aid-Effectiveness-after-Accra.pdf, accessed 12 November 2009).

European Commission (2009c). *Solidarity in health: Reducing health inequalities in the EU*. Brussels, European Commission (<http://tinyurl.com/y9c66r9>, accessed 12 November 2009).

European Commission (2009d). *Implementation of the European Neighbourhood Policy in 2008*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/world/enp/pdf/progress2009/sec09_522_en.pdf, accessed 26 October 2009).

European Commission (2009e). *Issues paper: The EU role in global health*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/development/icenter/files/europa_only/EU_role_global_health_issue_paper_en.pdf, accessed 3 February 2010).

European Union (2006). *The European Consensus on Development. Official Journal of the European Union, C46:1–19* (http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/oj/2006/c_046/c_04620060224en00010019.pdf, accessed 10 November 2009).

European Union (2008). *Consolidated versions of the Treaty on the Functioning of the European Union. Official Journal of the European Union, C115/47–199* (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2008:115:0047:0199:EN:PDF>, 5 January 2010).

- European Union (2009). *Treaty of Lisbon: The EU in the world*. Brussels, European Union (http://europa.eu/lisbon_treaty/glance/external_relations/index_en.htm, accessed 30 November 2009).
- Executive Board (2010). Resolution EB126/R4 on *Monitoring of the achievement of the health-related Millennium Development Goals*. Geneva, World Health Organization (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB126/B126_R4-en.pdf, accessed 29 January 2010).
- FAO (2009). *The State of Food Insecurity in the World: Economic crises – impacts and lessons learnt*. Rome, Food and Agricultural Organization of the United Nations (<http://www.fao.org/docrep/012/i0876e/i0876e00.htm>, accessed 10 November 2009).
- Hanefeld J et al (2007). *How have global health initiatives impacted on health equity? What strategies can be put in place to enhance their positive impact and mitigate negative impacts?* Geneva, Health Systems Knowledge Network (http://www.ghinet.org/downloads/hanefeld_ghi_impact_on_health_equity.pdf, accessed 10 November 2009).
- IHP+ (2009a). *Welcome to the International Health Partnership and related initiatives*. Geneva, International Health Partnership and related initiatives (<http://www.internationalhealthpartnership.net/en/home>, accessed 15 January 2010).
- IHP+ (2009b). *Joint Assessment of National Health Strategies and Plans: Combined Joint Assessment Tool and Guidelines – Draft July 2009*. Geneva, International Health Partnership and related initiatives (http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/joint_assessment_guidelines_EN.pdf, accessed 14 January 2010).
- IHP+ (2009c). *Monitoring Performance and Evaluating Progress towards the Health MDGs: Ten Strategic Goals at Global and Country Level*. Geneva, International Health Partnership and related initiatives (http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/userfiles/H8%20MDG%20-%20MAR-09.pdf, accessed 14 January 2010).
- IHP+ (2009d). *Country Health Systems Surveillance (CHeSS): Improving data availability, quality and use for better performance*. Geneva, International Health Partnership and related initiatives ([http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/country_health_systems_surveillance_\(chess\)_EN.pdf](http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/country_health_systems_surveillance_(chess)_EN.pdf), accessed 14 January 2010).
- ILO (2003). *Social protection: A life cycle continuum investment for social justice, poverty reduction and sustainable development*. Geneva, International Labour Organization (<http://www.ilo.org/public/english/protection/download/lifecycl/lifecycle.pdf>, accessed 10 November 2009).
- Kickbusch I, Lister G (2009). *European Perspectives on Global Health: A Policy Glossary*. Brussels, European Foundation Centre (http://www.globalhealthurope.org/images/stories/PDF_Links/EFC_EPGH_GlobalHealth-Glossary-1.pdf, accessed 22 October 2009).
- Labonté R et al (2008). *Towards Health-Equitable Globalisation: Rights, Regulation and Redistribution. Final report to the Commission on Social Determinants of Health*. Ottawa, University of Ottawa (http://www.who.int/social_determinants/resources/gkn_final_report_042008.pdf, accessed 10 November 2009).
- Madelin R (2007). *Strengthening health in the European Neighbourhood*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/health/ph_international/int_organisations/docs/ev_20070625_co17_en.pdf, accessed 13 November 2009).
- Ministers of Foreign Affairs [of Brazil, France, Indonesia, Norway, Senegal, South Africa, and Thailand] (2007). Oslo Ministerial Declaration-global health: a pressing foreign policy issue of our time. *The Lancet*, 369:1373–1378 ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)60498-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)60498-X/fulltext), accessed 10 November 2009).
- OECD (2008). *The Paris Declaration on Aid Effectiveness and the Accra Agenda for Action*. Paris, Organization for Economic Co-operation and Development (<http://www.oecd.org/dataoecd/58/16/41202012.pdf>, accessed 10 November 2009).
- Office of the Prime Minister of Norway (2009). *The MNH Consensus*. Oslo, Norwegian Agency for Development Cooperation (<http://www.norad.no/en/Thematic+areas/Health+and+aids/Maternal,+child+and+women's+health/Media+advisory>, accessed 13 November 2009).
- OHCHR (1966). *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. New York, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (<http://www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm>, accessed 25 November 2009).
- Presidency of the European Council, European Commission (2008c). *Social health protection and health-care financing in developing countries: towards a framework for concerted intervention by the European Union*. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/social_health_protection_codev_2008_en.pdf, accessed 7 November 2009).
- Social Protection Floor workgroup (2009). *Social*

Protection Floor Initiative: Fact Sheet. Geneva, International Labour Organization (<http://www.ilo.org/gimi/gess/RessShowRessource.do?ressourceId=14603>, accessed 15 January 2010).

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

United Nations (2009). *The Millennium Development Goals Report 2009*. New York, United Nations (http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2009_ENG.pdf, accessed 13 November 2009).

WHO (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf, accessed 25 November 2009).

WHO (2008). *The World Health Report 2008: primary Health Care now more than ever*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>, accessed 25 November 2009).

WHO (2009). *Global Health and Foreign Policy: Strategic Opportunities and Challenges. Background Paper for the Secretary-General's Report on Global Health and Foreign Policy*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/trade/events/UNGA_Background_Rep3_2.pdf, accessed 9 November 2009).

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

World Health Assembly (2009b). *World Health Assembly resolution WHA62.12 on Primary health care, including health system strengthening*. Geneva, World Health Organization (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-en.pdf, accessed 9 November 2009).

World Health Assembly (2009c). *Monitoring of the achievement of the health-related Millennium Development Goals. Report by the Secretariat*. Geneva, World Health Organization (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_10-en.pdf, accessed 26 July 2009).







eu 2010.es





DEPÓSITO LEGÁL: xxxx