

Comisión para reducir las desigualdades en salud en España: Objetivos y trabajo realizado

C S B Consorci Sanitari de Barcelona

 **Agència de Salut Pública**





Objetivos de la Comisión

“Grupo de trabajo multidisciplinar que elabore, en base al conocimiento existente en nuestro país, un documento que contenga medidas de intervención a corto, medio y largo plazo para disminuir las desigualdades en salud en el ámbito de la salud pública y que identifique otras áreas de intervención e instituciones implicadas en el desarrollo de las mismas”



Miembros de la Comisión

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

Grupo coordinador: Lucía Artazcoz, Elia Díez, Davide Malmusi, M Isabel Pasarín, Maica Rodríguez-Sanz. Agència de Salut Pública de Barcelona.

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

Joan Benach. Universitat Pompeu Fabra.

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

Santiago Esnaola. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco.

Ana Gandarillas. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

Ana Gómez. Cruz Roja España.

Daniel La Parra. Univesidad de Alicante.

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

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

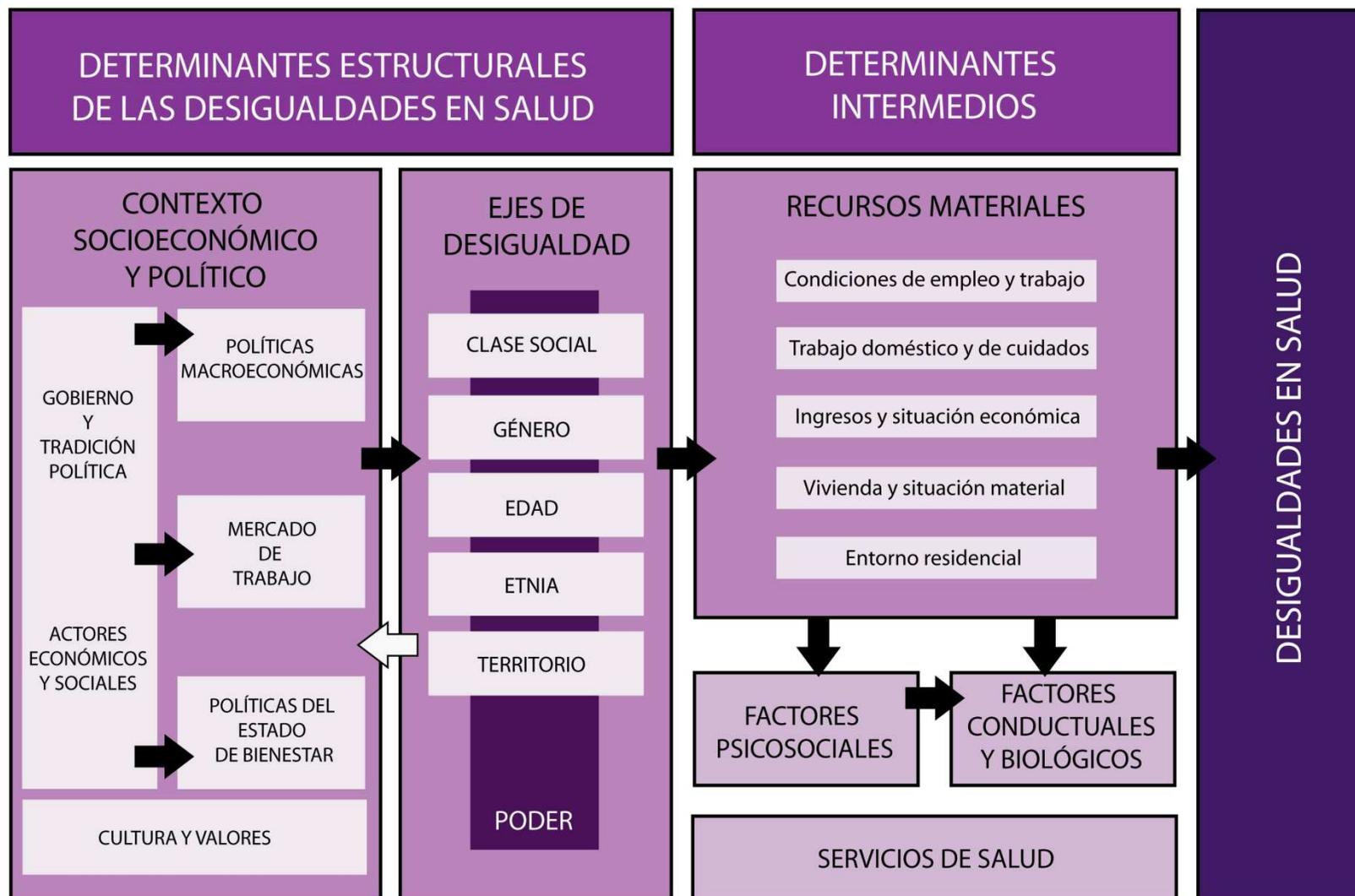
Jose Ramón Solanillas. Caritas Española.



Plan de trabajo

- **Primeros pasos (Oct.08-Abr.09)**
 - ✓ Consenso en el marco conceptual
 - ✓ 4 capítulos sobre el análisis de la situación:
 - ✓ Marco conceptual y principios.
 - ✓ Desigualdades en salud en España
 - ✓ Políticas en países europeos
 - ✓ Políticas en Planes de Salud de la CCAA
 - ✓ Primer borrador de estrategias basado en CSDH de la OMS
- **Grupos de trabajo de expertos (Abril a Junio 09)**
 - ✓ En 8 áreas de intervención -> 2º borrador
- **Definición de prioridades (Oct-Dic.09)**
- **Documento final (Mayo 2010)**
 - ✓ Opinión de expertos de fuera del sector salud
 - ✓ Ejemplos de buena práctica

Marco conceptual



Adaptado de Navarro (2004) y Solar y Irwin (2007)



Capítulos del informe

- ✓ Capítulo 1. Introducción: las desigualdades en salud, marco conceptual, las políticas y presentación del informe.
- ✓ Capítulo 2. Los determinantes sociales de las desigualdades en salud en España.
- ✓ Capítulo 3. Las políticas para reducir las desigualdades en salud en Europa.
- ✓ Capítulo 4. Las desigualdades en los planes de salud en España. ¿Lo mismo pero más?

Breve presentación de los capítulos 1-4 del informe

C S B Consorci Sanitari
de Barcelona

 **Agència
de Salut Pública**



Capítulo 1. Introducción: las desigualdades en salud, marco conceptual, las políticas y presentación del informe

Carme Borrell, Lucía Artazcoz

POLÍTICAS DE SALUD Y SALUD PÚBLICA

Las políticas para disminuir las desigualdades en salud

Carme Borrell^{a,b,c} / Lucía Artazcoz^{a,b}

^aAgència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España; ^bCIBER de Epidemiología y Salud Pública, España;

^cDepartamento de Ciencias Experimentales y de la Salud, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España.

(Policies to reduce health inequalities)

C S B Consorci Sanitari
de Barcelona

 **Agència
de Salut Pública**

Gac Sanit. 2008;22(5):465-73





Apartados del capítulo 1

- Concepto de desigualdad en salud
- Modelo conceptual
- Las políticas para disminuir las desigualdades en salud
 - ✓ Puntos de entrada
 - ✓ Principios

Capítulo 2. Los determinantes sociales de las desigualdades en salud en España

Maica Rodríguez-Sanz, Carme Borrell

C S B Consorci Sanitari
de Barcelona

 **Agència
de Salut Pública**





Apartados del capítulo 2

- Introducción
- Breve descripción de la metodología
- El contexto social, económico y político
- La posición socioeconómica
- Los factores mediadores de las desigualdades en salud
- Las desigualdades en salud
- Conclusiones

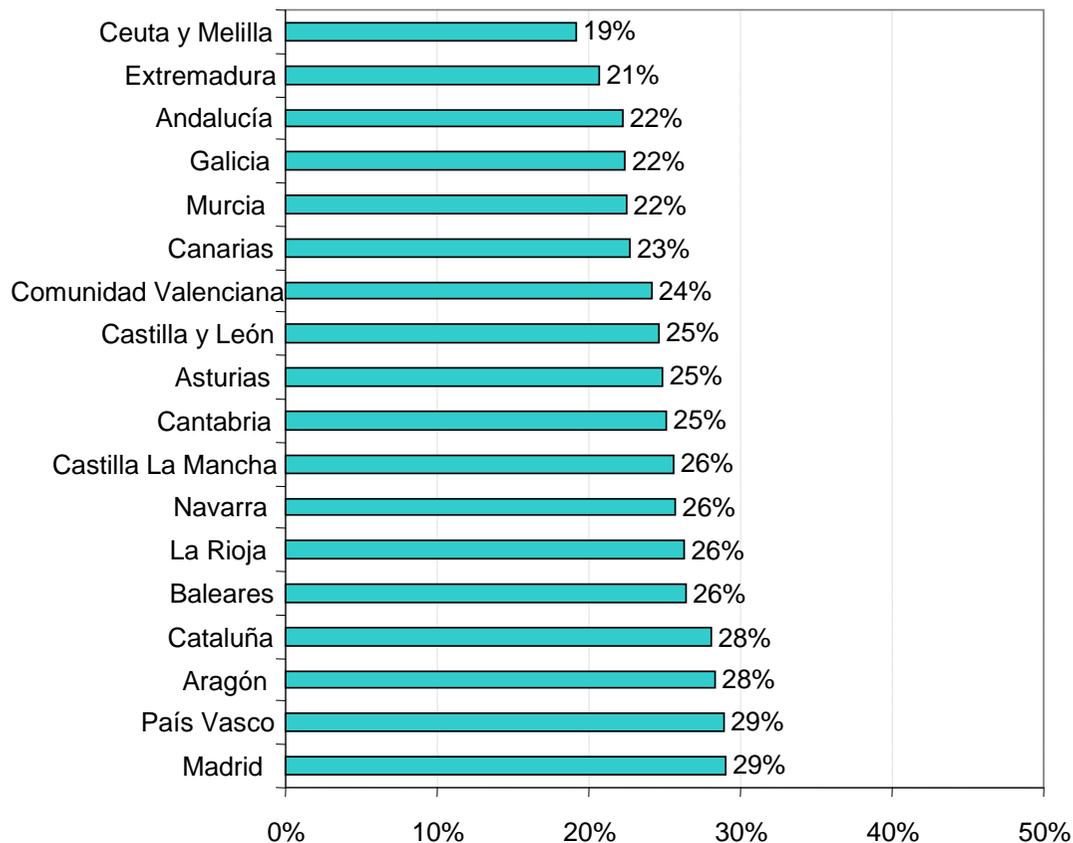


Fuentes consultadas

- Encuesta de Condiciones de Vida
- Encuesta de Presupuestos Familiares
- Encuesta de Población Activa
- Encuesta de Empleo del Tiempo
- Padrón continuo de habitantes
- Censo de población
- Encuestas Nacionales de Salud
- Indicadores de Eurostat
- Esperanza de vida: Ministerio de Sanidad



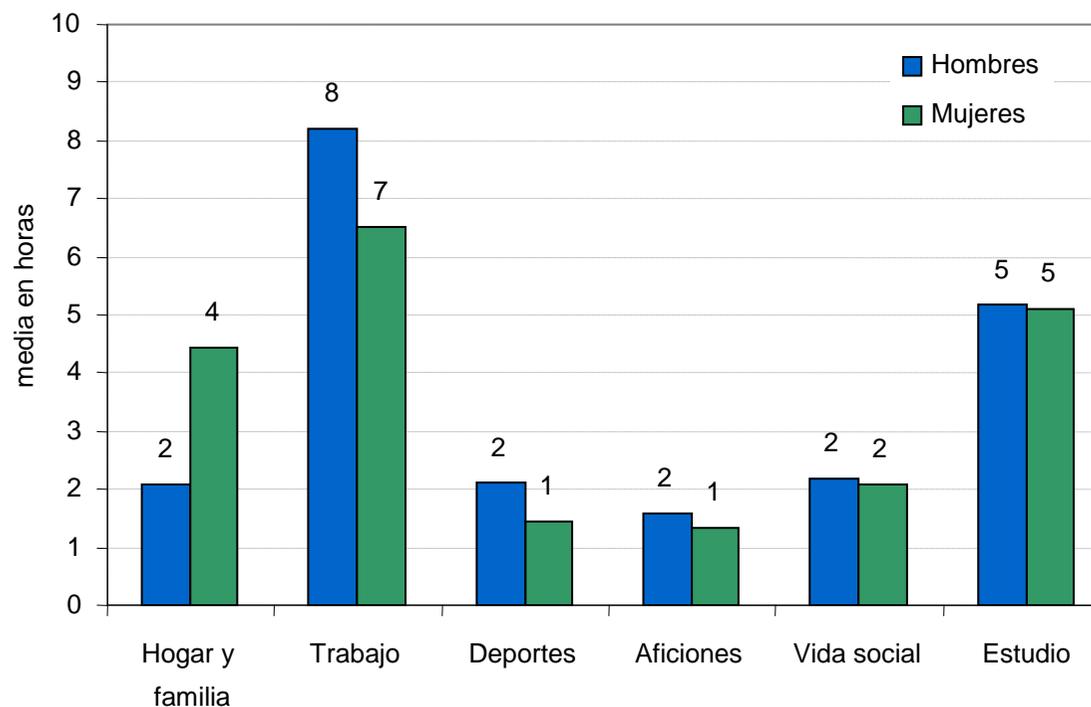
Porcentaje del gasto de consumo en los hogares dedicado a la vivienda en las CCAA. España 2006



Fuente: Rodríguez-Sanz y Borrell



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

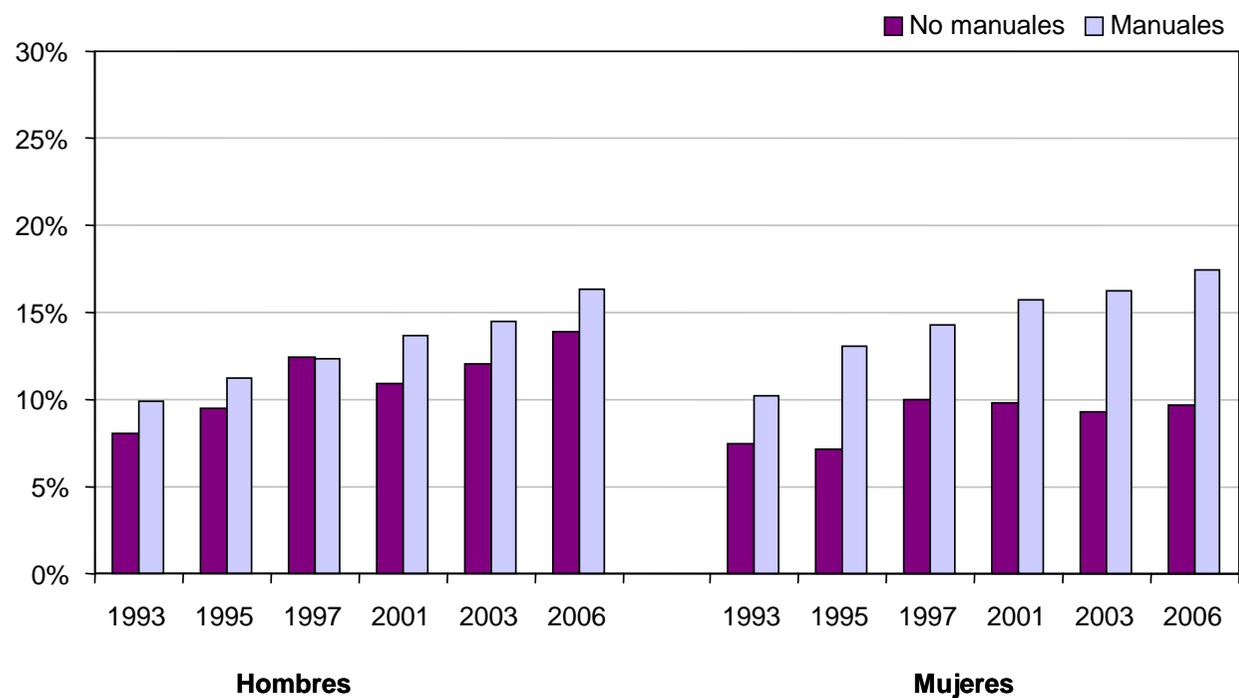


Fuente: Rodríguez-Sanz y Borrell



Evolución de la prevalencias de obesidad según la clase social en hombres y mujeres. España 1993-2006

Porcentajes estandarizados por edad.

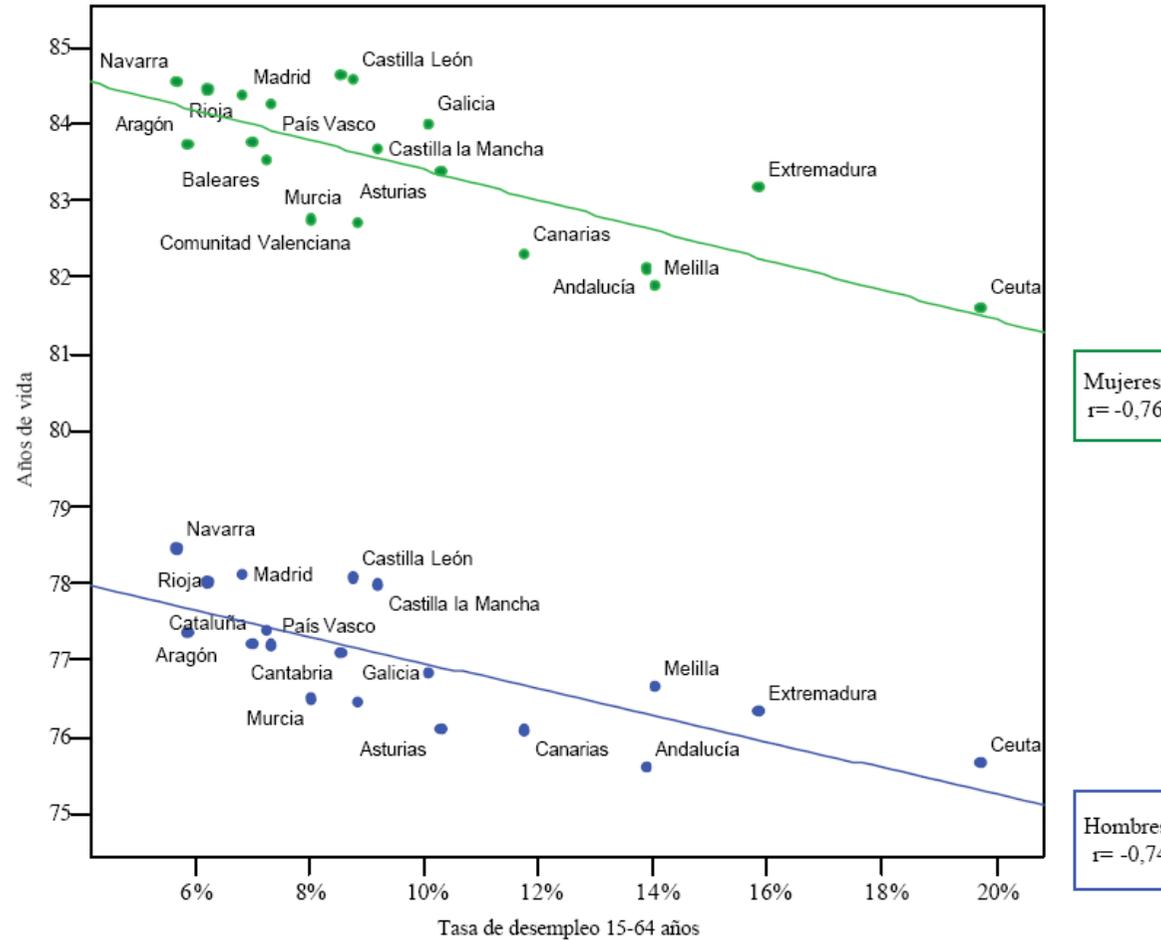


Fuente: Rodríguez-Sanz y Borrell



Esperanza de vida al nacer en hombres y mujeres según la tasa de desempleo en las CC.AA. España 2003

Esperanza de vida al nacer según la tasa de desempleo en las CCAA



Fuente: Rodríguez-Sanz y Borrell



Capítulo 2 – Algunas conclusiones

- Bajo gasto social, menor feminización del mercado laboral
- Alto desempleo, alta temporalidad, alto gasto para la vivienda
- Desigualdades en condiciones de vida, acceso a servicios, y salud. Personas en peor situación:
 - ✓ Clases sociales desfavorecidas
 - ✓ Mujeres (y hombres)
 - ✓ Países de renta baja

Capítulo 3. Las políticas para reducir las desigualdades en salud en Europa

Santiago Esnaola, Amaia Bacigalupe, Elvira Sanz, Unai Martín, Elena Aldasoro

C S B Consorci Sanitari
de Barcelona

 **Agència
de Salut Pública**





Apartados del capítulo 3

- Introducción
- Breve descripción de la metodología
- Características generales de los países estudiados
- Características generales de las políticas, metas y objetivos
- Acciones para reducir las desigualdades en salud
- La perspectiva de género
- Desigualdades ligadas a la etnia o al país de origen
- El papel de la atención sanitaria
- Perspectiva multisectorial
- Agentes implicados e implementación
- Conclusiones. Lecciones a aprender



Población e indicadores políticos y sociodemográficos de los países

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

Fuente: Esnaola et al.



Características generales de las políticas para reducir las desigualdades en salud

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

Fuente: Esnaola et al.



Capítulo 3 – Algunas conclusiones

- Políticas selectivas +/- universales
- Distintos puntos de entrada
 - ✓ Política social
 - ✓ Conductas
 - ✓ Servicios sanitarios
- + Posición socioeconómica, - género y etnia
- Centralidad de la vigilancia e investigación

Capítulo 4. Las desigualdades en los planes de salud en España. ¿Lo mismo pero más?

Rosana Peiró-Pérez, Nieves Ramón

C S B Consorci Sanitari
de Barcelona

 **Agència
de Salut Pública**





Apartados del capítulo 4

- Introducción
- Breve descripción de la metodología
- Las desigualdades en los planes de salud
 - ✓ Índice de sensibilidad simbólica
 - ✓ Índice de sensibilidad operativa en los problemas de salud.
 - ✓ Índice de sensibilidad operativa en los entornos.
 - ✓ Índice de sensibilidad operativa para los objetivos de apoyo
- ¿Qué nos dicen estos resultados?



Sensibilidad simbólica a las desigualdades de género y nivel socioeconómico

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

Fuente: Peiró et al.





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

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



Capítulo 4 – Algunas conclusiones

- Sensibilidad al género y a la posición socioeconómica
 - ✓ Gran variabilidad
 - ✓ En general está aumentando
 - ✓ Pero más en los principios que en la operativización



Casos de buena práctica

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

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

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

Programa de Empleo de Caritas Española

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

Plan Integral de Mejora en Salud Pública de Vallecas



Propuesta de intervenciones

C S B Consorci Sanitari
de Barcelona

 **Agència
de Salut Pública**





Propuesta de intervenciones

- **Primeros pasos (Oct.08-Abr.09)**
 - ✓ Primer borrador de estrategias basado en CSDH de la OMS
- **Grupos de trabajo de expertos (Abril a Junio 09)**
 - ✓ En 8 áreas de intervención -> 2º borrador
- **Definición de prioridades (Oct-Dic.09):**
 - ✓ Grupos (según importancia, oportunidad e intervenciones prioritarias: prioridad máxima, alta o media),
 - ✓ Comisión (intervenciones de salud pública y de servicios sanitarios).
- **Documento final (Mayo 2010)**
 - ✓ Opinión de expertos de fuera del sector salud
 - ✓ Ejemplos de buena práctica



Commission on Social Determinants of Health FINAL REPORT



Commission on
Social Determinants of Health

Closing the gap in a generation

Health equity through action on
the social determinants of health



Fuente: WHO Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a Generation, 2008

Comisión sobre determinantes sociales en salud de OMS, 2008



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD



Recomendaciones generales de la Comisión

1 Mejorar las condiciones de vida

Mejorar el bienestar de las niñas y las mujeres, y las condiciones en que nacen los niños; favorecer el desarrollo de la primera infancia y la educación para los niños y las niñas, mejorar las condiciones de vida y de trabajo y formular políticas de protección social dirigidas a toda la población; y crear las condiciones que permitan envejecer bien. Las políticas encaminadas a alcanzar esos objetivos han de contar con la participación de la sociedad civil, los poderes públicos y las instituciones internacionales.

2 Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos

Para combatir la inequidad sanitaria y las disparidades en las condiciones de vida, hay que atajar las desigualdades, por ejemplo entre hombres y mujeres, en el modo en que está organizada la sociedad. Ello requiere un sólido sector público comprometido, capaz y dotado de suficiente financiación, para lo que no sólo hay que fortalecer las instancias gubernamentales, sino también la gobernanza: hay que dar legitimidad, cabida y apoyo a la sociedad civil, a un sector privado responsable y a los miembros de toda la sociedad, con el fin de definir el interés común y reinvertir en la acción colectiva. En un mundo globalizado, se impone aplicar un estilo de gobernanza que promueva la equidad desde el nivel comunitario hasta las instituciones internacionales.

3 Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones

Reconocer que existe un problema y conseguir que se evalúe la magnitud de la inequidad sanitaria a nivel nacional y mundial es un punto de partida esencial para la acción. Los gobiernos nacionales y las organizaciones internacionales deben poner en marcha, con el apoyo de la OMS, sistemas de vigilancia de la equidad sanitaria nacionales e internacionales, que permitan hacer un seguimiento sistemático de las desigualdades sanitarias y de los determinantes sociales de la salud, así como evaluar los efectos de las políticas e intervenciones en la equidad sanitaria. Para crear el espacio y la capacidad institucionales que permitan combatir con eficacia la inequidad sanitaria, hay que invertir en la formación de los responsables de formular las políticas y de los profesionales de la salud, y explicar a la población qué son los determinantes sociales de la salud. También es necesario dar mayor cabida a los determinantes sociales de la salud en la investigación en materia de salud pública.



Estrategias propuestas (n=166)

Grandes partes y áreas	Nº de recomendaciones
Parte I. La distribución del poder, la riqueza y los recursos	
Área 1. Salud y equidad en todas las políticas	7
Área 2. Financiación justa y gasto público para la equidad	8
Área 3. Poder político y participación	6
Área 4. Buena gobernanza mundial	5
Parte II. Condiciones de vida y de trabajo cotidianas a lo largo del ciclo vital	
Área 5. Infancia	21
Área 6. Empleo y trabajo	23
Área 7. Envejecimiento	21
Parte III. Entornos favorecedores de la salud	
Área 8. Entornos físicos acogedores y accesibles	9
Área 9. Acceso a una vivienda digna	7
Área 10. Entornos favorecedores de hábitos saludables	17
Parte IV. Servicios sanitarios	
Área 11. Un sistema sanitario que no causa desigualdad	32
Parte V. Información, vigilancia, investigación y docencia	
Área 12. Información, vigilancia y evaluación	3
Área 13. Investigación	4
Área 14. Docencia	3



Ejemplos de intervenciones.

Financiación justa

- **RECOMENDACIÓN PRINCIPAL:** Adoptar políticas fiscales y de gasto social que reduzcan las desigualdades de renta y la pobreza, y fomenten la inversión para el abordaje de los determinantes sociales de la salud
- **Prioridad máxima:**
 - Reducir las desigualdades de la renta a través de la fiscalidad progresiva, el aumento del gasto social y el fortalecimiento de los mecanismos que evitan la evasión fiscal y la economía sumergida.
 - Fomentar la inversión para el abordaje de los determinantes sociales de la salud, por ejemplo incrementando el gasto social público y estableciendo mecanismos para asignar recursos a las acciones sobre los determinantes sociales de la salud.
 - Incrementar las pensiones más bajas, las prestaciones por desempleo y el salario mínimo interprofesional hasta niveles que superen el umbral de pobreza y permitan acceder a los bienes básicos para la salud.



Ejemplo de intervenciones. Envejecimiento

Apoyo social y participación

RECOMENDACIÓN PRINCIPAL

- Garantizar unas pensiones mínimas que permitan una buena calidad de vida, teniendo en cuenta las diferencias territoriales en el coste de la vida.
- Acelerar el cambio cultural de los servicios de protección social a los mayores y sus cuidadores hacia una vocación universal y preventiva, sin limitarse a la atención a la demanda, impulsando la mejora y el desarrollo pleno de la Ley de Dependencia.
- Incrementar la oferta de dispositivos residenciales y de asistencia domiciliaria, que permitan a los familiares dedicar al cuidado el tiempo deseado y disponible en cada caso, priorizando el acceso de las personas con mayor necesidad social y económica.
- Mejorar la respuesta sanitaria a la dependencia con más y mejores servicios de rehabilitación, sociosanitarios, y de atención domiciliaria.



Ejemplo de intervenciones.

Información, vigilancia y evaluación

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

Prioridad máxima:

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

Prioridad alta:

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

Prioridad media:

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



Políticas prioritarias desde la salud pública (n=20)

1. Establecer una red estatal de vigilancia de la equidad con información sobre indicadores de determinantes sociales, y de desigualdad en salud y en la atención sanitaria, y difundirlos periódicamente a sectores gubernamentales y de la sociedad civil.
2. Impulsar la evaluación del impacto en la salud y en las desigualdades en la salud de las políticas públicas tanto del sector sanitario como del no sanitario. (ejemplos: gestión sanitaria, trabajo, economía, dependencia, igualdad, planificación entornos, movilidad, acuerdos internacionales)
3. Elaborar por parte del Ministerio de Sanidad y Política Social, con una periodicidad no superior a cuatro años, un Informe sobre Desigualdades Sociales y Salud en España, con recomendaciones y propuestas de intervención.



Políticas prioritarias desde los servicios sanitarios (n=15)

- Incluir en todos los Planes de Salud y Planes Directores estatales, autonómicos y locales objetivos específicos de disminución de las desigualdades en el estado de salud y en el acceso, calidad y efectividad de los servicios sanitarios
- Incorporar el conocimiento sobre los determinantes sociales de la salud como una parte obligatoria de la formación pre y postgrado en las carreras de ciencias de la salud, y en la formación continuada de los profesionales sanitarios, incluidos planificadores y gestores de servicios
- Crear una Comisión de Desigualdades en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud



Mensajes clave de las 5 partes

- Avanzar hacia una sociedad más justa, impulsando la salud y equidad en todas las políticas y reduciendo las desigualdades sociales en el poder político y en la distribución de recursos;
- Mejorar las condiciones de vida e impulsar políticas de protección social a lo largo de todo el ciclo vital.
- Actuar sobre los entornos de vida (barrios, pueblos y viviendas) para que sean generadores de salud, empezando por las áreas más desfavorecidas.
- Mantener y mejorar la calidad del Sistema Nacional de Salud, priorizando también las áreas y colectivos más desfavorecidos.
- Desarrollar los sistemas de información y de evaluación de impacto, la investigación y la formación relacionados con las desigualdades sociales en salud.



Reflexiones

- El proceso de la Comisión ha involucrado a numerosas personas expertas.
- Para avanzar es necesario un compromiso político fuerte y continuado.
- Es necesario involucrar a responsables de otros ministerios, CCAA y municipios.



Participantes en el proceso

Participantes en los Grupos de Trabajo:

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

Personas expertas que han hecho aportaciones al documento final:

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