



# **Îmbunătățirea echității în domeniul sănătății prin acțiuni pe parcursul vieții**

**Rezumatul privind statisticile și recomandările din proiectul DRIVERS**



DRIVERS este coordonat de EuroHealthNet și a primit finanțare din partea celui de-al șaptelea Program-cadru al Uniunii Europene (PC7 / 2007-2013) în baza acordului de finanțare nr 278350.

**Editori:**

Peter Goldblatt, Johannes Siegrist, Olle Lundberg, Claudia Marinetti, Linden Farrer, Caroline Costongs

**Autori:**

Monica Åberg Yngwe, Kersti Bergqvist, Rebecca Ford, Stephanie Hagan, Hanno Hoven, Sian Jones, Yoline Kuipers, Mafalda Leal, Michael Marmot, Diego Montano, Joana Morrison, Clive Needle, Hynek Pikhart, Demetris Pillas, Milagros Ruiz, Ola Sjöberg, Anne Willmot

**Publicat ca parte din proiectul DRIVERS de către:**

UCL Institute of Health Equity  
1-19 Torrington Place  
London  
WC1E 7HB  
UK  
Tel: +44-20-7679 8351  
Adresă de corespondență: [p.goldblatt@ucl.ac.uk](mailto:p.goldblatt@ucl.ac.uk)

**Și:**

EuroHealthNet  
Rue de La Loi, 67  
Bruxelles 1040  
Belgium  
Tel. +32 2 235 0330  
Adresă de corespondență: [c.marinetti@eurohealthnet.eu](mailto:c.marinetti@eurohealthnet.eu)

Ianuarie 2015

**Sugestii bibliografice:**

Goldblatt P, Siegrist J, Lundberg O, Marinetti C, Farrer L & Costongs C (2015). Improving health equity through action across the life course: Summary of evidence and recommendations from the DRIVERS project (Îmbunătățirea echității în domeniul sănătății prin acțiuni pe parcursul vieții: Rezumatul dovezilor și recomandărilor din proiectul DRIVERS. Raport de sinteză întocmit ca parte din proiectul 'DRIVERS for Health Equity' (DRIVERS pentru echitate în domeniul sănătății), <http://health-gradient.eu/>. Bruxelles: EuroHealthNet.

Pentru a consulta textul complet al licenței vizitați: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.

Acest document a fost tradus din limba engleză. Din motive tehnice, numai versiunea originală în limba engleză a fost aprobată de către Consorțiul DRIVERS.



Cercetarea care a generat aceste rezultate a fost făcută în cadrul proiectului DRIVERS (<http://www.health-gradient.eu>) coordonat de EuroHealthNet, și a primit finanțare din partea Comunității Europene (FP7 2007-2013) în baza contractului de finanțare nr.278350.

## Context

Creșterea economică, democratizarea și condițiile de viață mai bune au contribuit la îmbunătățirea sănătății și creșterea longevității în Europa. Totuși, în domeniul sănătății, există, încă, diferențe semnificative între țările acesteia. Aceste diferențe formează un gradient care se întinde din partea de sus spre partea de jos a societății, iar acest model este valabil pentru toate țările europene (1, 2). Inegalitățile în domeniul sănătății au existat de secole iar acum multe din cauzele lor ne sunt cunoscute – și ar putea fi evitate. Cu toate acestea, există lacune în baza de date a dovezilor în ceea ce privește modurile eficiente de reducere a lor și aplicarea modalităților cunoscute în alte părți într-un context european.

Scopul principal al proiectului DRIVERS este aprofundarea înțelegerii relațiilor care există în context european între factorii cheie care influențează sănătatea unei persoane – copilăria, angajarea, veniturile și protecția socială – și găsirea soluțiilor pentru a o ameliora și reducerea inegalităților din domeniul acesteia.

Acest document prezintă, pentru început, o imagine de ansamblu a proiectului DRIVERS și a constatărilor sale cele mai importante. Apoi, acesta descrie principiile de bază și oferă recomandări pentru a ajuta la reducerea inegalităților în materie de sănătate din Europa. Recomandările mai detaliate din cadrul proiectului pot fi găsite în anexa A, iar observațiile privind studiile de caz în Anexa B. Scopul proiectului DRIVERS este de a lăsa o moștenire de durată, prin furnizarea de dovezi care să ajute la punerea în aplicare a politicilor și programelor din diverse sectoare și care sunt eficiente în reducerea inegalităților în materie de sănătate. De asemenea, justiția socială va fi realizată într-o măsură mai mare iar progresul social-economic va fi asigurat tuturor.

### *Rapoarte anterioare de sinteză*

Mai multe rapoarte importante au fost publicate în ultimii ani, care au adus dovezi și au sugerat măsuri de îmbunătățire a echității în domeniul sănătății. *World Health Organization Commission on Social Determinants of Health* (Comisia Organizației Mondiale a Sănătății privind determinanții sociali în materie de sănătate) (3), la nivel global, *Fair society, healthy lives: the Marmot Review* (Societate echitabilă, viați sănătoase. Analiza Marmot) (4) din Anglia și *Review of social determinants and the health divide in the WHO European region* (Analiza factorilor sociali determinanți și decalajul în domeniul sănătății în Europa a

OMS) (1) sunt toate rapoarte care au evidențiat rolul determinanților sociali ai sănătății în influențarea nivelurilor globale ale sănătății, precum și inegalitățile în materie de sănătate și au recomandat acțiuni pentru a le reduce pe baza dovezilor disponibile. O astfel de provocare poate fi îndeplinită doar prin răspunsuri politice coerente venite din partea întregii societăți și din partea guvernului. Într-adevăr, multe dintre acțiunile necesare se află în afara sectorului sănătății. Cu toate acestea, mai există încă lacune importante în ceea ce privește relațiile dintre factorii determinanți, ale căror efecte se combină și se cumulează de-a lungul vieții, precum și rezultatele din domeniul sănătății.

Publicația Comisiei Europene *Solidarity in health: reducing health inequalities in the EU* (Solidaritate în domeniul sănătății: reducerea inegalităților în materie de sănătate în UE) (5) a fost un pas important pentru a face față acestei provocări la nivel european, național și regional. Cum s-a arătat încă de atunci, criza financiară a afectat în mod negativ determinanții sociali ai sănătății în multe țări europene. Un raport recent, *Health inequalities in the EU (Inegalități în domeniul sănătății în UE)* (2), a constatat că acea criză financiară din 2007-2009 și măsurile fiscale ulterioare au redus eforturile de combatere a inegalităților în materie de sănătate. Raportul a atras atenția că doar o minoritate dintre țările europene au putut face față inegalităților în materie de sănătate la nivel național printr-un plan interguvernamental de reducere a lor, în timp ce majoritatea aveau politici izolate de măsuri cu privire la determinanții sociali în materie de sănătate, dar nu într-o manieră coordonată, iar alte țări nu le-au abordat deloc. Inițiativele pan-europene, cum ar fi *Acțiunea de echitate*, a explorat posibile acțiuni politice care ar putea duce la dezvoltarea unei game de instrumente și informații cu privire la modul în care politicile la nivel național și regional pot lua în considerare echitatea. Cu toate acestea, rezultatele rapoartelor și ale altor proiecte nu au fost puse în aplicare pe scară largă în elaborarea politicilor.

## **Proiectul DRIVERS**

DRIVERS (2012-2015) este un proiect de cercetare finanțat de cel de-al șaptelea Program-cadru al Uniunii Europene, care vizează identificarea și umplerea lacunelor privind cunoștințele despre factorii care influențează cei trei determinanți sociali ai inegalităților în materie de sănătate menționați mai sus, precum și impactul pe care îl au asupra inegalităților evitabile în materie de sănătate. În plus, proiectul urmărește să analizeze metodele utilizate pentru evaluarea acestor efecte astfel încât acestea să poată fi îmbunătățite sau noi metode să

poată fi dezvoltate în scopul de a determina mai bine rezultatele diferențiate ale politicilor și programelor privind echitatea în sănătate.

#### DRIVERS:

- a unit cunoștințele existente și a testat teorii despre modul în care influențele diferite de pe parcursul vieții afectează inegalitățile în materie de sănătate folosind analiza sistematică, meta-analiza și analiza datelor comparative în toate statele membre ale UE.
- a evaluat metodologii de cercetare existente și a dezvoltat altele mai eficiente pentru a determina rezultatele diferențiate ale acțiunilor de combatere a inegalităților în materie de sănătate, utilizând seturi de date longitudinale.
- a recurs la diferite studii de caz în Europa, cu diverse metodologii, pentru a completa și a face lumină în ceea ce privește rezultatele cercetării.
- a căutat în mod activ implicarea unor părți interesate cât mai diverse, astfel încât să beneficieze de perspectivele cetățenilor, practicienilor și ale societății civile.
- a publicat numeroase articole academice și rapoarte publice (6), a organizat mai multe ateliere și evenimente finale și a diseminat în mod activ rezultatele unei game largi de părți interesate.
- A dezvoltat un set de principii de bază și recomandări practice mai detaliate pentru politici și practici, variind de la intervențiile la nivel individual la politici de nivel european, pentru a reduce inegalitățile din domeniul sănătății și a realiza – într-o măsură cât mai mare – echitatea în domeniul sănătății.

#### **Constatări semnificative**

##### *Dezvoltarea timpurie a copilului (7)*

Copilăria timpurie este un factor major al inegalităților în domeniul sănătății. Acest lucru se datorează faptului că factorii adversi în acest stadiu timpuriu al vieții tind să aibă un efect negativ asupra diferitelor domenii de dezvoltare a copilului – precum capacitățile cognitive, de comunicare și de limbaj, abilitățile sociale și emoționale. Dezvoltarea inadecvată a acestor abilități are un efect profund asupra rezultatelor pe tot parcursul vieții. Dovezile acestui fapt

provin, în principal, de la un număr mic de țări europene și din afara Europei. În mod comparativ se cunosc puține lucruri despre măsura în care inegalitățile sociale în domeniul sănătății și dezvoltării copiilor diferă ca scară în Europa, despre modul în care mecanismele care explică aceste inegalități funcționează în diferite contexte sau despre impactul pe care programele și politicile care vizează inegalitățile sociale în copilăria timpurie îl au în diferite contexte.

Pentru a umple această lacună, a fost realizată o analiză sistematică a inegalităților sociale manifestate în dezvoltarea și sănătatea timpurie a copilului (8). Aceasta a arătat că mediul sărac, veniturile reduse ale părinților / nivelul de trai redus, educația, nivelul socio-economic, locurile de muncă stresante ale părinților, șomajul părinților, lipsa de locuință și sărăcia sunt factorii-cheie asociați unei game largi de rezultate adverse în domeniul sănătății și dezvoltării copilului. Sensul acestor asociații a fost similar în majoritatea țărilor europene, cu diferențe minore la nivel de țară. Mai mult, efectele asupra rezultatelor au devenit mai clare odată cu înaintarea în vârstă.

În al doilea rând, o analiză sistematică a fost efectuată pentru a identifica intervențiile care îmbunătățesc sănătatea pe parcursul copilăriei timpurii (9). Aceasta a examinat intervenții din statele membre ale UE, între 1999-2013, și a constatat că cele mai multe intervenții detaliate în literatura de specialitate au fost efectuate în Regatul Unit și Republica Irlanda. Majoritatea au vizat îmbunătățirea capacităților parentale prin sprijinirea ambilor părinți, iar unele au avut componente suplimentare, cum ar fi furnizarea îngrijirii de zi, îmbunătățirea condițiilor de locuit, stimularea limbajului sau terapiile psihologice pentru copii. Rezultate favorabile au fost demonstrate în cazul programelor care oferă suport intensiv, informații și vizite la domiciliu folosind o abordare psiho-educatională, și care aveau drept scop dezvoltarea abilităților copiilor și părinților. Doar două dintre studiile identificate au vizat grupuri sociale iar toate celelalte au fost destinate copiilor și familiilor care trăiesc în zone defavorizate.

Au fost apoi efectuate analize longitudinale care să exploreze în continuare aceste constatări folosind datele din 12 țări din Europa, din studii realizate pe eșantioane tip cohorte (criteriul de selectare în eșantion fiind anul nașterii) (10). Rezultatele obținute de la cele mai multe cohorte au sugerat că cei născuți din mame cu un nivel scăzut de educație au experimentat ulterior efecte negative asupra sănătății, deși mărimea efectului a variat. Rezultatele din cohortele mai mari au sugerat, de asemenea, că o serie de factori sociali influențează calea

spre o sănătate precară. De exemplu, veniturile gospodăriilor și mediul sărac s-au dovedit a fi factori determinanți importanți ai astmului în copilărie, chiar și după adaptarea la alți factori de risc individuali stabiliți anterior. În mod similar, s-a demonstrat că stresul psihologic matern și dezavantajele socio-economice din primii ani au un impact negativ asupra sănătății mintale și bunăstării copiilor.

Pe scurt, aceste rezultate sugerează importanța asigurării accesului la o gamă largă de servicii de calitate în primii ani de viață, pentru a reduce inegalitățile pe parcursul dezvoltării timpurii a copiilor, în special pentru cei care provin din medii defavorizate. Pentru a fi livrate în mod eficient, serviciile ar trebui să fie universale, dar adaptate la nevoile sociale și economice și să recunoască cunoștințele și capacitățile părinților în ceea ce privește dezvoltarea copiilor lor.

#### *Ocuparea forței de muncă și condițiile de muncă (11)*

Ocuparea forței de muncă și condițiile de muncă au o importanță centrală pentru viețile multor oameni. Acestea afectează sănătatea atât direct (de exemplu, prin condiții bune sau proaste), cât și indirect (de exemplu, prin nivelul de venit). Ambele efecte urmează un gradient social. Persoanele cu mai puține abilități sau aflate într-o poziție socio-economică inferioară sunt mai susceptibile de a fi expuse condițiilor adverse la locul de muncă, indiferent dacă sunt de natură fizică sau psihică, decât cei care dețin o înaltă calificare sau care provin din medii socio-economice superioare.

Pentru a stabili o bază actualizată și cuprinzătoare de date au fost efectuate o serie de analize sistematice. Am găsit dovezi în două analize cu privire la faptul că angajații cu o calificare inferioară prezintă valori mai mari de expunere la pericole chimice, biologice, și sunt expuși cu o frecvență mai mare la afecțiuni musculo-scheletice. Pentru a evalua contribuția condițiilor psihosociale stresante în mediul de lucru la inegalitățile sociale în domeniul sănătății a fost efectuată o meta-analiză a 26 de studii prospective. Rezultatele au sugerat că locurile de muncă care presupun cerințe solicitante și control redus, precum și cele caracterizate de un dezechilibru între eforturile depuse și recompensele primite sunt cele care explică (într-o măsură semnificativă) relația dintre o poziție profesională inferioară și un risc crescut de boală (12).

Au fost efectuate, apoi, analize pe datele secundare ale seturilor de date recente de la nivel european pentru fundamentarea asocierii între muncă și inegalitatea în domeniul sănătății. O

constatare importantă a fost relația aproape liniară între procentul din PIB cheltuit de către o țară pentru politicile din domeniul pieței forței de muncă active care au ca scop integrarea grupurilor de populație dezavantajate și nivelul mediu al muncii stresante în rândul forței de muncă angajate a țării. Se arată că politicile cu privire la piața forței de muncă mai dezvoltate sunt asociate cu niveluri mai scăzute de muncă stresantă. Aceste politici sunt mai puțin dezvoltate în țările sudice și estice, iar povara bolilor ocupaționale este mai apăsătoare aici decât în țările din vest și din nord (13).

Cât de eficiente sunt intervențiile care au ca scop reducerea gradientului social în materie de sănătate prin abordarea problemei muncii adverse? Răspunsurile la această întrebare au fost furnizate de două rapoarte sistematice și meta-analize, unul bazat pe 39 studii de intervenții la nivel de organizație și unul bazat pe 36 studii randomizate și controlate. Ele au demonstrat că efectele intervențiilor individuale și la nivel de organizație sunt în general mici și coerente, precum și faptul că grupurile de muncă cu cel mai înalt risc de stres psihosocial și fizic sunt sub-reprezentate în cercetarea privind intervenția la locul de muncă standard (14).

Pe scurt, DRIVERS subliniază necesitatea îmbunătățirii calității muncii și de ocupare a forței de muncă prin măsuri structurale la diferite niveluri ale politicilor. Astfel de măsuri oferă puncte de pornire promițătoare pentru reducerea inegalităților în materie de sănătate în rândul populației angajate din Europa.

#### *Venituri și protecție socială (15)*

Veniturile și condițiile materiale de viață sunt importante pentru sănătate și variază considerabil între grupurile sociale. Politicile statului de protecție socială și cele generale de bunăstare pot reduce consecințele pierderilor de venit și sunt, prin urmare, importante în ceea ce privește reducerea inegalităților în domeniul sănătății. Cu toate acestea, o mare parte din cercetarea care examinează asocierile între sistemele de protecție socială și inegalitățile în materie de sănătate se bazează pe analize care grupează țările în așa-numitele tipuri de regim de protecție socială pe baza unor caracteristici rezumative ale organizării protecției sociale. Prin reunirea dovezilor de cercetare, DRIVERS a arătat că această abordare oferă rezultate divergente și neclare. În plus, relevanța politică a unor astfel de analize este discutabilă deoarece nu este clar dacă ele conduc la o sănătate mai bună sau la niveluri mai mici ale inegalităților. În schimb, este mult mai util să se investigheze aspectele specifice ale politicilor sociale (16).



Această abordare a fost urmată de o serie de analize empirice folosind seturi de date la nivel european, cum ar fi European Social Survey și EU-SILC, pentru a explora și aprofunda cunoștințele despre modul în care aspectele specifice de protecție socială sunt legate de inegalitățile din domeniul sănătății. O lucrare importantă a marcat două aspecte centrale ale programelor de ajutor de șomaj, și anume ponderea forței de muncă acoperite (*acoperirea*) și nivelul beneficiilor în raport cu salariile (*înlocuirea*). Aceasta a arătat ca ratele de înlocuire mai mari sunt corelate cu o sănătate mai bună și că această relație este mai puternică în rândul celor cu un nivel mai scăzut de educație. Cu toate acestea, relația respectivă este valabilă numai atunci când ratele de acoperire sunt mari (și nu în țările cu acoperire redusă sau medie). Acest lucru sugerează că ratele de înlocuire sunt importante doar pentru sănătate și inegalitățile în materie de sănătate doar în cazul în care programele de protecție socială în cauză vizează aproape toți oamenii – de exemplu, în cazul asigurărilor de șomaj, 90 la sută sau mai mult. Interesant! Aceste beneficii cu efecte pozitive nu se limitează la șomeri deoarece existența lor pare să îmbunătățească chiar și calitatea vieții oamenilor care nu au nevoie de ele (17).

Într-un alt studiu, politicile distincte cu privire la piața muncii active și nivelurile mai ridicate ale ajutoarelor de șomaj s-au dovedit a avea un efect pozitiv asupra sănătății auto-evaluate a adulților tineri. Cu toate acestea, ele nu au redus semnificativ gradientul social în domeniul sănătății.

Având în vedere influența puternică a sărăciei asupra sănătății precare, beneficiile unui venit minim reprezintă o altă componentă importantă a politicilor naționale de protecție socială. O analiză bazată pe OCDE și alte date au arătat că țările care oferă un nivel mai ridicat al venitului minim prezintă rate de mortalitate mai mici (18). O analiză separată, care folosește datele longitudinale, a arătat ca politicile legate de venituri sunt relevante în cazul unei ieșiri premature de pe piața muncii, de exemplu ca urmare a unei boli grave sau invalidități.

În general, aceste constatări subliniază contribuția importantă în ceea ce privește nivelurile sănătății și inegalităților în materie de sănătate prin ratele de acoperire și de înlocuire asociate cu politicile de protecție socială, precum și prin politicile care vizează piața forței active de muncă destinate să aducă oamenii (din nou) la lucru.

### *Studii de caz (19)*

Nouăsprezece studii de caz au fost efectuate în Europa, ca parte a proiectului DRIVERS. Dintre acestea, 14 au fost concepute pentru a pune în lumină rezultatele menționate mai sus și cinci au contribuit la o mai bună înțelegere a bazei de date pentru susținerea echității în domeniul sănătății, un alt domeniu studiat în profunzime pe durata proiectului. Acestea s-au desfășurat în colaborare strânsă cu parteneri reprezentând sectorul sănătății publice, societatea civilă și mediul de afaceri. Studiile de caz respective au contribuit la furnizarea de informații cu privire la context și la modul în care intervențiile și politicile sunt trăite de cei mai afectați, precum și la diversificarea recomandărilor practice privind modul în care acțiunea pe trei direcții poate contribui la obținerea – într-o măsură cât mai mare – a echității în domeniul sănătății.

Obiectivele specifice au fost:

- Identificarea și descrierea intervențiilor din primii ani care au potențial de a reduce inegalitățile în materie de sănătate și dezvoltare în rândul copiilor.
- Evaluarea beneficiilor psihosociale potențiale și cele în materie de sănătate ale programelor de reabilitare profesională și ale schemelor de reintegrare în muncă din Elveția și Marea Britanie.
- Explorarea percepțiilor și experiențelor persoanelor care accesează sistemele de protecție socială, precum și impactul acestor sisteme asupra inegalităților în domeniul sănătății.

Principalele observații au fost următoarele:

- Furnizarea de servicii flexibile adaptate la cei aflați la vârsta primei copilării, cu activități educaționale și joc structurat supravegheat de către o echipă multidisciplinară. Astfel de acțiuni au efecte benefice atât asupra dezvoltării copiilor în primele etape ale vieții cât și asupra familiilor acestora. Efectele favorabile ale unei astfel de abordări se resimt în special în acele situații în care există un nivel scăzut de furnizare a serviciilor sus-menționate. O gamă completă de servicii în primii ani de viață ar trebui să fie oferită tuturor părinților și copiilor, cu un nivel de sprijin adaptat nevoilor, începând încă din timpul sarcinii. Sprijinul suplimentar adaptat trebuie să poată reduce inegalitățile sociale pe parcursul copilăriei timpurii.
- Politicile sociale și reglementările privind piața muncii, precum și programele agențiilor specializate pot îmbunătăți cu succes șansele grupurilor sociale dezavantajate și de risc de a obține locuri de muncă în care să își manifeste pe deplin potențialul. Angajatorii pot juca un rol important, fie ca urmare a auto-motivării fie în urma unor reglementări legislative.

Realizarea acestor ameliorări ar reduce inegalitățile sociale cu care se confruntă aceste grupuri și în materie de sănătate.

- Sistemele de protecție socială sunt resurse vitale în timp ce ratele de acoperire și de înlocuire pot afecta negativ persoanele mai puțin avantajate precum și sănătatea lor. Cei cu nevoi complexe pot necesita sprijin personalizat și adaptat pentru a accesa serviciile. Oamenii trebuie să știe că se pot baza pe protecția socială pentru a-i ajuta la menținerea unui nivel de viață care să le asigure sănătatea chiar și atunci când se confruntă cu situații nefavorabile. „Interfața” între cei care recurg la protecția socială și personalul care prestează serviciile respective pare a fi crucială. Se au în vedere două aspecte: sporirea protecției sociale și eliminarea barierelor dintre beneficiari și prestatori.

### **Puncte comune metodologice și sinergii**

*În primul rând*, cele trei echipe de cercetare din cadrul proiectului DRIVERS au folosit date comparative care acoperă un număr mare de țări europene. În acest sens, ei au extins baza de cunoștințe privind factorii determinanți sociali în materie de sănătate dincolo de puținele țări europene care au furnizat până acum cele mai puternice dovezi empirice (6). Aceste noi dovezi au implicații directe la nivel național și european în ceea ce privește politicile deoarece adversitățile sociale sunt, în general, mai pronunțate în țările în care datele și analizele sunt mai puțin dezvoltate.

*În al doilea rând*, prin valorificarea progreselor recente în analize statistice (de exemplu, modelarea pe mai multe nivele), echipele de cercetare au relevat impactul puternic al contextului social mai larg asupra sănătății individuale, independent de – și adăugând în plus – mai multe circumstanțe „proximale”. Acestea au fost analizate, de obicei, în cercetarea tradițională a inegalităților în materie de sănătate. Extinderea cadrului analizei către contexte sociale mai largi are implicații profunde pentru dezvoltarea politicilor inter-sectoriale și transversale. În particular, aceasta subliniază necesitatea abordărilor și intervențiilor intersectoriale și multi-sectoriale pentru a îmbunătăți echitatea în domeniul sănătății.

*În al treilea rând*, fiecare echipă de cercetare a aplicat o combinație de revizuire sistematică și de analiză a datelor pentru generarea unei baze de date actualizate. Acest lucru a permis echipelor să identifice lacunele relevante în cunoaștere și cercetare, să diversifice recomandări privind modul de îmbunătățire și continuare a cercetării și să conducă spre descoperiri

științifice inovatoare. De exemplu, au fost identificate noi aspecte ale politicilor de stat privind protecția socială și condițiile psihosociale de stres în mediul de lucru și s-a stabilit modul în care ele se asociază cu inegalitățile privind sănătatea.

*În al patrulea rând*, din revizuirea sistematică a intervențiilor a devenit evident că studiile clinice randomizate de control (randomized control trials RCT) au doar un rol limitat în evaluarea intervențiilor majore în materie de sănătate publică care se referă la sănătatea populației și factorii săi determinanți. Acest lucru este, de asemenea, evidențiat în studiile generale de evaluare a politicilor existente. Prin urmare, trebuie să fie puse în aplicare abordări complementare de construire a unei bazei de date științifice sau dezvoltate alături de RCT. Unele dintre aceste abordări complementare evaluării rolului factorilor determinanți și eficienței intervențiilor au fost explorate prin analiza datelor longitudinale și prin intermediul studiilor de caz care au folosit metode calitative, cum ar fi focus-grupuri și interviuri.

În general, echipele de cercetare au produs noi dovezi cu privire la gradientii sociali omniprezenți în materie de sănătate în Europa. Acești gradienti sunt vizibili pe întreg parcursul vieții, de la concepție, pe parcursul copilăriei, în cursul vieții profesionale și de familie, până la pensionare. Ei arată că cei care trăiesc în condiții mai puțin privilegiate au o sănătate mult mai precară decât cei care trăiesc în condiții mai privilegiate. În plus față de gradientii sociali ai sănătății într-o societate, s-a identificat că anumite grupuri de populație cu vulnerabilitate ridicată și care se confruntă cu dezavantaje multiple și cumulative au o stare de sănătate deosebit de precară și o nevoie deosebit de mare de sprijin.

## **Concluzii**

DRIVERS a extins și evaluat în mod critic baza de date existentă, printr-o serie de comentarii sistematice și analize de noi de date. Pe lângă aceste date, am putut opera cu rezultatele cercetărilor și analizelor anterioare de politici. O importanță deosebită în acest sens o au recomandările OMS European Review (1). Unele dintre aceste recomandări se referă în mod direct la cele trei domenii ale proiectului DRIVERS și au generat recomandările de mai jos. Din motive de claritate și de facilitare a utilizării resurselor, acestea sunt detaliate în Anexa C.

O concluzie atotcuprinzătoare a cercetării în cele trei domenii DRIVERS este că, pentru a îmbunătăți sănătatea și a reduce inegalitățile în domeniul sănătății, toată lumea ar trebui să

ai bă dreptul de a beneficia de servicii de înaltă calitate și de protecție socială. Scopul ar trebui să fie asigurarea standardelor de calitate a primilor ani de viață, a condițiilor de muncă, precum și de trai pentru toți, în întreaga Europă. Politicile, practicile și serviciile ar trebui să fie furnizate în mod universal, în acord cu nevoile sociale și de sănătate ale populației. Acest fapt include suport personalizat pentru cei care au nevoie de el. Pe scurt, politicile, practicile și serviciile trebuie să fie „adevate scopului”. Ar trebui luate măsuri de prevenire în fiecare etapă pe parcursul vieții pentru îmbunătățirea sănătății și a nivelului de trai pentru a permite oamenilor din toate segmentele societății să prospere, recurgându-se la politici contextualizate adecvat și construite pe baza resurselor societății. În general, furnizarea de servicii ar trebui să fie „adevată de prima dată (la prima aplicare)” pentru a preveni intervențiile viitoare mai costisitoare. Pentru o mai bună utilizare a resurselor sunt necesare abordări eficiente inter-sectoriale și între agenții.

DRIVERS întărește ideea că multe dintre cauzele inegalităților în materie de sănătate pot fi evitate. Acest lucru se referă atât la condițiile de viață de zi cu zi – circumstanțele în care oamenii se nasc, cresc, trăiesc, lucrează și îmbătrânesc – cât și la condițiile structurale dintr-o societate, ceea ce duce la condiții inegale de viață și afectează șansele de a trăi o viață sănătoasă (3). Acești factori contribuie, de asemenea, la transmiterea între generații a inegalităților, stilurilor de viață diferite și comportamentelor care au un impact asupra sănătății. Pe lângă abordarea acestor aspecte și condiții de viață de zi cu zi în mod direct, un răspuns politic adecvat trebuie să abordeze, de asemenea, consecințele diferențiate în funcție de diferitele grupuri sociale și etape ale parcursului vieții. DRIVERS sugerează că adresarea trebuie să însemne universalitatea accesului, precum și abordarea diferitelor forme de dezavantaje.

## **Recomandări**

Provocarea de a reduce inegalitățile în mat

erie de sănătate poate fi realizată numai prin reacții politice coerente pentru întreaga societate, incluzând (și) guvernul (20). După cum s-a menționat mai sus, doar o minoritate de state membre ale UE au abordat până acum inegalitățile în materie de sănătate printr-o acțiune interguvernamentală explicită (2). DRIVERS a aprofundat înțelegerea relațiilor dintre cele trei domenii-cheie analizate în cadrul proiectului și a identificat soluțiile coerente care sunt oferite pentru politică și practică. A examinat, de asemenea modul de îmbunătățire a eficienței

activităților de susținere a echității în domeniul sănătății în scopul utilizării în mai mare măsură a dovezilor științifice pentru dezvoltarea și punerea în aplicare a politicilor.

Recomandările sunt organizate în cadrul a patru principii generale:

1. Universalitatea accesului,
2. Abordarea dezavantajului,
3. Raportarea la context și respectarea drepturilor, și
4. Politicile bazate pe dovezi.

Primele două principii reflectă necesitatea de a aborda diferite tipuri de riscuri asociate celor două aspecte diferite ale inegalităților în materie de sănătate – gradientul social general și dezavantajele multiple experimentate de o parte mai mică a populației. Universalismul proporțional poate prin urmare, cel mai probabil să fie realizat printr-o serie de programe diferite, care să acopere aceste două dimensiuni combinate. Ultimele două principii abordează problemele legate de punerea în aplicare și baza de cunoștințe pentru politici și programe. Per total, scopul este de a evidenția modul în care acțiunile în toate domeniile sunt legate între ele și vor produce cele mai mari beneficii pe termen lung pe parcursul vieții atunci când sunt implementate împreună ca parte a unei strategii coerente la nivel de societate.

### ***Universalitatea accesului***

Accesul universal la servicii de calitate în primii ani de viață și servicii de ocupare și bunăstare ajută la prevenirea dezavantajelor și promovează sănătatea. De exemplu, investițiile în politicile privind piața muncii ar trebui să îmbunătățească perspectivele de angajare pentru toate persoanele, prin programe dedicate pieței forței active de muncă și promovarea muncii de înaltă calitate. În schimb, serviciile vizate sunt insuficiente pentru a reduce inegalitățile din domeniul sănătății și pot deveni cu ușurință stigmatizante social, ca „servicii precare pentru persoane sărace”.

Se recomandă:

- Promovarea serviciilor la prețuri accesibile, de calitate corespunzătoare, pentru perioada pre-natală și primii ani de viață, alături de politicile de angajare alături de serviciile de parenting și de sprijin familial, pentru a ajuta părinții să îmbine munca cu responsabilitățile parentale.

- Instituirea unui set cuprinzător de măsuri de promovare a ocupării forței de muncă echitabile prin abordarea factorilor adversi legați de ocuparea forței de muncă și de condițiile de stres psihosocial în mediul de lucru, precum și riscurile tradiționale profesionale.
- Asigurarea disponibilității locurilor de muncă și a faptului că salariile asigură un venit suficient pentru o calitate decentă a vieții.
- Realizarea prioritară a unei protecții sociale adecvate persoanelor și familiilor în alocările bugetare și condițiile de impozitare.
- Creșterea acoperirii și a gamei de pachete de protecție socială și a politicilor din domeniul pieței forței de muncă active, astfel încât toată lumea, în special persoanele cele mai vulnerabile și mai puțin înstărite, să poată beneficia de pe urma acestora.

### ***Abordarea dezavantajelor***

Expunerea la factorii adversi și acumularea de factori de protecție (aptitudini, bani și alte resurse) pe parcursul vieții urmează un gradient social. De exemplu, avantajul social este asociat cu o expunere mai scăzută la factori adversi și cu o acumulare mai mare de factori de protecție pe întreg parcursul vieții. Transmiterea între generații a inegalității către copii este un element cheie care contribuie la aceste inechități. Persoanele și grupurile care se confruntă cu dezavantaje multiple și procese de excludere în decursul vieții devin deosebit de vulnerabile în fața unei sănătăți precare. Cu cât nivelul dezavantajelor este mai mare, cu atât mai mare este efortul necesar pentru egalizarea șanselor de care beneficiază grupurile mai avantajate și pentru abordarea riscurilor specifice care nu sunt diminuate în mod corespunzător de sistemele universale. Condiționalitățile sistemelor universale creează adesea bariere în calea accesului pentru grupurile mai vulnerabile.

Se recomandă:

- Asigurarea primilor ani de educație și îngrijire cu servicii universale, furnizate la nivele adaptate nevoilor sociale, astfel încât să se reducă inegalitățile sociale în domeniul sănătății și dezvoltarea copilului; aceasta include acordarea de sprijin și servicii personalizate dacă este cazul.
- Identificarea, din timp, a familiilor cu un risc de sănătate precară, direcționându-i către servicii adecvate și crearea de eforturi speciale pentru a favoriza incluziunea socială a copiilor care sunt cei mai vulnerabili și expuși riscului de excludere.

- Direcționarea intervențiilor la locul de muncă pentru a reduce dezechilibrele dintre efort și recompensă, respectiv cerere și control (ofertă), precum și direcționarea lor spre grupurile cu un statut profesional inferior care sunt cele mai susceptibile de a se confrunța cu stres la locul de muncă în economiile moderne.
- Punerea în aplicare a serviciilor de medicina muncii, finanțate din fonduri publice, care să acorde prioritate grupurilor profesionale slab deservite și care să fie independente de angajatori. Acest lucru presupune creșterea integrării lucrătorilor bolnavi și cu dizabilități pe piața muncii folosind modele bazate pe dovezi.
- Asigurarea că, într-un sistem de protecție socială cu un grad de acoperire universal, formele diferite de sprijin sunt oferite persoanelor în funcție de tipul și nivelul de risc cu care se confruntă. Acest lucru presupune programe de transfer de numerar de diferite tipuri, atât sub formă de beneficii contributive cât și de venituri minime, precum și accesul la serviciile de protecție socială de înaltă calitate și la programe active extensive în domeniul pieței forței de muncă.
- Încurajarea accesului persoanelor dezavantajate la – și a preluării de către – protecția socială. Aceasta presupune acordarea de sprijin pentru indivizi și grupuri cu nevoi complexe sau care se confruntă cu o adversitate severă pentru a beneficia de protecția socială la care au dreptul. Pentru acest lucru trebuie să ne asigurăm, de asemenea, că personalul din prima linie deține pregătirea necesară pentru a-și trata clienții într-un mod adecvat și profesional.

### ***Raportarea la context și respectarea drepturilor***

Europa este un continent care include contexte deosebit de diferite. Printre altele, acestea se referă la culturi și norme, structuri sociale, geografie, guvernare și acordarea de sprijin și îngrijire. Oamenii sunt expuși unei game largi de condiții și șansele lor în viață sunt determinate de factori comunitari, naționali și trans-naționali care se extind mult dincolo de resursele pe care le controlează direct. Ei acționează, reacționează și se adaptează la aceste contexte în moduri diferite. Dovezile din DRIVERS sugerează că punerea în aplicare a politicilor și intervențiilor trebuie să fie adaptată acestor contexte diferite, asigurându-ne în același timp că principiile derivate din baza de dovezi sunt reținute (în special cele referitoare la universalitate și abordarea dezavantajelor). În plus, este important să se aibă în vedere drepturile și nevoile fiecărui individ, astfel încât ele să fie tratate cu respect.



Se recomandă:

- Implementarea de intervenții care s-au dovedit a fi eficiente în alte țări, cu adaptări contextuale realizate pentru condițiile locale; acest lucru necesită dezvoltare și evaluare sistematică pentru a ne asigura că eficiența nu este compromisă de aceste adaptări.
- Asigurarea că intervențiile la nivel organizațional adoptă o abordare participativă care să implice toate părțile interesate, astfel încât vocile celor mai afectați să fie auzite. Acest fapt presupune formalizarea colaborării între părțile interesate, punerea în aplicare a acordurilor voluntare și adoptarea diferitelor forme de dialog social. O condiție prealabilă pentru acest lucru este un stil de conducere bazat pe participare și dialog.
- Dezvoltarea și implementarea planurilor strategice la diferite niveluri, cum ar fi la nivel organizațional și național, folosind materialele orientative disponibile, dovezile acumulate și experiențele persoanelor afectate.

### ***Politica bazată pe dovezi***

Pentru asigurarea calității în folosul tuturor (quality for all) sunt necesare politici care folosesc dovezi provenite din multiple surse și diferite tipuri de cercetare, evaluare și monitorizare. Este nevoie de o abordare pluralistă a cercetării științifice de înaltă calitate, adaptată contextului european, de colectarea de date comparabile la nivel național trans-european, de evaluarea riguroasă a eficacității noilor politici și inițiative, precum și de monitorizarea și evaluarea periodică a politicilor și practicilor de rutină.

### **Recomandări:**

#### *În privința scopului cercetărilor*

- Creșterea capacității de a desfășura activități de cercetare care privesc acei factori ai inegalităților în materie de sănătate în cazul cărora dovezile curente sunt neconcludente (dar nevoia de intervenție acută) sau care trebuie să fie actualizate pentru a reflecta modificările în societate. În momentul de față, cele mai puține probe sunt disponibile pentru acele țări și grupuri sociale în care necesitatea de a lua măsuri este cea mai mare.
- Creșterea finanțării pentru cercetare comparativă transnațională, în special la nivel european.
- Explorarea contextuală a determinantilor sociali care încadrează sănătatea și a modului în care oamenii sunt capabili să folosească resursele pentru a gestiona condițiile în care trăiesc.
- Extinderea criteriilor pentru dovezile privitoare la sănătatea publică printr-o abordare pluralistă, care include o serie de modele de studiu adecvate pentru intervențiile și politicile

aplicate pe scară largă la nivel de populații, în special studii de populație bazate pe cohorte și analize pe mai multe nivele.

### ***Armonizarea datelor, metode și evaluare***

- Asigurarea că proiectarea, raportarea și evaluarea intervențiilor sunt în conformitate cu cele mai bune proceduri disponibile de proiectare a cercetării și de analiză statistică în științele sociale.
- Creșterea investițiilor pentru susținerea studiilor periodice de cohortă pe termen lung, pentru a înțelege mai bine variația – între țările și regiunile Uniunii Europene – efectelor condițiilor din perioada copilăriei timpurii asupra sănătății și dezvoltării pe tot parcursul vieții. Această investiție ar fi echivalentă cu investițiile actuale în sondaje cu privire la forța de muncă, venituri și stiluri de viață.
- Realizarea unei abordări combinate a analizei protecției sociale prin asigurarea disponibilității datelor adecvate privind organizarea instituțională, cheltuielile sociale, precum și întreaga varietate de situații de viață care constituie factorii sociali determinanți în materie de sănătate cu acțiune la nivel individual.

### ***Monitorizare și revizuire***

- Monitorizarea condițiilor sociale și de muncă adverse și a efectelor lor asupra sănătății, cu ajutorul unor instrumente fiabile, cu participarea tuturor părților interesate.
- Monitorizarea și revizuirea periodică a politicilor și intervențiilor pentru reducerea adversității și consolidarea sănătății. Acest lucru ar trebui să includă evaluarea utilizării modelelor de bune practici disponibile și adunarea de informații cu privire la rentabilitatea investiției, atât în termenii beneficiilor economice cât și cele sociale, pentru consolidarea punctului de vedere al afacerilor în implementarea politicilor de egalitate de șanse.
- Luarea în considerare a principiului echității în toate activitățile de monitorizare și revizuire.

### **Sporirea adoptării recomandărilor**

Pe parcursul proiectului, DRIVERS a examinat modul în care dovezile rezultate din cercetare pot fi mai eficient preluate pentru a susține elaborarea și punerea în aplicare a politicilor (21, 22). Susținătorii acestora ar trebui:

- Să folosească diferite tipuri de probe, atât calitative și cantitative, care pot face apel la diferite segmente de public-țintă (de exemplu, mass-media, publicul larg, diferite sectoare politice, etc.) sau să răspundă la diferite întrebări de cercetare legate de îmbunătățirea echității

în domeniul sănătății (de exemplu, asocierea unor factori, relațiile de cauzalitate sau elementele practice referitoare la punerea în aplicare a politicilor și serviciilor).

- Să utilizeze bune practici consacrate, ca parte a transferului și traducerii cunoștințelor, cum ar fi simplificarea limbii și a conceptelor, concentrarea pe soluții, mai degrabă decât pe probleme și limitări, precum și încurajarea contactelor între factorii de decizie și cercetători, pentru a crește eficiența eforturilor de susținere pentru implementarea practicilor validate.
- Să recunoască potențialele roluri de susținere, care pot fi jucate de o varietate largă de părți interesate, inclusiv oameni de știință, practicieni, societatea civilă și persoanele în cauză, organizațiile de sprijin, factorii decidenți favorabili schimbării politicilor, angajatori și mass-media.
- Să găsească obiective de tip „win-win”, sau de compromis în ceea ce privește determinanții sociali ai sănătății în discuție cu sectoarele vizate, ceea ce sunt necesare pentru cooperarea intersectorială de succes. Acest lucru înseamnă, probabil, ameliorarea unui factor determinant social specific în domeniul sănătății, și nu atât creșterea nivelului de sănătate, în sine.
- Să adapteze mesajele utilizate în eforturile de pledoarie în funcție de scop și de context. Aceste mesaje pot menționa sănătatea ca pe o valoare în sine, justiția socială, dezvoltarea durabilă, drepturile omului, o diversitate de argumente economice sau de interes chiar pentru anumite grupuri de persoane.
- Să adopte o perspectivă pe termen mai lung, să lucreze pentru a depăși barierele care împiedică punerea în aplicare a politicilor care ar îmbunătăți echitatea în materie de sănătate. Acest lucru ar putea include organizarea de training-uri în materie de pledoarie și comunicare pentru profesioniștii din domeniul sănătății, includerea în programele academice de activități de cercetare alături de comunitățile defavorizate, precum și creșterea nivelului de înțelegere și conștientizare a publicului cu privire la determinanții sociali ai sănătății.

Bazându-se pe aceste aspecte, DRIVERS a pregătit mai multe rezumate ale politicilor recomandate a fi utilizate în vederea aplicării agendei politice discutate în cele trei domenii principale de interes. Acestea sunt disponibile pe site-ul DRIVERS (6), alături de link-urile către toate articolele publicate în reviste specializate, rapoartele de sinteză ale studiilor de caz, precum și rapoartele publice finale ale lucrărilor științifice efectuate cu privire la dezvoltarea timpurie a copilului, ocuparea forței de muncă și condițiile de muncă, precum și venituri și protecție socială.

## Bibliografie

1. WHO. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: Final report. 2014. (OMS. Revizuirea determinanților sociali și decalajul în domeniul sănătății în Europa a OMS: Raport final. 2014.)
2. Marmot M et al. Health inequalities in the EU: final report of a consortium. Brussels: European Commission (Inegalitățile în materie de sănătate în UE: raportul final al unui consorțiu. Bruxelles: Comisia Europeană), 2013.
3. Commission on Social Determinants of Health WHO. Closing the gap in a Generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final report. Geneva: 2008 (Comisia cu privire la determinanții sociali ai sănătății OMS. Recuperarea decalajului într-o generație. Echitate în domeniul sănătății printr-o acțiune privind determinanții sociali ai sănătății. Raport final. Geneva: 2008.)
4. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Boyce T, McNeish D, Grady M, Geddes I. Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. London: 2010 (Societate echitabilă, o viață sănătoasă. Analiza Marmot. Analiza strategică a inegalităților în materie de sănătate în Anglia post-2010. Londra: 2010)
5. Comisia Europeană. Factorii sociali determinanți și inegalitățile în domeniul sănătății. Disponibil pe: [http://ec.europa.eu/health/social\\_determinants/policy/commission\\_communication/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/commission_communication/index_en.htm).
6. Site-ul DRIVERS. Disponibil pe: <http://health-gradient.eu/home/publications/>.
7. Pikhart H, Ruiz M, Morrison J, Goldblatt P, Marmot M. DRIVERS final scientific report: Social inequalities in early childhood health and development, evidence and policy implications. Report produced as part of the 'DRIVERS for Health Equity' project. Department of Epidemiology and Public Health, University College London. London: 2014 (Raport științific final DRIVERS: inegalitățile sociale în materie de sănătate și dezvoltare în copilăria timpurie, dovezi și implicații politice. Raport realizat ca parte a proiectului „DRIVERS pentru echitate în domeniul sănătății”. Departamentul de Epidemiologie și Sănătate Publică, University College din Londra. Londra: 2014). Disponibil pe: <http://health-gradient.eu/>.
8. Pillas D, Marmot M, Naicker K, Goldblatt P, Morrison J, Pikhart H. Social inequalities in early childhood health and development: a European-wide systematic review (Inegalitățile sociale în materie de sănătate și dezvoltare pe parcursul copilăriei timpurii: o analiză sistematică la nivel european). *Pediatr Res.* 2014;76(5):418-424.
9. Morrison J, Pikhart H, Ruiz M, Goldblatt P. Systematic review of parenting interventions in European countries aiming to reduce social inequalities in children's health and development (Analiza sistematică a intervențiilor parentale în țările europene cu scopul de a reduce inegalitățile sociale în materie de sănătatea și dezvoltarea copiilor). *BMC Public Health.* 2014;14:1040.

10. Ruiz M, Goldblatt P, Morrison J, et al. Maternal education and early childhood health: A DRIVERS meta-analysis in 12 European cohorts. Submitted to J Epidemiol Community Health. (Educația maternă și sănătatea pe parcursul copilăriei timpurii: O meta-analiză DRIVERS în 12 cohorte europene. Trimis către J Epidemiol Community Health)
11. Siegrist J, Montano D, Hoven H. DRIVERS final scientific report: Working conditions and health inequalities, evidence and policy implications. Report produced as part of the 'DRIVERS for Health Equity' project. Centre of Health and Society, Faculty of Medicine, University of Düsseldorf. Düsseldorf: 2014 (Raport științific final DRIVERS: Condiții de muncă și inegalitățile din domeniul sănătății, dovezi și implicații politice. Raport realizat ca parte a proiectului „DRIVERS pentru echitate în domeniul sănătății”. Centrul pentru Sănătate și Societate, Facultatea de Medicină, Universitatea din Düsseldorf. Düsseldorf: 2014). Disponibil pe: <http://health-gradient.eu/>.
12. Hoven H, Siegrist J. Work characteristics, socioeconomic position and health: a systematic review of mediation and moderation effects in prospective studies (Caracteristicile de lucru, poziția socio-economică și sănătatea: o analiză sistematică a efectelor de mediere și moderație în studii prospective). Occup Environ Med. 2013;70:663-9.
13. Wahrendorf M, Siegrist J. Proximal and distal determinants of stressful work: framework and analysis of retrospective European data (Factori determinanți proximali și distali ai activităților lucrative stresante: cadrul și analiza datelor europene retrospective). BMC Public Health. 2014;14:849.
14. Montano D, Hoven H, Siegrist J. A meta-analysis of health effects of randomized controlled worksite interventions: Does social stratification matter? (O meta-analiză a efectelor asupra sănătății ale intervențiilor controlate randomizate la locul de muncă: Este stratificarea socială importantă?) Scand J Work Environ Health. 2014;40:230-4.
15. Lundberg O, Åberg Yngwe M, Bergqvist K, Sjöberg O. DRIVERS final scientific report: The role of income and social protection for inequalities in health, evidence and policy implications. Report produced as part of the 'DRIVERS for Health Equity' project. Centre for Health Equity Studies. Stockholm: 2014 (Raport științific final DRIVERS. Rolul veniturilor și protecției sociale pentru inegalitățile în materie de sănătate, dovezi și implicații politice. Raport realizat ca parte a proiectului „DRIVERS pentru echitate în domeniul sănătății”. Centrul pentru studii de echitate în materie de sănătate. Stockholm: 2014). Disponibil pe: <http://health-gradient.eu/>.
16. Bergqvist K, Åberg Yngwe M, Lundberg O. Understanding the role of welfare state characteristics for health and inequalities - an analytical review (Înțelegerea rolului caracteristicilor ajutorului de stat pentru sănătate și inegalități - o perspectivă analitică). BMC Public Health. 2013;13:1234.
17. Ferrarini T, Nelson K, Sjöberg O. Decomposing the effect of social policies on population health and inequalities: an empirical example of unemployment benefits (Descompunerea efectului politicilor sociale asupra sănătății populației și a inegalităților: un exemplu empiric al ajutoarelor de șomaj) Scand J Public Health. 2014;42(7):635-42.

18. Nelson K, Fritzell J. Welfare states and public health: The role of minimum income benefits for mortality (Protecția socială și sănătatea publică: Rolul venitului minim în mortalitate). SocSci Med. 2014(112):63-71.
19. Morrison J et al. DRIVERS Final case studies report. Department of Epidemiology and Public Health, University College London. London: 2014 (Raport final privind studiile de caz DRIVERS. Departamentul de Epidemiologie și Sănătate Publică, University College din Londra. Londra: 2014)
20. WHO. Governance for health in the 21st Century. Geneva: 2013. (OMS. Guvernarea pentru sănătate în secolul al XXI-lea. Geneva: 2013.)
21. Farrer L, Marinetti C, Kuipers Y, Costongs C. Advocacy for health equity: A synthesis review. Submitted to Milbank Q. 2015. (Susținere pentru echitate în materie de sănătate: O revizuire de sinteză predată la Milbank Q. 2015)
22. Farrer L, Marinetti C. Advocacy for Health Equity: Case Studies Synthesis Report. EuroHealthNet. Brussels: 2015. (Susținere pentru echitate în materie de sănătate: Raportul de sinteză privind studiile de caz. EuroHealthNet. Bruxelles: 2015.)

DRIVERS (2012-2015) este un proiect de cercetare finanțat de al 7-lea Program-cadru al UE. Acesta își propune să aprofundeze înțelegerea relațiilor dintre unele dintre influențele cheie asupra sănătății de-a lungul vieții unei persoane – copilărie timpurie, ocuparea forței de muncă, precum și venituri și protecție socială – și să găsească soluții de îmbunătățire a sănătății și de reducere a inegalităților în materie de sănătate.

Cercetarea este efectuată de un consorțiu, care include centre de cercetare de top și organizații care reprezintă sectorul sănătății publice, societatea civilă și mediul de afaceri. Proiectul este coordonat de EuroHealthNet.

