

Las políticas para reducir las desigualdades en salud en Europa

Revisión de siete países europeos



Cita sugerida: Esnaola, S., Bacigalupe, A., Sanz, E., Martín, U., Aldasoro, E. Las políticas para reducir las desigualdes en salud en Europa. Osagin Txostenak 2012-3. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad y Consumo; 2012.

Edición: 1ª Abril 2012

Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco.
Departamento de Sanidad y Consumo

Autores: Santiago Esnaola Sukia¹
Amaia Bacigalupe de la Hera¹
Elvira Sanz Tolosana¹
Unai Martín Roncero²
Elena Aldasoro Unamuno¹
Con aportaciones de la Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España.

¹ Departameno de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco.

² Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea.

Indice

RESUMEN	3
1. Introducción	7
2. Metodología	7
3. Resultados	8
Características generales de los países estudiados	8
Antecedentes de las políticas para reducir las desigualdades sociales en Salud	8
Características generales de las políticas. Metas y objetivos	13
Acciones para reducir las desigualdades en salud	14
La perspectiva de género	16
Desigualdades ligadas a la etnia o al país de origen	17
El papel de la atención sanitaria	17
Perspectiva multisectorial	18
Agentes implicados e implementación	19
Monitorización e investigación	20
4. Conclusiones. Lecciones a aprender	21
BIBLIOGRAFIA	24
TABLAS	
Tabla 1. Población e indicadores sociodemográficos.	27
Tabla 2. Características generales de las políticas para reducir las desigualdades en salud	28
Tabla 3. Actuaciones para reducir las desigualdades en clasificadas según los determinantes de la salud	29
Tabla 4. Actuaciones para reducir las desigualdades en salud por problemas de salud, ámbitos y grupos específicos.	30
Tabla 5. Actuaciones en la atención sanitaria para reducir las desigualdades en salud	31
ANEXO	
Actuaciones para reducir las desigualdades en salud en cinco países europeos	32

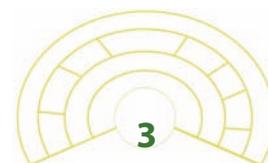
RESUMEN

Introducción

La experiencia europea puede ayudar a formular políticas para reducir las desigualdades en salud en España. Se estudió la experiencia de los países europeos con la finalidad de ilustrar las mejores prácticas en políticas para reducir las desigualdades sociales en salud

Métodos

Se seleccionaron países que en el año 2008 tuvieran en marcha, planificadas o recién finalizadas políticas integrales para disminuir las desigualdades sociales en salud (Finlandia, Suecia, Noruega, Inglaterra e Irlanda) o con experiencias de interés (Dinamarca y Holanda). Se revisaron de forma sistemática los documentos gubernamentales, sitios web especializados y revisiones previas. La revisión incluyó las características generales del país (régimen de bienestar, tradición política, índice de Gini, índice de desarrollo humano, índice de equidad de género), los antecedentes históricos, la definición del problema y de las metas, la orientación de las intervenciones, la clasificación de las intervenciones en función de la cobertura y de los puntos de entrada, la consideración de distintos ejes de desigualdad social y la perspectiva multisectorial



Resultados

El contexto y el consenso políticos han determinado la historia y evolución de esas políticas. En Finlandia, Suecia y Noruega se ha dado una evolución hacia políticas universales, enfocadas a disminuir el gradiente social en la salud, que incluyen acciones sobre los determinantes estructurales de la salud, las condiciones de vida y las conductas. Por el contrario, Inglaterra e Irlanda primaron un enfoque selectivo hacia los grupos menos favorecidos, con acciones limitadas a las condiciones de vida y las conductas. La perspectiva multisectorial, intrínseca a estas políticas, se ha unido a la multiplicidad de agentes involucrados. La atención sanitaria también juega un papel relevante en las políticas estudiadas, con acciones dirigidas a la mejora de la accesibilidad económica (reducción del copago), la asignación de recursos en función de las necesidades de atención, y al logro de una atención adecuada a las necesidades y de calidad. El predominio de la dimensión socioeconómica en la definición de las desigualdades sociales ha llevado a que tanto el género como la etnia, edad o país de origen fueran considerados de forma secundaria. Finalmente, la monitorización y la investigación aparecen como instrumentos claves para el desarrollo y evaluación de las políticas

Conclusiones

En el contexto europeo es posible desarrollar políticas para reducir las desigualdades sociales en salud, integradas en las políticas y programas sectoriales. Se ha dado una evolución hacia políticas universales, que se enfocan a disminuir el gradiente social de la salud en toda la población, y que combinan acciones sobre los determinantes estructurales del entorno político y económico, las condiciones de vida y las conductas



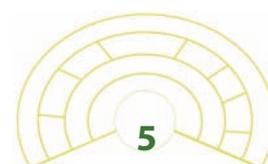
ABSTRACT

Introduction

The European experience may be of help in the formulation of policies to reduce inequalities in health in Spain. A survey was made of the experience of European countries in order to identify the best practices in policies to reduce social inequalities in health.

Methods

Countries which, in 2008, had ongoing, planned or recently-completed, integrated policies to reduce social inequalities in health (Finland, Sweden, Norway, England and Ireland) or with relevant experiences (Denmark and Holland), were studied. A systematic review was made of government documents, specialist websites and previous reviews. The review included the general characteristics of the country (welfare system, political tradition, Gini index, human development index, gender equality index), historical background, definition of the problem and targets, orientation of actions taken in this field, classification of actions in accordance with coverage and entry points, consideration of the different aspects of social inequality and the multisector perspective.



Results

Political context and consensus have determined the history and development of these policies. In Finland, Sweden and Norway, there has been a development towards universal policies that aim to reduce the social gradient in health, including actions that address the structural issues of health, living conditions and behaviours. On the contrary, England and Ireland have prioritised a selective approach to more disadvantaged groups, with actions limited to living conditions and behaviours. In addition to the large number of agents involved, these policies are characterised by their intrinsic, multisector perspective. Healthcare also plays a relevant role in the policies studied, with actions aimed at improving economic accessibility (reduction in copayment), assigning resources in accordance with the care required and securing a level of service and quality in keeping with requirements. The predominance of the socio-economic dimension in the definition of social inequalities has led to a situation whereby gender and ethnicity, age and country of origin were considered on a secondary plane. Finally, monitoring and research appear to be key instruments for the development and evaluation of policies.

Conclusions

Within the European context, policies to reduce social inequalities in health can be developed through their integration within sector policies and programmes. There has been a development towards universal policies that focus on reducing the social gradient of health throughout the population and combine a number of actions relating to the structural aspects of the political and economic environment, living conditions and behaviours.



1. Introducción

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

2. Metodología

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



3. Resultados

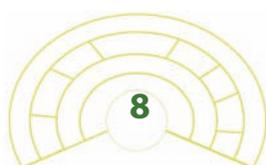
Características generales de los países estudiados

Todos los países estudiados cuentan con democracias parlamentarias de larga tradición. Los cuatro escandinavos cuentan con un Régimen de Bienestar de tipo socialdemócrata de carácter universal y financiado principalmente por vía de impuestos, con un gasto público elevado; en los Países Bajos el Régimen de Bienestar es de tipo corporativista, y tanto en Inglaterra como en Irlanda es de tipo liberal²³. A juzgar por los valores del coeficiente de Gini, los países escandinavos destacan por su menor desigualdad en los ingresos. En el otro extremo se encuentran Inglaterra e Irlanda, mientras los Países Bajos se encuentran en una posición intermedia (Tabla 1). En lo que respecta a la equidad de género, Suecia, Noruega y Finlandia ocupan los primeros lugares en el ranking mundial y el resto de países ocupan posiciones dentro de los quince primeros²⁴. Finalmente, Noruega ocupa el puesto más alto en el ranking del índice de desarrollo humano, mientras el último es para el Reino Unido con el puesto 21.

Antecedentes de las políticas para reducir las desigualdades sociales en salud

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

Del recorrido histórico de estos países son de resaltar los siguientes puntos: 1) Los países que han desarrollado políticas para reducir las desigualdades en salud cuentan con una larga tradición de salud pública y, en muchos casos, de estudio de las desigualdades en



salud; 2) El contexto político ha determinado la iniciativa de esfuerzos de formulación de políticas para reducir las desigualdades en salud, así como la historia y evolución práctica de esas políticas; 3) Finalmente, el grado de legitimación política de estas estrategias es muy diverso. En un extremo se sitúa el caso de Suecia, donde las políticas de salud fueron aprobadas en el parlamento; de forma intermedia, en otros casos, como el de Finlandia, se trata de resoluciones del gobierno; el menor compromiso lo podemos encontrar en ejemplos como el de los Países Bajos, cuyas políticas se recogen en un memorandum del gobierno, que contiene principalmente unas líneas generales de actuación.

Dinamarca

Aunque las desigualdades sociales en salud han sido un tema de estudio en Dinamarca desde hace 150 años, la atención prioritaria de las autoridades sanitarias por la menor esperanza de vida del país respecto a los países de su entorno contribuyó a que las desigualdades sociales en salud no entraran en la agenda política hasta finales de los noventa del siglo pasado²⁸. En 1999 el gobierno socialdemócrata propuso una Ley de Política de Salud¹⁵ con metas relativas a las desigualdades en salud y objetivos para los determinantes de la salud en el periodo 1999-2008. Se establecieron así las bases de una política de salud integral, con un fuerte enfoque intersectorial, si bien, en lo que respecta a la equidad, se dirigía a los grupos más desfavorecidos en lugar de al gradiente social completo. Sin embargo, este plan apenas se desarrolló porque dos años después de su puesta en marcha cambió la mayoría en el Parlamento y se formó un nuevo gobierno liberal. El nuevo gobierno lanzó un nuevo programa de política de salud pública: “Healthy throughout life” para el período 2002-2010, que recoge entre sus objetivos principales reducir las desigualdades sociales en salud. Aunque entre sus indicadores también se recoja la perspectiva de la desigualdad, no propone acciones concretas para su reducción. Además, pone un mayor acento en los grupos más desfavorecidos y menos en el gradiente social completo de la salud, lo que supone un alejamiento de las políticas sociales y de salud universales como instrumentos para hacer frente a las desigualdades en salud.

Finlandia

La perspectiva de la desigualdad social está integrada en la política sanitaria desde 1960, con medidas centradas en la mejora del acceso a la atención sanitaria. En 1986 Finlandia aplicó la política “Salud para todos en el año 2000”, aunque la perspectiva se redujo a la mejora del acceso al sistema sanitario y al cambio de conductas en grupos vulnerables. Este programa fue revisado y ampliado en 1993 con la introducción de la equidad en 12 líneas de acción, aunque no consiguió reducir las desigualdades en salud. En 2001, el gobierno



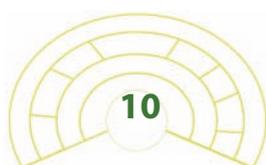
socialdemócrata lideró el programa nacional “Health 2015”, el cual formula como objetivos la mejora de la salud de la población y la reducción de las desigualdades en salud, incluyendo incluso un objetivo cuantitativo de reducción de las desigualdades en mortalidad. Sin embargo, a pesar de la mejora de la salud de la población, las desigualdades sociales en salud no se han reducido sino que han incrementado. Por ello, en 2008 el gobierno aprobó una estrategia nacional para la reducción de las desigualdades en salud⁵.

Noruega

Desde 1984, año de adopción de la estrategia de la OMS “Salud para todos en el año 2000”, existe en Noruega un reconocimiento de la existencia de desigualdades en salud. El gobierno socialdemócrata noruego elaboró en 1987 un libro blanco en el que se recogía la necesidad de incorporar la salud en las políticas públicas y promover la equidad en la distribución de la atención sanitaria. Hasta fechas recientes, las desigualdades en salud eran consideradas como un problema limitado a los grupos vulnerables o desaventajados, bajo la concepción de la necesidad de un equilibrio entre la responsabilidad individual y la social, y dando prioridad a las conductas para mejorar la salud de la población^{29,30}. En 2004, un comité de personas expertas auspiciado por el Ministerio de Salud elaboró las líneas de actuación para la reducción de las desigualdades sociales en salud, desde la perspectiva del gradiente social de la salud. El documento, “The challenge of the Gradient”, ha constituido la base para la elaboración de la Estrategia Nacional para la Reducción de las Desigualdades en Salud, de carácter integral e intersectorial, publicada en 2006⁷.

Suecia

Las desigualdades en salud entraron en la agenda de la salud pública sueca con anterioridad a la mayoría de los países europeos, con la adopción de la estrategia de la OMS “Salud para todos en el año 2000” que se recogió en el documento “On the Development of Health and Medical Care Services in Sweden”. En 1987, se publicó el primer informe de salud pública en el que se hacía alusión de forma más explícita a las desigualdades sociales en salud, recordando que a pesar del desarrollo positivo de la salud en la población general, existían determinados grupos que mostraban peores indicadores. Este informe llevó al gobierno a realizar una propuesta de ley referida a la importancia de garantizar un desarrollo económico y social y unas condiciones de vida adecuadas con el objetivo de que la mayoría de la población tuviera una esperanza de vida duradera y saludable. Asimismo, recogió la reducción de las desigualdades sociales en salud como un objetivo fundamental de la política de salud pública. En 1994, el gobierno socialdemócrata remitió un documento al parlamento titulado “Invest in Health- Prioritise for health”, que incluía la propuesta para el



establecimiento de un comité nacional de salud pública, bajo el auspicio del Parlamento, con el objetivo de diseñar los objetivos nacionales para el avance y desarrollo de la salud pública en Suecia. Sus conclusiones incluyeron una atención especial a la equidad en salud, en el sentido de que los objetivos y estrategias a plantear debían contribuir a la reducción de las desigualdades en salud entre grupos socioeconómicos y otros grupos sociales. Sus recomendaciones, que fueron recogidas en el documento “Health on equal terms-national public health objectives”, formaron parte del proyecto de ley “The Public Health Objective Bill”, aprobado en el parlamento en 2003, y de la política de salud pública de Suecia que posteriormente fue aprobada bajo el nombre “The new Swedish public health policy”.

Países Bajos

Las desigualdades en salud no entraron en la agenda política hasta los años 80. La publicación del antes citado informe Black y de un informe sobre las desigualdades en salud entre los barrios de Amsterdam contribuyeron a aumentar el interés de investigadores y políticos por este fenómeno. A partir de ese momento, el gobierno comenzó a aplicar un enfoque basado en la investigación para reducir las desigualdades en salud. En 1989 se puso en marcha el primer programa de investigación, centrado en el estudio de la magnitud y naturaleza de las desigualdades en salud y sobre sus determinantes, al cual siguió en 1995 un segundo programa de investigación para desarrollar de forma sistemática una estrategia para reducirlas, centrándose en la evaluación de doce intervenciones. Los resultados de este segundo programa fueron la base de las recomendaciones de un comité consultivo que desarrolló una estrategia comprehensiva e integrada para reducir las desigualdades en salud en un 25% para el año 2010. El Gobierno aceptó en 2001 la mayor parte de las recomendaciones pero, coincidiendo con un cambio político hacia el centro-derecha en 2002, no se desarrollaron instrumentos ni se planificaron intervenciones para lograr esa meta. No obstante, el acento puesto por el Gobierno en el ámbito local llevó a que la salud se incluyera en las políticas urbanas y se desarrollaran experiencias sobre políticas integradas para reducir las desigualdades en ese ámbito. Más adelante, en 2004, el libro verde “Living longer in good health” del Ministerio de Salud continuaba con las metas de reducción de las desigualdades en salud, a la vez que ponía un fuerte acento sobre la responsabilidad individual en lo relativo a las conductas y la salud. Esta tendencia a centrar la responsabilidad en el individuo en todas las políticas sociales se acompañó en 2006 de un cambio en el sistema de seguro de salud mixto, que cubría con fondos públicos a dos tercios de la población, hacia otro completamente privado.

Inglaterra

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

Irlanda

En la última década Irlanda ha protagonizado un fuerte crecimiento económico. Sin embargo, la mejora de las condiciones de vida y de la esperanza de vida no se han distribuido de forma equitativa en su población. Un informe publicado en 2001 mostraba la existencia de grandes desigualdades socioeconómicas en la mortalidad y, en comparación con el resto de países de la Unión Europea, peores indicadores de salud. Junto a este documento, la declaración SPT 2000 de la OMS, el informe Acheson, otros de la sociedad civil y *The Report of the Chief Medical Officer* (1999) han ejercido una fuerte influencia para adquirir compromisos reales en la reducción de las desigualdades sociales en salud. La relación entre la salud y la pobreza ha sido ampliamente aceptada por la clase política. En este sentido, *the Report of the Working Group on the National Anti-poverty Strategy and Health* (2001) propuso el camino para abordar estas desigualdades y estableció una serie de objetivos para disminuirlas para el año 2007. Unas propuestas que fueron incorporadas al Plan Nacional de Salud, *Quality and Fairness-A Health System for You* (2001), que incluía objetivos para reducir la diferencia en salud entre ricos y pobres, promover la equidad en el acceso a los servicios



sanitarios y desarrollar nuevas formas de abordar los principales factores que unen pobreza y mala salud. De hecho, el reciente *National Action Plan on Social Inclusion 2007-2016* incluye compromisos para disminuir las desigualdades en salud, al que se le unen otros compromisos políticos como *Investing for Health* (2002) y *A Healthier Future* (2005). Una trayectoria que ha sido liderada por el partido conservador irlandés a lo largo de sus once años de gobierno (1997-2008).

Características generales de las políticas. Metas y objetivos

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

Las diferencias en la consideración del problema de las desigualdades en salud tienen su repercusión a la hora de formular las metas y de diseñar las intervenciones. En el primer grupo de países, las metas se orientan a mejorar la salud de los grupos más desfavorecidos (Dinamarca y Países Bajos), añadiendo, en Inglaterra e Irlanda, la reducción de la brecha en salud, mientras que en Finlandia, Noruega y Suecia las metas pretenden además disminuir las desigualdades en salud a lo largo de toda la escala social (Tabla 2). En lo que respecta a las

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

intervenciones, mientras que en los casos de Dinamarca, Países Bajos, Inglaterra e Irlanda tienen un enfoque predominantemente selectivo, y están dirigidas a los grupos más desfavorecidos, Finlandia, Noruega y Suecia añaden a esta visión actuaciones de cobertura universal, dirigidas a toda la población. Otra consecuencia de las diferencias en la visión de las desigualdades en salud es la diferente incorporación del género y la etnia o país de origen como ejes transversales de desigualdad social en las diferentes políticas y actuaciones (vid. apartado 7).

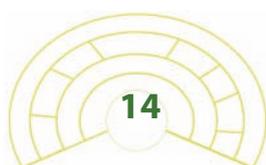
Es de resaltar la correspondencia observada entre la orientación y cobertura de las acciones y el tipo de determinantes de la salud que son objeto de las intervenciones. Son los tres países que formulan su política con una orientación universal para hacer frente al gradiente social de la salud los que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

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

Acciones para reducir las desigualdades en salud

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

Destaca que en Finlandia, Noruega y Suecia las acciones estén dirigidas tanto a los determinantes estructurales como a los intermedios (condiciones de vida y conductas) de la salud, y se combinen enfoques universales y selectivos. Entre los determinantes estructurales, los tres países incluyen políticas fiscales, de educación y de protección social. Además, se incluyen acciones sobre el acceso al empleo (Finlandia y Noruega), el empoderamiento y la participación social (Noruega y Suecia), y los valores culturales y sociales (Suecia). En lo que



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

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

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

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

La perspectiva de género

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

Desigualdades ligadas a la etnia o al país de origen

De manera similar a lo antes comentado respecto al género, las desigualdades ligadas a la etnia o al país de origen aparecen subordinadas a las de la posición socioeconómica. En general, la etnia o el país de origen son incluidos dentro de los determinantes de las desigualdades en salud, y considerados de una forma transversal. Además, las acciones específicas son diversas según el país considerado. Así en Suecia, se ha puesto mayor atención a las políticas urbanas, a través de los planes de vivienda y de regeneración urbana de los

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



colectivos concentrados en los extrarradios urbanos. Tanto Finlandia como Noruega se plantean acciones de mejora de los servicios de salud para la población inmigrante, y ese último país considera las especificidades ligadas a los cambios en las conductas. En Inglaterra, la etnia y el país de origen aparecen explícitamente reconocidos como dimensiones de las desigualdades en salud, se propone su valoración mediante la evaluación del impacto en las desigualdades en salud, y se consideran al definir las poblaciones diana de los objetivos y acciones. En Irlanda, dada la novedad de los fenómenos de inmigración, han incluido objetivos de mejora del conocimiento sobre las desigualdades en salud asociadas a la inmigración. Además, se presta una atención especial a ciertas minorías, que en el caso de los “travellers” ha sido objeto de estrategias de salud específicas³⁶.

El papel de la atención sanitaria

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

Los países que han desarrollado políticas integrales para reducir las desigualdades en salud han considerado con distinta intensidad el papel de la atención sanitaria (Tabla 5). Hay que recordar que los países incluidos en este trabajo disponen de sistemas de salud de cobertura universal, en los que la mayor parte de los servicios son financiados por fondos públicos. No obstante, algunos países han incluido medidas para mejorar la accesibilidad financiera a los servicios de salud, como es el caso de Noruega que ha reducido o eliminado el copago existente en algunos servicios (atención dental, fármacos, fisioterapia, etc.) de forma universal o en algunos colectivos (menores y personas mayores, discapacitadas, en baja laboral, etc.), o Finlandia que ha incluido la medicación para la deshabituación tabáquica en la cartera de servicios gratuitos. En lo que respecta a la asignación de recursos, destacan Inglaterra, que se ha propuesto mejorar su larga tradición de asignación de recursos de atención primaria en función de las necesidades, y Finlandia, que se propone desarrollar un sistema de asignación de recursos de salud de acuerdo con las necesidades de atención de grupos de población específicos. Además, la mayor parte de las acciones de la atención sanitaria se concentran en la mejora del logro de una atención adecuada y de calidad. En este sentido, es de resaltar la experiencia inglesa en la auditoría de equidad en salud aplicada a los servicios de atención sanitaria. Esta auditoría es una herramienta que, tras valorar la

adecuación entre los servicios y las necesidades de atención, permite introducir mejoras dirigidas a mejorar esa adecuación y disminuir las desigualdades en la atención sanitaria^{39,40}. Destaca también el esfuerzo de Suecia para reorientar la atención sanitaria hacia resultados en salud, desde una visión holística de la misma, dando un papel mayor a la prevención y promoción de la salud. Por lo demás, en varios países se propone un mayor desarrollo de los servicios de atención primaria (Finlandia e Inglaterra), de la atención sanitaria de ciertos grupos de población (primera infancia, madres, personas a riesgo de exclusión social, etc.) o de ciertas áreas de atención (salud mental, salud laboral, enfermedades infecciosas, rehabilitación, consumo de alcohol y tabaco, etc.), siempre guiados por el objetivo de reducir las desigualdades en salud. Finalmente, Finlandia ha considerado el papel de los servicios de salud para facilitar la reincorporación de las personas desempleadas al mercado laboral, así como la reinserción social de las personas con enfermedad mental.

Perspectiva multisectorial

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



Agentes implicados e implementación

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

La perspectiva multisectorial ha involucrado a los distintos ámbitos sectoriales de los distintos niveles de la administración pública. En todos los países estudiados se hace alusión a la responsabilidad de otros ministerios gubernamentales, y en algunos documentos, como el de Inglaterra, se especifican los compromisos de cada ministerio. Asimismo, todos los países hacen alusión a la implicación y coordinación de los distintos niveles administrativos, desde el estatal o nacional hasta el local. En el caso de los países nórdicos, que cuentan con una administración muy descentralizada y con gran peso de la administración local, este esfuerzo cobra una especial importancia. Así en Suecia, el Instituto de Salud Pública coordina las actuaciones en el ámbito nacional, y en cada una de las 21 regiones se desarrollan las políticas a través de planes regionales de actuación en los que, a su vez, se coordinan las actuaciones locales. Finalmente, los municipios asumen una gran responsabilidad en muchas de las áreas de desarrollo de la política, sobre todo en lo referente a los servicios sociales y de salud, los estilos de vida, las condiciones de vida en la infancia y la adolescencia, y en la equidad de género.

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

Monitorización e investigación

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

La investigación sobre las desigualdades en salud ha tenido un gran desarrollo en la mayor parte de los países estudiados. Además de los antes citados programas de investigación de los Países Bajos, son de resaltar los esfuerzos de Inglaterra y los países escandinavos, que han contado con programas específicos de investigación sobre las desigualdades en salud. En el caso de Suecia, además, se creó un instituto específico de investigación (Centre for Health Equity Studies, CHESS). Los planes más recientes, como el de Finlandia y Noruega, se proponen desarrollar, o en su caso reforzar, los programas específicos sobre las desigualdades en salud, e incluir la línea de las desigualdades en salud en otros programas de investigación en salud. La difusión de los resultados de la investigación también recibe una especial atención en las políticas para reducir las desigualdades en salud. Es de subrayar el caso de Finlandia, que se propone un programa de difusión de resultados de la investigación en los distintos ámbitos de la administración pública y los actores involucrados en la reducción de las desigualdades en salud. Se pretende así sensibilizar y aumentar el conocimiento sobre la existencia, las causas y los medios para reducir las desigualdades en salud, de manera que la perspectiva de las desigualdades en salud sea visible en los programas, proyectos y actividades de los diferentes ámbitos de la administración pública.



4. Conclusiones. Lecciones a aprender

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

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

Las iniciativas políticas no nacen en el vacío. Los países estudiados tienen una larga tradición de desarrollo de la salud pública, y de estudio y monitorización de las desigualdades. Y tal como se refleja en la historia de algunos de los países estudiados, el conocimiento y la conciencia pública de la realidad de las desigualdades pueden ser motores de impulso para desarrollar estas políticas⁴². Este hecho subraya la importancia de los esfuerzos para conocer la realidad de las desigualdades en salud en cada ámbito, y de difundir ese conocimiento.

La experiencia de estos países muestra que se debe prestar una atención especial a la integración de la perspectiva de género en las políticas para reducir las desigualdades en

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

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

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

El desarrollo y la evaluación de las políticas para reducir las desigualdades en salud se han acompañado de esfuerzos sistemáticos para su monitorización. Así mismo, la mayoría de las políticas descritas dedican una atención especial a las desigualdades en la atención sanitaria. Sin embargo, la ausencia de información socioeconómica o de otros determinantes

sociales en los registros sanitarios dificulta la puesta en marcha de sistemas de monitorización. La incorporación de variables de posición socioeconómica en los principales registros sanitarios y la utilización de indicadores socioeconómicos de áreas pequeñas⁴³ son dos vías para avanzar en ese sentido.

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

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

BIBLIOGRAFÍA

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



14. The Icelandic National Health Plan to the year 2010. The Ministry of Health and Social Security: Reykjavík; 2004.
15. The Danish Ministry of Health. The Danish Government Programme on Public Health and Health Promotion 1999–2008. An action-oriented programme for healthier settings in everyday life. Copenhagen: Ministry of Health; 2000.
16. Government of Denmark. Healthy throughout life: The targets and strategies for public health policy of the Government of Denmark, 2002–2010. Copenhagen: Government of Denmark; 2002.
17. Ministry of Health, Welfare and Sport. Living longer in good. The Hague: Ministry of Health, Welfare and Sport; 2004.
18. Mackenbach JP, Stronks K. The development of a strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. *International Journal for Equity in Health* 2004;3:11-17.
19. Droomer M, Den Broeder L, Burdorf L, Mackenbach JP. The Netherlands. En Hogstedt C, Moberg H, Lundgren B, Backhans M (eds.) *Health for All? A critical analysis of public health policies in 8 European countries*. Swedish National Institute of Public Health; 2008.
20. Determine. An EU Consortium for action on the social determinants of health [Citado el 11 Nov 2008]. Disponible en <http://www.health-inequalities.eu/>.
21. Mackenbach J, Bakker M (eds). *Reducing inequalities in health*. London: Routledge; 2002.
22. Van der Wilk EA, Melse JM, Den Broeder JM, Achterberg PA. Learning from our neighbours. RIVM - Centre for public health status and forecasting [Citado el 15 Dic 2008]. Disponible en <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270626001.pdf>.
23. Esping-Andersen G. *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford: Oxford University Press; 1999.
24. Hausmann R, Tyson LD, Zahidi S. *The Global Gender Gap Report 2007*. Geneva: World Economic Forum; 2007.
25. Organización Mundial de la Salud. *Salud para todos en el año 2000*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1978.
26. WHO. *Health21: the health for all policy framework for the WHO European region*. Copenhagen: WHO; 1999.
27. Black D. *Inequalities in health*, HMSO: 1980.
28. Diderichsen F. Denmark. En Hogstedt C, Moberg H, Lundgren B, Backhans M (eds.) *Health for All? A critical analysis of public health policies in 8 European countries*. Swedish National Institute of Public Health, 2008.



29. Ministry of Labor and Social Inclusion. The Equitable redistribution White Paper. On the distribution of income and living conditions in Norway. Ministry of Labor and Social Inclusion: Oslo; 2000.
30. Norwegian Ministry of health and Care Services. Prescriptions for a healthier Norway. A broad policy for public health. Oslo: Norwegian Ministry of health and Care Services; 2003.
31. Vallgarda S. Social inequality in health: Dichotomy or gradient? A comparative study of problematizations in national public health programmes. *Health Policy* 2008;85:71-82.
32. Whitehead M. Dahlgren G. Levelling up (part 1). Conpenhagen: WHO; 2006.
33. Peiró R, Ramón N, Álvarez-Dardet C, et al. Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. *Gac Sanit.* 2004; 18(2): 36-46.
34. Department of Health. Equality Impact Assessment-Health Inequalities. London: Department of Health; 2008.
35. Women's Health Council. A Plan for Women's Health 1997-1999. Dublin: Women's Health Council, 1997.
36. Department of Health and Children. Travellers health. A national strategy 2002-2005. Dublin; 2002.
37. Dahlgren G, Whitehead M. Levelling up (part 2). Conpenhagen: WHO; 2006.
38. Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971; 1(7696):405-12.
39. Department of Health. Health equity audit. A guide for the NHS. London: Department of Health; 2003.
40. Department of Health. Health equity audit: a self assessment guide. London: Department of Health; 2004.
41. Stahl T, Wismar M, Ollila E, Latineen E, Leppo K, editores. Health in all policies, Prospects and Potentials. Finland: Ministry of Social Affairs and Health. Health Department; 2006.
42. Whitehead M. Difusion of ideas on social inequalities in health: an European perspective. *Millbank Quarterly* 1988; 76: 469-92.
43. Krieger N, Chen JT, Waterman PD, Rehkopf DH, Subramanian SV. Race/ethnicity, gender, and monitoring socioeconomic gradients in ihealth: A comparison of area-based socioeconomic measures-The public health disparities geocoding project. *Am J Public Health* 2003; 93:1655-71.
44. Borrell C, Pasarín MI. The study of social inequalities in health in Spain: where are we? *J Epidemiol Community Health*, Jul 1999; 53:388-389.



Tabla 1. Población e indicadores sociodemográficos

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

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

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

^c Reino Unido

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

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

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

	Dinamarca	Finlandia	Noruega	Suecia	Países Bajos	Inglaterra	Irlanda
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 desfavorecidos	Gradiente	Gradiente	Gradiente	Más desfavorecidos	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

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

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

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

^bUniversales.

^cSelectivas

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

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

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

^bUniversales.

^cSelectivas

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

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

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

ANEXO

Actuaciones para reducir las desigualdades en salud en cinco países europeos

Finlandia

1. Reducción de la pobreza a partir de la revisión, clarificación y simplificación del actual sistema de seguridad social en relación a los impuestos, prestaciones básicas y protección por desempleo.
2. Mejora del papel de las escuelas en la reducción de las desigualdades a partir de actividades de apoyo, recreativas, lucha contra el bullying y la prevención de otros problemas como el fracaso escolar (también en las escuelas profesionales).
3. Promoción de la salud y bienestar de los jóvenes en las escuelas profesionales a partir del desarrollo de servicios de salud para los estudiantes que fomenten el conocimiento, motivación y habilidades para el cuidado de su salud.
4. Garantía de apoyo suficiente para una transición adecuada de los jóvenes entre los estudios y la vida laboral (supervisión de los itinerarios de las personas jóvenes para que se inserten en el mercado laboral o sigan estudiando de manera adecuada).
5. Oferta de trabajo a personas paradas de larga duración, discapacitadas o en programas de rehabilitación mediante la mejora de los servicios de colocación y ayudas a empresas y personas.
6. Promoción de la salud como actividad permanente en el lugar de trabajo, con especial importancia a los sectores particularmente susceptibles de presentar riesgos para la salud.



7. Reducción de la proporción de personas sin hogar a partir de la construcción de viviendas de rentas bajas y de la mejora de la situación de la vivienda de grupos específicos además de personas sin hogar: enfermos/as mentales, discapacitados/as, personas mayores.
8. Reducción del consumo abusivo de alcohol a partir de medidas sobre impuestos e inclusión de la prevención y el manejo del alcoholismo en la atención primaria y otros servicios sociales.
9. Reducción del consumo de tabaco a partir de medidas sobre impuestos y control de la oferta ilegal así como prevención en la atención primaria y otros servicios sociales. Inclusión de los fármacos para el síndrome de abstinencia del tabaco y la nicotina en la cartera de servicios.
10. Mejora de la dieta y el ejercicio físico a partir de la mejora de los ambientes, condiciones de vida y estructuras como de la mejora de la información o acceso a alimentos saludables, especialmente para padres-madres jóvenes o personas mayores.
11. Desarrollo y asignación de recursos de los servicios sociales y de atención sanitaria basándose en las necesidades de los grupos sociales específicos. Incluye una reforma del sistema de servicios sociales, el desarrollo de la salud ocupacional y el fortalecimiento de la atención primaria teniendo en cuenta la reducción de las desigualdades entre grupos y regiones.
12. Mejora de los servicios de cuidados de día para niños/as y mejora de atención sanitaria a los niños/as (revisiones y consejo médico) para prevención de las desigualdades.
13. Revisión del modelo de rehabilitación para personas en edad activa (en desempleo o con capacidad de empleo reducida) teniendo en cuenta el estatus socioeconómico.
14. Protección de los servicios de salud locales que fomenten la habilidad para el trabajo en parados de larga duración y otras personas en edad de trabajar fuera de la red de los servicios de salud ocupacional.
15. Mejora de los servicios de salud mental para luchar contra los problemas derivados del abuso de sustancias, especialmente para grupos con mayor problema de acceso. Se menciona la relación bidireccional entre la salud mental y la situación social.
16. Garantía de servicios igualitarios para la gente mayor a partir de la creación de una red de centros de apoyo y consejo para gente mayor y aumentar la importancia de las visitas a domicilio preventivas.

17. Desarrollo y fortalecimiento de los servicios sociales y sanitarios dentro de la red general para inmigrantes e identificación de sus necesidades.

Noruega

1. Modificación del sistema impositivo que asegure un nivel de renta estable a toda la población, una asignación equitativa de recursos, la mejora del medioambiente, la creación de empleo y la eficiencia de la economía.
2. "Employment, welfare and inclusion" (2006-2007): reducción de desigualdades sociales, promoción de la inclusión social y lucha contra la pobreza especialmente dirigido a población desempleada, inmigrante y discapacitada.
3. "Escalation Plan for Mental Health (1999–2008)" dirigido a mejorar la inserción laboral de las personas con enfermedades mentales. Atención especial a drogodependientes y alcohólicos.
4. "Early intervention for lifelong learning": reducción de desigualdades en la adquisición de conocimientos/capacidades en la infancia (más aulas 0-2 años, aumento de horas de escolarización -relevante para niños/as con poco apoyo en casa- y estimulación pedagógica si no acuden a aulas 0-2).
5. Medidas dirigidas a disminuir el fracaso escolar.
6. Mejora continuada de los esquemas de protección social dirigidos al conjunto de la población característicos del modelo nórdico de protección social
7. "Action Plan to Combat Poverty": mejora de las condiciones de vida y oportunidades de personas con menores rentas o en riesgo de exclusión (promoción de la inserción laboral y desarrollo y participación social de todos/as los/as niños/as)
8. Promoción de la participación en organizaciones voluntarias de personas en riesgo de exclusión social para la creación de redes sociales, mayor inclusión social e identidad a colectivos no insertos en ámbitos educativos o laborales.
9. Priorización de inspecciones por parte de la autoridad de inspección laboral de Noruega a empresas/industrias de alto riesgo por estrés ocupacional para que cumplan la Ley de medioambiente laboral.
10. Mejora del acceso y calidad de los servicios sociosanitarios para personas enfermas, desempleadas y en riesgo de exclusión social (adicciones y población reclusa).

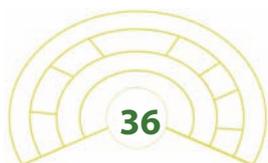


Fortalecimiento de la coordinación sociosanitaria a través del “itinerario individualizado”.

11. Promoción de actuaciones de bajo umbral a nivel municipal dirigidas a promover la reintroducción de los sectores que se encuentran fuera de los circuitos normalizados (educación y mercado laboral).
12. Actuación en áreas urbanas deprimidas: diseño urbanístico adecuado para equipar los barrios con zonas de esparcimiento que fomenten la actividad física y servicios adecuados y para evitar la polución a través de la Planning and Building Act.
13. Desarrollo de servicios de bajo umbral de acceso (reducción o exención de pago de tasas por determinados servicios sanitarios y sociales o medicinas) a colectivos como menores de 18, pensionistas, personas en baja laboral, con enfermedades laborales, discapacitadas, con alguna enfermedad mental o implicadas en actividades militares.
14. Garantía de una distribución adecuada de los servicios de atención especializada y su adecuada integración en los servicios de salud regionales que dé como resultado una mejor utilización de los servicios y una disponibilidad más equitativa para pacientes.
15. Identificación y priorización de necesidades sanitarias de refugiados, asilados, presos, ludópatas, mujeres maltratadas.. como las dificultades de comunicación o diferencias culturales en la expresión de síntomas.
16. Identificación de patologías más frecuentes de grupos sociales desaventajados para romper el círculo entre exclusión social y problemas de salud (ej. servicio asesor clínico de Olafia y el centro de salud “ciudad de Oslo” para jóvenes homosexuales).
17. Puesta en marcha de, al menos, una unidad especializada en atención al abuso sexual violencia contra mujeres y niños/as por región.
18. Mejora de los servicios de rehabilitación especialmente para niños/as con problemas crónicos y personas en baja laboral. Se articulará en una estrategia nacional que hará un especial énfasis en la equidad geográfica de los servicios.
19. Desarrollo de servicios sanitarios de bajo umbral para drogodependientes como salas de intercambio de jeringuillas, deshabituación gratuita y ensayos en centros de enfermería de campo.
20. Mejora de la accesibilidad a los servicios sanitarios escolares en los centros de primaria

y secundaria para reducir las desigualdades geográficas existentes que repercuten en desigualdades sociales en salud en la población escolar.

- 21.** Desarrollo de servicios de salud mental locales (no especializados) para la población infantil y juvenil orientados principalmente hacia la prevención, tratamiento y seguimiento. La derivación se realizará únicamente en casos específicos.
- 22.** Desarrollo de servicios municipales de psicología de bajo umbral para la población infantil y juvenil que promueva una mayor accesibilidad por los diferentes grupos sociales.
- 23.** Mejora de las competencias (mediante manuales y herramientas de diagnóstico) de profesionales socio-sanitarios sobre drogas y su relación con trastornos psiquiátricos y el contexto socioeconómico así como la violencia contra mujeres y niños/as.
- 24.** Mejora de la accesibilidad a la información sobre los servicios sanitarios y las opciones disponibles para todos los grupos de la población a través, por ejemplo, del diseño universal de las páginas web.
- 25.** "Strategy to combat and prevent homelessness. The pathway to a permanent home", dirigida a proporcionar viviendas estables a la población sintecho en vez de alojamientos temporales como hostales o albergues. Se contempla un seguimiento continuo a este colectivo para identificar sus necesidades así como la continuidad del resto de prestaciones que recibían hasta el momento.
- 26.** Políticas fiscales para dificultar el acceso al tabaco, alcohol y alimentos no sanos. Concretamente, el aumento del precio del tabaco y el alcohol, el aumento de los impuestos al marketing de alimentación no saludable y la eliminación de impuestos al agua y zumos sin azúcar y a aquellas bebidas cuyo azúcar se encuentre por debajo de cierto límite.
- 27.** Medidas para promocionar la actividad física tanto en las escuelas de primaria y secundaria como en la comunidad y en los lugares de trabajo. En la comunidad, se fortalecerán los centros municipales para la promoción de la actividad física desde los equipos de salud pública locales.
- 28.** Facilitar el consumo de frutas y verduras entre los estudiantes de primaria y secundaria



y en los lugares de trabajo. En estos últimos, se plantea la posibilidad de que los cocineros puedan contratar cursos para sensibilizar a los trabajadores y a ellos mismos en la alimentación saludable.

Suecia

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



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

Inglaterra

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



en áreas desfavorecidas para niños/as de 5-13 años y familias, a partir de la identificación temprana de personas en riesgo de exclusión y apoyo posterior.

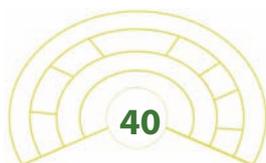
5. Mejora de las condiciones físicas de viviendas para niños/as en áreas desfavorecidas.
6. "Neighbourhood Renewal Fund": mejora para 88 barrios desfavorecidos en seguridad (policía visible, apoyo al joven delincuente, espacios verdes, mejoras de vivienda, empleo), educación (actividades extraescolares,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

los espacios públicos tras la disminución del miedo al crimen en barrios desfavorecidos.

16. Mejora del transporte en términos físicos (más líneas y conexiones) como económicos (descuento en tarifas) en áreas desfavorecidas para facilitar el acceso al trabajo, la escuela o los servicios de salud.
17. “New Deal programme, National Minimum Wage”: mejora del acceso al trabajo (ayuda para encontrar trabajo y mantenerlo) y establecimiento de un salario mínimo de trabajo
18. Mejora de los sistemas de asignación de los recursos de atención primaria para hacer frente a las desigualdades en salud.
19. Auditorías de equidad en salud. Éstas se utilizan en los servicios de atención sanitaria para valorar la distribución de los recursos y servicios de salud en relación con las necesidades de atención sanitaria, con la finalidad de disminuir las desigualdades en salud.

Irlanda

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



7. Desarrollo de servicios para la mejora de la salud de la población reclusa y la que queda en libertad, mediante una atención continua en los ámbitos de salud mental, bucodental, enfermedades transmisibles o promoción de la salud