



Determinants socials de la salut i desigualtat en l'accés a l'atenció sanitària: anàlisi per identificar barreres socioeconòmiques a Andorra



Cristina FERNÁNDEZ-FARINA

Resum:

Aquest article aborda la relació entre els determinants socials de la salut i l'accés als serveis d'atenció sanitària, així com les possibles polítiques que tenen l'objectiu de reduir les desigualtats socials en salut de la població. Prèviament, es repassen els conceptes clau i el model sobre els determinants socials en salut de la Comissió dels Determinants Socials de la Salut de l'Organització Mundial de la Salut (OMS).

La metodologia emprada en aquesta aproximació es fonamenta en l'examen de la literatura d'accés obert específica sobre aquest tema.

El resultat d'aquest treball destaca que les barreres socioeconòmiques, inclosos l'assegurança mèdica, els costos dels serveis de salut, la proximitat als centres assistencials, l'educació en salut, entre altres qüestions, tenen un impacte important en l'accés i la utilització dels serveis sanitaris. Es busca identificar les barreres que poden dificultar l'accés als serveis de salut per a diferents grups de població. També s'aporten diverses estratègies polítiques i intervencions destinades a abordar les disparitats amb l'objectiu de millorar la salut de la ciutadania d'Andorra.

Paraules clau: determinants socials de la salut, desigualtats, barreres socioeconòmiques, polítiques sanitàries, Andorra

Introducció

Entendre les dinàmiques que es produeixen entre els determinants socials de la salut (DSS) i la desigualtat d'oportunitats és essencial per abordar els reptes en salut i promoure un accés equitatiu als serveis sanitaris. En una anàlisi global de la situació s'observa que les desigualtats en salut són un fenomen complex influït per una interacció de factors multidimensional, que van molt més enllà de la genètica i l'atenció mèdica directa (Lema-Añón, 2020). L'objecte

d'aquest article és explorar els conceptes clau dels determinants socials de la salut i la desigualtat d'oportunitats i ressaltar la seva importància en la formulació de polítiques i intervencions de salut pública.

D'una banda, els determinants socials de la salut són les diverses condicions en què les persones neixen, creixen, viuen, treballen i envelleixen. Aquestes variables inclouen aspectes biològics, socials, econòmics i ambientals. Els determinants biològics com poden ser la genètica i els factors de risc biomèdics tenen un paper important, però també és molt rellevant tenir en compte els determinants socials com l'educació, el nivell d'ingressos, la classe social, la feina i els factors ambientals com la qualitat de l'aire i l'accés als espais verds (OMS, 2009).

D'altra banda, la desigualtat d'oportunitats es refereix a les desigualtats en l'accés a recursos, serveis i oportunitats que poden influir en la salut i el benestar de les persones. Aquests desequilibris poden ser originats per factors de caràcter socioeconòmic, ètnics, de gènere, geogràfics, discapacitats i altres. Els col·lectius que pertanyen a grups en inferioritat de condicions tenen més probabilitats d'afrontar barreres que limiten la seva capacitat d'assolir el seu potencial de salut (Borrell i Artazcoz, 2008; Solar i Irwin, 2007; Unesco, 2016).

La combinació entre els determinants socials de la salut i la desigualtat d'oportunitats entre la ciutadania conforma que certs grups de població es troben en situacions d'una vulnerabilitat més gran i tenen més dificultats per aconseguir i mantenir un bon nivell de salut. La situació plantejada és injusta i imposa càrregues desproporcionades als individus i a les poblacions. Les desigualtats en salut no només tenen repercussions negatives en l'àmbit individual, sinó que també afecten l'estabilitat social i econòmica de la societat (Treacy, 2021). En conclusió, el coneixement acurat dels determinants socials de la salut i la desigualtat d'oportunitats és determinant per a un abordatge efectiu i equitatiu dels recursos disponibles relacionats amb la salut a Andorra. Les polítiques i les accions de la salut pública han de tenir en compte aquests factors amb l'objectiu de reduir les disparitats i garantir que tota la població tingui accés a les mateixes oportunitats per gaudir d'una bona salut i benestar.

Concepte de salut

El concepte de salut i les seves implicacions en relació amb l'estat de benestar s'han vist modificades al llarg del temps d'ençà que l'Organització Mundial de la Salut (OMS) la va definir com un estat de complet benestar físic, psíquic (mental) i social, i no solament l'absència d'afeccions o malalties. Aquesta és la definició que posteriorment l'OMS va modificar per afegir: la capacitat de les persones per fer front a desafiaments i canvis (fet que inclou també l'aspecte funcional de la salut) (OMS, 1948).

La salut té aspectes subjectius (benestar físic, mental i social), objectius (capacitat de funcionament) i aspectes socials (adaptació i treball socialment productiu); per tant, és un recurs per a la vida diària, no l'objectiu de la vida. És un concepte positiu que fa èmfasi en els recursos socials i personals, així com en les aptituds físiques (De La Guardia i Ruvalcaba, 2020).

En resum, una mirada multidimensional de la salut que tingui en compte els aspectes de la salut física, mental, social, espiritual, emocional i ambiental, que es basa en la comprensió que tots aquests aspectes estan interconnectats i poden influir en la qualitat de vida d'una persona.

Determinants socials de la salut (DSS)

Els determinants de l'estat de salut de la població han estat sotmesos a les contingències històriques de l'espècie humana abasten des de factors ambientals, biològics, conductuals, socials, econòmics, laborals, i, per descomptat els serveis sanitaris com a resposta organitzada i especialitzada de la societat per prevenir la malaltia i restaurar la salut (De La Guardia i Ruvalcaba, 2020).

L'*Informe Lalonde* (1974) és un dossier que va modificar significativament la manera d'entendre la salut i els seus determinants. Va ser elaborat per un comitè dirigit pel ministre de Salut del Canadà, Marc Lalonde, i va establir les bases per a una nova perspectiva en la política de salut i prevenció de malalties.

Un dels molts punts clau de l'*Informe Lalonde* va ser el fet de posar l'accent en els determinants socials de la salut i la importància de la prevenció de malalties en comparació amb el simple tractament mèdic. Va destacar que moltes de les causes de morbiditat i mortalitat no es podien explicar exclusivament per factors biomèdics, sinó que estaven lligades a l'entorn social, econòmic i relacionades amb el comportament de les persones.

Pel que fa a les desigualtats en salut, l'*Informe Lalonde* va subratllar la seva existència i va fer èmfasi en la seva connexió amb variables com la classe social, el nivell d'ingressos, l'habitatge, el treball i l'accés a l'educació. Aquest treball ha tingut molt d'impacte en les polítiques de salut i va ser un pas determinant per a la comprensió de com els determinants socials de la salut tenen un impacte en els diferents grups de població.

L'informe va proposar un model ampli de salut que proposa que la salut d'una comunitat està condicionada per la interacció de quatre grups de factors (Lalonde, 1974).

- Medi ambient: inclou factors que afecten l'entorn de l'ésser humà i que influeixen de manera decisiva en la seva salut. Són els relatius no solament a l'ambient natural, sinó també a l'entorn social; en són exemples la qualitat de l'aire, l'aigua i els factors relacionats amb l'entorn.
- Els estils i hàbits de vida: són els comportaments que condicionen de manera negativa la salut com l'alimentació, l'exercici, els hàbits tòxics que poden influir en l'estat de salut (tabaquisme, alcohol, entre d'altres).
- L'organització del sistema sanitari: entenen com a tal el conjunt de centres, recursos humans i materials, i condicionat per variables com l'accessibilitat, l'eficàcia i l'eficiència, la bona praxi professional i la cobertura sanitària, entre altres.
- Biologia humana: es refereixen a la càrrega genètica i la predisposició hereditària a determinades malalties i que han adquirit una gran rellevància amb els avenços en enginyeria genètica que podran prevenir malalties genèticament conegudes, però que obren molts interrogants en el terreny de la bioètica i les potencials desigualtats en salut o el principi de justícia ètica.

En línies generals, l'informe va marcar un canvi de paradigma en les polítiques de salut de molts altres països i organitzacions internacionals en posar de manifest que les desigualtats en salut estaven relacionades a una variabilitat de factors molt àmplia i que anaven més enllà dels planejaments biomèdics. El document va influir a l'hora d'adoptar una perspectiva més holística i més enfocada en la prevenció i l'equitat en salut.

En estudis i informes posteriors continua amb força la idea que les condicions socials influeixen

significativament en la possibilitat de tenir una bona salut. D'una banda, la igualtat en salut és l'absència de diferències en salut injustes i evitables, entre grups poblacionals definits social, econòmic, demogràficament o geogràficament (Solar i Irwin, 2007). D'altra banda, i de manera contrària, la desigualtat social en salut es refereix a les diferents oportunitats i recursos relacionats amb la salut que tenen les persones en funció de la seva classe social, sexe, territori o ètnia, cosa que es tradueix en una pitjor salut en els col·lectius socialment menys afavorits (Borrell i Artazcoz, 2008).

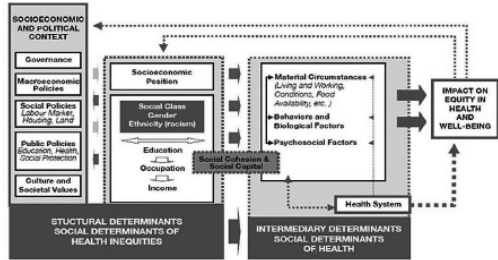


Figura 1. Marc conceptual dels determinants socials de la salut. Comissió de Determinants Socials de l'OMS Font: Solar i Irwin (2007)

Nombrosos estudis científics mostren que les desigualtats en salut poden reduir-se si s'apliquen les intervencions i polítiques públiques sanitàries i socials adequades (Borrell i Artazcoz, 2008; Mújica i Moreno, 2019) i es desenvolupen diversos models per explicar els determinants de les desigualtats en salut. Aquest article se centra en el model utilitzat per la Comissió dels Determinants Socials de la Salut de l'OMS/OPS (Solar i Irwin, 2007) i que es representa en la figura 1.

- Contexte socioeconòmic i polític. Es refereix a factors estructurals del sistema social que generen o enforteixen l'estratificació d'una societat i defineixen la posició socioeconòmica de la població. S'inclouen els següents aspectes: a) govern en la seva àmplia definició: la tradició política, la transparència i la corrupció, el poder dels sindicats, etc.; b) polítiques macroeconòmiques com les polítiques fiscals, polítiques que regulen el mercat de treball, immigració; c) polítiques socials que afecten el mercat de treball, a l'estat de benestar i a la distribució del territori i l'habitatge; d) altres polítiques públiques (educació, atenció primària, atenció social, etc.) i e) valors socials i culturals.
- Posició socioeconòmica. En aquest apartat també s'inclouen determinants de tipus estructural de les desigualtats de salut com la classe social, el gènere i l'ètnia. Aquest eix determina l'oportunitat de tenir una bona salut i evidencien l'existència de desigualtats a conseqüència de les jerarquies de poder o d'accés als recursos (on queden més beneficiats els grups més privilegiats).
- Els determinants intermedis o factors intermediaris. L'estructura social determina desigualtats en els factors intermediaris els quals també determinen les desigualtats en salut. Les principals categories d'aquest grup de determinats són:
 - Circumstàncies materials: qualitat de l'habitatge i del veïnat, possibilitats de consum (recursos econòmics per accedir a aliments saludables, roba apropiada, entre altres) i l'entorn físic del treball.
 - Circumstàncies psicosocials: com la manca de suport social, les situacions d'estrès (esdeveniments vitals negatius), la manca de control, circumstàncies de la vida, etc.
 - Els factors conductuals i biològics: com els estils i hàbits de vida que poden perjudicar a la salut.

- Cohesió social: l'existència de confiança mútua i respecte entre els diversos grups i col·lectius de la societat contribueix en la manera que les persones valoren la seva salut.
- El sistema de salut: tot i que els serveis sanitaris contribueixen molt poc a les desigualtats en salut el menor accés i la menor qualitat per a les persones menys afavorides és una vulneració de drets. A més, el pagament dels serveis de salut pot portar a la pobresa a la població més vulnerable.

Marc estratègic i normatiu a Andorra

En la figura 2 es mostra el Marc estratègic i normatiu en l'àmbit internacional i en l'àmbit d'Andorra per millorar la salut de la població. El projecte del Pla nacional de salut 2020 pretenia ser una eina de govern en matèria de política sanitària i social en el context actual de transformació i adaptació. Es van proposar un conjunt de mesures concretes i canvis legislatius que s'articulaven entorn de tres eixos, d'acord amb els principis següents (PNS, 2020):

- L'abordatge integral, intersectorial i interdisciplinari dels problemes de salut amb la millora de la prevenció, diagnòstic i tractament de les malalties cròniques i la dependència.
- La millora dels resultats en termes de salut, qualitat, eficiència i satisfacció mitjançant l'evolució cap al nou Model Andorrà d'Atenció Sanitària (MAAS).
- La consolidació de la governança del sistema i dels seus agents, així com la capacitat de les institucions, la millora dels sistemes d'informació i la participació dels ciutadans i dels professionals.

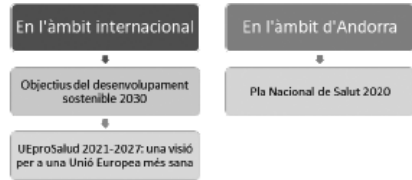


Figura 2: Marc estratègic i normatiu a Andorra
Font: elaboració pròpia

Marc normatiu relacionat amb la salut d'Andorra (llista no exhaustiva)

- Decret legislatiu del 26-8-2009, de publicació del text refós de la Llei general de sanitat, del 20 de març del 1989, modificada per la Llei 1/2009, del 23 de gener
- Llei 19/2020, del 23 de desembre, de modificació de la Llei 30/2018, del 6 de desembre, qualificada de seguretat pública i de la Llei general de sanitat, del 20 de març de 1989, per preveure mesures obligatòries per protegir la salut pública
- Llei 17/2008, del 3 d'octubre, de la seguretat social
- Llei 9/2019, del 7 de febrer, de modificació de la Llei 17/2008, del 3 d'octubre, de la seguretat social
- Llei de creació del SAAS 1986
- Decret del 14-12-2016 d'aprovació del Reglament d'estructura i funcionament del Centre Hospitalari Andorrà
- Decret del 14/05/2019 de modificació del Reglament d'estructura i funcionament del Centre Hospitalari Andorrà
- Decret 7/2022, del 5 de gener del 2022, de modificació del Reglament d'estructura i funcionament del Centre Hospitalari Andorrà
- Decret del 14-12-2016 d'aprovació del Reglament de la Direcció Assistencial i la Direcció Econòmica i de Recursos Generals del Servei Andorrà d'Atenció Sanitària
- Decret del 25-04-2018 de modificació del Reglament de la Direcció Assistencial i la Direcció Econòmica i de Recursos Generals del Servei Andorrà d'Atenció Sanitària
- Decret del 14-5-2019 de modificació del Reglament de creació de la Direcció Assistencial i la Direcció Econòmica i de Recursos Generals del Servei Andorrà d'Atenció Sanitària
- Decret 70/2021, del 3-3-2021 de modificació del Reglament de creació de la Direcció Assistencial i la Direcció Econòmica i de Recursos Generals del Servei Andorrà d'Atenció Sanitària
- Decret del 6-5-2009 d'aprovació del reglament d'estructura i funcionament del centre sociosanitari El Cedre

Decret del 14-5-2019 d'aprovació del Reglament de regulació de la cessió d'ús de les consultes externes del Centre Hospitalari Andorrà
 Decret del 19-06-2013 d'aprovació del Reglament de prestació de serveis del Centre Hospitalari Andorrà a professionals de la salut que desenvolupen activitats privades
 Decret del 15-3-2022 del Consell Directiu del SAAS d'aprovació dels serveis del Centre Hospitalari Andorrà (CHA) als que poden accedir els professionals de la salut privats
 Decret del 28-1-2021 del Consell Directiu del SAAS d'aprovació de les tarifes d'ús de les instal·lacions del CHA Bloc Quirúrgic i Obstètric, Hospital de Dia i serveis d'hospitalització per part dels professionals de la salut privats
 Decret del 15-3-2022 del Consell Directiu del SAAS d'aprovació dels serveis del Centre Hospitalari Andorrà (CHA) als que poden accedir els professionals de la salut privats
 Decret de l'1-08-2018, d'aprovació del Reglament de l'accés a l'assistència sanitària pública
 Decret del 18-9-2019 de modificació del Decret d'aprovació del Reglament de l'accés a l'assistència sanitària pública
 Decret 87/2021, del 17-3-2021 de modificació del Reglament de l'accés a l'assistència sanitària pública
 Decret 349/2022, del 31-8-2022, d'aprovació de la modificació del Decret de l'1-8-2018 d'aprovació del Reglament de l'accés a l'assistència sanitària pública
 Decret 393/2022, del 3-10-2022, de modificació del Reglament de l'accés a l'assistència sanitària pública aprovat pel Decret de l'1-8-2018
 Decret 542/2022, del 22-12-2022, de modificació del Reglament de l'accés a l'assistència sanitària pública aprovat pel Decret de l'1-8-2018
 Decret 336/2023, del 28-6-2023, de modificació del Decret de l'1-8-2018 d'aprovació del Reglament de l'accés a l'assistència sanitària pública
 Reglament del servei de transport sanitari terrestre
 Decret 99/2022, del 16-3-2022, de modificació del Reglament del servei de transport sanitari terrestre
 Decret 420/2022, del 19-10-2022, de modificació del Reglament del servei de transport sanitari terrestre
 Decret legislatiu del 25-4-2018 de publicació del text refós de la Llei 17/2008, del 3 d'octubre, de la seguretat social
 Decret legislatiu del 30-5-2018 de publicació del text refós de la Llei 6/2014, del 24 d'abril, de serveis socials i socio-sanitaris
 Llei 20/2017, del 27 d'octubre, de drets i deures dels usuaris i dels professionals del sistema sanitari i sobre la història clínica
 Decret del 19-12-2018 d'aprovació del Reglament sobre la història clínica i la Comissió Nacional de la Història Clínica Compartida
 Decret de l'11-12-2019 pel qual s'aprova la modificació del Decret del 19-12-2018 d'aprovació del Reglament sobre la història clínica i la Comissió Nacional de la Història Clínica Compartida
 Decret del 16-12-2020 de modificació del Decret del 19 de desembre del 2018 d'aprovació del Reglament sobre la història clínica i la Comissió Nacional de la Història Clínica Compartida
 Decret del 19-12-2018 que regula el fitxer de dades de caràcter personal "Història clínica compartida de l'usuari del sistema sanitari públic"

Com es pot observar es troben moltes lleis, reglaments i decrets dispersos i amb moltes modificacions legislatives amb les quals es pot arribar a diverses conclusions: a) manca de coherència: la presència de moltes lleis en l'abordatge de la salut pot crear confusió sobre els drets i deures dels diferents agents de salut i una manca de governança; b) complexitat: la proliferació de lleis i modificacions pot conduir a una complexitat de comprensió i aplicació de les polítiques de salut i la presa de decisions informades; c) manca d'eficàcia: que pot suggerir que caldria una revisió exhaustiva de les polítiques i la seva implementació; d) necessitat de consolidació: la proliferació de lleis i modificacions podria indicar la necessitat de consolidació i simplificació de la legislació que ajudaria a un marc legal més clar i eficaç per abordar els problemes de salut; e) manca d'actualització: moltes modificacions poden reflectir que les lleis no segueixen el ritme de canvi de la societat i la ciència. Això podria limitar la capacitat del sistema de salut per adaptar-se als nous reptes i oportunitats; f) necessitat d'harmonització: la situació podria indicar la necessitat d'una revisió completa per

a l'harmonització amb les normes i directrius internacionals que podrien millorar la coherència de les polítiques de salut (OMC/OMS, 2002; ONU, 2015).

Barreres socioeconòmiques i polítiques per a la disminució de les desigualtats en salut

En primer lloc, és necessari identificar les barreres socioeconòmiques existents a Andorra per comprendre millor els determinants de la salut, les desigualtats associades i elaborar un diagnòstic públic de la situació.

Per augmentar el coneixement que es té a Andorra en relació amb les barreres socioeconòmiques i les desigualtats en salut es poden seguir diversos mètodes d'investigació de tipus quantitatiu i qualitatiu i que es detallen en la taula 1.

Mitjançant aquests mètodes i estratègies d'investigació es pot arribar a una comprensió més profunda dels determinants de la salut i les desigualtats a Andorra, i dissenyar intervencions i polítiques més efectives per millorar la salut i garantir un accés equitatiu als serveis sanitaris per a tothom.

En segon lloc, és necessari orientar les polítiques per disminuir les desigualtats en salut dins d'Andorra, ja que són una prioritat per a molts països i responen als objectius marcats per l'Agenda 2030 (ONU, 2015). En aquesta estratègia també s'ha reconegut el paper fonamental de les desigualtats com un dels principals components que configuren els determinants socials de la salut. Aquest reconeixement es concreta en la promoció d'iniciatives com els objectius de desenvolupament sostenible (ODS), que busquen abordar un gran ventall de desafiaments globals, incloses les desigualtats en la salut per reduir les disparitats que s'observen a escala global en múltiples àrees. Es reconeix que les desigualtats en salut no es poden abordar d'una manera aïllada, ja que les diverses desigualtats tenen un efecte acumulatiu que es manifesta en desigualtats de salut clares entre els diferents grups de població i regions. Així, l'Agenda 2030 insta a la implementació de polítiques i programes que afavoreixin la justícia social, la inclusió i l'accés equitatiu als serveis essencials com l'atenció sanitària, l'educació i la protecció social.

L'OMS ha hagut de fer front a moltes crítiques que intenten soscar el seu paper en la governança sanitària global. Durant dècades l'organització ha estat desafiada pels seus estats membres per a reduir la gran quantitat d'objectius establerts en la seva Constitució al mateix temps que s'exigeix que s'assumeixin més responsabilitats. És a dir, si bé s'advoca per una OMS més àgil i forta, els líders polítics no mostren compromís i suport a les principals estratègies de l'organització (Carreño-Lara, 2022). Així, segons Carreño-Lara (2022) s'evidencia una "sobrecàrrega institucional" en la governança sanitària global, ja que existeixen moltes organitzacions internacionals que tenen capacitat per fixar normes d'abast global en matèria sanitària, la qual cosa impedeix a l'OMS emetre i imposar directrius obligatòries i eficaces als estats membres.

Tot i aquestes crítiques, les polítiques per disminuir les desigualtats socials en salut de Whitehead i Dahlgren (2006) en un document publicat per l'OMS, són els 10 principis que serveixen com a guia general quan es pretén posar en marxa polítiques per reduir les desigualtats en salut. Aquests principis per a l'acció són els següents:

1. Comprendre les desigualtats en salut: analitzar i comprendre les desigualtats en salut mitjançant dades i evidències fiables.
2. Actuar sobre els determinants estructurals: abordar els factors socioeconòmics i ambientals fonamentals que són l'origen de les desigualtats socials en salut.

Taula 1: Mètodes i estratègies d'investigació

Mètodes d'investigació	Accions
Recerca de referències	Estudi de literatura específica, recomanacions d'institucions internacionals i estudis realitzats prèviament en relació amb les desigualtats a Andorra en els diferents àmbits de la salut.
Recol·lecció de dades demogràfiques i socioeconòmiques	Recopilació de dades sobre la població andorrana: edat, gènere, nivell educatiu, ingressos familiars, situació socioeconòmica. Aquestes dades són la base per identificar les diferents capes de la població i comprendre els factors influir en la seva salut i l'accés a l'atenció sanitària.
Anàlisi d'indicadors de polítiques macroeconòmiques, del mercat laboral i de l'estat de benestar	Anàlisi d'indicadors bàsics d'Andorra i comparativa amb la UE-25. El control de les desigualtats en salut té el seu fonament conceptual en el model de DSS de l'OMS.
Anàlisi d'indicadors de despesa social, en educació, de desigualtat de renda i de riquesa a Andorra	Anàlisi interna d'aquests indicadors a Andorra i comparativa amb la UE-25. Càlcul de la despesa en aquests àmbits i valoració de la desigualtat.
Anàlisi de dades de salut	Examen de les dades de salut disponibles a Andorra per identificar patrons de malalties i problemes de salut que podrien estar relacionats amb factors socioeconòmics. Aquesta anàlisi pot ajudar a revelar les desigualtats en la salut i els grups de població més afectats.
Enquestes, entrevistes i grups de discussió	Fer enquestes i entrevistes amb diverses parts de la població per comprendre les seves percepcions sobre l'accés a l'atenció sanitària i els obstacles que enfronten: Aprofundir sobre les barreres econòmiques, la disponibilitat de serveis, la qualitat de l'atenció i altres factors que puguin afectar la seva salut.
Anàlisi geogràfica	Examinar la distribució geogràfica dels serveis de salut i comparar les zones més urbanes i les de muntanya i per àrees, carrers i barris: aquesta anàlisi pot revelar desigualtats en l'accés als serveis de salut en funció de la ubicació geogràfica.
Anàlisi de costos sanitaris	Investigar els costos associats als serveis de salut, com ara visites mèdiques, medicaments i procediments mèdics. Aquesta anàlisi pot ajudar a entendre com els costos poden ser una barrera per a certs segments de la població.
Estudis longitudinals o de panell	Fer estudis a llarg termini per seguir els canvis en la salut i els factors socioeconòmics d'una mostra representativa de la població. Això pot ajudar a identificar relacions de causa i efecte entre els determinants socioeconòmics i els resultats de salut.
Col·laboració amb professionals de la salut i polítics	Treballar amb professionals de la salut, responsables polítics i altres experts per comprendre millor el context de les barreres socioeconòmiques i idear estratègies per superar-les.
Comparació internacional	Comparar les dades i resultats amb altres països per tenir una perspectiva global sobre les desigualtats de salut i l'accés a l'atenció sanitària.
Anàlisi de la legislació i de les polítiques de salut	Estudi aprofundit sobre la legislació relativa a la salut a Andorra i la seva eficàcia i eficiència.
Procés participatiu	La participació ciutadana és un dret fonamental i té un impacte positiu en la planificació, implementació i l'èxit de les iniciatives per a la disminució de les desigualtats en salut, ja que proporciona veus informades i diverses que són essencials per assegurar que les polítiques i programes siguin efectius i equitatius des de la perspectiva antropològica.

Font: elaboració pròpia

3. Fer una acció concertada: cooperar i coordinar les accions entre els diversos sectors i nivells de govern per abordar les desigualtats en salut.
4. Focalitzar les accions entre els grups més desfavorits: dirigir els esforços i recursos cap als col·lectius més vulnerables i amb majors desigualtats.
5. Treballar amb les comunitats: involucrar activament les comunitats i els grups afectats per les desigualtats en la planificació i la implementació d'accions.
6. Posar l'èmfasi en l'equitat de l'atenció sanitària: garantir que els serveis de salut siguin accessibles per a tothom, independentment de la seva situació econòmica.
7. Promoure la participació social: fomentar la participació ciutadana i la inclusió en la presa de decisions relacionades amb la salut i el benestar.
8. Avaluar l'impacte en la salut: mesurar de manera sistemàtica adequada i constant l'efecte de les polítiques i les intervencions en les desigualtats en salut.
9. Ajustar les polítiques segons l'evidència científica. Utilitzar les dades i les evidències per ajustar les polítiques i les accions per maximitzar el seu impacte.
10. Crear una cultura d'equitat: promoure una cultura i una societat en les quals l'equitat en salut sigui una prioritat en l'agenda política.

Aquests principis són una guia fonamental per implementar les accions i polítiques d'Andorra destinades a abordar les desigualtats en salut i millorar l'equitat en el benestar de les poblacions. Com a exemple, s'exposen en la taula 2 els objectius de la salut pública de Suècia que es van aprovar el 2002:

Taula 2: Objectius de la política de salut pública de Suècia

1. Participació i influència en la societat
2. Seguretat econòmica i social
3. Condicions segures i favorables durant la infància i l'adolescència
4. Una vida saludable en el treball
5. Ambients i productes saludables i segurs
6. Serveis de salut que promouen més activament la bona salut
7. Protecció efectiva contra les malalties transmissibles
8. Sexualitat segura i bona salut reproductiva
9. Augment de l'activitat física
10. Dieta saludable i aliments segurs
11. Prevenció del tabaquisme i el consum excessiu d'alcohol, una societat lliure de drogues il·legals i dopins i reducció dels danys associats a l'addicció al joc.

Font: Agren, 2003

Conclusions

A partir de la literatura consultada s'hauria de fer èmfasi en les premisses següents:

1. Les causes relacionades amb la desigualtat de la salut de la població són generalment no dependents de factors de caràcter individual, sinó que depenen de diversos factors i, per tant, s'han d'abordar des d'una perspectiva multifactorial. Per consegüent, és cabdal que les polítiques que no estan relacionades amb l'àmbit sanitari (com, per exemple, el nivell d'ingressos econòmics, el treball segur, l'urbanisme, l'educació, l'habitatge, etc.) tinguin en compte l'impacte en la salut o salut transversal a través de totes les polítiques d'un govern.
2. A partir del model dels DSS es conclou que la posició d'una persona en una societat té

l'origen en diverses situacions que l'afecten, com poden ser l'àmbit polític, socioeconòmic i cultural. La iniquitat en salut pot aparèixer quan aquests sistemes donen lloc a una distribució desigual i negativa dels recursos, del poder i de les oportunitats entre els diversos grups d'una societat (concepte ètic de la justícia social).

3. Cal posar l'accent en l'atenció primària de la salut (protecció, prevenció, promoció i vigilància de la salut). No és positiu actuar en l'àmbit dels tractaments curatius, mèdics, farmacològics, diagnòstic, entre d'altres (amb un elevat cost econòmic, amb molt poc control de la despesa i amb molts interessos) i no considerar l'àmbit prioritari de la prevenció de la malaltia i l'educació per a la salut (concepte de l'autocura de la salut) amb l'objectiu de millorar la salut de la població.

4. S'han de fomentar les capacitats institucionals i les competències professionals en el monitoratge i anàlisi de les desigualtats socials de la salut com la primera funció de la salut pública per fomentar l'equitat i així tenir la capacitat de no deixar ningú enrere (compromís de l'Agenda 2030) per retre comptes sobre el principi de la justícia social i l'equitat.

5. Actualment, no és suficient el fet de dissenyar i implementar programes amb l'objectiu de reduir l'impacte dels determinants socials de la salut a través de la reducció de les desigualtats. Per pal·liar les desigualtats en salut cal repensar les relacions de treball i establir mecanismes de caràcter fiscal nacionals i internacionals que permetin atenuar els desequilibris actuals relacionats amb la concentració de la riquesa mundial.

6. Les polítiques de salut pública s'han d'enfortir molt més juntament amb les polítiques del mercat laboral i les polítiques socials. La salut pública s'ha de treballar de manera transversal des dels diversos sectors de la societat per obtenir resultats significatius en relació amb la reducció de les desigualtats en salut.

Cristina Fernández-Farina,

doctora en Seguretat i Salut Laboral, Màster en PRL,
antropòloga i infermera, professora de l'UdA

Referències

- ÅGREN, G. (2006). Sweden's New Public Health Policy. National Public Health objectives for Sweden. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 5(10), 8-47. <https://www.redalyc.org/pdf/545/54551002.pdf>
- BORRELL, C., & ARTAZCOZ, L. (2008). Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 465-473. <https://scielo.isciii.es/pdf/gsv22n5/politicas.pdf>
- CARREÑO-LARA, E. (2022). ¿Hacia una nueva gobernanza sanitaria global? Problemas y desafíos tras la pandemia del covid-19. *Revista de Gestión Pública*, 11(2), 117-138. <http://panambi.uv.cl/index.php/rgp/article/view/3712>
- Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2012). Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 182-189. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911111003025>
- DE LA GUARDIA, M. A., & RUVALCABA, J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81-90.
- LALONDE, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. Ottawa, ON: Minister of Supply and Services Canada. Retrieved from Public Health Agency of Canada website: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>

LEMA-ANÓN, C. (2020). *La revolución de los determinantes sociales de la salud: derecho a la salud y desigualdad*. <https://e-archivo.uc3m.es/handle/10016/36123>

Ministeri de Salut, Afers Socials i Ocupació (2020). Pla Nacional de Salut 2020. Govern d'Andorra. https://www.salut.ad/images/stories/pns2020/PNS_2020_Projecte.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/docs/Propuesta_Políticas_Reducir_Desigualdades.pdf

MÚJICA, O. J., & MORENO, C. M. (2019). De la retórica a la acción: medir desigualdades en salud para 'no dejar a nadie atrás'. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43, e12. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2019.v43/e12/>

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco). (2016). Preguntas y respuestas. Informe Mundial sobre Ciencias Sociales 2016. <https://es.unesco.org/wssr2016/questions-answers>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2009). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: informe de la Secretaría (No. A62/9). Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf

SOLAR, O., & IRWIN, A. (2007). Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health. Geneva: WHO Commission on Social Determinants of Health. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44489?sequence=1>

TREACY, M. (2021). Los determinantes sociales de la salud en la etapa neoliberal: un abordaje de las desigualdades desde la economía política. *Ensayos de Economía*, 31(58), 134-157. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2619-65732021000100134&script=sci_arttext

United Nations (2015) Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015, Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. <https://sdgs.un.org/2030agenda>

WHITEHEAD, M., & DAHLGREN, G. (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. World Health Organization: *Studies on social and economic determinants of population health*, 2, 460-474.

World Health Organization. Regional Office for Europe. (1999). *HEALTH21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272657>

World Trade Organization & World Health Organization. (2002). *Los acuerdos de la OMC y la salud pública: un estudio conjunto de la OMS y la secretaria de la OMC*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42552>