



Mejorar la equidad en salud a través de una acción a lo largo de la vida

Resumen de evidencia y recomendaciones del proyecto DRIVERS



DRIVERS está coordinado por EuroHealthNet y ha recibido financiación del Séptimo Programa Marco de la Unión Europea (FP7/2007-2013), con el acuerdo de subvención n.º 278350.

Editores:

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

Colaboradores:

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

Publicado como parte del proyecto DRIVERS por:

UCL Institute of Health Equity
1-19 Torrington Place
London
WC1E 7HB
Reino Unido
Tel: +44-20-7679 8351
Contacto: p.goldblatt@ucl.ac.uk

Y:

EuroHealthNet
Rue de La Loi, 67
Bruxelles 1040
Bélgica
Tel. +32 2 235 0330
Contacto: c.marinetti@eurohealthnet.eu

Enero de 2015

Cita sugerida:

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. Informe elaborado como parte del proyecto "DRIVERS for Health Equity", <http://www.health-gradient.eu>. Bruselas: EuroHealthNet.

Para consultar el texto completo de la licencia, visite: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



La investigación por la que se obtuvieron estos resultados se realizó en el marco del proyecto DRIVERS (<http://www.health-gradient.eu>), coordinado por EuroHealthNet y financiado por la Comunidad Europea (FP7 2007-2013) en virtud del Acuerdo de subvención n.º 278350.

Contexto

El crecimiento económico, la democratización y las mejoras en la calidad de vida han contribuido a mejorar la salud y aumentar la longevidad en Europa sin embargo, todavía persisten diferencias profundas y sistemáticas en salud. Estas diferencias forman un gradiente que recorre toda la sociedad de arriba abajo, repitiéndose este patrón en todos los países europeos (1, 2). Estas desigualdades en materia de salud han existido durante siglos y ahora se conocen bien sus causas, muchas de las cuales son potencialmente evitables. No obstante, existen lagunas en la evidencia, sobre qué resulta efectivo para reducirlas y sobre que se sabe en otros lugares dentro del contexto europeo.

El principal objetivo del proyecto DRIVERS es profundizar en el conocimiento de las relaciones que existen, en un contexto europeo, entre algunos de los factores clave que influyen en la salud a lo largo de la vida de una persona (primera infancia, empleo, y protección social e ingresos) y encontrar soluciones para mejorar la salud y reducir las desigualdades en salud.

El presente documento comienza ofreciendo un resumen de DRIVERS y de sus resultados más significativos. A continuación, describe los principios y las recomendaciones clave para ayudar a reducir las desigualdades en salud en toda Europa. El Anexo A incluye recomendaciones más detalladas del proyecto y en el Anexo B se encuentran disponibles observaciones de estudios de casos. El objetivo de DRIVERS es dejar un legado duradero, aportando evidencia para informar la implementación de políticas y programas en diferentes sectores que resulten efectivos para reducir las desigualdades en salud, mejorar la justicia social y contribuir al progreso social y económico para todos.

Informes breves previos

En los últimos años, se han publicado varios informes importantes en los que se reunió evidencia y se sugirieron medidas para mejorar la equidad en salud. Los informes *World Health Organization Commission on Social Determinants of Health (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud)* (3), a escala mundial, *Fair society, healthy lives: the Marmot Review (Sociedad justa, vidas sanas: la Revisión Marmot)* (4), en Inglaterra, y *Review of social determinants and the health divide in*

the WHO European region (Revisión de los determinantes sociales y la división en salud en la región europea de la OMS) (1) destacaron la función de los determinantes sociales de la salud en los niveles generales de salud y en las desigualdades en salud, y recomendaron acciones para mejorarlos basándose en los datos disponibles. Un reto de esta magnitud únicamente puede abordarse a través de políticas coherentes en el conjunto de la sociedad y en el gobierno. Ciertamente, muchas de las acciones necesarias residen fuera del sector sanitario. Sin embargo, permanecieron importantes lagunas de conocimiento sobre las relaciones entre determinantes ya que sus efectos se combinan y acumulan a lo largo de la vida y los resultados en salud.

La publicación de 2009 de la Comisión Europea *Solidarity in health: reducing health inequalities in the EU (Solidaridad en materia de salud: reducción de las desigualdades en salud en la UE)* (5) supuso un paso importante para afrontar este reto en la UE, a escala nacional, regional y local. Desde entonces, la crisis financiera ha afectado negativamente a los determinantes sociales de la salud en numerosos países europeos. El informe reciente, *Health inequalities in the EU (Desigualdades en salud en la UE)* (2), mostró que la crisis financiera de 2007-2009 y las posteriores medidas fiscales habían reducido los esfuerzos por luchar contra las desigualdades en salud. El informe mostró que solo una minoría de países parecía afrontar las desigualdades en salud a escala nacional a través de planes explícitos de acción intersectorial para reducirlas; mientras que la mayor parte contaba con políticas aisladas que actuaban sobre los determinantes sociales de la salud, pero no de un modo coordinado, o que incluso parecía no afrontar el problema en absoluto. Las iniciativas paneuropeas, como Equity Action, buscaron posibles acciones políticas, que llevaran al desarrollo de varias herramientas y estrategias sobre cómo las políticas nacionales y regionales pueden tomar en consideración el tema de la equidad. Sin embargo, los resultados de los informes y otros proyectos no se han implementado en la elaboración de políticas.

El proyecto DRIVERS

DRIVERS (2012-2015) es un proyecto de investigación financiado por el Séptimo Programa Marco de la Unión Europea, cuyo objetivo fue identificar y suplir las carencias de conocimiento, en relación con los factores que dirigen los tres determinantes sociales de las desigualdades en salud mencionados anteriormente, así como conocer su impacto en desigualdades en salud evitables. Además, el proyecto tenía como objetivo analizar los

métodos empleados para evaluar estos efectos, con el fin de poder mejorarlos o desarrollar otros nuevos, a fin de determinar mejor los diferentes resultados en el desarrollo de políticas y programas sobre equidad en salud.

DRIVERS ha:

- Reunido conocimientos existentes y teorías comprobadas sobre cómo diferentes influencias a lo largo de la vida afectan las desigualdades en salud, para lo cual se usaron revisiones sistemáticas, metanálisis y análisis de datos comparativos de los estados miembros de la UE.
- Evaluado las metodologías de investigación existentes y desarrollado otras más efectivas para determinar los resultados diferenciales de las acciones destinadas a afrontar las desigualdades en salud, usando conjuntos de datos longitudinales.
- Usado diferentes metodologías en estudios de casos a través de Europa, a fin de complementar y arrojar más luz sobre los resultados de la investigación.
- Buscado activamente la implicación de varios agentes, a fin de aprovechar las opiniones de ciudadanos, médicos y sociedad civil.
- Publicado numerosos artículos académicos e informes públicos (6), organizado varios talleres y eventos finales y difundido activamente los resultados a una amplia variedad de agentes.
- Desarrollado un conjunto de principios globales y recomendaciones prácticas más detalladas para la política y la práctica, que abarcan desde intervenciones a nivel individual hasta políticas a escala europea, para reducir las desigualdades en salud y mejorar la equidad en materia de salud.

Resultados significativos

Desarrollo en la primera infancia (7)

La primera infancia es un factor importante de las desigualdades en salud. Su importancia se debe a que las adversidades en esta temprana etapa de la vida, tienden a relacionarse con un efecto negativo en todos los dominios del desarrollo de niños y niñas: cognitivos, de comunicación y del lenguaje y habilidades sociales y emocionales. El desarrollo inadecuado

de estas habilidades tiene un efecto profundo en los resultados a lo largo de la vida. Sin embargo, la evidencia al respecto procede principalmente de un reducido número de países europeos y de fuera de Europa. De manera comparativa, se sabe poco sobre la amplitud en que difieren los diferentes lugares de Europa las desigualdades sociales en la salud y el desarrollo en los niños y niñas, sobre cómo operan en diferentes contextos los mecanismos que explican estas desigualdades o sobre el impacto que tienen en diferentes contextos los programas y las políticas destinadas a abordar las desigualdades sociales en la primera infancia.

Para suplir esta laguna de evidencia, se realizó una revisión sistemática de las desigualdades sociales en el desarrollo y la salud de la primera infancia (8). Esta revisión mostró que vivir en barrios deprimidos, tener padres con escasos ingresos, bajo nivel educativo, con baja cualificación profesional, elevado estrés laboral o estar en situación de desempleo, no tener una vivienda o vivir con malas condiciones de habitabilidad son factores clave asociados con una amplia variedad de resultados negativos que afectan a la salud y el desarrollo de niños y niñas. La dirección de estas asociaciones era similar en la mayor parte de los países europeos, observándose únicamente diferencias menores a nivel de país. Además, los efectos en los resultados se volvían más claros a medida que aumentaba la edad.

En segundo lugar, se realizó una revisión sistemática para identificar intervenciones que mejoran la salud durante la primera infancia (9). Se examinaron intervenciones en estados miembros de la UE desde 1999 hasta 2013 y se observó que la mayor parte de las intervenciones detalladas en los trabajos científicos se habían realizado en el Reino Unido y en la República de Irlanda. La mayoría tenía como objetivo mejorar las capacidades de los padres apoyando a ambos, y algunas disponían de componentes adicionales como parvularios,, mejorar las condiciones de habitabilidad, o terapias psicológicas y del lenguaje para niños y niñas. Sin embargo, mostraron resultados más favorables los programas que ofrecían apoyo para ambos padres, información y visitas a domicilio usando un enfoque psicoeducativo, y cuyo objetivo era desarrollar las habilidades de padres y madres y niños. Solo dos de los estudios identificados se realizaron con diferentes grupos sociales, mientras que todos los demás estaban destinados a niños y familias que vivían en zonas desfavorecidas.

Posteriormente, se realizaron análisis longitudinales para profundizar en estos resultados usando los datos de cohortes de nacimiento de 12 países de Europa (10). Los resultados

obtenidos de la mayor parte de las cohortes sugirieron que los hijos de madres, con un nivel educativo bajo, sufrían después adversidades en salud, a pesar de que la magnitud del efecto variaba. Los resultados de cohortes más grandes también mostraron que varios factores sociales influyen en el desarrollo hacia un deterioro de la salud. Por ejemplo, se descubrió que los ingresos familiares y vivir en una zona desfavorecida, resultaron ser determinantes importantes de asma infantil, incluso después de ajustar por otros factores de riesgo individuales previamente establecidos. De modo similar, se observó que la angustia psicológica materna y las desventajas socioeconómicas durante los primeros años, presentan efectos negativos en la salud mental y el bienestar de niños y niñas.

En resumen, estos resultados sugieren la importancia de ofrecer acceso a una gama exhaustiva de servicios de calidad en los primeros años de vida, a fin de reducir las desigualdades durante el desarrollo temprano de niños y niñas, especialmente en el caso de aquellos procedentes de entornos desfavorecidos. Para prestarse de un modo efectivo, los servicios deben ser universales, aunque adaptados a la necesidad económica y social, y reconocer los conocimientos y las capacidades de los padres relacionadas con el desarrollo de sus hijos e hijas.

Empleo y condiciones laborales (11)

El empleo y las condiciones laborales son de importancia crucial en las vidas de muchas personas. Estos elementos afectan a la salud tanto directa (p. ej., a través de condiciones buenas o malas) como indirectamente (p. ej., a través del nivel de ingresos), y ambos efectos siguen un gradiente social. Las personas con menos competencias o una posición socioeconómica más baja, presentan mayor probabilidad de exposición a condiciones laborales precarias, sean de naturaleza física o psicosociales, que aquellas con más formación o pertenecientes a un entorno socioeconómico más elevado.

Se realizaron varias revisiones sistemáticas para crear una base de conocimientos actualizada y exhaustiva. En dos análisis se observaron datos que indican que los empleados con menos competencias, sufren tasas más elevadas de exposición a agentes químicos y biológicos, y que padecen trastornos musculoesqueléticos con mayor frecuencia. Se realizó otra revisión de 26 estudios de cohortes prospectivos para evaluar cómo contribuyen las condiciones psicosociales estresantes en el entorno de trabajo a las desigualdades sociales en materia de salud. Los resultados sugirieron que los trabajos con elevada exigencia y escaso control, y

aquellos caracterizados por un desequilibrio entre esfuerzo realizado y recompensa recibida, explicaban en cierta medida la relación entre el puesto de baja posición ocupacional y el aumento del riesgo de padecer peor estado de salud (12).

Se realizaron análisis de datos secundarios, aportados por las bases de datos recientes de toda Europa para fundamentar mejor la asociación entre empleo y desigualdades en salud. Un hallazgo importante fue la relación prácticamente lineal entre el porcentaje de PIB invertido por un país en políticas activas del mercado laboral, dirigidas a la integración de grupos de población desfavorecidos, y el nivel medio de trabajo estresante en los trabajadores empleados en ese país. El análisis muestra que políticas del mercado laboral más desarrolladas se asocian con niveles inferiores de trabajo estresante. Estas políticas se encuentran menos desarrolladas en los países del sur y del este, y la carga de enfermedades relacionadas con el trabajo es superior en estos países que en los del norte y occidente (13).

¿En qué medida resultan efectivas las intervenciones destinadas a reducir el gradiente social en salud abordando el trabajo contraproducente? La respuesta a esta pregunta se obtuvo a través de dos revisiones sistemáticas y meta-análisis, uno basado en 39 estudios de intervenciones a nivel organizativo y otro basado en 36 ensayos controlados y aleatorizados. Con ellos, se demostró que los efectos de las intervenciones individuales y a nivel organizativo son por lo general reducidos y constantes, y que los grupos de empleo con riesgo más elevado de estrés físico y psicosocial aparecen subrepresentados en la investigación convencional sobre intervenciones en el lugar de trabajo (14).

En resumen, DRIVERS destaca la necesidad de mejorar la calidad del trabajo y del empleo a través de medidas estructurales a diferentes niveles políticos. Estas medidas ofrecen puntos de acceso prometedores para reducir las desigualdades en salud en las poblaciones empleadas en Europa.

Renta y protección social (15)

La renta y las condiciones materiales de vida son importantes para la salud y varían considerablemente entre grupos sociales. Las políticas de protección social, y otras iniciativas del Estado del Bienestar más amplias, pueden reducir las consecuencias de la pérdida de ingresos, de modo que también resultan potencialmente importantes en términos de reducir las desigualdades en salud. Sin embargo, gran parte de la investigación que estudia la asociación

entre sistemas de bienestar y desigualdades en salud, se basa en un análisis que agrupa a países en los denominados tipo de régimen de bienestar, es decir, basados en un resumen de cómo se organizan las prestaciones de los sistemas de protección social. Reuniendo los datos de las investigaciones, DRIVERS ha mostrado que este enfoque produce resultados divergentes y confusos. Además, la relevancia en materia de políticas de estos análisis es cuestionable, ya que no queda claro que caracteriza un grupo de países qué produce mejor salud o reduce los niveles de desigualdad. En su lugar, resulta más útil investigar aspectos concretos de las políticas sociales (16).

Este enfoque vino seguido de una serie de análisis empíricos en que se usaron conjuntos de datos de toda Europa, como la Encuesta Social Europea y EU-SILC, a fin de estudiar y conocer mejor cómo se vinculan aspectos concretos de protección social con las desigualdades sociales. Un trabajo importante desenredó dos aspectos centrales de los programas de prestaciones por desempleo: la cuota de trabajadores cubiertos (*cobertura*) y el nivel de prestación en relación a los salarios (*sustitución*). Se demostró que tasas de sustitución más elevadas se asocian con mejor salud y que esta relación es más fuerte en aquellos con un nivel educativo más bajo. Sin embargo, esta relación únicamente se produce cuando las tasas de cobertura son elevadas, y no en países con cobertura baja o intermedia. Este dato sugiere que las tasas de sustitución únicamente resultan importantes, para la salud y las desigualdades en materia de salud, si los programas de protección social en cuestión cubren a prácticamente todo el mundo; por ejemplo, en el caso de los subsidios por desempleo, si éste cubriese al 90 por ciento o más. Cabe destacar que estos beneficios positivos no se limitan a los desempleados, sino que su existencia también parece mejorar la calidad de vida de las personas que no recurren a ellos (17).

En otro estudio, diferentes políticas activas del mercado laboral y prestaciones de desempleo más elevadas mostraron tener un efecto positivo en la autoevaluación de la salud de adultos jóvenes. No obstante, no redujeron significativamente el gradiente social de salud.

Dada la gran influencia de la pobreza en la mala salud, las prestaciones de renta mínima suponen otro componente importante de las políticas nacionales de bienestar. Un análisis basado en la OCDE y otros datos mostró que los países que proporcionaban niveles más elevados de prestaciones de renta mínima mostraban menores tasas de mortalidad (18). Un análisis aparte, en que se usaron datos longitudinales, mostró que las políticas relacionadas

con la renta son relevantes en caso de salida prematura del mercado laboral, por ejemplo a causa de enfermedad grave o discapacidad.

En general, estos descubrimientos destacan la contribución importante a los niveles de salud y a las desigualdades en el ámbito de la salud, que aportan las tasas de cobertura y de sustitución, asociadas con las políticas de protección social, así como por las políticas activas del mercado laboral diseñadas para la incorporación (reincorporación) de las personas al mundo laboral.

Estudios de casos (19)

Como parte del proyecto DRIVERS se realizaron diecinueve estudios de casos en toda Europa. De éstos, 14 fueron diseñados para aclarar los resultados destacados anteriormente y cinco contribuyeron a constituir una mejor base de evidencia para la abogacía de la equidad en la salud, otro campo estudiado en profundidad durante el proyecto. Estos estudios se realizaron en estrecha colaboración con colaboradores que representaban los sectores de la sanidad pública, de la sociedad civil y el empresarial. Ellos contribuyeron a proporcionar información sobre el contexto y sobre cómo son percibidas las intervenciones y las políticas por parte de los más afectados, así como a desarrollar recomendaciones que se puedan llevar a cabo sobre cómo los tres “elementos motores” pueden contribuir a lograr una mayor equidad en materia de salud.

Los objetivos concretos eran:

- Identificar y describir las intervenciones en los primeros años de vida que podrían reducir las desigualdades en el ámbito de la salud y en el desarrollo de niños y niñas.
- Evaluar los posibles beneficios en la salud y a nivel psicosocial de los programas de rehabilitación profesional y de los programas de vuelta al trabajo de Suiza y Reino Unido.
- Estudiar las percepciones y experiencias de los sistemas de protección social entre las personas que acceden a ellos, así como el impacto de estos sistemas en las desigualdades en materia de salud.

Las observaciones principales fueron que:

- Ofrecer servicios flexibles, actividades educativas y juegos estructurados, supervisados por un equipo multidisciplinar adaptado a los niños en etapas tempranas y a sus familias, mejora el desarrollo de la salud, especialmente en aquellas situaciones

en que se dispone de una oferta limitada de estos servicios. Debe ofrecerse una gama completa de servicios para los primeros años de vida, a todos los padres y niños, adaptando el nivel de apoyo a las necesidades, y comenzando ya en el curso del embarazo. El apoyo adaptado adicional debe poder reducir las desigualdades sociales en el curso de la primera infancia.

- Las políticas sociales y a favor del mercado laboral, así como los programas de agencias especializadas, pueden mejorar las oportunidades de grupos socialmente desfavorecidos para encontrar un empleo donde desarrollen plenamente su potencial. Los empleadores pueden desempeñar una función importante, sea por automotivación, sea mediante regularizaciones legislativas. Alcanzar estas mejoras reduciría las desigualdades que sufren estos grupos en el aspecto social y en salud.
- Los sistemas de protección social son un recurso crucial, puesto que resulta probable que tasas más bajas de cobertura y sustitución afecten negativamente a las personas menos favorecidas y a su salud. Aquellos con necesidades complejas pueden necesitar apoyo adaptado y personalizado para acceder a los servicios. Las personas necesitan saber que pueden confiar en la protección social para que se les ayude a mantener un nivel de vida saludable, en caso de tener que enfrentarse a circunstancias adversas. La “interfaz” entre las personas que acceden a la protección social y el personal de primera línea que la administra, parece ser crucial para aumentar el entendimiento y reducir las barreras para dicho entendimiento.

Características metodológicas comunes y sinergias

Primero, los tres equipos de investigación usaron datos comparativos que cubren un gran número de países europeos. De este modo, ampliaron la base de conocimientos sobre los determinantes sociales de la salud, más allá de los pocos países europeos que hasta la fecha habían contribuido como principal fuente de datos empíricos (6). Estos nuevos datos presentan implicaciones políticas directas a nivel nacional y europeo, puesto que las adversidades sociales son generalmente más pronunciadas en países con datos y análisis menos desarrollados.

Segundo, capitalizando los avances recientes en análisis estadístico (p. ej., la modelización multinivel), los equipos de investigación revelaron el fuerte impacto del contexto social más amplio en la salud del individuo, independientemente de las circunstancias más “proximales”

principalmente analizadas en la investigación tradicional sobre desigualdades en materia de salud. Ampliar el marco del análisis a contextos sociales más amplios presenta implicaciones de gran alcance para el desarrollo de políticas intersectoriales y transversales. En particular, se hace hincapié en la necesidad de enfoques e intervenciones inter y multisectoriales para mejorar la equidad en salud.

Tercero, cada equipo de investigación aplicó una combinación de revisión sistemática y análisis de datos para generar una base de conocimientos actualizada. Este paso permitió a los equipos identificar lagunas de conocimiento e investigación relevantes, formular recomendaciones sobre cómo mejorar y avanzar en la investigación, y generar resultados científicos innovadores. Por ejemplo, se identificaron nuevos aspectos de las políticas del Estado de Bienestar y de las condiciones de estrés en el ambiente de trabajo, al mismo tiempo que se establecieron sus relaciones con la desigualdad en la salud.

Cuarto, de las revisiones sistemáticas de intervenciones se extrajo que los ensayos controlados y aleatorizados (ECA) solo desempeñan una función limitada al evaluar las intervenciones importantes en salud pública dirigidas a abordar la salud de la población y sus determinantes. Esto también resulta evidente a partir de escenarios de evaluación de políticas más amplios. Por ello, deben aplicarse enfoques complementarios para construir la base de pruebas científicas o desarrollarse junto con los ECA. Se estudiaron algunos de estos enfoques complementarios para evaluar la función de los determinantes y la eficacia de las intervenciones, analizando datos longitudinales y mediante estudios de casos, que usaron métodos cualitativos como entrevistas y grupos focales.

En general, los equipos de investigación determinaron nuevos resultados, de gradientes sociales de salud, generalizados en Europa. Estos gradientes se observan toda lo largo de la vida, desde la concepción hasta la jubilación, pasando por la infancia, la vida laboral y la formación de una familia. Muestran que aquellos con condiciones menos privilegiadas presentan una salud mucho peor que aquellos con condiciones más privilegiadas. Además de los gradientes sociales de salud de toda una sociedad, se identificaron determinados grupos de población, con elevada vulnerabilidad y sujetos en desventaja múltiple y acumulada, con peor salud y con una necesidad, particularmente elevada, de ayuda.

Conclusiones

DRIVERS ha ampliado y evaluado la base de evidencia existente a través de una serie de revisiones sistemáticas y el análisis de nuevos datos. Basándose en los análisis descritos anteriormente, se pudo complementar investigaciones y recomendaciones de revisión de políticas previas y. Resultan especialmente importantes las recomendaciones de la Revisión europea de la OMS (1). Algunas de estas recomendaciones afectan directamente a las tres áreas de DRIVERS y han supuesto la base de las recomendaciones que aparecen más adelante. Con el fin de clarificar y de facilitar la consulta, se detallan en el Anexo C.

Una conclusión general de la investigación en las tres áreas de DRIVERS es que para mejorar la salud y reducir las desigualdades en materia de salud, todo el mundo debe poder acceder a servicios de alta calidad y de protección social. El objetivo debe ser que todos en toda Europa disfruten de unos primeros años de vida, de un trabajo y de unas condiciones de alta calidad de vida. Las políticas, las prácticas y los servicios deben ser universales y con un nivel de intensidad acorde a las necesidades sociales y de salud, incluido el apoyo personalizado para aquellos que lo necesiten. En resumen, deben ser “adecuados para el fin”. Deben realizarse acciones tempranas preventivas en cada etapa de la vida para que las personas puedan prosperar, con mejor salud y bienestar, en todos los segmentos de la sociedad a través de políticas adecuadas en su contexto y creadas sobre la base de activos sociales. En general, la prestación de servicios debe tener como objetivo ser “adecuada desde la primera vez”, de modo que evite la necesidad de intervenciones costosas en el futuro. Se necesitan enfoques intersectoriales y entre organizaciones para obtener el mejor uso de los recursos.

DRIVERS refuerza la idea de que muchas de las causas de la desigualdad en salud resultan potencialmente evitables, ya que están relacionadas con las condiciones de la vida cotidiana (las circunstancias en que se nace, crece, se vive, trabaja y envejece) y con las condiciones estructurales de una sociedad, lo cual produce condiciones de vida desiguales que afectan a las oportunidades de vivir una vida sana (3). Estos factores también contribuyen a la transmisión intergeneracional de desigualdades, así como de estilos de vida y conductas que afectan a la salud. Aparte de abordar estas estructuras y circunstancias de la vida cotidiana directamente, una respuesta política adecuada debe abordar sus consecuencias diferenciales en todos los grupos sociales y durante toda la vida. DRIVERS sugiere que debe conllevar acceso universal y abordar varias formas de desventaja.

Recomendaciones

El reto de reducir las desigualdades en salud solo puede superarse a través de respuestas políticas coherente, tanto en el conjunto de la sociedad como del gobierno (20). Como se ha mencionado anteriormente, hasta la fecha tan solo una minoría de estados miembros de la UE ha afrontado las desigualdades en salud a través de acciones intersectoriales explícitas (2). DRIVERS ha ampliado el conocimiento de las relaciones entre las tres áreas clave examinadas en el proyecto y ha identificado soluciones coherentes para la política y la práctica. También ha estudiado cómo mejorar la eficacia de la promoción de la equidad en salud, a fin de garantizar que las pruebas científicas sirvan de base para el desarrollo y la puesta en práctica de políticas.

Las recomendaciones se organizan en cuatro principios básicos:

1. Universalidad en el acceso,
2. Abordar las desventajas,
3. Tener en cuenta el contexto y respetar los derechos, y
4. Política basada en evidencias científicas.

Los dos primeros principios reflejan la necesidad de luchar contra los diferentes tipos de riesgos asociados con dos aspectos distintos de la desigualdad en salud, como son: el gradiente social general y las múltiples desigualdades sufridas por una parte más pequeña de la población. De este modo, resulta más probable alcanzar un universalismo proporcionado a través de un conjunto de programas diferentes que cubran estas dos dimensiones al mismo tiempo. Los dos últimos, por su parte, abordan temas relacionados con la puesta en práctica y la base de conocimientos de políticas y programas. En general, el objetivo es demostrar cómo están interrelacionadas las acciones en las distintas áreas y cómo producirán mayores beneficios a largo plazo durante toda la vida, cuando se aplican juntas como parte de una estrategia coherente y para toda la sociedad.

Universalidad de acceso

El acceso universal al bienestar y a servicios de alta calidad, en el curso de los primeros años de vida, y en el ámbito del empleo, ayuda a evitar las desigualdades y a promover la salud. Por ejemplo, la inversión en políticas a favor del mercado laboral deben mejorar las perspectivas de empleo para todos, a través de programas activos en pro del mercado laboral y

fomentando el trabajo de alta calidad. Por su parte, los servicios específicos resultan insuficientes para reducir las desigualdades en materia de salud y pueden convertirse fácilmente en servicios estigmatizantes: “servicios pobres para gente pobre”.

Recomendamos:

- Promocionar una prestación de servicios asequible y de alta calidad para el período prenatal y para los primeros años de vida, junto con políticas de empleo y servicios de apoyo familiar y para padres, a fin de ayudarles a combinar el trabajo con sus responsabilidades parentales.
- Elaborar un conjunto de medidas para promocionar el empleo justo, abordando las dificultades ligadas al empleo y relacionadas con el trabajo, las condiciones de estrés psicosocial en el entorno laboral y los riesgos laborales tradicionales.
- Garantizar la disponibilidad de trabajo y que los salarios proporcionen ingresos suficientes para una calidad de vida digna.
- Priorizar la protección social adecuada para personas y familias en las asignaciones presupuestarias y la fiscalidad.
- Aumentar la cobertura y la variedad de las prestaciones de protección social, y de las políticas activas a favor del mercado laboral para que todos, y sobre todo los más vulnerables y menos favorecidos, puedan beneficiarse de ello.

Abordar circunstancias desfavorecidas La exposición a las dificultades y a la acumulación de factores de protección (capacidades, dinero y otros recursos) a lo largo de la vida sigue un gradiente social. Por ejemplo, la ventaja social se asocia con una menor exposición a las dificultades y una mayor acumulación de factores de protección a lo largo de la vida. La transmisión intergeneracional de la desigualdad a los hijos es una pieza clave para estas desigualdades. Los individuos y los grupos que se enfrentan a múltiples desventajas y procesos de exclusión en sus vidas se convierten en personas especialmente vulnerables para padecer mala salud. Cuanto mayor sea el nivel de dificultad sufrido, mayor será también el esfuerzo necesario para alcanzar las oportunidades de vida que disfrutaban los grupos más favorecidos, y para superar los riesgos específicos no tratados adecuadamente por los sistemas universales. Las condiciones de los programas universales a menudo crean barreras que impiden el acceso a los grupos más vulnerables.

Recomendamos:

- Garantizar una educación y atención en los primeros años de vida que sea universal y prestada a niveles adaptados a la necesidad social, a fin de reducir las desigualdades sociales en materia de salud y de desarrollo de los menores; lo que incluye ofrecer servicios y apoyo personalizados cuando resulte oportuno.
- Identificar temprano a las familias en riesgo de peor salud, derivarlas a los servicios apropiados y realizar un esfuerzo especial por promover la inclusión social de los niños más vulnerables y en riesgo de exclusión.
- Aumentar la concentración de las intervenciones en el lugar de trabajo para mejorar los desequilibrios esfuerzo/recompensa y exigencia/control, con especial hincapié en las categorías profesionales inferiores, que son las más susceptibles de sufrir estrés psicosocial en el lugar de trabajo, en un contexto de economías modernas.
- Establecer servicios de salud laboral, con financiación pública, que tengan como prioridad a los grupos profesionales desatendidos y que sean independientes de los empleadores. Se incluye una integración cada vez mayor de trabajadores enfermos y discapacitados en el mundo laboral usando modelos basados en evidencias científicas.
- Garantizar que, en un sistema de cobertura universal de protección social, se ofrezcan diferentes tipos de apoyo a las personas, de acuerdo con el tipo y el nivel de riesgo que sufren. Se incluyen programas de transferencia de ingresos de diferentes tipos, tanto prestaciones contributivas, como de renta mínima, así como acceso a servicios sociales de alta calidad y programas activos del mercado laboral.
- Fomentar el acceso y el aprovechamiento de la protección social. Se incluye ofrecer apoyo a personas y grupos con necesidades complejas o con dificultades graves para acceder a la protección social a la cual tienen derecho. También implica garantizar que el personal de primera línea cuente con la formación necesaria para tratar a sus clientes de un modo adecuado y profesional.

Tener en cuenta el contexto y respetar los derechos

Europa es un continente de contextos muy diferentes, en relación, entre otros, con culturas y normas, estructuras sociales y geográficas, tipos de gobierno, y la prestación de apoyo y atención. Las personas están expuestas a una amplia variedad de condiciones y las oportunidades que disfrutan en su vida están determinadas por factores que van mucho más allá de los recursos que controlan directamente (comunidad, sociedad en general y factores transnacionales). Actúan, reaccionan y se adaptan a estos contextos de diferentes formas. Los

resultados de DRIVERS sugieren que las políticas e intervenciones deben adaptarse a estos contextos tan diferentes, a la vez que garantizan la conservación de los principios derivados de los estudios implicados (en particular, aquellos vinculados a la universalidad y a abordar las desventajas). Asimismo, resulta importante respetar los derechos y las necesidades de cada individuo para que sean tratados con respeto.

Recomendamos:

- Poner en práctica intervenciones, que han demostrado resultar efectivas en otros países, con adaptación a las condiciones del contexto local. Esta iniciativa requiere desarrollo y una evaluación sistemática para garantizar que la eficacia no se vea comprometida por estas adaptaciones.
- Garantizar que las intervenciones a nivel organizativo tomen un enfoque participativo, implicando a todos los agentes relevantes, a fin de que se oigan las voces de los más afectados. Se incluye formalizar la colaboración entre agentes, poniendo en práctica acuerdos voluntarios y estableciendo diferentes formas de diálogo social. Un prerequisite es un estilo de liderazgo basado en la participación y el diálogo.
- Elaborar y poner en práctica planes políticos en diferentes niveles, como el organizativo y el nacional, usando las guías disponibles, los resultados obtenidos y las experiencias de las personas afectadas.

Política basada en pruebas

Garantizar la calidad para todos exige políticas que recurran a los datos de numerosas fuentes diferentes y de distintos tipos de investigación, evaluación y supervisión. Exige también un enfoque plural hacia la investigación científica de alta calidad, siendo específica para el contexto europeo: recabar datos nacionales comparables de toda Europa, una evaluación rigurosa de la eficacia de las nuevas políticas e iniciativas, y controlar y revisar con regularidad las políticas y prácticas rutinarias.

Recomendamos:

Enfoque de la investigación

- Aumentar las capacidades para investigar las desigualdades en materia de salud donde actualmente existe escasez de datos (pero donde la necesidad de acción es aguda), o

donde éstos deben actualizarse para reflejar los cambios de la sociedad. En este momento, la escasez de datos se observa en aquellos países y en los grupos sociales que presentan mayor necesidad de intervención.

- Aumentar la financiación para la investigación comparativa entre países, especialmente a nivel europeo.
- Estudiar, en el contexto de los determinantes sociales de la salud, cómo las personas pueden usar sus recursos para controlar las condiciones en las que viven.
- Ampliar los criterios, para datos de salud pública, a un enfoque plural, que incluya una variedad de diseños de estudio apropiados para intervenciones y políticas a gran escala y que cubran a toda la población, especialmente estudios de cohortes de población y análisis multinivel.

Recogida de datos y métodos y evaluación

- Garantizar que el diseño, la realización de informes y la evaluación de las intervenciones cumplan con los mejores procedimientos disponibles en materia de proyectos y estadísticas para la investigación en ciencias sociales.
- Aumentar la inversión para mantener estudios de cohortes de nacimiento ajustados a largo plazo, a fin de comprender mejor la variación (entre países y regiones de la Unión Europea) en los efectos para toda la vida que tienen las condiciones de la infancia en los resultados de salud y desarrollo. Esta inversión sería análoga a la inversión actual en encuestas de población activa y encuestas de renta y estilos de vida.
- Hacer posible un enfoque combinado para el análisis de la protección social garantizando la disponibilidad de datos de calidad sobre acuerdos institucionales, gasto social, así como la gama completa de condiciones de vida individuales que constituyen los determinantes sociales de la salud a nivel individual.

Control y revisión

- Control de las condiciones adversas, sociales y laborales, y de sus efectos en la salud, con herramientas fiables por parte de todos los agentes implicados.
- Controlar rutinariamente y revisar con regularidad las políticas e intervenciones para reducir la problemática y reforzar la salud. Se incluye la valoración del uso de los modelos disponibles de buenas prácticas y la información sobre rendimiento de la

inversión en términos de beneficios tanto económicos como sociales, a fin de reforzar la justificación para poner en práctica políticas equitativas.

- Tener en consideración la equidad en todas las actividades de control y revisión.

Aumentar el aprovechamiento de las recomendaciones

Durante el proyecto, DRIVERS ha estudiado cómo pueden aprovecharse mejor los datos, para que sirvan de base para el diseño y la puesta en práctica de políticas (21, 22). Los defensores deben:

- Usar diferentes tipos de datos, tanto cuantitativos como cualitativos, que puedan atraer a diferentes públicos destinatarios (p. ej., los medios de comunicación, el público general, diferentes sectores políticos, etc.) o responder a las diferentes preguntas de la investigación (p. ej., relación, causalidad, elementos prácticos relacionados con la puesta en práctica de políticas y servicios) relacionadas con mejorar la equidad en materia de salud.
- Usar las buenas prácticas establecidas como parte de la transferencia de conocimientos, como simplificar el lenguaje y los conceptos, concentrarse en soluciones en lugar de en problemas y limitaciones; así como fomentar los contactos entre políticos e investigadores, a fin de aumentar la eficacia de las actividades de promoción.
- Reconocer las posibles acciones de promoción que pueden desempeñar una amplia variedad de agentes diferentes, incluidos científicos, médicos, sociedad civil e individuos afectados, organizaciones de defensa, políticos, empleadores y medios de comunicación.
- Encontrar objetivos de compromiso o beneficiosos para todos en relación con los determinantes sociales de la salud en consulta con los sectores implicados, ya que resulta necesario para el éxito de la cooperación intersectorial. Este punto significa que el objetivo probablemente sea una mejora de un determinante social concreto de la salud, en lugar de la salud *per se*.
- Adaptar los mensajes usados en las actividades de promoción al objetivo y contexto. Estos mensajes pueden incluir la salud como valor en sí mismo, la justicia social, el desarrollo sostenible, los derechos humanos, diferentes argumentos económicos o incluso atraer el interés de grupos concretos.

- Trabajar con una perspectiva a más largo plazo para superar barreras que dificultan la puesta en práctica de políticas que mejorarían la equidad en materia de salud. Puede incluir formación en promoción y comunicación para profesiones sanitarias, investigación con comunidades desfavorecidas en el ámbito académico y aumento del conocimiento y de la concienciación pública en relación con los determinantes sociales de la salud.

Sobre estos puntos, DRIVERS ha preparado varios documentos de políticas para su uso por parte de los que llevan a cabo abogacía, con el objeto de impulsar la agenda política en las tres áreas de interés principales. Estos documentos se encuentran disponibles en la página web (6), junto con enlaces a todos los artículos publicados en revistas revisadas por pares, informes de síntesis de estudios de casos y los informes finales públicos del trabajo científico realizado sobre el desarrollo en la primera infancia, las condiciones de empleo y laborales y la renta y la protección social.

Bibliografía

1. OMS. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: Final report. 2014.
2. Marmot M et al. Health inequalities in the EU: final report of a consortium. Bruselas: Comisión Europea, 2013.
3. Comisión sobre determinantes sociales de la salud de la OMS. Closing the gap in a Generation. Health equity through action on the social determinants of health. Informe final. Ginebra: 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. Londres: 2010.
5. Comisión Europea. Social determinants and health inequalities. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/commission_communication/index_en.htm.
6. Sitio web de DRIVERS. Disponible en: <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. Londres: 2014. Disponible en: <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. *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. *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*.
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. Disponible en: <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. *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. *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? *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. Estocolmo: 2014. Disponible en: <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. *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. *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. *Soc Sci Med*. 2014(112):63-71.
19. Morrison J et al. DRIVERS Final case studies report. Department of Epidemiology and Public Health, University College London. Londres: 2014.
20. WHO. Governance for health in the 21st Century. Ginebra: 2013.
21. Farrer L, Marinetti C, Kuipers Y, Costongs C. Advocacy for health equity: A synthesis review Submitted to *Milbank Q*. 2015.
22. Farrer L, Marinetti C. Advocacy for Health Equity: Case Studies Synthesis Report. EuroHealthNet. Bruselas: 2015.

DRIVERS (2012-2015) es un proyecto de investigación financiado por el Séptimo Programa Marco de la UE. El principal objetivo del proyecto es profundizar en el conocimiento de las relaciones entre algunos de los factores clave que influyen en la salud a lo largo de la vida de una persona (primera infancia, empleo y renta y protección social) y encontrar soluciones para mejorar la salud y reducir las desigualdades existentes en este ámbito.

La investigación la ha emprendido un consorcio que incluye centros de investigación líderes y organizaciones que representan al sector de la sanidad pública, de la sociedad civil y al empresarial. El proyecto está coordinado por EuroHealthNet.

