

Addressing Inequalities Interventions in Regions

Reducir las desigualdades en salud desde los entornos de Atención Primaria en las regiones



Editorial

Aunque las desigualdades en salud siguen aumentando, los gobiernos nacionales o regionales todavía no han adoptado todas las medidas posibles para abordar este grave problema social y de salud pública. A pesar del aumento constante del gasto sanitario y de las importantes reformas sanitarias efectuadas, las desigualdades siguen estando muy presentes en los países europeos. Hay una necesidad urgente de ofrecer soluciones y garantizar a toda la ciudadanía el acceso a la salud y a la atención sanitaria. Los responsables políticos tienen el doble deber de tener en cuenta los aspectos relacionados con la salud en todas las políticas que diseñen y de implementar, con el apoyo de la comunidad científica, soluciones eficientes.

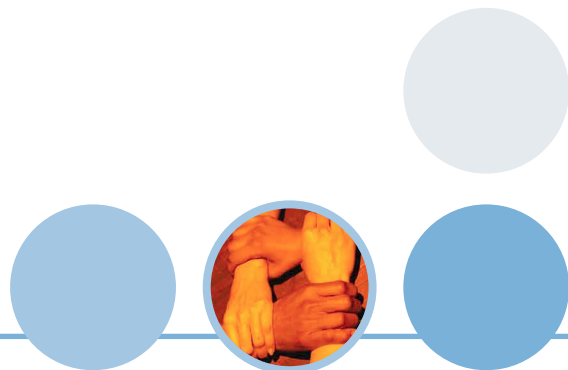
Las autoridades sanitarias han resaltado la importancia de la asistencia primaria para mejorar la salud de los ciudadanos y las ciudadanas y su papel clave en la lucha contra las desigualdades en materia de salud. La promoción de la salud, la prevención y las nuevas organizaciones sanitarias son la llave que nos permitirá desarrollar acciones innovadoras y eficientes a la vez.

El proyecto de investigación AIR aporta herramientas e información sobre sistemas, políticas e intervenciones en materia de salud que contribuyen de manera efectiva a reducir las desigualdades en salud en las regiones europeas. Estos resultados forman parte de la construcción de una base de datos europea de acciones y políticas destinadas a reducir las desigualdades de salud en entornos de atención primaria. Esta base de datos debería ayudar tanto a actores como responsables políticos a realizar nuevas intervenciones o a mejorar las actuaciones que ya estén en marcha en sus territorios.

*Solange Ménival,
Vicepresidente responsable de carreras en los campos de la salud, la sanidad y los asuntos sociales del Consejo Regional de Aquitania
Rachid Salmi,
coordinador científico y Director de la Escuela de Salud Pública de Burdeos*

Índice

1. Addressing Inequalities Interventions in Regions	7
2. Revisión de la literatura	8
3. Identificación de las intervenciones	9
4. Selección y análisis de las intervenciones	10
5. Cinco intervenciones ilustrativas	11
6. Resumen de las principales conclusiones	16
7. Recomendaciones	18
8. Conclusión final y perspectivas	19



1. Addressing Inequalities Interventions in Regions

El proyecto AIR (Addressing Inequalities Interventions in Regions) tiene como objetivo aportar evidencia de cuáles son las mejores formas de reducir las desigualdades en salud desde entornos de atención primaria a los responsables políticos.

Actualmente, las desigualdades en salud están aumentando, y afectan cada vez a más personas y poblaciones desfavorecidas. Reducir las desigualdades en salud supone un gran reto para todos los países europeos y es también una de las prioridades de los programas de salud de la Unión Europea. El proyecto AIR, Addressing Inequalities Interventions in Regions, arrancó en noviembre de 2009 con un objetivo muy concreto: ayudar a los responsables políticos europeos, regionales y locales a desarrollar sus políticas sanitarias con el fin de reducir las desigualdades en salud desde entornos de atención primaria. Con el liderazgo del Consejo Regional de Aquitania, el proyecto AIR se desarrolló en estrecha colaboración con los socios de la red ENRICH y otros expertos de varios centros de investigación e instituciones sanitarias. Un total de 31 socios de 15 países europeos trabajaron juntos para identificar prácticas y políticas desarrolladas para reducir las desigualdades en los entornos de atención primaria de las regiones de Europa. El proyecto AIR presenta ejemplos de intervenciones dirigidas a reducir las desigualdades en salud desde la atención primaria, tomando en consideración su eficiencia, su coste y la población a la que van dirigidas. Asimismo, también ofrece recomendaciones a los responsables de la toma de decisiones y a los profesionales de la salud. Los resultados del proyecto contribuirán significativamente a reducir las desigualdades en salud desde entornos de atención primaria en todas las regiones de Europa.

2. Revisión de la literatura

La primera fase del proyecto AIR fue realizar una revisión sistemática de la literatura existente sobre las intervenciones ligadas a los entornos de atención primaria para reducir las desigualdades en salud que hubiesen sido evaluadas.

Se seleccionaron 123 artículos de Medline, las bases de datos de la Cochrane Library, los sitios web de Health Policy Monitor y Determine, las publicaciones de Nber y el informe Eurothine, que cumplieran el doble requisito de haber sido publicados después del año 2000 y contener una evaluación cuantitativa de una intervención en la atención primaria en forma de medidas procedimentales u orientadas a obtener resultados sanitarios entre varios grupos socioeconómicos. Las intervenciones en la atención primaria pueden estar relacionadas con los servicios de atención primaria (es decir, el acceso a los servicios sanitarios y de prevención de enfermedades comunes, la atención materna, etc.) o con su organización (es decir, el primer contacto, la prestación de una atención completa y coordinada, etc.).

Se analizaron 107 intervenciones evaluadas para elaborar una tipología. El proyecto identificó tres tipos generales de intervenciones: las que buscan fomentar la salud en el entorno de la comunidad; las orientadas a mejorar el acceso a la sanidad desde un punto de vista financiero, ya sea ofreciendo seguros médicos gratuitos o subvencionados; y las dirigidas a la organización de la atención sanitaria. El 74% de estas intervenciones consiguieron reducir las desigualdades en salud, con unos resultados comparables entre los tres tipos de intervenciones.

Las intervenciones en la atención primaria pueden ayudar a reducir las desigualdades socioeconómicas en materia de salud. Mejorar el acceso a la sanidad desde un punto de vista financiero aumenta el uso de la asistencia sanitaria y la salud de la comunidad. El acceso universal a la sanidad debería complementarse con intervenciones de promoción de la salud a medida y adaptadas culturalmente, lideradas por educadores de su misma cultura o comunidad. Las intervenciones «paraguas» pueden proporcionar un marco para implementar varias intervenciones de promoción de la salud conjuntamente. Finalmente, las intervenciones ligadas a la organización de la asistencia sanitaria, como la gestión del trabajo en equipo o de las enfermedades, pueden reducir notablemente las desigualdades en salud.



3. Identificación de las intervenciones

La segunda parte del proyecto AIR fue llevar a cabo una encuesta. El objetivo de la encuesta fue recopilar información sobre todas las intervenciones que contribuyan a reducir las desigualdades en salud en las regiones europeas a través de los entornos de atención primaria, o a través de políticas implementadas a escala nacional, regional o local. Se recibieron un total de 47 cuestionarios de 21 países europeos, que aportaron información sobre 90 intervenciones regionales diferentes.

Una tercera parte de los encuestados afirmaron ser parte activa de una estrategia nacional centrada en reducir las desigualdades en salud, mientras que el 46% afirmaron que la estrategia sanitaria de su país incluye la reducción de las desigualdades en salud entre sus prioridades. Una cuarta parte de las regiones indicaron la presencia de una estrategia regional específica para reducir las desigualdades en salud, y el 67% de los encuestados afirmaron que la estrategia sanitaria regional persigue reducir las desigualdades en materia de salud. Asimismo, el 78% de los encuestados consideraron que la educación, las intervenciones vinculadas con la edad y las intervenciones centradas en grupos desfavorecidos contribuyen a reducir las desigualdades en salud.

En relación con las acciones implementadas en las estrategias regionales, las relacionadas con la prevención y la promoción de la salud se consideran las iniciativas más efectivas (99%), seguidas de las ligadas a la organización de la asistencia sanitaria (82%), las vinculadas a la financiación (71%) y las dedicadas a mejorar el acceso a la atención sanitaria (67%).

Los resultados del primer cuestionario pusieron de relieve la creciente consciencia, tanto a escala nacional como regional, de la existencia de desigualdades en materia de salud, así como un mayor interés por actuar a nivel regional. Otros indicadores positivos de la encuesta fueron la fuerte cooperación intersectorial (entre el sector educativo y los servicios sociales) y el papel positivo que juega la atención primaria, especialmente en la promoción de la salud. El hecho de recopilar 90 intervenciones para reducir las desigualdades en salud a nivel regional también podría haber aportado una buena perspectiva de las iniciativas e intervenciones a escala local y regional, reflejando la preocupación de los gobiernos por actuar. Sin embargo, la encuesta puso de manifiesto una cierta debilidad en la evaluación del impacto de las intervenciones dirigidas a reducir las desigualdades, así como la dificultad de tener una visión clara e integrada de las diferentes estrategias y resultados a nivel nacional y regional. En conclusión, los responsables políticos y los profesionales de la salud, por un lado, y los investigadores, por el otro, tienen que reducir las lagunas que todavía hay entre la evidencia, el conocimiento y la concienciación de las desigualdades de acceso a los servicios sanitarios.

4. Selección y análisis de las intervenciones

La tercera fase del proyecto supuso preparar un segundo cuestionario, con el objetivo de ampliar la información sobre las intervenciones identificadas por la primera encuesta para poder analizar las intervenciones en profundidad. Para ello, una serie de personas expertas evaluadoras analizaron y estudiaron estas intervenciones de acuerdo con una serie de criterios diseñados para medir su efectividad y calidad, entre otras características, con el fin de desarrollar un catálogo de «prácticas ilustrativas» y recomendaciones.

Esta segunda encuesta contenía información del contexto de las intervenciones, las características del público objetivo de la intervención, las características descriptivas de las intervenciones y cualquier documentación adicional necesaria. Las preguntas se diseñaron específicamente para evaluar las intervenciones en base a los siguientes criterios: relevancia, adecuación, campo de aplicación, innovación, garantías de calidad, suficiencia de los recursos, efectividad de los procesos, efectividad en los resultados y capacidad de integración.

Se analizaron un total de 46 intervenciones efectuadas en 16 países y 20 regiones de Europa. Las intervenciones iban principalmente dirigidas a población de ambos sexos, sin centrarse en ningún grupo de edad específico (41%). Se llegó a población de entornos rurales y urbanos casi por igual, siendo la presencia de condiciones socioeconómicas desfavorables y de áreas desfavorecidas los parámetros más utilizados para definir a quién se dirigirían las iniciativas. Pocas intervenciones buscaban reducir la desigualdad influyendo en factores socioeconómicos estructurales. Los servicios de atención primaria no solo participan activamente, sino que suponen el contexto en el que se están desarrollando la mayoría de intervenciones actualmente en marcha (74%). Cabe destacar también la implicación, entre otros, del sector educativo. En la mayoría de casos, se llevó a cabo un análisis antes de intervenir para identificar las necesidades de la población (87%). La metodología empleada para diseñar estas acciones y actividades se ha basado más a menudo en métodos informales de revisión de la literatura y consultas a personas expertas que en métodos más formales.

El concepto de multidisciplinariedad se entendió, por lo general, de manera limitada. Solo cinco de las 46 intervenciones incorporaron a especialistas en ciencias sociales (antropología, sociología, politología) en el equipo, y pocos más incorporaron a profesorado, economistas, periodistas o abogados. Las encuestas aportaron datos sobre innovaciones en dos áreas: nuevas formas de trabajar y actividades específicamente desarrolladas para la intervención.

El 80% de las respuestas afirmaron que se hizo un seguimiento de las intervenciones. Solo en la mitad de los casos se elaboró un informe detallado de este seguimiento. Únicamente en tres casos se han detectado efectos secundarios no deseados durante la implementación de las intervenciones. El número de casos de efectos inesperados fue superior (10 intervenciones), y la mayoría de ellos fueron positivos.

Las tres conclusiones en las que se hizo más hincapié fueron la importancia de la cooperación entre instituciones y organizaciones, la implicación y la motivación de los profesionales y la necesidad de escuchar las necesidades de las personas e instituciones y de adaptar las intervenciones al contexto.



5. Cinco intervenciones ilustrativas

Una vez analizadas las intervenciones, cada una de ellas fue evaluada por dos personas expertas diferentes, que las puntuaron en base a unos criterios definidos de antemano. Como consecuencia del análisis y la evaluación de las intervenciones, se escogieron las 5 intervenciones más ilustrativas para presentarlas en la conferencia final del proyecto, celebrada el 19 de abril de 2012 en Budapest.

Red de acción contra las drogas en una comunidad local. Proyecto piloto de Korcula. Condado de Dubrovnik-Neretva. Croacia.

Población a la que se dirige

Jóvenes estudiantes de 12 a 18 años de la Isla de Korcula.

Objetivo

Reducir el consumo de drogas entre los jóvenes.

Actividades

- Análisis de situación y planificación estratégica.
- Servicios de atención primaria: educación, mesas redondas, talleres y reuniones.
- Otros servicios de salud para tratamientos a personas con adicciones a las drogas: apertura de nuevos centros de asesoramiento con personal médico con licencia para tratamientos de sustitución. Realización de difusión mediante mesas redondas, debates públicos, visitas de personas ex adictas, etc.
- Escuelas: conferencias, talleres, grupos de discusión, exposiciones, obras de teatro para la infancia, exposiciones y debates públicos para los padres.
- La comunidad local: Fundación de DWG (Grupo de trabajo para las drogas), educación a través de conferencias y talleres y reuniones periódicas con los alcaldes y políticos locales. Control de la venta de alcohol a niños jóvenes menores de 18 años, control de tráfico de drogas y control de los menores que pasan la noche fuera sin control parental.
- Evaluación.

Contacto

Instituto de Salud Pública del Condado de Dubrovnik-Neretva
Correo electrónico: pavici@net.hr; karmen.kmetovic-prkacin@zzjzdnz.hr

Intervenciones para que personas con enfermedades mentales y personas privadas de libertad dejen de fumar. Andalucía. España.

Población a la que se dirige

Personas internas en centros penitenciarios, personas con trastornos mentales graves residentes en centros especiales y casas de acogida, comunidades terapéuticas, centros de tratamiento ambulatorio a medio y largo plazo y unidades hospitalarias.

Objetivo

Estandarizar el tratamiento contra el tabaquismo para colectivos en posición desfavorecida y diseñar e implementar un modelo específico de intervención para que internos de centros penitenciarios y personas con trastornos mentales graves dejen de fumar.

Actividades

- Acuerdos de colaboración con directores de instituciones.
- Análisis situacional: encuesta sobre el consumo de tabaco.
- Sensibilizar a directores, profesionales y al resto de la población institucional de los problemas provocados por el consumo de tabaco y la presencia de humo de tabaco en el ambiente y ayudar a que las personas desfavorecidas que residen en estos centros dejen de fumar.
- Programa de formación para los profesionales involucrados.
- Organización de servicios para ayudar a dejar el tabaco destinados a todas las personas implicadas.
- Evaluación.

Contacto

Secretaría General de Salud Pública, Consejería de Salud, Junta de Andalucía
Correo electrónico: maria.p.mesa.sspa@juntadeandalucia.es



Prevención y control del VIH/sida. Algarve. Portugal.

Población a la que se dirige

Minorías sexuales, personas internas en centros penitenciarios y trabajadores/-as sexuales.

Objetivo

Desarrollar actividades de asesoramiento, prevención y detección precoz de infecciones por el VIH destinadas a las poblaciones más vulnerables y con dificultades para acceder a servicios formales de asistencia sanitaria, así como a la población en general, utilizando para ello las instalaciones de las instituciones colaboradoras o unidades móviles. Los objetivos: fomentar la concienciación sobre el estado serológico de la infección por el VIH, garantizar la pronta derivación a una consulta hospitalaria especializada siempre que sea necesario, impedir la transmisión del VIH y contribuir a la aceptación social de las personas afectadas.

Actividades

Hay un centro (CAD) que proporciona orientación y servicios de detección de infecciones de forma anónima, gratuita y confidencial. El CAD sirve también de apoyo para desarrollar actividades en la comunidad, garantizar la formación continuada y ofrecer servicios de consultoría técnica a los profesionales de los diferentes equipos, realizar pruebas rápidas y suministrar material. Ya sea utilizando unidades móviles o en sus propias instalaciones, la iniciativa incluye actividades de orientación, servicios de detección (prueba rápida) y la distribución de materiales informativos y profilácticos, dentro de un horario programado y en asociación con varias instituciones y ONG, y está orientada a internos en prisiones, trabajadores/-as sexuales (tanto en contextos callejeros y como en apartamentos privados) e inmigrantes (en las zonas en las que viven o socializan más habitualmente), además de estar presente en universidades, centros comerciales y centros de salud. Estas actividades se refuerzan durante los meses de verano y en el Día Mundial del SIDA, integrándose en campañas informativas. Asimismo, se produce material informativo.

Contacto

Administración Regional de Salud del Algarve
Correo electrónico: svrcra@arsalgarve.min-saude.pt

Programa regional de salud y nutrición para niños y adolescentes. Aquitania. Francia.

Población a la que se dirige

Menores de 18 años de la región de Aquitania, en los entornos educativo, familiar y sanitario.

Objetivo

Objetivo general: frenar el aumento del número de menores con sobrepeso, aumentar el consumo de frutas y verduras y fomentar el ejercicio físico.

Objetivos específicos: optimizar la pronta detección del sobrepeso en los niños, mejorar las costumbres alimentarias e implementar actividades de educación sanitaria en las escuelas.

Actividades

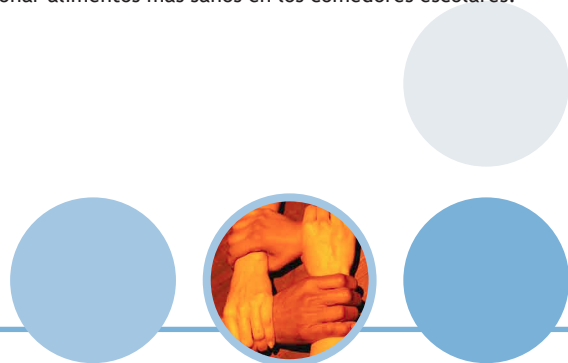
Actividades de educación sanitaria dirigidas a niños y adolescentes (jóvenes).

Formación de maestros, profesores y empleados de los comedores escolares. Actividades para informar y sensibilizar al personal sanitario de las instituciones dependientes del servicio nacional de educación (enfermeras y médicos escolares) de la importancia de detectar con prontitud los casos de sobrepeso u obesidad entre los alumnos.

Iniciativas de formación en el uso de herramientas de detección comunes y de eficiencia probada. Acciones y formación orientadas a sensibilizar a las autoridades locales y territoriales de la importancia de proporcionar alimentos más sanos en los comedores escolares. Acciones orientadas a sensibilizar al público en general.

Contacto

Hospital Universitario y Escuela de Salud Pública de Burdeos, Répop
Correo electrónico: helene.thibault@isped.u-bordeaux2.fr






Plan promotion santé 2010- 2012 de la provincia de Hainaut. Bélgica.

Población a la que se dirige

Toda la población de la provincia de Hainaut.

Objetivo



Reducir las desigualdades sociales en materia de salud entre una población con una tasa especialmente elevada de enfermedades crónicas, colaborando con socios de otros sectores y creando las condiciones más favorables para la salud a través de actuaciones accesibles y adaptadas a las necesidades de todos los ciudadanos, así como seguir adelante con el trabajo de sensibilizar y movilizar a la sociedad.

Actividades

Se han programado 105 actividades en los campos de la información sanitaria y la vigilancia de la salud, el control sanitario, la movilización social, el seguimiento de programas de alcance local, la formación, la educación sanitaria, la producción de materiales (folletos, exposiciones, animación de grupos), la creación de redes, los medios de comunicación de masas, las comunicaciones e incluso las campañas de presión.

Contacto

Observatoire de la Santé du Hainaut
Correo electrónico: observatoire.sante@hainaut.be

6. Resumen de las principales conclusiones del proyecto AIR

El proyecto AIR se centra en intervenciones para reducir las desigualdades desde entornos de atención primaria en las regiones de Europa, partiendo de la base de que se pueden implementar muchas acciones de prevención y promoción de la salud a escala regional y a través de proveedores de atención primaria. De hecho, entre los valores centrales de la atención primaria destaca el de garantizar el acceso en condiciones de igualdad a una atención sanitaria adaptada a las necesidades de cada persona, por lo que incorporan de manera explícita el objetivo de reducir las desigualdades en salud.

Desde el final de la Segunda Guerra Mundial, los países europeos han hecho realidad este objetivo por varias vías, como el acceso universal a la sanidad y dando respuesta a las necesidades básicas de sus poblaciones. En línea con la creciente sensibilización con el tema de las desigualdades en salud, muchas políticas de salud nacionales, regionales y locales incorporan el objetivo de reducir las desigualdades.

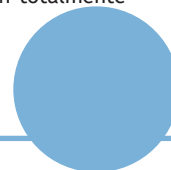
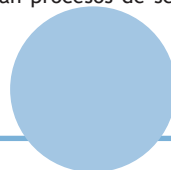
La mayor parte de regiones dan prioridad a la promoción de la salud y a las intervenciones centradas en los grupos más desfavorecidos. No obstante, la coordinación y la integración de las estrategias a escala nacional y regional son todavía limitadas. Asimismo, las prioridades se quedan a menudo en buenas intenciones, y no siempre se traducen en proyectos específicos. Las políticas e intervenciones raramente se evalúan.

La mayoría de intervenciones se realizan a escala local, lo que genera la duda de cómo ampliar su alcance para que lleguen a todas las poblaciones afectadas por el problema que se quiere erradicar.

Evaluación de las intervenciones e investigación para la reducción de las desigualdades en salud

La mayoría de publicaciones científicas que hablan de intervenciones para reducir las desigualdades en salud en el marco de la atención primaria provienen de Estados Unidos; muy pocas de ellas se realizan en Europa. De las experiencias e intervenciones estudiadas en publicaciones científicas e identificadas en las encuestas del proyecto AIR, muy pocas se centran en el papel de los profesionales de la salud en el marco de la atención primaria, incluida su distribución geográfica y su impacto en las desigualdades en materia de salud.

Muy pocas de las intervenciones identificadas en las encuestas de AIR incorporan procesos de seguimiento y evaluación totalmente desarrollados y científicamente documentados, incluida la difusión de los resultados. En los casos en los que sí existe o hay planeado un sistema de evaluación, a menudo no se basa en planteamientos formalizados y metódicos, y muy raramente evalúa el impacto de la intervención.



Conocimiento sobre intervenciones efectivas, factores facilitadores y barreras

- A pesar de que el género es uno de los principales ejes de desigualdad en la mayoría de sociedades, el enfoque de género apenas se ha tenido en cuenta en las intervenciones identificadas.
- Las intervenciones de promoción de la salud centradas en las desigualdades podrán ser efectivas siempre que los miembros de la comunidad a las que van dirigidas se impliquen activamente en la tarea de garantizar que las intervenciones se adapten a las culturas de los interesados y que haya mediadores procedentes de la propia comunidad.
- La gestión de enfermedades y la atención médica administrada no parecen tener un impacto directo en las desigualdades en salud.
- Las intervenciones financieras para facilitar el acceso a la asistencia sanitaria pueden reducir las desigualdades de acceso, pero no han demostrado tener efectos positivos sobre los factores de riesgo. Además, la asistencia prestada a estas personas puede no ser de la misma calidad.
- Muy pocas políticas vinculan las intervenciones específicamente dirigidas a reducir las desigualdades en salud con las actuaciones generales para mitigar factores socioeconómicos estructurales, como las políticas de vivienda, empleo o fiscales.
- Las intervenciones más ilustrativas e innovadoras son aquellas en las que, desde el primer momento, colaboran actores de organizaciones, sectores y disciplinas que no están acostumbrados a trabajar juntos. Aunque la colaboración multidisciplinaria y multisectorial son otros importantes factores que facilitan el éxito de las iniciativas, la implicación de sectores distintos al sanitario es escasa. Pocas veces había médicos de atención primaria directamente implicados en las intervenciones identificadas.
- La mayoría de intervenciones indican una cierta implicación de las poblaciones a las que van destinadas en el momento de evaluar las necesidades para facilitar el diseño y la evaluación de la intervención, pero muchas de ellas no involucran directamente a los beneficiarios finales. Muchas intervenciones no emplean métodos formales para llevar a cabo esta evaluación de las necesidades.
 - Las principales barreras identificadas son la falta de recursos humanos, técnicos y económicos, las reticencias de instituciones y profesionales y el hecho de no tener en cuenta las características culturales y socioeconómicas de la población a la que van destinadas las intervenciones.
- Entre los factores facilitadores clave identificados destacan la implicación de mediadores culturales y lingüísticos, así como del sector educativo, de los principales sectores socioeconómicos y de la comunidad investigadora. Por su parte, el apoyo institucional y político también facilitan el éxito de las iniciativas.

7. Recomendaciones

- Dado que la mayoría de factores determinantes de la salud y de las desigualdades en materia de salud no son intrínsecos al sector sanitario y tienen sus raíces en las desigualdades sociales y económicas, es de vital importancia adoptar el enfoque de «La salud en todas las políticas» para luchar con éxito contra las desigualdades.
- Las políticas y las intervenciones, incluidos los instrumentos financieros, deberían tener en cuenta las necesidades socioeconómicas de las poblaciones desfavorecidas y no deberían centrarse únicamente en el acceso a la asistencia sanitaria o en la promoción de la salud.
- Las políticas nacionales, regionales y locales de reducción de las desigualdades en salud deberían incorporar enfoques específicos, como visitas informativas a los hogares de los interesados, la presencia de mediadores culturales y el aumento de la sensibilización de los actores, con el fin de llegar mejor a las poblaciones destinatarias de las medidas a través de la atención primaria.
- Las intervenciones destinadas a reducir las desigualdades en salud siempre deberían basarse en una minuciosa valoración de las necesidades. En esta valoración deberían implicarse representantes de la población destinataria, para así ayudar a adaptar el contenido y los medios de la intervención a las características sociales y culturales específicas. Todos los actores, organizaciones, sectores y disciplinas relevantes, incluidos los científicos evaluadores, deberían implicarse en los proyectos desde sus inicios.
- La planificación de las intervenciones siempre debería basarse en una estimación minuciosa y realista de los recursos necesarios para cumplir con los objetivos marcados. Los recursos disponibles también deberían cubrir los costes derivados de un plan de seguimiento y evaluación adecuado.
- Reducir el alcance de una intervención para adaptarse a los recursos disponibles puede agravar las desigualdades y desperdiciar recursos si no se pueden cumplir los objetivos.
- Dado que los recursos normalmente serán limitados, lo más adecuado es centrarse en intervenciones cuya efectividad se ha demostrado científicamente, o desarrollar la experimentación de nuevas intervenciones.
- Creemos que la falta de evidencia específica no debería suponer una amenaza para la idea de desarrollar iniciativas en entornos de atención primaria a escala local para reducir las desigualdades en materia de salud, sino que debería invitar a seguir experimentando.
- La tarea de traducir la voluntad política, expresada en forma de políticas nacionales o regionales, en recursos adecuados para cumplir con los objetivos, recae en los responsables políticos y en el sector público. Deberían buscarse recursos adicionales de otros sectores, aunque el sector público debería mantener el liderazgo.
- Los dirigentes y responsables políticos a todos los niveles -nacional, regional y local- deben ser conscientes de la lentitud y de las limitaciones de los efectos de estas intervenciones y del tiempo que debe pasar para hacer una evaluación sólida. Las intervenciones normalmente avanzan paso a paso y deben protegerse de las expectativas de obtener resultados rápidos y de la excesiva inmediatez de las agendas políticas.
- Dada la creciente carga que suponen las enfermedades crónicas y los riesgos relacionados con las conductas de riesgo, existe una necesidad urgente de seguir investigando el papel y la efectividad de la atención primaria a la hora de hacer frente a las desigualdades en salud en Europa. Sin embargo, para reducir estas desigualdades en la Unión Europea, se deberán destinar recursos específicos a desarrollar capacidades, de modo que los Estados miembros, las regiones y los actores locales puedan desarrollar mejores intervenciones, implementarlas y evaluarlas. Finalmente, también es necesario invitar a los actores implicados a aumentar el esfuerzo de difusión de la información relacionada con las intervenciones y los resultados de sus evaluaciones.





8. Conclusión final

Los valores centrales de la atención primaria, definidas en la Declaración de Alma-Ata de 1978 y el informe de la OMS de 2008, incluyen, de manera explícita, el objetivo de reducir las desigualdades en salud. En el contexto actual de crisis económica y recortes en los presupuestos de sanidad, la cobertura universal y el acceso a la atención primaria son, ahora más que nunca, la clave para limitar el aumento de las desigualdades en materia de salud. Sin embargo, el control de la derivación de pacientes, la asistencia gratuita, los copagos más bajos y la accesibilidad geográfica a los servicios prestados en el marco de la atención primaria requieren voluntad política, tanto a escala nacional como regional.

Los responsables políticos tienen la doble obligación moral de tener en cuenta los aspectos relacionados con la salud independientemente del tipo de política que desarrollen (economía, medio ambiente, educación, social, etc.) y de actuar para evitar que se agraven las desigualdades en salud.

Los asociados

- CRA: Consejo Regional de Aquitania, Francia.
- IRDES: Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, Francia.
- MeS: Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, Italia.
- EASP: Escuela Andaluza de Salud Pública, España.
- HS: Hainaut Santé, Bélgica.
- DEKUT: Dekut Debreceni Kutatasfejlesztési Debrecen, Hungría.
- UVSB2: Université Bordeaux Segalen / ISPED: Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement, Francia.
- DPHEM: Department of Health Nottingham/NHS East Midlands, Reino Unido.
- UCY: Universidad de Chipre, Chipre.
- ResearchLink: ResearchLink sprl, Bélgica.
- DUNEА: Agencia de Desarrollo Regional del Condado de Dubrovnik-Neretva, Croacia.
- PEHRG: Grupo de investigación sobre pobreza, equidad y salud - Universidad de Perugia Terni, Italia.
- URIT: Región de Umbria - Perugia, Italia.
- RT: Región de la Toscana - Florencia, Italia.
- GEORAMA: ONG Georama, Grecia.

Los socios colaboradores

- Consejo del Condado de Gävleborg, Suecia.
- EUPHA: Asociación Europea de Salud Pública, Países Bajos.
- ARS Aquitaine: Agence Régionale de Santé d'Aquitaine, Francia.
- Lincolnshire Primary Care Trust, Reino Unido.
- SAS: Servicio Andaluz de Salud, España.
- URPS: Union Régionale des Professionnels de Santé d'Aquitaine, Francia.
- Leicestershire County and Rutland PCT, Reino Unido.
- Consejo del Condado de Leicester, Reino Unido.
- Universidad de Debrecen, Hungría.
- MS-LSA: Ministerio de Salud y Asuntos Sociales de Sajonia-Anhalt, Alemania.
- UOMS: Universidad de Ciencias Aplicadas de Magdeburg-Stendal, Alemania.
- CSJA: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, España.
- RUBSI: Centro de investigaciones sobre el comportamiento y asuntos sociales, Chipre.
- JP11: Hospital Juan Pablo II de Cracovia, Polonia.
- MSP: Ministerio de Sanidad, Tercera Edad y Atención Comunitaria, Malta.
- ARS Algarve: Administração Regional de Saúde do Algarve, IP, Portugal.



Más información:

<http://www.air.healthinequalities.eu/>

Solange MENIVAL,
Vicepresidente responsable de carreras en los campos de la salud, la sanidad
y los asuntos sociales del Consejo Regional de Aquitania
solange.menival@aquitaine.fr
Ewelina PIZNAL: ewelina.piznal@aquitaine.fr