

---

# 5.1.

## AREA PRIORITARIA 1: EQUIDAD Y RESPONSABILIDAD

**INCORPORAR LA SALUD Y LA EQUIDAD EN SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y FORTALECER UN SISTEMA SANITARIO VASCO EQUITATIVO Y DE CALIDAD**

**META: REDUCIR LAS DESIGUALDADES SOCIALES Y DE GÉNERO EN SALUD EN LA POBLACIÓN DE LA CAPV, MEJORANDO LA SITUACIÓN DE LOS GRUPOS MÁS DESFAVORECIDOS.**

La esperanza de vida sigue teniendo un aumento progresivo en la población vasca. Sin embargo, los logros en la salud no han llegado por igual a todos los grupos sociales y, así, nos enfrentamos a la existencia de desigualdades sociales en salud que se definen como aquellas diferencias en salud injustas y evitables entre grupos que están social, económica, demográfica o geográficamente definidos<sup>29</sup>.

Los factores que determinan la salud son múltiples y complejos, y los enfoques basados únicamente en la atención sanitaria se han mostrado insuficientes e incapaces para mejorar y promover la salud y la equidad en salud. Factores dependientes de acciones sectoriales ajenos al sanitario tienen un papel relevante en la salud comunitaria y esta realidad pone de manifiesto la necesidad de incorporar la salud en todas las políticas y combinar las actuaciones sanitarias individuales, en las que se centran principalmente los esfuerzos de los servicios de salud, con las actuaciones poblacionales, dirigidas a modificar las “causas de las causas” de la salud y la enfermedad. Ambos enfoques son necesarios y complementarios para promover la salud y prevenir la enfermedad en nuestra comunidad. Desde esta perspectiva se articulan las acciones de esta Área que pretenden reducir las inequidades en la salud de la población de la CAPV.

### MAGNITUD Y DISTRIBUCIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

#### PRIVACIÓN SOCIAL Y SALUD

La disponibilidad económica y material de las familias y los hogares es uno de los determinantes sociales más importantes de la salud y de la calidad de vida de la población. La crisis económica en la que estamos inmersos aumenta el riesgo de precariedad y pobreza ligadas a la insuficiencia de ingresos, a la vez que puede suponer una amenaza para las cotas de salud y bienestar alcanzados durante los últimos años por la población vasca.

Según los datos de la encuesta de Pobreza y Desigualdad Social<sup>30</sup>, la crisis económica se tradujo en un aumento del riesgo de pobreza en el periodo 2008-2012 (4,1% al 7,3% respectivamente), aumentando las situaciones más extremas de privación y poniendo de manifiesto algunas de las expresiones más graves de esta realidad, como son el aumento de hogares con problemas graves de alimentación, que pasa del 2,1% en 2008 al 3,1% en 2012.

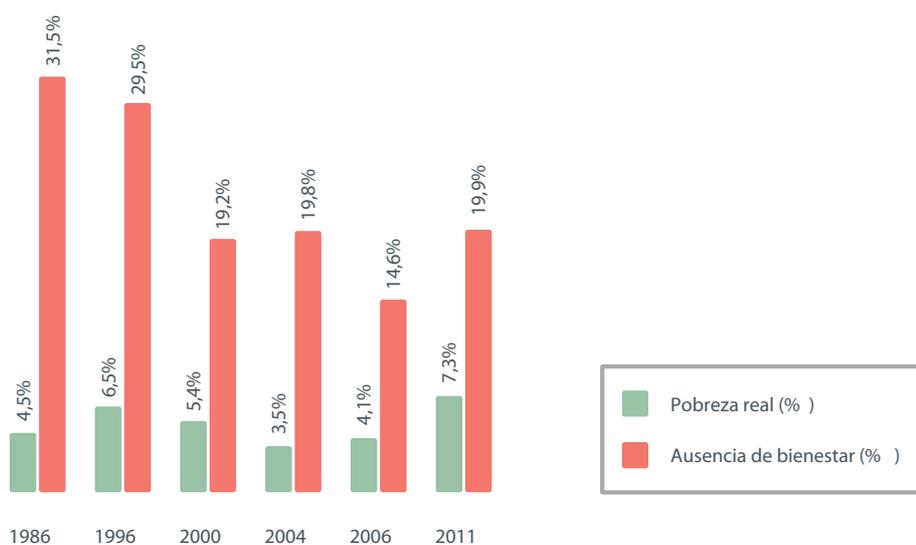
La pérdida de empleo aumenta en paralelo a la pobreza. La situación laboral, la calidad del empleo y, especialmente, la carencia de empleo son, igualmente, factores que afectan la salud. La población de la CAPV, tras reducir progresivamente las tasas de paro durante más de 15 años, ha experimentado un aumento del desempleo y un deterioro de la calidad del empleo en el último quinquenio. Esta realidad, además de repercutir negativamente en la esfera personal, familiar y social, aumenta la probabilidad de enfermar y morir prematuramente e incrementa el riesgo de inequidades en salud (Gráficos 1 y 2).

Gráfico 1.  
Tasa de desempleo.  
CAPV. 2001-2013



Fuente: Eustat, Encuesta de Población en Relación con la Actividad (PRA)<sup>31</sup>.

Gráfico 2.  
Pobreza y ausencia de bienestar social.  
CAPV. 1986-2012



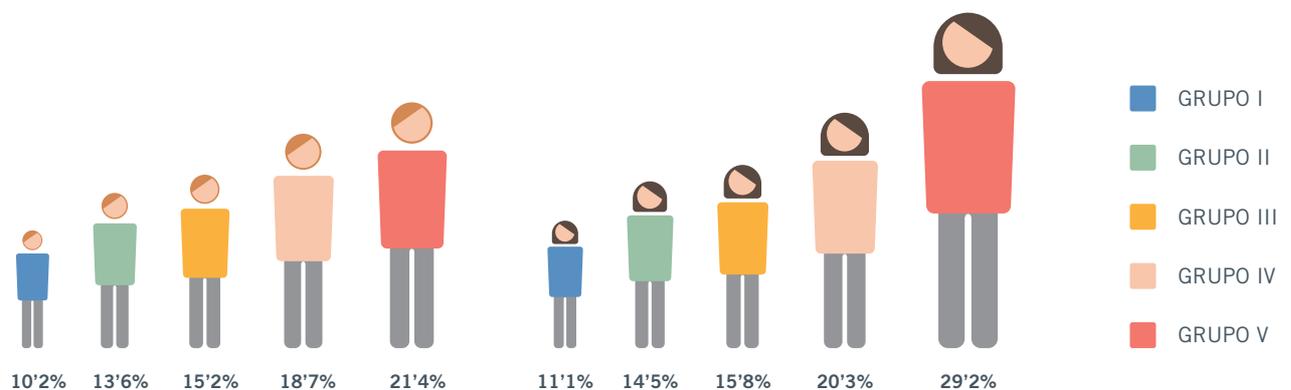
Fuente: Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. Encuesta de Pobreza y Desigualdades Sociales<sup>30</sup>.

## DESIGUALDADES EN LA SALUD PERCIBIDA, EN LA DISCAPACIDAD Y EN LA EXPECTATIVA DE VIDA

La autovaloración de la salud es un indicador que refleja la apreciación que el individuo hace de su propia salud y es reconocido como un buen predictor de la morbilidad y mortalidad de la población.

Los datos de la ESCAV-2013 evidencian que las personas de la clase social más baja tienen una mayor prevalencia de mala salud percibida tanto en hombres como en mujeres, siendo estas diferencias mayores para estas últimas (Gráfico 3).

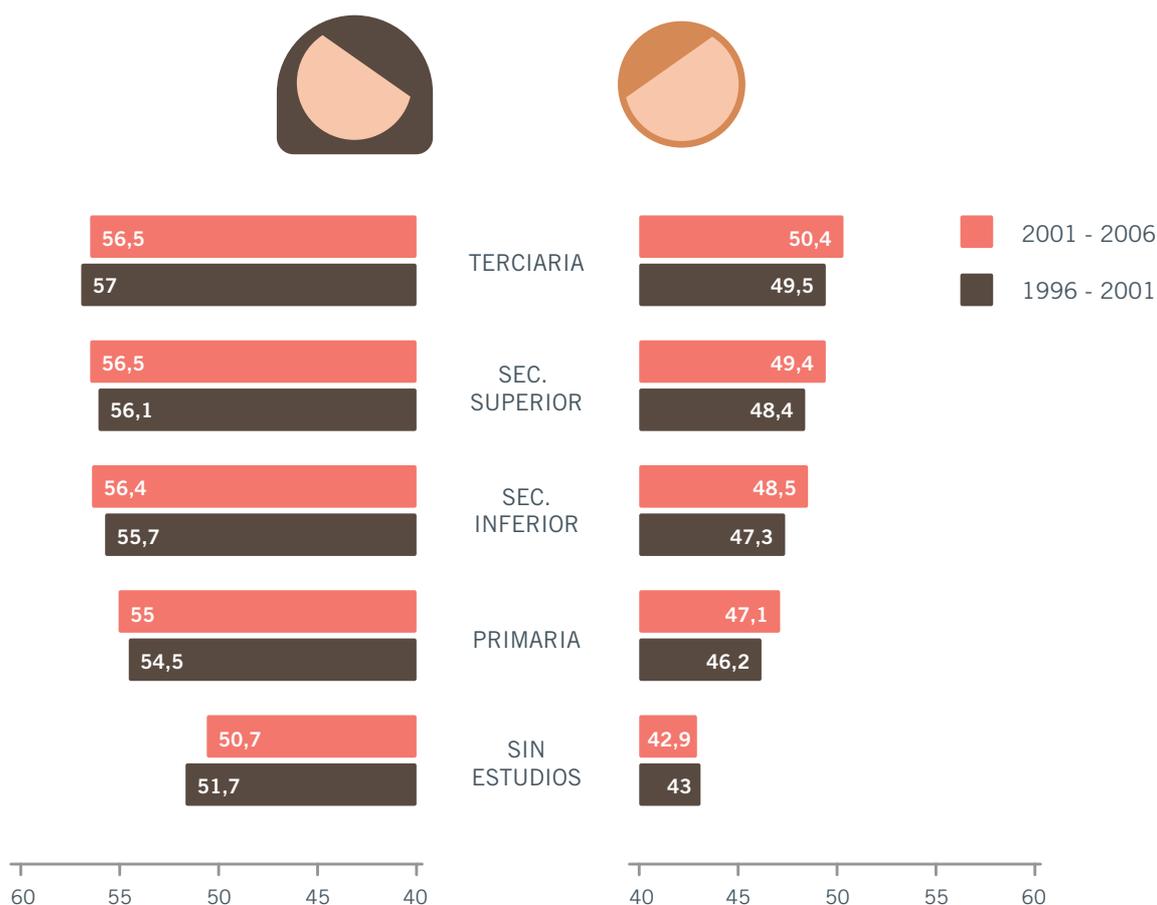
-  
**Gráfico 3.**  
Prevalencia de mala salud percibida por sexo y nivel socioeconómico (estandarizada por edad). CAPV. 2013.



Fuente: ESCAV 2013

La esperanza de vida (EV) a los 30 años de edad es mayor para las mujeres que para los hombres, mayor a mayor nivel de estudios y mayor en el periodo 2001-2006 que en el 1996-2001. En el periodo 2001-2006 las “brechas” de desigualdad en EV a los 30 años entre personas sin estudios y las que tenían estudios superiores eran de 7,6 años en los hombres y 5,8 años en las mujeres, mayores que las correspondientes del periodo 1996-2001 (6,5 años en hombres y 5,3 años en las mujeres). (Gráfico 4).

**Gráfico 4.**  
**Evolución de la esperanza de vida a los 30 años de edad según el nivel de estudios.**  
**CAPV. 1996-2001 y 2001-2006**

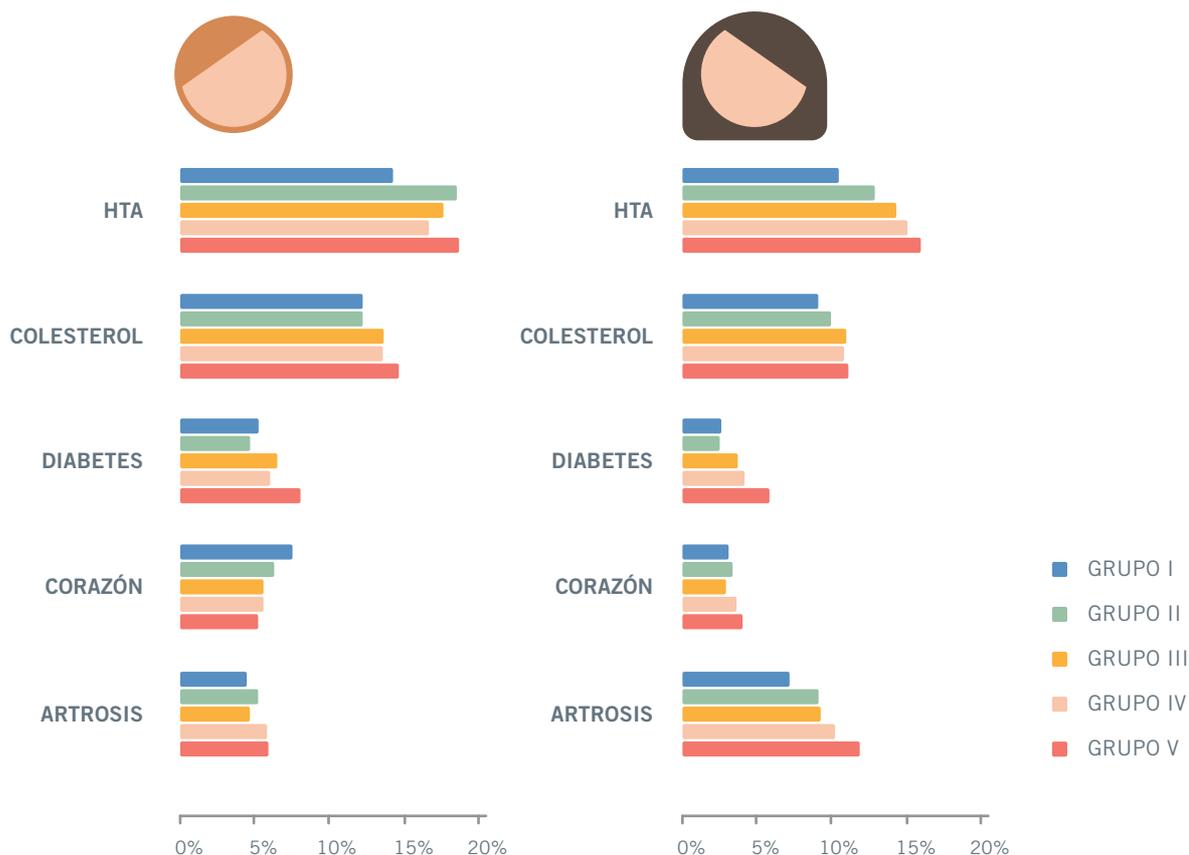


Fuente: Dpto. de Salud. Servicio de Estudios e Investigación sanitaria<sup>32</sup>

## DESIGUALDADES EN LA MORBILIDAD

Según la ESCAV-2013, con respecto a la prevalencia de problemas crónicos más frecuentes en la población, en los hombres se dieron desigualdades socioeconómicas con la hipertensión, los problemas relacionados con el colesterol, la artrosis y la diabetes, cuya frecuencia era mayor al descender en la escala social. En las mujeres las desigualdades económicas en los principales problemas crónicos mostraron un claro gradiente social, aumentando la prevalencia de dichos problemas al bajar en la escala social (Gráfico 5).

**Gráfico 5.**  
Prevalencia de problemas crónicos por sexo y nivel socioeconómico (estandarizada por edad).  
CAPV. 2013

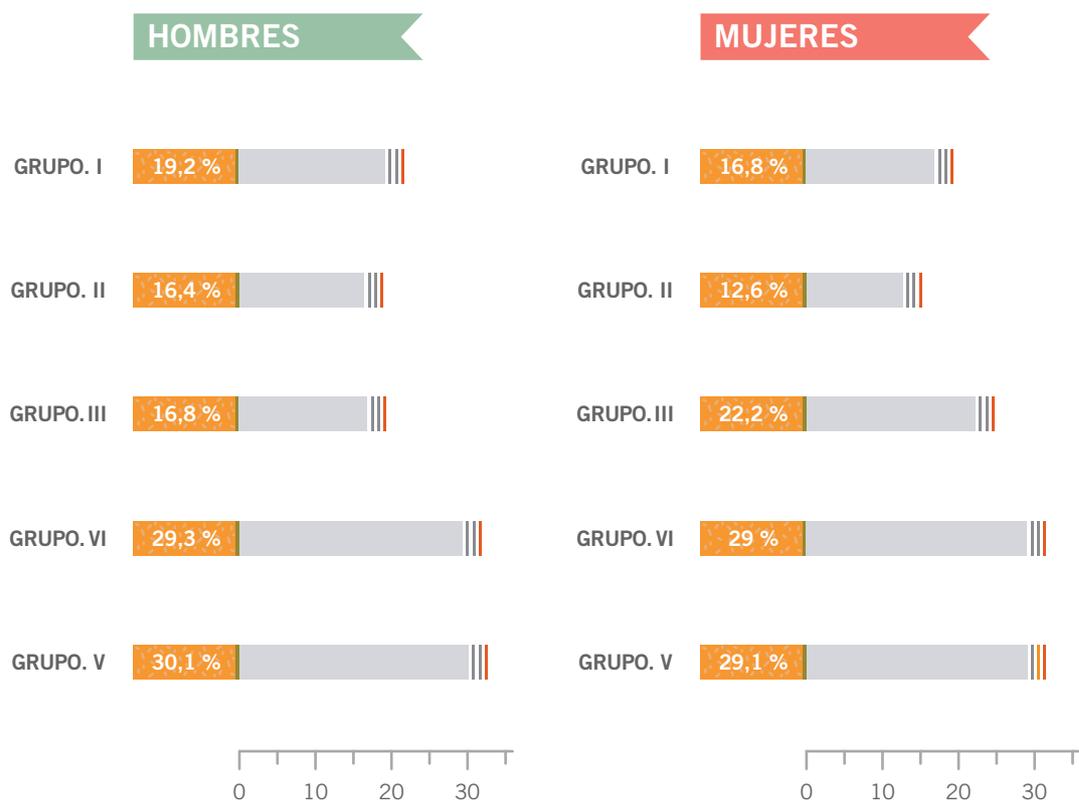


Fuente: ESCAV 2013

## DESIGUALDADES EN HÁBITOS DE VIDA

Las desigualdades sociales en salud también pueden ser observadas con respecto a los hábitos de vida. Así, por ejemplo, entre los años 1997 y 2013, las personas de los grupos socioeconómicos más favorecidos presentaron una tendencia más fuerte de abandono del tabaquismo. En 2013 el consumo era mayor al descender el nivel socioeconómico, especialmente en el grupo de 15-44 años; en este grupo eran fumadores habituales el 19% de los hombres y el 17% de las mujeres del grupo social más favorecido frente al 30% y 29% de hombres y mujeres del grupo más desfavorecido (Gráfico 6). Entre 2002 y 2013 estas desigualdades han disminuido entre los hombres pero se mantienen entre las mujeres.

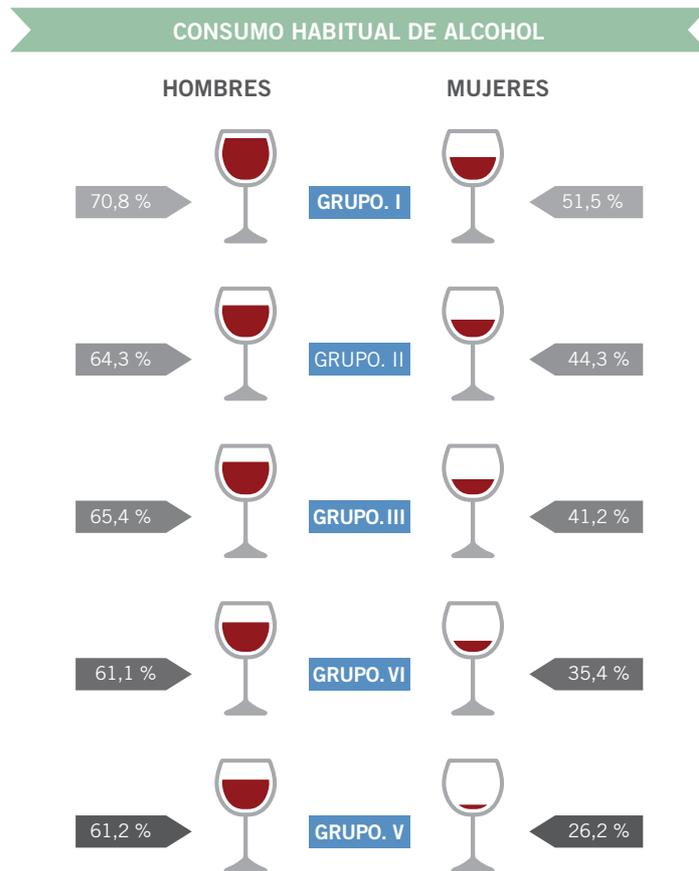
**Gráfico 6.**  
Prevalencia de consumo de tabaco en población de 15 a 44 años por clase social y sexo. (estandarizada por edad). CAPV. 2013.



Fuente: ESCAV 2013

En relación al consumo habitual de alcohol, se observa una relación directa con el nivel socioeconómico, a mayor nivel social corresponde mayor consumo; estas desigualdades se dan en hombres y en mujeres por igual. (Gráfico 7)

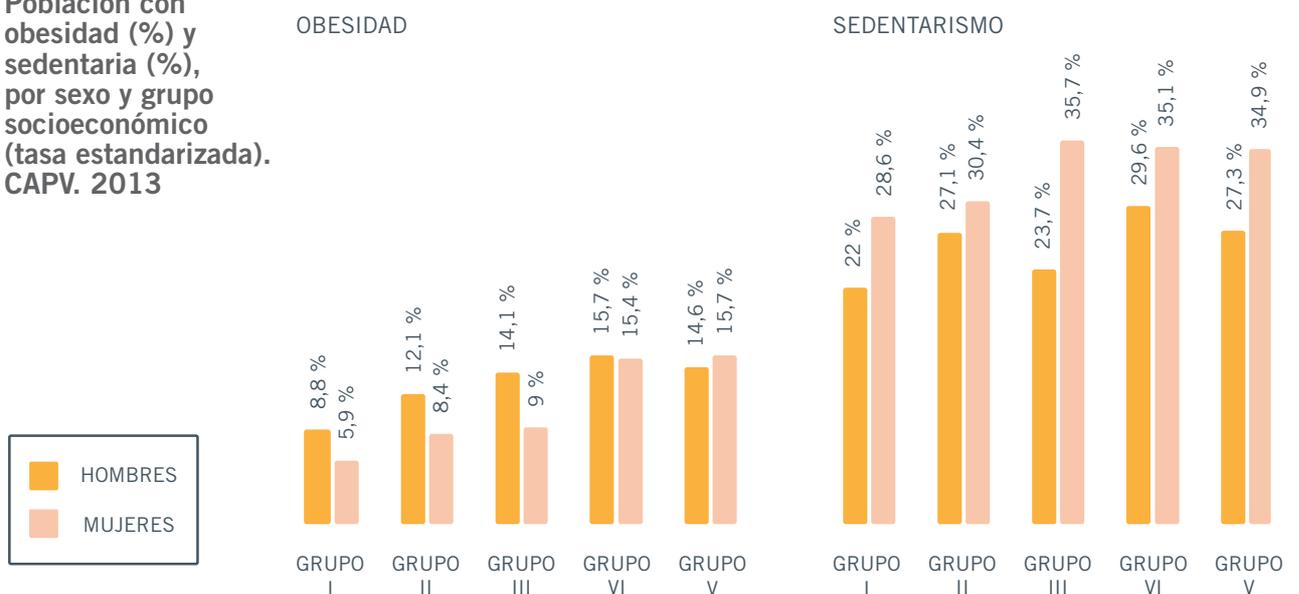
**Gráfico 7.**  
Prevalencia de consumo  
de alcohol por clase social  
y sexo.  
(estandarizada por edad).  
CAPV. 2013.



Fuente: ESCAV 2013

En obesidad, se mantuvieron las desigualdades existentes desde 1997. Las diferencias son más marcadas entre las mujeres. Las desigualdades se redujeron para el sedentarismo, que disminuyó, para el mismo periodo, con un mayor descenso en los grupos menos favorecidos. Los grupos más desfavorecidos son también más sedentarios en 2013, aunque las diferencias son menores que las observadas en obesidad. (gráfico 8).

**Gráfico 8.**  
Población con  
obesidad (%) y  
sedentaria (%),  
por sexo y grupo  
socioeconómico  
(tasa estandarizada).  
CAPV. 2013



Fuente: ESCAV 2013

# OBJETIVOS Y ACCIONES

## OBJETIVO 1.1.

# SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS

Alcanzar un compromiso interinstitucional que impulse la acción intersectorial como estrategia transversal del gobierno, dirigida a hacer que la salud y la equidad en salud sean asumidas como metas del conjunto del gobierno y de todas las políticas públicas (Salud en Todas las Políticas).

## ACCIONES

**1.1.1** Crear y poner en marcha de la Comisión Directora del Plan de Salud de carácter interdepartamental e interinstitucional, presidida por el Lehendakari, desde la que se impulsará la acción intersectorial y cuyas funciones serán:

1.1.1.1. Velar por la concreción y aplicabilidad desde la corresponsabilidad de los compromisos recogidos en este Plan de Salud, relativos al marco competencial de los Departamentos del Gobierno Vasco, así como de las Diputaciones y entes locales.

1.1.1.2. Identificar y concretar políticas públicas con mayor impacto potencial sobre la equidad en salud, proponer acciones para reducir las desigualdades en todo el gradiente social y procurar los recursos necesarios para acometerlas, así como los mecanismos para evaluarlas.

**1.1.2** Constituir y poner en marcha el Comité Técnico de Salud en Todas las Políticas liderado por el Departamento de Salud y con participación de todos los sectores, cuyo fin será asistir a la Comisión Directora del Plan de Salud mediante las siguientes funciones:

1.1.2.1. Apoyar y asesorar la elaboración y seguimiento de planes sectoriales, para que incluyan los principios de Salud en todas las Políticas y orientarlos hacia los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud. Para ello:

- Sensibilizar y capacitar a agentes gubernamentales y no gubernamentales de los ámbitos autonómico, territorial y municipal en los principios de la estrategia de Salud en Todas las Políticas y su desarrollo.
- Emitir un informe bienal de validación y de compromiso con el Plan de Salud desde cada uno de los sectores implicados.

1.1.2.2. Promover la evaluación del impacto en la salud (EIS) y en la equidad en salud de las políticas públicas tanto del sector sanitario como del no sanitario. Desarrollar y sistematizar la metodología EIS como herramienta a aplicar a los planes e intervenciones sectoriales.

1.1.2.3. Evaluar el Plan de Salud y elaborar el informe anual de resultados que será elevado a la Comisión Directora del Plan de Salud.

INDICADORES	OBJETIVO 2020	FUENTE
Constitución y puesta en marcha de la Comisión Directora del Plan de Salud y del Comité Técnico de Salud en todas las Políticas	Dic 2013 / marzo 2014	Gobierno Vasco Dpto. de Salud
Validación de compromiso de los sectores con el Plan de Salud	Informe 1º en 2016	Gobierno Vasco
Informe de desigualdades sectoriales	Informe 1º en 2016	Dpto. de Salud
Informe anual de validación del Plan de Salud	Informe 1º en 2015	Dpto. de Salud

## OBJETIVO 1.2.

# EQUIDAD

Fortalecer la equidad en el Sistema de Salud de Euskadi

## ACCIONES

**1.2.1** Incluir la perspectiva de equidad de forma sistemática en todos los planes e intervenciones del sistema sanitario y de salud pública, lo que implica:

- primar la asignación de recursos dirigidos a los grupos sociales con mayor desventaja social y de salud.
- evaluar el impacto en la salud y en la equidad en salud de las políticas sanitarias, de los cambios en los modelos de financiación sanitaria y de los modelos organizativos de los servicios de salud, a través de metodologías como la Auditoría de Equidad en Salud.

**1.2.2.** Incorporar la perspectiva de los determinantes sociales de la salud en los servicios de vigilancia, promoción y protección de la salud y asistenciales.

**1.2.3.** Incorporar como prioritarios en las políticas sanitarias los problemas de salud que involucran a los grupos de población más afectados por la desigualdad social (por clase social, género, país de origen, discapacidad, etc.).

**1.2.4.** Garantizar la accesibilidad universal a los servicios sanitarios, la continuidad de los cuidados y la atención integral de calidad para todas las personas que viven en Euskadi, eliminando los obstáculos que generan a determinados colectivos o grupos de personas desventajas o dificultades en el acceso a los cuidados de salud, como:

- barreras físicas y de transporte por la diversidad funcional de las personas
- barreras de género
- barreras por estigma social producido por determinadas enfermedades y trastornos.
- barreras sociales, culturales y económicas.

**1.2.5.** Potenciar la asistencia en el nivel de menor complejidad y más próximo al domicilio, específicamente la Atención Primaria como nivel asistencial que garantiza la accesibilidad al sistema sanitario y disminuye las inequidades en salud.

**1.2.6.** Desarrollar y potenciar la acción comunitaria en salud mediante intervenciones de salud poblacional con la participación y protagonismo de todos los agentes del ámbito local.

INDICADORES	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Razón gasto corriente en Atención Primaria (asistencia sanitaria ambulatoria) / gasto corriente total en salud.	20% (2011)	>25%	Eustat - Cuenta de la Salud
Esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD) (años)	Hombres: 69,3 Mujeres: 73,1 (2013)	Hombres: ↑5% Mujeres: ↑5%	ESCAV
Desigualdades sociales en esperanza de vida a los 30 años <sup>b</sup>	Hombres: 14% Mujeres: 9% (2001-2006)	Hombres: ↓10% Mujeres: ↓5%	Dpto. de Salud. Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria
Desigualdades en el acceso a los servicios de salud (listas de espera quirúrgica)	--	Reducción progresiva	Osakidetza
Desigualdades en mala salud percibida por nivel social en cada sexo	IRD hombres: 2,40 IRD mujeres: 2,55 (2013)	Hombres: ↓10% Mujeres: ↓20%	ESCAV

b. Diferencia entre la esperanza de vida en el extremo más bajo de la escala social (percentil 1) respecto a la del extremo más alto (percentil 100). Medida calculada mediante modelos de regresión que tienen en cuenta la distribución socioeconómica completa de toda la población y que eliminan el posible efecto del cambio en el tamaño de los grupos socioeconómicos sobre la magnitud de las desigualdades en salud.

## OBJETIVO 1.3.

# DETERMINANTES ESTRUCTURALES E INTERMEDIOS

Apoyar el desarrollo de políticas públicas que actúen sobre los determinantes estructurales e intermedios que inciden en la salud y en las inequidades en salud.

## ACCIONES

**1.3.1** La Comisión Directora del Plan de Salud promoverá intervenciones que fortalezcan la cohesión y el bienestar social para generar salud y aumentar la equidad en salud:

- políticas redistributivas y de protección social; acceso universal a una educación pública y de calidad desde la primera infancia; acceso a vivienda digna y adecuada; transporte activo; urbanismo inclusivo
- medidas para mejorar la seguridad y reducir el estrés en las escuelas y en los lugares de trabajo
- medidas e iniciativas para mejorar el empleo y las condiciones de trabajo
- medidas e iniciativas reguladoras de las modalidades de trabajo y horarios laborales, escolares y de ocio, que permitan avanzar en la conciliación de la vida personal, familiar y laboral

**1.3.2.** El Comité Técnico de Salud en Todas las Políticas elaborará las propuestas de intervención coordinada para fortalecer la cohesión y el bienestar social en:

1. vigilancia integrada y coordinada de los riesgos ambientales
2. vigilancia de la seguridad alimentaria

3. planificación de la movilidad urbana y el transporte público, facilitando alternativas saludables como desplazamientos a pie y en bicicleta

4. desarrollo de espacios con equipamientos de actividad física, interiores y exteriores de acceso universal

5. promoción del uso compartido de los espacios públicos con criterios de aprovechamiento intergeneracional y adaptados a los colectivos más vulnerables: mayores, niñas y niños, personas con discapacidad

6. diseño y ejecución de la ciudad de forma integradora para su uso por parte de todas las personas mediante la inclusión de la perspectiva de género. Urbanismo seguro e inclusivo, mapas de análisis urbanísticos para la detección de “puntos negros”

7. condiciones de trabajo y conciliación de la vida familiar y laboral

8. medidas educativas inclusivas

9. protección social y redistribución de los recursos

10. medidas contra el estigma por trastorno mental

11. sensibilizar sobre la importancia de los determinantes sociales de la salud a la población general y a profesionales de todos los sectores incluyendo el sector de la salud

INDICADORES	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Tasa de paro juvenil (16-24 años)	Hombres: 35,1% Mujeres: 30,4% (2012)	15%	Eustat. PRA
Riesgo de pobreza. Índice de Gini <sup>c</sup> de renta personal	0,533 (2009)	↓5%	Eustat. Estudio Renta personal y familiar
Hogares en situación de pobreza real según persona de referencia	Hombres: 3,7% Mujeres: 11,1% (2012)	↓10%	Dpto. Empleo y Políticas Sociales. Encuesta de pobreza y desigualdades sociales 2012
Tasa de población sin hogar	Hombres: 1,6% Mujeres: 0,4% (2012)	↓10%	Eustat. Encuesta de personas sin hogar
Abandono escolar prematuro <sup>d</sup> (18-24 años)	Hombres: 8,3% Mujeres: 7,1% (2012)	↓10%	Eustat. La población en relación con la actividad

c. Índice de Gini: es un indicador de desigualdad, es un número entre 0 y 1. El 0 se corresponde con la perfecta igualdad (todos tienen los mismos ingresos) y el valor 1 se corresponde con la perfecta desigualdad (una persona tiene todos los ingresos y los demás ninguno).

d. Abandono escolar prematuro: Porcentaje de población que ha completado como máximo la primera etapa de la educación secundaria y no sigue ningún estudio o formación. Eustat

## OBJETIVO 1.4.

# PARTICIPACIÓN Y EMPODERAMIENTO

Potenciar la participación y el empoderamiento de las personas atendiendo a las diferencias de género y a la diversidad de colectivos y situaciones, desarrollando estrategias de empoderamiento diferenciadas para mujeres y hombres.

## ACCIONES

**1.4.1** Actualizar la “Carta de Derechos y Deberes de pacientes y personas usuarias” del sistema vasco de salud.

**1.4.2** Desarrollar una estrategia de empoderamiento dirigida a las personas enfermas y sus familiares, en especial a aquellas pertenecientes a colectivos más vulnerables. Estas estrategias atenderán las diferencias de género.

**1.4.3** Desarrollar Osasun Eskola (Escuela de Pacientes)<sup>e</sup> para potenciar la autonomía de la persona enferma y promover los hábitos saludables en las personas cuidadoras y ciudadanía.

**1.4.4** Establecer marcos e instrumentos de colaboración con las asociaciones de pacientes y con el tercer sector, promoviendo la corresponsabilidad de las mismas en su relación con el sistema sanitario. Impulso a las asociaciones de pacientes para que desarrollen actividades y herramientas destinadas a compartir el conocimiento e inquietudes sobre sus patologías, mediante la formación, la supervisión y la implicación en sus actividades.

**1.4.5** Desarrollar en el ámbito escolar programas de prevención y sensibilización de la población joven sobre hábitos de vida saludables, frente a la violencia y especialmente la violencia de género y de iguales. Así mismo, impulsar el fomento de actitudes no estigmatizantes de la enfermedad mental.

**1.4.6** Articular y fortalecer la participación comunitaria mediante los instrumentos existentes (Consejo de Sanidad), y establecer nuevos mecanismos para la participación de la población en las fases de planificación, implementación y evaluación de los servicios de salud y de las intervenciones comunitarias de promoción de la salud, en todos los ámbitos.

**1.4.7** Incorporar la perspectiva de género en todos los programas de formación dirigidos al personal de salud.

INDICADORES	OBJETIVO 2020	FUENTE
Consejo de Sanidad activos y operativos	2 reuniones/año	Dpto. de Salud
Participantes en Osasun Eskola-Escuela de pacientes <sup>e</sup> según patologías priorizadas (%)	>50%	Osakidetza-Servicio de Integración Asistencial y Cronicidad
Revisar y publicar la nueva Carta de derechos y deberes de pacientes y personas usuarias del sistema vasco de salud	Sí en 2015	Dpto. de Salud

e. Osasun Eskola-Escuelas de pacientes: recurso del Departamento de Salud y Osakidetza cuya misión es facilitar y proveer información y formación que permitan adquirir conocimientos y habilidades en la gestión de la enfermedad y en la promoción de la salud de pacientes, personas cuidadoras y ciudadanía.

## OBJETIVO 1.5.

# VIOLENCIA DE GÉNERO

Potenciar la prevención y tratamiento de la violencia contra las mujeres en los servicios de salud, favoreciendo la toma de decisiones conjunta entre todos los sectores implicados.

## ACCIONES

**1.5.1** Impulsar los mecanismos para la prevención, detección temprana, abordaje y seguimiento de la violencia contra las mujeres.

**1.5.2.** Mejorar la coordinación sanitaria y socio-sanitaria en la atención a niñas y mujeres víctimas de violencia.

INDICADORES	OBJETIVO 2020	FUENTE
Creación de la Unidad Administrativa de impulso y coordinación de las políticas de igualdad de Osakidetza <sup>f</sup>	2015	Osakidetza

## OBJETIVO 1.6.

# MONITORIZACIÓN DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD

Promover y desarrollar la monitorización e investigación sobre desigualdades en salud.

## ACCIONES

**1.6.1** Crear el Observatorio de Salud como órgano de investigación, análisis y comunicación que trabajará sobre los factores determinantes de la salud y las desigualdades en salud, con perspectiva de género. Elaborará informes periódicos de desigualdades sociales en salud en CAPV, con recomendaciones y propuestas de intervención.

**1.6.3.** Incorporar en todos los sistemas de información sanitarios variables de estratificación social que permitan analizar las desigualdades sociales en el estado de salud, en los determinantes de la salud y en la utilización y calidad de los servicios de salud.

**1.6.2.** Valorar como criterio de calidad la incorporación de la perspectiva de la equidad en salud, de género e intersectorial en los proyectos de investigación sobre salud y uso de servicios sanitarios y sociosanitarios financiados desde el Departamento de Salud y desde otras instituciones.

INDICADORES	OBJETIVO 2020	FUENTE
Creación del Observatorio Vasco de Salud	2015	Dpto. de Salud
Incorporación de variables de estratificación social en los sistemas de información sanitaria	2016	Dpto. de Salud Osakidetza
Informe de desigualdades sociales en salud	2015	Dpto. de Salud

f. Esta Unidad Administrativa figura en el Decreto 213/2007 de 17 de noviembre y su cometido es encargarse del impulso y coordinación de las políticas de igualdad en Osakidetza.

## OBJETIVO 1.7.

# INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN

Impulsar la investigación e innovación como generadoras de conocimiento al servicio de la mejora de la salud y de la calidad, eficacia y eficiencia del sistema de salud.

## ACCIONES

**1.7.1** Fomentar y financiar la investigación (básica, clínica, epidemiológica, trasnacional, en servicios sanitarios...etc) en torno a:

- Las causas de los procesos patológicos y su detección y tratamiento, incluyendo la incorporación de paradigmas como la medicina personalizada o de precisión.
- La evidencia y las causas de las desigualdades en salud
- La efectividad de las intervenciones en salud, incluida la atención sanitaria.

**1.7.2.** Promover la rápida implementación de los resultados de investigación a la aplicación en pacientes.

**1.7.3.** Diseñar un plan de innovación del Sistema Vasco de salud.

**1.7.4.** Desarrollar y consolidar mecanismos de apoyo e impulso a la innovación e investigación (formación, espacios de innovación y creatividad, redes de conocimiento, etc.)

INDICADORES	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Publicaciones indexadas	722 (2011)	↑40%	Bioef