

# Osagin Txostenak 3

Biztanleriaren osasunaren gaineko ikerketa eta berrikuntza  
Investigación e innovación en salud poblacional

## Europar osasun-erlako desberdintasunak murrizteko politikak

Europako zazpi herrialdeen aztertzea



EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN ETA KONTSUMO  
SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD  
Y CONSUMO

Iradokitako aipua: Esnaola, S., Bacigalupe, A., Sanz, E., Martín, U., Aldasoro, E. Europan osasun-arloko desberdintasunak murrizteko politikak. Osagin Txostenak 2012-3. Vitoria-Gasteiz: Osasun eta Kontsumo Saila; 2012.

---

Argitaraldia: 1.a 2012ko apirila

Euskal Autonomia Erkidegoko Administrazioa.  
Osasun eta Kontsumo Saila

Egileak: Santiago Esnaola Sukia<sup>1</sup>  
Amaia Bacigalupe de la Hera<sup>1</sup>  
Elvira Sanz Tolosana<sup>1</sup>  
Unai Martín Roncero<sup>2</sup>  
Elena Aldasoro Unamuno<sup>1</sup>  
Con aportaciones de la Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España.

<sup>1</sup> Osasun eta Kontsumo Saila. Eusko Jaurlaritza

<sup>2</sup> Euskal Herriko Unibertsitatea.

# Aurkibidea

LABURPENA	3
1. Sarrera	7
2. Metodologia	7
3. Emaitzak	8
Aztertutako herrialdeen ezaugarri orokorrak	8
Osasun-arloko desberdintasunak murrizteko politiken aurrekariak	8
Politiken ezaugarri orokorrak. Xedeak eta helburuak	13
Osasun-arloko desberdintasunak murrizteko ekintzak	14
Genero-ikuspegia	16
Etniari edo jatorrizko herrialdeari loturiko desberdintasunak	16
Osasun-arretaren eginkizuna	17
Sektore anitzeko ikuspegia	18
Eragile parte-hartzaileak, eta politikak abiaraztea	19
Monitorizazioa eta ikerketa	20
4. Ondoriak. Ikasi beharreko irakaspenak	21
BIBLIOGRAFIA	24
TAULAK	
1. taula. Populazioa eta adierazle soziodemografikoak.	27
2. taula. Osasun-arloko desberdintasunak murrizteko politiken ezaugarri orokorrak	28
3. taula. Osasun-arloko desberdintasunak murrizteko jarduerak, osasuna baldintzatzen duten faktoreen arabera sailkatuak	29
4. taula. Osasun-arloko desberdintasunak murrizteko jarduerak, osasun-arazoan, esparruen eta berariazko taldeen arabera sailkatuak	30
5. taula. Osasun-arloko desberdintasunak murrizteko osasun-arretako zerbitzuen jarduerak	31
ERANSKINA.	
Osasun-arloko desberdintasunak murrizteko jarduerak europako bost herrialdetan	32

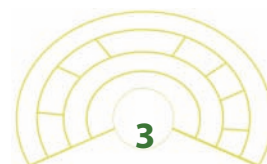
# LABURPENEA

## Sarrera

Espanian osasun-arloko desberdintasunak murrizteko politikak egiteko orduan, lagungarri izan daiteke Europako herrialdeetako esperientzia ezagutzea. Osasun-arloko desberdintasun sozialak murrizteko politiken praktikarik hoberenak erakusteko helburuarekin aztertu zen Europako herrialdeetako esperientzia.

## Metodoak

2008. urtean osasun-arloko desberdintasun sozialak murrizteko politika integralak abiaraziak, planifikatuak edo amaitu berriak zituzten herrialdeak (Finlandia, Suedia, Norvegia, Ingalaterra eta Irlanda) edo esperientzia interesgarriak zituztenak (Danimarka eta Holanda) hautatu ziren. Modu sistematikoan berraztertu ziren gobernuen dokumentuak, webgune espezializatuak eta aurretiko azterketak. Honako alderdi hauek berraztertu ziren: herrialdearen ezaugarri orokorrak (ongizate-erregimena, tradizio politikoa, Gini indizea, giza garapenaren indizea, genero-ekitatearen indizea), aurrekari historikoak, arazoaren definizioa eta xedeak, esku-hartzeen helburua, estalduraren eta sarrera-puntuen arabera esku-hartzeen sailkapena, desberdintasun sozialen ardatzak eta sektore anitzeko ikuspegia.



# E

## maitzak

Testuinguru eta adostasun politikoak baldintzatu izan du politika horien historia eta bilakaera. Finlandian, Suedian eta Norvegian politika unibertsaletara jo da, osasun-arloko gradiente soziala murrizteko helburuarekin. Politika horietan, osasuna baldintzatzen duten egiturazko faktoreei, bizi-kondizioei eta jokabideei loturiko ekintzak jasotzen dira. Aldiz, Ingalaterran eta Irlandan, gizarte-egoera ahuleko taldeei zuzendutako ikuspegi selektiboa lehenetsi zen, eta ekintzak bizi-kondizioetara eta jokabideetara mugatu ziren. Askotariko eragileek parte hartzen dute politika horietan, eta horri sektore anitzeko ikuspegia gehitu zaio, politika horiei hertsiki lotuta dagoena. Osasun-arretak ere eginkizun garrantzitsua du aztertutako politiketan; eskuragarritasun ekonomikoa hobetzeko (baterako ordainketa murriztea), baliabideak laguntza-beharren arabera esleitzeko, eta beharren arabera kalitateko laguntza lortzeko helburua izan dute osasun-arretako ekintzek. Desberdintasun sozialak definitzean dimentsio sozioekonomikoak duen nagusitasunaren ondorioz, generoa, etnia, adina edota jatorrizko herrialdea bigarren mailan geratu izan dira. Azkenik, politikak garatzeko eta ebaluatzeko, funtsezko baliabideak dira monitorizazioa eta ikerketa.

# O

## ndorioak

Europako testuinguruan, osasun-arloko desberdintasun sozialak murrizteko politikak gara daitezke, politika eta programa sektorialetan txertaturik. Politika unibertsalak egiteko ikuspegiarantz jo da —osasunaren gradiente soziala biztanleria osoan murriztea da politika horien helburua—. Horretarako, ingurune politiko eta ekonomikoko egitura-baldintzatzaileetan eragiteko eta bizi-kondizioetan eta jokabideetan eragiteko ekintzak uztartzen dira.



# ABSTRACT

## Introduction

The European experience may be of help in the formulation of policies to reduce inequalities in health in Spain. A survey was made of the experience of European countries in order to identify the best practices in policies to reduce social inequalities in health.

## Methods

Countries which, in 2008, had ongoing, planned or recently-completed, integrated policies to reduce social inequalities in health (Finland, Sweden, Norway, England and Ireland) or with relevant experiences (Denmark and Holland), were studied. A systematic review was made of government documents, specialist websites and previous reviews. The review included the general characteristics of the country (welfare system, political tradition, Gini index, human development index, gender equality index), historical background, definition of the problem and targets, orientation of actions taken in this field, classification of actions in accordance with coverage and entry points, consideration of the different aspects of social inequality and the multisector perspective.



# Results

Political context and consensus have determined the history and development of these policies. In Finland, Sweden and Norway, there has been a development towards universal policies that aim to reduce the social gradient in health, including actions that address the structural issues of health, living conditions and behaviours. On the contrary, England and Ireland have prioritised a selective approach to more disadvantaged groups, with actions limited to living conditions and behaviours. In addition to the large number of agents involved, these policies are characterised by their intrinsic, multisector perspective. Healthcare also plays a relevant role in the policies studied, with actions aimed at improving economic accessibility (reduction in copayment), assigning resources in accordance with the care required and securing a level of service and quality in keeping with requirements. The predominance of the socio-economic dimension in the definition of social inequalities has led to a situation whereby gender and ethnicity, age and country of origin were considered on a secondary plane. Finally, monitoring and research appear to be key instruments for the development and evaluation of policies.

# Conclusions

Within the European context, policies to reduce social inequalities in health can be developed through their integration within sector policies and programmes. There has been a development towards universal policies that focus on reducing the social gradient of health throughout the population and combine a number of actions relating to the structural aspects of the political and economic environment, living conditions and behaviours.



# 1. Sarrera

Aski frogatuta dagoenez, osasun-arloko desberdintasunak gizarte- eta osasun-politika egokien bitartez murriztu daitezke<sup>1</sup>. Horrez gainera, joan den mendeko azken hamarkadetan, zenbait herrialdetan osasun-arloko desberdintasunak murrizteko politikak garatzen hasi ziren<sup>2,3</sup>. Herrialde horien esperientzia oso lagungarria izan daiteke Espainian osasun-arloko desberdintasunak murrizteko politikak egiteko orduan: egindako saiakerei buruzko informazioa eman diezaguke, eta, orobat, haien bideragarritasunari eta behar bezala garatzeko funtsezko faktoreei buruzko informazioa. Kapitulu honen helburua da osasun-arloko desberdintasunak murrizteko politiketan Europako herrialdeek izandako esperientziaren sintesi bat egitea, hartara praktikarik hoberenak erakusteko.

# 2. Metodologia

Europako herrialdeen tokiko osasun-politikak berrikusi ziren eta, lehenik eta behin, osasun-arloko desberdintasunak murrizteko xedeak zituzten azken 10 urteetako politikak hartu ziren. Praktikarik hoberenak erakusteko helburuarekin, lehen zerranda hartatik abiatuta, osasun-arloko desberdintasunak murrizteko politika integralak zituzten herrialdeak hautatu ziren. Azkenik, herrialde hauek hautatu ziren: Finlandia<sup>4,5</sup>, Suedia<sup>6</sup>, Norvegia<sup>7</sup>, Ingalaterra<sup>8-12</sup> eta Irlanda<sup>13</sup>. Islandiak ere hautatzeko irizpideak betetzen zituen, baina islandieraz ez beste hizkuntza batean dokumentu xehaturik ez zegoenez, kanpoan utzi zen<sup>14</sup>. Danimarkak<sup>15,16</sup> eta Holandak<sup>17-19</sup>, nahiz eta desberdintasunak murrizteko estrategia integralik ez izan, esperientzia interesgarriak dituzte osasun-arloko desberdintasunen esparruan, eta haiek ere jaso dira dokumentuan. Azterketan, gobernuek argitaratutako dokumentu ofizialak berrikusi ziren, batez ere. Horretarako, estatuetakoko gobernuen web-orri instituzionalen eta webgune espezializatuen bilaketa sistematikoa egin zen<sup>20</sup>. Horrez gainera, Europako osasun-politikak berrikusteko azterketen dokumentuak ere aztertu ziren<sup>3,21,22</sup>.





## 3. Emaitzak

### Aztertutako herrialdeen ezaugarri orokorrak

Aztertutako herrialde guztiek ibilbide luzeko demokrazia parlamentarioak dituzte. Lau eskandinaviar herrialdeek izaera sozialdemokratako eta unibertsaleko ongizate-erregimenak dituzte, batez ere zergen bidez finantzatuak, eta gastu publiko handia dute; Herbehereetan, ongizate-erregimena korporatibista da, eta Ingalaterran eta Irlandan, berriz, liberala<sup>23</sup>. Gini koefizientearen balioak ikusirik, diru-sarrerei dagokionez, eskandinaviar herrialdeek gainerakoek baino desberdintasun txikiagoak dituzte. Kontrako muturrean, Ingalaterra eta Irlanda daude; Herbehereak, berriz, tartean kokatzen dira (1. taula). Genero-ekitateari dagokionez, Suedia, Norvegia eta Finlandia munduko rankingeko lehenengo postuetan daude, eta gainerako herrialdeak lehenengo hamabosten artean kokatzen dira<sup>24</sup>. Azkenik, giza garapeneko indizearen rankingari dagokionez, posturik altuenean Norvegia dago, eta, azken postuan, Erresuma Batua, 21.ean, hain zuzen.

### Osasun-arloko desberdintasunak murrizteko politikienaurrerakariak

Aurrekari historikoei eta testuinguru politikoei esker, hobeto uler daiteke osasun-arloko desberdintasunak murrizteko politiken bilakaera. Garrantzi handiko gertaera bat OMEren "Guztientzako Osasuna 2000. urtean" (HFA 2000) deklarazioa izan zen (1977)<sup>25</sup>. 1980an, deklarazio hura Europara egokitu zen, eta herrialdeen arteko, talde sozialen arteko eta herrialde bakoitzaren barruko osasun-arloko desberdintasunak murrizteko helburuak jaso zituen egokitzapen hark<sup>26</sup>. HFA 2000 deklarazioak eragin handia izan zuen Europako herrialdeetako politiketan, eskandinaviarretan bereziki. Azpimarragarria da, halaber, Black txostenak (1980)<sup>27</sup> nazioartean izan zuen eragina. Txosten hark agerian utzi zuen Erresuma Batuko osasun-arloko desberdintasunen garrantzi handia. Hala, 80ko hamarkadan eta, batik bat, 90eko hamarkadan, Europako zenbait herrialdetan osasun-arloko desberdintasunak murrizteko berariazko politikak egiten hasi ziren. Ondoren, aztertutako herrialdeetako politiken historia azalduko dugu, labur-labur.

Herrialde horien ibilbide historikoari dagokionez, puntu hauek nabarmentzekoak dira:

1) Osasun-arloko desberdintasunak murrizteko politikak garatu dituzten herrialdeek ibilbide



luzea dute osasun publikoaren arloan eta, kasu askotan, osasun-arloko desberdintasunak aztertzen; 2) osasun-arloko desberdintasunak murrizteko politikak egiten ahalegintzeko ekimenak testuinguru politikoak baldintzatu izan ditu, eta, orobat, politika horien historiak eta bilakaera praktikoak; 3) azkenik, estrategia horiek legitimazio politikoko maila desberdinak dituzte. Mutur batean Suediako kasua dago, non parlamentuan onartu baitziren osasun-politikak; tarteko beste kasu batzuetan, adibidez, Finlandian, gobernuaren ebazpenak izan ziren; eta konpromiso-maila apalagoa hartu zuenik ere bada, adibidez, Herbehereak, non gobernuaren memorandum batean jasotzen baitira osasun-politikak (jarduera-ildo orokor batzuk zehazten dira, batez ere).

## Danimarka

Danimarkan, osasun-arloko desberdintasunak duela 150 urtetik dira aztergai, baina osasun-agintariak bizi-esperantzari eman izan diote lehentasuna, inguruko herrialdeetako baino txikiagoa baita; ondorioz, osasun-arloko desberdintasun sozialak ez ziren agenda politikoan sartu XX. mendeko 90eko hamarkada bukaerara arte<sup>28</sup>. 1999an, gobernu sozialdemokratak osasun-politikako lege bat<sup>15</sup> proposatu zuen. Lege hark osasun-arloko desberdintasunei buruzko xedeak eta osasuna baldintzatzeko duten faktoreetarako helburuak ezartzen zituen, 1999-2008 denboraldirako. Hala, osasun-politika integral baten oinarriak ezarri ziren, sektore arteko ikuspegi sendo batekin, nahiz eta, ekitateari dagokionez, gradiente sozial osoarentzat beharrean, gizarte-egoera ahuleneko taldeentzat zen. Hala ere, ezer gutxi garatu zen plan hura, abiarazi eta bi urtera Parlamentuan gehiengoa aldatu eta gobernu berri bat osatu baitzen, liberala, hain zuzen. Gobernu berriak osasun-publikoko politika-programa berri bat atera zuen 2002-2010 denboraldirako: "Healthy throughout life". Programa horren helburu nagusietako bat osasun-arloko desberdintasunak murriztea da. Adierazleen artean desberdintasunaren ikuspuntua ere jasotzen duen arren, ez du haiek murrizteko ekintza zehatzik proposatzen. Horrez gainera, asko nabarmentzen ditu gizarte-egoera ahuleneko taldeak, eta gutxi erreparatzen dio gradiente sozial osoari. Ondorioz, osasun-arloko desberdintasunei aurre egiteko bitarteko diren gizarte- eta osasun-politika unibertsaletatik aldentzen da.

## Finlandia

Desberdintasun sozialaren ikuspuntua 1960tik dago sartua osasun-politikan, eta osasun-arreta eskuratzeko ahalbidea hobetzeko neurriak jasotzen ditu. 1986an, "Guztientzako Osasuna 2000. urtean" politika aplikatu zuen Finlandiak, nahiz eta haren ikuspegia murriztu zuen eta osasun-arreta eskuratzeko ahalbidea hobetzera eta talde zaugarrien jokabide-aldaketara mugatu zen. 1993an, programa hura berrikusi eta sakondu egin zen, eta ekitatea



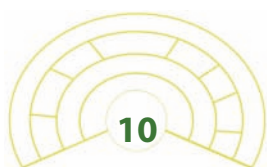
sartu zen, 12 ekintza-ildotan. Hala ere, ez zen lortu osasun-arloko desberdintasunak murriztea. 2001ean, gobernu sozialdemokrata “Health 2015” nazio-programaren gidari izan zen. Biztanleriaren osasuna hobetzea eta osasun-arloko desberdintasunak murriztea dira programa horren helburuak, eta heriotza-tasaren desberdintasunak murrizteko helburu kuantitatibo bat ere gehitzen da. Haatik, biztanleriaren osasuna hobetu den arren, osasun-arloko desberdintasun sozialak ez dira murriztu, eta, horrez gainera, areagotu egin dira. Hori dela eta, 2008an, osasun-arloko desberdintasunak murrizteko nazio-estrategia bat onartu zuen gobernuak<sup>5</sup>.

## Norvegia

1984tik, OMEren “Guztientzako Osasuna 2000. urtean” estrategia onartu zen urtetik hain zuzen, osasun-arloko desberdintasunak badirela aintzatesten da Norvegian. 1987. urtean, Norvegiako gobernu sozialdemokratak liburu zuri bat egin zuen, eta osasuna politika publikoetan sartzearen beharra eta osasun-arretaren banaketan ekitatea sustatzearen beharra jasotzen zen liburu hartan. Duela gutxi arte, talde zaugarrien eta gizarte-egoera ahuleko taldeen arazoak baino ez ziren osasun-arloko desberdintasunak, erantzukizun indibidualaren eta sozialaren arteko orekaren beharraren ikuspuntutik, eta biztanleriaren osasuna hobetzeko jokabideak lehenesten ziren<sup>29,30</sup>. 2004an, Osasun Ministerioak babestutako adituen batzorde batek osasun-arloko desberdintasunak murrizteko jardueraildoak landu zituen, osasunaren gradiente sozialaren ikuspuntutik. Dokumentu hura, “The challenge of the Gradient”, osasun-arloko desberdintasunak murrizteko nazio-estrategia egiteko oinarria izan da. Nazio-estrategia 2006an argitaratu zen, eta izaera integrala eta sektore artekoa du.

## Suedia

Europako herrialde gehienetan baino lehenago sartu zen Suediako osasun publikoaren agendan osasun-arloko desberdintasunen gaia. OMEren “Guztientzako Osasuna 2000. urtean” estrategia hartu, eta dokumentu batean jaso zuen Suediak: “On the Development of Health and Medical Care Services in Sweden”. 1987an, osasun publikoaren lehenbiziko txostena argitaratu zen. Txosten hartan, modu esplizituagoan aipatzen ziren osasun-arloko desberdintasun sozialak, eta gogorarazten zen biztanleriak, oro har, osasun-arloan hobera egin bazuen ere, talde jakin batzuek adierazle kaskarragoak zituztela. Eraitza haiek ikusirik, garapen ekonomiko eta sozial eta bizi-kondizio egokiak bermatzearen garrantzia azpimarratzen zuen lege-proposamen bat egin zuen gobernuak, biztanleriaren gehiengoak bizi-itxaropen iraunkorra eta osasuntsua izatea helburu zuena. Halaber, osasun-arloko desberdintasunak murriztea osasun publikoko politikaren funtsezko helburu gisa jaso



zuen lege-proposamenak. 1994an, gobernu sozialdemokratik, "Invest in Health- Prioritise for health" izeneko dokumentua igorri zuen parlamentura; dokumentu horrek proposatzen zuen osasun publikoko nazio-batzorde bat osatzea, parlamentuaren babespean, Suediako osasun publikoaren aurrerapen eta garapenerako nazio-helburuak diseinatzeko helburuarekin. Batzordearen ondorioek arreta berezia eskaini zioten osasun-arloko ekitateari; nabarmendu zuten talde sozioekonomikoen eta beste talde sozial batzuen arteko osasun-arloko desberdintasunak murrizten lagundu behar zutela proposatu beharreko helburuek eta estrategiek. Gomendioak "Health on equal terms-national public health objectives" dokumentuan jaso ziren, eta "The Public Health Objective Bill" lege-proiektuan sartu ziren; proiektu hori 2003an onartu zen parlamentuan. Ondoren, "The new Swedish public health policy" izenarekin onartu zen Suediako osasun publikoko politikak ere jaso zituen gomendio haiek.

## Herbehereak

Osasun-arloko desberdintasunak ez ziren sartu agenda politikoan 80ko hamarkadara arte. Arestian aipatutako Black txostenari esker eta Amsterdameko auzoen arteko osasun-arloko desberdintasunei buruzko txosten bati esker, gai horrekiko interes handiagoa agertu zuten ikertzaileek eta politikariek. Une hartatik aurrera, osasun-arloko desberdintasunak murrizteko ikerketan oinarritutako ikuspegi bat aplikatzen hasi zen gobernuak. 1989an, lehenbiziko ikerketa-programa abiarazi zen, eta haren helburua izan zen osasun-arloko desberdintasunen handitasuna eta jatorria eta, orobat, haiek baldintzatzen dituzten faktoreak ikertzea. 1995. urtean, beste ikerketa-programa bat abiarazi zen, desberdintasunak murrizteko estrategia modu sistematikoan garatzeko, eta hamabi esku-hartzeren ebaluazioari jarri zitzaion arreta. Bigarren programa haren emaitzetatik abiatuta, kontsultarako batzorde bat eratu zen eta emaitzetan oinarritutako gomendioak eman zituen batzorde hark. Kontsultarako batzordeak estrategia inklusibo eta integratu bat garatu zuen, 2010. urterako % 25 murrizteko osasun-arloko desberdintasunak. 2001ean gomendio gehienak onartu zituen gobernuak, baina 2002an aldaketa izan zen, eta zentro-eskuinerantz jotzearekin batera, bazterrean utzi zen helburu hura lortzeko bitartekoak garatzea eta esku-hartzeak planifikatzea. Hala eta guztiz ere, gobernuak tokiko esparruari emandako garrantziaren ondorioz, osasuna hiri-politiketan sartu zen eta esparru horretan osasun-arloko desberdintasunak murrizteko politika integratuei buruzko esperientziak garatu ziren. Aurrerago, 2004an, Osasun Ministerioaren "Living longer in good health" liburu berdeak osasun-arloko desberdintasunak murrizteko xedeei eutsi zien, eta, era berean, garrantzi handia eman zion jokabideen eta osasunaren arloan gizabanakoak duen erantzukizunari. 2006an, politika sozial guztietan gizabanakoaren erantzukizuna azpimarratzeko joera hori indartu egin zen: osasuneko aseguru-sistema mistoa kendu (funts publikoekin biztanleriaren bi hereni erantzuten zion), eta aseguru-sistema guztiz pribatua ezarri zen.



## Ingalaterra

Osasun-arloko desberdintasun sozialei buruzko ikerketek ibilbide luzea dute Erresuma Batuan. 1977an, gobernu laborista batek Black txostena egiteko agindua eman zuen, eta 1980. urtean argitaratu zen, alderdi kontserbadorea gobernura iristearekin bat. Hala ere, 1997. urtean alderdi laboristak boterea hartu zuen arte itxaron behar izan zen osasun-arloko desberdintasunei erantzuteko konpromiso politikoa har zedin. Urte hartan bertan, adituen batzorde bat sortu zuen gobernuak. Batzorde hark "The Independent Inquiry into Inequalities in Health Report" txostena egin zuen, Acheson txostena izenez ere ezagutzen dena. Txosten hura nazioarteko erreferentzia bihurtu zen desberdintasunei buruzko ebidentziak berrikusteko arloan, eta 1999an Ingalaterrako gobernuak egindako "Saving Lives" liburu zuriaren<sup>8</sup> oinarri izan zen; liburu zuri horrek osasun-arloko desberdintasunak murrizteko nazio-mailako ekintza-plan bat ezartzen zuen. 2001ean, haurren heriotza-tasaren desberdintasunak eta bizi-itxaropenaren desberdintasunak murrizteko helburuak ezarri ziren, eta, ondoren, gobernuko sailen gastua hobeto bideratzeko berrikuste bat egin zuen Altxorraren Ministerioak, osasun-arloko desberdintasunak murrizte aldera. Berrikuste hartan oinarrituz, ekintza-programa bat egin zen, eta osasun-arlokoak ez diren 12 sailen konpromisoa jaso zen bertan. 2004an, osasunaren sustapenari buruzko "Choosing health – making healthy choices easier" liburu zuriak ere jaso zituen osasun-arloko desberdintasunak murrizteko zenbait ekintza; haatik, garrantzi handia ematen zien bizitzeko moduei, eta txikiagoa, berriz, egitura-faktoreei.

## Irlanda

Azken hamarkadan, hazkunde ekonomiko handia izan du Irlandak. Hala eta guztiz ere, bizi-kondizioen eta bizi-itxaropenaren hobekuntza ez da zuzen banatu biztanlerian. 2001ean argitaratutako txosten batek erakusten zuenez, desberdintasun sozioekonomiko handiak zeuden heriotza-tasan, eta Europako Batasuneko gainerako herrialdeek baino osasun-adierazle txarragoak zituen Irlandak. Osasun-arloko desberdintasunak murrizteko benetako konpromisoak hartzeko, eragin handia izan dute, aipatutako dokumentuaz gainera, OMEren "Guztientzako Osasuna 2000. urtean" deklarazioak, Acheson txostenak, gizarte zibileko beste txosten batzuek eta "The Report of the Chief Medical Officer" txostenak (1999). Osasunaren eta pobreziaren arteko erlazioa klase politikoaren gehiengoak onartu du. Zentzu horretan, "The Report of the Working Group on the National Anti-poverty Strategy and Health" txostenak (2001) desberdintasun horiei heltzeko bidea proposatu zuen, eta 2007rako haiek murrizteko helburu batzuk ezarri zituen. Proposamen haiek "Quality and Fairness-A Health System for You" osasun-plan nazionalan (2001) sartu ziren. Osasun-planaren helburuak ziren, besteak beste, aberatsen eta pobreen osasun-arloko desberdintasunak



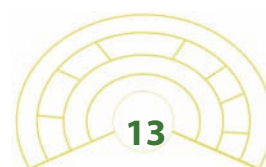
murriztea, osasun-zerbitzuak eskuratzeko ahalbidean ekitatea sustatzea eta pobrezia eta osasun txarra lotzen dituzten faktore nagusiei heltzeko modu berriak garatzea. Izan ere, duela gutxi onartutako “National Action Plan on Social Inclusion 2007-2016” planak osasun-arloko desberdintasunak murrizteko konpromisoak jasotzen ditu. Horrez gainera, badira beste konpromiso politiko batzuk: “Investing for Health” (2002) eta “A Healthier Future” (2005). Ibilbide hori Irlandako alderdi kontserbadoreak zuzendu du, gobernuan izan den hamaika urteetan zehar (1997-2008).

## Politiken ezaugarri orokorrak. Xedeak eta helburuak

Osasun-arloko desberdintasunen fenomenoak zehazteko eta aztertzeke moduak, haren problematizazioak<sup>a</sup>, ondorio sakonak ditu desberdintasun horiek murrizteko politikak egiteko garaian<sup>31</sup>. Elkarren mendeko hiru hurbilketa daude, funtsean, osasun-arloko desberdintasunak murrizteko<sup>32</sup>: (a) gizarte-egoera ahuleneko sektoreentzako politikak, berariazko ekintzen bitartez haien osasuna hobetzeko, kontuan hartu gabe sektore pribilegiatuenetan edo biztanlerian oro har eragin litezkeen hobekuntzak; (b) osasun-eskasiari edo -desberdintasunari (health gap) erantzuteko politikak, eskala sozialaren muturreko taldeen arteko osasun-arloko desberdintasunak murrizteko, kontuan hartu gabe tarteko taldeen egoera; eta (c) gradiente soziala helburu duten politikak, eta, horrenbestez, biztanleria osoa aintzat hartzen dutenak, talde sozioekonomiko guztien arteko osasun-arloko desberdintasunak murrizteko, maila sozial guztiek izan ditzaten aukera hobeak osasun ona izateko. Osasun-arloko desberdintasun sozialak zehazteko garaian, Danimarkak, Herbehereek, Ingalaterrak eta Irlandak arazoa, funtsean, gizarte-egoera hobereana eta ahulena duten taldeen arteko osasun-desberdintasunera mugatzen dute. Hala, biztanleriaren gutxiengo batera mugatzen da arazoa, eta, beraz, politiken ikuspegia. Aldiz, Finlandiak, Norvegiak eta Suediak gizarte osora zabaltzen dute arazoaren ikuspegia, eta gizarte-egoeren eta osasunaren arteko mailaz mailako erlazioari ematen diote garrantzia, hau da, osasunaren gradiente sozialari.

Osasun-arloko desberdintasunak ezberdin ulertzeak eragina du xedeak ezartzeko eta esku-hartzeak diseinatzeko garaian. Aipatutako herrialdeen lehenengo multzoan, gizarte-egoera ahuleneko taldeen osasuna hobetzeko dira xedeak (Danimarka eta Herbeherak), eta Ingalaterran eta Irlandan, horrez gainera, osasun-desberdintasuna murriztea dute helburu. Finlandian, Norvegian eta Suedian, berriz, maila sozial guztien arteko osasun-arloko desberdintasunak murriztea ere lortu nahi dute xedeek (2. taula). Esku-hartzeei dagokienez,

<sup>a</sup> Fenomenoak kokatzeko erabiltzen den prozesu diskurtsiboa da problematizazioa, ondoren haiek ekintza politikoaren eraginpean jarri ahal izateko. Ezinbesteko etapa da prozesu politiko orotan.



Danimarkak, Herbehereek, Ingalaterrak eta Irlandak batez ere ikuspegi selektiboa dute, eta esku-hartzeok gizarte-egoera ahuleneko taldeentzako dira; Finlandiak, Norvegiak eta Suediak, berriz, biztanleria osoarentzako estaldura unibertsaleko jarduerak gehitzen dizkiote ikuspegi horri. Osasun-arloko desberdintasunen ikuspegi ezberdinak izatearen beste ondorio bat da politiketan eta jardueretan ezberdin txertatzen direla generoa, etnia edo jatorrizko herrialdea, desberdintasun sozialen zehar-ardatz gisa (ikus 7. atala).

Bat datoz, batetik, ekintza norentzat den eta haren estaldura, eta, bestetik, esku-hartzeek helburu duten osasunaren faktore baldintzatzaile-mota; eta nabarmentzekoa da hori. Osasunaren gradiente sozialari aurre egiteko ikuspegi unibertsaleko politikak dituzten hiru herrialdeetan, osasuna baldintzatzen duten egitura-faktoreei, bizi-kondizioei eta jokabideei loturiko ekintzak jasotzen dira. Tartean, Ingalaterra eta Irlanda daude, zeinek bizi-kondizioetan eta jokabideetan eragiteko ekintzak baitituzte. Danimarka eta Herbehereak, berriz, jokabideetara mugatzen dira.

2. taulan, horiez gainera, jarduera-eremuak (gune geografikoak, lan-ingurunea eta abar) eta berriazko politiken helburu diren taldeak adierazi dira. Ingalaterra nabarmentzen da, arreta berezia jaso baitute han gizarte-egoera ahuleko gune geografikoek, eta, orobat, gizarte-egoera ahuleko taldeetako haurrek eta gurasoek. Azkenik, azpimarragarria da aztertutako politikek duten sektore arteko izaera sakona eta, orobat, osasunarekiko eraginaren ebaluazioak duen eginkizuna osasuna politika guztietan txertatzeko bitarteko gisa (ikus 10. atala).

## Osasun-arloko desberdintasunak murrizteko ekintzak

Identifikatutako ekintzak sailkatzeko, OMEren Osasunaren Gizarte Determinatzaileen Batzordearen esparru kontzeptuala erabili da, eta multzo hauetan bereizi dira: ekintza selektiboak, berriazko taldeentzako ekintzak eta biztanleria osoarentzako ekintzak (3. taula). Taulan ez dira sartu Danimarka eta Herbehereak, ez baitituzte hartu osasun-arloko desberdintasunak murrizteko estatu mailako neurri zehatzak.

Nabarmentzekoa da Finlandian, Norvegian eta Suedian osasuna baldintzatzen duten egitura-faktoreetan eta tarteko faktoreetan (bizi-kondizioak eta jokabideak) eragiteko helburua dutela ekintzek, eta, era berean, ikuspegi unibertsala eta selektiboa dutela. Osasuna baldintzatzen duten egitura-faktoreen barruan, zerga-politikak, hezkuntza eta gizarte-babesa sartzen dituzte hiru herrialde horiek. Horrez gainera, enplegu-lorpenean eragiteko ekintzak sartzen dira (Finlandia eta Norvegia), ahalduz eta parte-hartze sozialean eragiteko ekintzak (Norvegia eta Suedia), eta balio kultural eta sozialean eragiteko ekintzak (Suedia). Tarteko

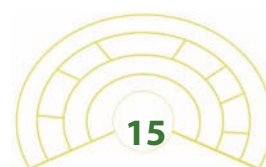


faktoreei dagokienez, hiru herrialdeetan identifikatu dira lehen haurtzaroko osasunari eta heziketari lotutako, osasun-arretari lotutako eta osasunarekin zerikusia duten jokabideei lotutako ekintza unibertsalak. Horrez gainera, lan-kondizioei lotutako ekintza unibertsalak sartzen dituzte Norvegiak eta Suediak, eta, azken horrek, baita etxebizitzari lotutakoak ere. Finlandiak eta Suediak gizarte-zerbitzuei lotutako ekintza unibertsalak sartzen dituzte, eta Norvegiak, berriz, kohesio sozialari eta bizitzeko moduei lotutakoak. Kasurik gehienetan, biztanleria-talde bakarrarentzako ekintza selektiboekin batera, biztanleria osoarentzako ekintza unibertsalak ere izaten dira.

Ingalaterran eta Irlandan, ekintza selektiboak eta tarteko baldintzatzaileetan eragiteko ekintzak dira nagusi. Osasuna baldintzatzen duten egitura-faktoreei dagokienez, Ingalaterrak estaldura unibertsalarekin heldu die enplegu-politikei, eta ekintza selektiboekin, berriz, enpleguaren arloari eta zerga-, errenta- eta hezkuntza-politikei; Irlandak gizarte-babeseko politikak bakarrik egin ditu, bai unibertsalak, bai selektiboak. Osasuna baldintzatzen duten tarteko faktoreei dagokienez, Ingalaterrak ahalegin handia egin du bizitzaren hastapenari, hezkuntzari, ingurumen fisikoari, osasun-arretari, etxebizitzari eta jokabideei loturiko politika selektiboak garatzen. Irlandak politika unibertsalak egin ditu bizitzaren hastapenerako eta gizarte-zerbitzuetarako, eta politika selektiboak, berriz, gizarte- eta osasun-zerbitzuetarako eta jokabideetarako.

4. taulan, ekintza-motaren araberrako sailkapen bat egiten da: berariazko osasun-arazoekin zerikusia dutenak, jarduera-eremuekin zerikusia dutenak (gune geografikoak: hiriak, auzoak... edota inguruneak: lana, eskola...), eta berariazko taldeentzako ekintzak. Osasun-arazoei dagokienez, Eskandinaviako hiru herrialdeek osasun mentaleko politika unibertsalak egin dituzte, eta Ingalaterran, berriz, politika selektiboak egin dira arlo horretan. Horrez gainera, gaixotasun infekziosoen prebentzioari eta tratamenduari lotutako ekintzak gehitu ditu Suediak, eta arreta berezia eskaini die GIBaren bidez gertatutako infekzioari eta hiesari; Ingalaterrak, berriz, tabakismoan eragiteko ekintza selektiboak garatu ditu.

Nabarmentzekoak dira gizarte-egoera ahuleneko gune geografikoetarako Ingalaterrak prestatutako ekintza selektiboak, eta, orobat, lan- eta eskola-inguruneetan eragiteko Finlandiako eta Suediako ekintza unibertsalak. Berariazko biztanleria-taldeei dagokienez, aztertutako herrialdeen politika guztietan, haurrak eta haien gurasoak dira arreta gehien jasotzen duten adin-taldeak. Azpimarragarriak dira, halaber, Norvegian, gizarte-bazterketa jasateko arriskuan diren taldeentzako, haurrentzako, gazteentzako eta adinduentzako ekintzak, eta, Ingalaterran, gazteentzako eta guraso bakarreko familientzako ekintzak. Irlandak ere arreta berezia eskaini die gizarte-bazterketa jasateko arriskuan dauden taldeei.





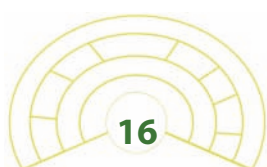
# Genero-ikuspegia

Oro har, aztertutako politiketan, estatus sozioekonomikoari lotutako desberdintasunak dira nagusi, bai osasun-arloko desberdintasunen fenomenoak zehaztean eta deskribatzean, bai helburuak eta ekintzak ezartzean. Hori dela eta, politiketan genero-ikuspegia sartzen den ebaluatu zen, eta haren sentikortasun sinbolikoa eta eraginkorra aztertu<sup>b</sup>. Halaber, generoak osasuna baldintzatzen duten gainerako faktoreekiko duen partekotasun integratua ebaluatu zen<sup>33</sup>. Aztertutako herrialde guztietan, sentikortasun sinbolikoa handia da. Dokumentu guztiek zehazten zituzten osasun-arloko desberdintasunak sexuaren arabera, eta guztiek azaltzen zuten argi, Norvegiak izan ezik, generoak duen garrantzia osasun-arloko desberdintasun sozialetan. Halaber, guztiek, Norvegiak izan ezik, sartzen zituzten helburuak edo ekintzak gizon-emakumeen berariazko egoera aintzat hartuta. Horrez gainera, desberdintasun sozioekonomikoak problematizatzeko moduak (ikuspegi selektiboak edo unibertsalak) generoari dagozkion ekintzen estaldura ere baldintzatu zuen: ekintzak gizarte-egoera ahulenerako taldeetara mugatzearen beste ondorio bat izan zen genero-ikuspegia soilik egoera sozioekonomiko ahulenerako biztanleria taldeei aplikatu zitzaizela, modu selektiboan. Aldiz, desberdintasun sozioekonomikoetan gradiente soziala aintzat hartzeak genero-ikuspegiaren aplikazio unibertsala dakar. Merezki du osasun-arloko desberdintasunen eraginak ebaluatzen Ingalaterrak izandako esperientzia azpimarratzea: zeharkako izaera duten dimentsioak, hala nola generoa, adina edo etnia kontuan hartzeko bitarteko gisa ulertu da ebaluazioa<sup>34</sup>. Nabarmenezkoa da, halaber, Irlanda izan zela emakumeen osasunerako berariazko plan bat egin zuen Europako lehenengo herrialdea (planeko ekintzak osasun-arretara zuzenduak zeuden, batez ere)<sup>35</sup>.

## Etniari edo jatorrizko herrialdeari loturiko desberdintasunak

Generoarekin gertatzen den antzera, etniari edo jatorrizko herrialdeari loturiko desberdintasunak ere estatus sozioekonomikoaren mende daude. Oro har, osasun-arloko desberdintasunak baldintzatzen dituzten faktoreen barruan sartzen dira etnia edo jatorrizko herrialdea, eta zeharkako izaera dute. Horrez gainera, berariazko ekintzak askotarikoak dira, herrialdearen arabera, hain zuzen. Hala, Suedian, arreta handiagoa eskaini zaie hiri-

<sup>b</sup>Genero-sentikortasunak balioesten du politikek zer neurritan hartzen duten kontuan generoa erlazio-kategoria gisa (sentikortasun sinbolikoa) eta zer neurritan garatzen dituzten haren ondorio diren desberdintasunak murrizteko ekintzak (sentikortasun eraginkorra)<sup>33</sup>.



politikei, hiri-inguruetan bildutako kolektiboentzako etxebizitza-planen eta hiria berroneratzeko planen bitartez. Finlandiak eta Norvegiak etorkinentzako osasun-zerbitzuak hobetzeko ekintzak egiten dituzte, eta Norvegiak aintzat hartzen ditu jokabideen aldaketei lotutako espezifikotasunak. Ingalaterran, osasun-arloko desberdintasunen dimentsio gisa esplizituki onartuak daude etnia eta jatorrizko herrialdea; osasun-arloko desberdintasunetan zer eragin duten ebaluatzea proposatzen da, eta helburuek eta ekintzek zer populazioentzat izan behar duten zehaztean, aintzat hartzen dira. Irlandan, immigrazioa fenomeno berria denez, hari lotutako osasun-arloko desberdintasunei buruzko ezagutza hobetzeko helburuak sartu dituzte. Horrez gainera, arreta berezia eskaintzen zaie zenbait gutxiengori, eta "traveller"-en kolektiboaren kasuan, berariazko osasun-estrategiak egin dira haientzat<sup>36</sup>

## O osasun-arretaren eginkizuna

Osasun-arretaren eskuragarritasunean, banaketan eta kalitatean eragiteko ekintzen bitartez, osasun-arloko desberdintasunak murriztu (edo areagotu) daitezke<sup>37</sup>. Osasun-arloko ekitaterik eza baldintzatzen duten beste faktore batzuen ondorioak arindu ditzake osasun-arretak. Osasun-zerbitzuek aurre egin diezaiokete "alderantzizko laguntzaren legea" deritzonari; lege horren arabera, osasun-arreta jasotzeko aukera biztanleriaren beharrekiko alderantziz proportzionala izan ohi baita<sup>38</sup>.

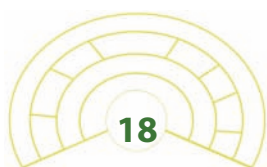
Osasun-arloko desberdintasunak murrizteko politika integralak egin dituzten herrialdeek ez diote garrantzi bera eman osasun-arretaren eginkizunari (5. taula). Gogorazi behar da lan honetan bildutako herrialdeek estaldura unibertsaleko osasun-sistemak dituztela, eta haien zerbitzurik gehienak funts publikoekin finantzatzen direla. Aitzitik, zenbait herrialdek neurriak hartu dituzte osasun-zerbitzuak jasotzeko eskuragarritasun finantzarioa hobetzeko, adibidez, Norvegiak, zeinak zerbitzu batzuetan (ortodontzia, medikamentuak, fisioterapia eta abar) zegoen baterako ordainketa murriztu edo kendu egin baitu, modu unibertsalean edo kolektibo batzuentzat (adingabeak, adinduak, minusbaliatuak, laneko bajaran daudenak eta abar); halaber, Finlandiak doako zerbitzuen zorroan sartu ditu tabakoarekiko mendekotasuna gainditzeko medikamentuak. Baliabideen esleipenari dagokionez, Ingalaterra eta Finlandia nabarmentzen dira. Ingalaterrak ibilbide luzea egin du lehen mailako arretako baliabideak beharren arabera esleitzen, eta hori hobetzeko erabakia hartu du. Bestalde, berariazko biztanleria-taldean osasun-beharren arabera osasun-baliabideak esleitzeko sistema bat garatu nahi du Finlandiak. Horrez gainera, osasun-arretako ekintza gehienek arreta egokia eta kalitatekoa errazago lortzea dute helburu. Zentzu horretan, nabarmentzekoa da osasun-laguntzako zerbitzuen osasun-arloko ekitatea



ikuskatzen Ingalaterrak izan duen esperientzia. Ikuskapen horri esker, zerbitzuen eta laguntza jasotzeko beharren arteko egokitzapena balioetsi ondoren, hobekuntzak sar daitezke egokitzapen hori hobetzeko eta osasun-arretako desberdintasunak murrizteko<sup>39,40</sup>. Aipagarria da, halaber, Suediaren kasuan, osasun-arreta osasun-arloko emaitzetara zuzentzeko ahalegina; osasun-arretaren ikuspegi holistikoa hartu da, eta garrantzi handiagoa eman zaie osasunaren prebentzioari eta sustapenari. Gainerakoan, zenbait herrialdetan, osasun-arloko desberdintasunak murrizteko helburuarekin, betiere, alor batzuk gehiago garatzea proposatzen da, adibidez: lehen mailako arretako zerbitzuak (Finlandia eta Ingalaterra), biztanleria-talde batzuentzako osasun-arreta (lehen haurtzarora, amak, gizarte-bazterketa jasateko arriskuan dauden pertsonak...), edota zenbait laguntza-esparru (osasun mentala, lan-osasuna, gaixotasun infektzioak, errehabilitazioa, alkohol- eta tabako-kontsumoa...). Azkenik, Finlandiak kontuan hartu du osasun-zerbitzuen zeregina, haien bitartez langabeak lan-merkatura itzultzea errazteko, eta, halaber, gaixotasun mentalak dituzten pertsonen birgizarteratzea errazteko.

## Sektore anitzeko ikuspegia

Osasun-arloko desberdintasunak baldintzatzen dituzten faktoreen izaera dela eta, osasun-arlokoak ez diren jarduera-eremuak ere landu behar dituzte politikek. Hala, nola Suediak, Norvegiak eta Finlandiak hala Ingalaterrak eta Irlandak sektore anitzeko ikuspegiko estrategia integralak egin dituzte. Suediaren kasua adibide paradigmaticoa da: 18 helburu ezarri ditu osasun-politikan, eta haietariko askok zerikusia dute estatuko, eskualdeko eta tokiko hainbat esparru sektorialetan ondorioak dituzten baldintzatzaile sozialetan eragiteko jardurekin. Osasun eta Gizarte Gaietarako Ministerioak, Osasun Publikoko Institutu Nazionalarekin batera, tartean diren sektoreen ekintzak koordinatzen eta monitorizatzen ditu. Zentzu berean, "Osasuna politika guztietan" ("Health in all policies", HiAP)<sup>41</sup> dokumentua argitaratu zuen Finlandiak 2006an, EBko presidentetza izan zuen urtean. HiAP dokumentuko estrategia indartzeko beharra ere aipatzen da, eta, horretarako, ekintzak osasun-arloko ekitatera bideratu behar dira. Norvegiak bere politikako berariazko kapitulu bat eskaintzen dio sektore arteko ekintzaren sustapenari, eta, kapitulu horretan, osasun-arlokoak ez diren sektoreetako eragileen artean osasun-arloko eraginen ebaluazioek duten garrantzia eta osasunaren eredu soziala hedatzeak duen garrantzia azpimarratzen da. Azkenik, herrialde guztiek azpimarratzen dute osasun-arloko eraginen ebaluazioak duen garrantzia politika sektorialen agendan osasun-arloko ekitatea sartzeko baliabide gisa.



# Eragile parte-hartzaileak, eta politikak abiaraztea

Osasun-arloko desberdintasunen fenomenoak hain konplexua izanik, askotariko eragileek hartu behar dute parte haiek murrizteko politikak egiten eta abiarazten. Aztertutako herrialde guztietan, gobernu bakoitzaren barruan, osasun-politikez arduratzen den ministerioak izan du zeregin horren gidaritza. Eskandinaviar herrialdeetan, gobernuaren erakunde ordezkariak egin dituzte politika horiek (Osasun Publikoko Institutuak Suedian, eta adituen batzordeak, Norvegian eta Finlandian). Ingalaterran eta Irlandan, berriz, ministerioek bere diseinatu dituzte. Politika horiek abiarazteko, Suedian, Osasun Publikoko Institutuak du osasun publikoko politikak koordinatzeko eta monitorizatzeko erantzukizuna; Norvegian, politikak koordinatzeko “aginpide-zentro” bat sortu da; eta Ingalaterran, osasun-arloko desberdintasunei buruzko berariazko unitate bat abiarazi zen Ministerioaren barruan.

Sektore anitzeko ikuspegiak tartean sartu ditu administrazio publikoko hainbat mailatako esparru sektorialak. Aztertutako herrialde guztietan aipatzen da gobernuko beste ministerio batzuek duten erantzukizuna, eta, zenbait dokumentutan, Ingalaterrakoan adibidez, ministerio bakoitzaren konpromisoak zehazten dira. Halaber, herrialde guztiek aipatzen dute, maila guztietan, estatuko administrazioetik tokiko administrazioetaraino, beharrezkoak direla inplikazioa eta koordinazioa. Eskandinaviako herrialdeen kasuan, administrazio oso deszentralizatuak dituzte eta tokiko administrazioek pisu handia dute, eta ahalegin horrek garrantzi berezia hartzen du. Hala, Suedian, estatu mailako jarduerak Osasun Publikoko Institutuak koordinatzen ditu, eta Suediako 21 eskualdeetako bakoitzeko politikak eskualdeko jardueraren bitartez garatzen dira: era berean, tokiko jarduerak ere koordinatzen dira eskualdeko jardueraren bitartez. Azkenik, udalek erantzukizun handia hartzen dute politikagintzaren garapen-eremu askotan, batik bat gizarte- eta osasun-zerbitzuen, bizitzeko moduen, haurtzaroko eta nerabezaroko bizi-kondizioen eta genero-ekitatearen arloan.

Gizarte zibilak ere, gobernu kanpoko erakundearen (GKE) eta sektore pribatuaren bitartez, funtsezko lana betetzen du politika horiek garatzen. Kalkulatzen da Suedian ehundik gora GKEk dihardutela jardueretan lan garrantzitsua egiten, besteak beste, kulturaren, hezkuntzaren, politikaren edo sexu-praktiken arloan. Suedian gertatzen den antzera, Ingalaterran ere hainbat GKEk parte hartzen du berariazko jarduerak garatzen, hala nola auzo-elkarteak, zerbitzuen erabiltzaileak, langileak, edo sektore pribatuak —enpresariak edo merkataritza-sozietateak barne—.

# Monitorizazioa eta ikerketa

Aztertutako herrialde guztien politiketan dago osasun-arloko desberdintasunen eta haiek baldintzatzen dituzten faktore sozialen handitasuna eta joerak monitorizatzeko sistema bat. Finlandiak eta Norvegiak osasun-arloko desberdintasunak monitorizatzeko berariazko sistemak garatzea hartu dute helburu. Finlandiaren kasuan, osasun-arloko desberdintasunak administrazioaren eta zerbitzu publikoen esparru guztietako maila erabakitzaile guztietan agerian uztea hartu da helburu. Helburu horiek lortzeko, batetik, hainbat alderdiri buruzko informazioa sortu nahi da: osasunaren, bizi- eta lan-kondizioen eta osasunari lotutako jokabideen banaketa sozialari buruzko informazioa, bai eta osasun-arretako beharrei eta osasunaren sustapenaren hedapenari, edukiei eta eraginkortasunari buruzko informazioa ere. Bestetik, osasuna monitorizatzeko sistema orokorretan osasun-arloko desberdintasunen adierazleak sartu nahi dira. Norvegiak, horrez gainera, arreta berezia eskaintzen dio lan-kondizioak eta lan-kondizioek osasunean eragindako ondorioak monitorizatzeari. Aztertutako herrialdeetan, osasun-arretako desberdintasunak monitorizatzeko beharra ere azpimarratzen da. Horretarako, osasun-erregistro nagusietan ikasketa-mailei buruzko informazioa gehitzea hartu du helburu Finlandiak, eta Norvegiak, berriz, osasun-zerbitzuen erabilera-desberdintasunei buruzko inkesta bat egingo du.

Osasun-arloko desberdintasunei buruzko ikerketak garapen handia izan du aztertutako herrialde gehienetan. Arestian aipatutako Herbehereetako ikerketa-programez gainera, nabarmentzekoak dira Ingalaterrak eta Eskandinaviako herrialdeek egindako ahaleginak, zeinek osasun-arloko desberdintasunei buruzko berariazko ikerketa-programak izan baitituzte. Suediaren kasuan, horrez gainera, berariazko ikerketa-institutu bat sortu zen (Centre for Health Equity Studies, CHES). Egin berri diren planek, Finlandiakoak eta Norvegiakoak kasurako, helburu hartu dute osasun-arloko desberdintasunei buruzko berariazko programak garatzea, eta, orobat, osasun-arloko desberdintasunen ildo osasun-arloko beste ikerketa-programa batzuetan sartzea. Osasun-arloko desberdintasunak murrizteko politikak arreta berezia eskaintzen diote, halaber, ikerketen emaitzak ezagutarazteari. Azpimarragarria da Finlandiaren kasua: administrazio publikoko maila guztietan eta osasun-arloko desberdintasunen murrizketan diharduten eragileei ikerketaren emaitzak ezagutarazteko hedapen-programa bat egitea du helburu. Modu horretan, osasun-arloko desberdintasunei buruzko sentsibilizazioa egin nahi da, eta desberdintasun horien kausei eta haiek murrizteko bitartekoei buruzko ezagutzan sakondu; hartara, osasun-arloko desberdintasunei buruzko ikuspegia jasota geratuko da administrazio publikoko esparru guztietako programa, proiektu eta jardueretan.



## 4. Ondorioak. Ikasi beharreko irakaspenak

Osasun-arloko desberdintasunak murrizteko politiken berrikuste honek Europako herrialdeen praktikarik hoberenen ikuspegi panoramiko bat eskaintzen du. Hala ere, dokumentuaren izaera sintetikoak eta azterketa egiteko erabilitako metodoek baldintzaturik, atera litezkeen ondorioak eta irakaspenak mugatuak dira. Politiken deskribapena aberatsagoa izango litzateke politika horiek egiten eta garatzen dituztenei kontsulta egin izan balitzaie. Kontsultatutako dokumentuen zehaztasun-mailari dagokionez eta ingelesera itzultitako dokumentu-kopuruari dagokionez, desberdintasunak daude aztertutako herrialdeen artean, eta, horren ondorioz, gerta liteke zenbait herrialderen irudia desitxuratua geratu izana. Zenbait kasutan, herrialde bakoitzeko ikertzaileek parte hartu duten berrikuste argitaratuak, oso xehatuak, erabili izan dira, eta haiei esker txikiagotu egin da desitxuratze hori. Azkenik, kontsultatutako dokumentuek legitimitate politikoko hainbat mailaren babesa dute, eta haiek ezartzeko konpromiso-mailan eragina du horrek.

Azterketa honetan zehaztutako esperientziak erakusten duenez, politketan eta programa sektorialetan osasun-arloko ekitate-helburuak txertatzen dituzten osasun-politikak gara daitezke Europako testuinguruan posible da. Eta bideragarritasun hori borondate politikoaren arabera da. Hori dela eta, erabakigarriak dira testuinguru eta adostasun politikoa, bai politikak proposatzean, bai haiek praktikan jartzeko sustapenean. Horrez gainera, Eskandinaviako herrialdeen esperientziak erakusten duen moduan, politika unibertsalak egiteko ikuspegiarantz jo da. Politika unibertsalen helburua da osasunaren gradiente soziala murriztea, biztanleria osoan. Horretarako, ingurune politiko eta ekonomikoko egitura-baldintzatzaileetan eragiteko eta bizi-kondizioetan eta jokabideetan eragiteko ekintzak uztartzen dira. Gizarte-egoera ahuleneko taldeetara eta norbanakoen jokabideetara mugatutako ikuspegiak historikoki eraginkortasun txikia izan dutela egiaztatzeak eragin du, zenbaitetan, politika unibertsaletara jotzeko bilakaera hori.

Ekimen politikoak ez dira hutsetik sortzen. Aztertutako herrialdeek ibilbide luzea dute osasun publikoaren arloan eta, orobat, desberdintasunak aztertzen eta monitorizatzen. Eta aztertutako herrialde batzuen historian islatzen den moduan, desberdintasunen errealitatea ezagutzea eta harekiko kontzientzia publikoa egotea pizgarri izan daitezke politika horiek eragiteko<sup>42</sup>. Hori dela eta, garrantzi handia dute esparru bakoitzean osasun-arloko desberdintasunen errealitatea ezagutarazteko eta ezagutza hori hedatzeko egiten diren ahaleginek.



Herrialde horien esperientziak erakusten du arreta berezia eskaini behar zaiola osasun-arloko desberdintasunak murrizteko politiketan genero-ikuspegia sartzeari. Aztertutako politikak egitean dimentsio sozioekonomikoak duen nagusitasunaren eraginez, behar bezalako arreta jaso gabe gera litezke generoari loturiko desberdintasunak. Politika integralak dituzten herrialdeetan ere, maila oso desberdinetan hartzen da kontuan genero-ikuspegia. Hutsune hori are nabarmenagoa da osasunaren gradiente soziala murrizteko politika unibertsalik egiten ez den kasuetan. Generoarekin gertatzen den antzera, modu esplizituagoan hartu behar lirateke kontuan, halaber, desberdintasun sozialen beste dimentsio batzuk, hala nola adina, etnia edo jatorrizko herrialdea.

Sektore anitzeko ikuspegia hertsiki lotua dago osasun-arloko desberdintasunak murrizteko politika integralari. Eginkizun zaila den arren, estatuko, eskualdeko eta tokiko administrazio publikoetako osasun-arlokoak ez diren sektoreen partaidetza lor daiteke, osasun-politiken arduradunen gidaritzapean. Zentzu horretan, osasun-arloko ekitatearekiko eraginaren ebaluazioa baliabide oso lagungarritzat hartzen da osasuna politika guztietan sartzeko, ekitatearen ikuspegitik. Horrez gainera, politiken izaeraren eta konplexutasunaren ondorioz, ezinbestekoa da gizarte zibileko, gobernuz kanpoko erakundeetako eta sektore pribatuko beste eragile batzuek ere politika horien garapenean parte hartzea.

Osasun-arreta funtsezkoa da osasun-arloko desberdintasunak eta haien ondorio ekonomiko eta sozialak arintzeko. Hala eta guztiz ere, osasun-zerbitzuek desberdintasun horiek areagotu ere egin ditzakete, baldin eta laguntza ez badute egokitzen talde sozialen araberako beharretara. Nahiz eta estaldura unibertsaleko osasun-sistemak izan, aseguramendu publikoak ez ditu zenbait zerbitzu eta prestazio betetzen. Hori dela eta, zerbitzu publikoen zorroan sartzan ez diren zerbitzuen baterako ordainketa murrizteko neurriak ezarri dituzte herrialde batzuek. Prestazioen baterako ordainketa handiagoa dakarten osasun-finantzazioko –sistemetan izandako aldaketek osasun-arloko desberdintasunei zer ondorio kaltegarri dakarzkieten ohartarazten dute neurri horiek. Alderantzizko laguntzaren legearen prebentzioak, halaber, eskatzen du, baliabideak esleitzen direnean, kontuan har daitezela osasun-arloko desberdintasun sozialen dimentsio nagusiak (adina, generoa, egoera sozioekonomikoa eta abar). Horrez gainera, azterketa honek erakusten du aurrerapausoak eman daitezkeela osasun-zerbitzuak laguntza jasotzeko behar desberdinetara hobeto egokitzeko bidean. Osasun-arloko ekitatea ikuskatzea baliabide egokia da norabide horretan aurrera egitea errazteko.

Osasun-arloko desberdintasunak murrizteko politiken garapenarekin eta ebaluazioarekin batera, desberdintasun horiek monitorizatzeko ahalegin sistematikoak ere egin dira. Era berean, deskribatutako politika gehienek arreta berezia eskaintzen diete



osasan-arretako desberdintasunei. Hala eta guztiz ere, osasan-erregistroetan informazio sozioekonomikorik edo beste baldintzatzaile sozial batzuei buruzko informaziorik ez egoteak monitorizazio-sistemak abiaraztea zailtzen du. Osasan-erregistro nagusietan estatus sozioekonomikoei buruzko aldagaiak sartzeak eta gune txikietako adierazle sozioekonomikoak erabiltzeak<sup>43</sup> norabide horretan aurrera egiten laguntzen dute.

Osasan-arloko desberdintasunen kausei buruzko eta haiek murrizteko esku-hartzei buruzko ikerketak funtsezkoak dira aztertutako politiketan. Gure inguruari dagokionez, Espainian nabarmen handitu dira azken urteotan osasan-arloko desberdintasunei buruzko ikerketak<sup>44</sup>. Herrialde horietako esperientziak erakusten duenez, egokia da osasan-arloko desberdintasunei buruzko berariazko ikerketa-programak abiaraztea. Horrez gainera, osasan-arloko eta osasan-arretako desberdintasunak osasan-arloko ikerketa-programetan txertatu beharko lirateke, zehar-lerro gisa.

Aزتتutako herrialdeen esperientziak erakusten duenez, oro har, denbora-epe luze samarra behar da osasan-arloko desberdintasunak murrizteko politika integral eta unibertsalak garatzea lortzeko. Horrez gainera, hori egitea lortu duten herrialdeek oinarri izan dituzte esperientzia horretan aurrera egiteko baliagarri izan diren aurretiko saiakerak. Gai honek duen garrantzia dela eta, beharrezkoa da aurrera egiten laguntzeko oinarri batzuk lantzen joatea eta gure erkidegoan osasan-arloko ekitatea areagotuko duten politikak eraikitzen hastea.



# BIBLIOGRAFIA

---

1. CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.
2. Mackenbach J, Bakker M (eds). Reducing inequalities in health. London: Routledge; 2002.
3. Hogstedt C, Moberg H, Lundgren B, Backhans M (eds.) Health for All? A critical analysis of public health policies in 8 European countries. Swedish National Institute of Public Health; 2008.
4. Ministry of Social Affairs and Health. Government Resolution on the Health 2015 public health programme. Helsinki: Publications of the Ministry of Social Affairs and Health; 2001.
5. Ministry of Social Affairs and Health. National Action Plan to Reduce Health Inequalities 2008-2011. Helsinki: Publications of the Ministry of Social Affairs and Health; 2008.
6. Swedish National Institute of Public Health. Sweden´s new public health policy. National public health objectives for Sweden. Swedish National Institute of Public Health; 2003.
7. Norwegian Ministry of Health and Care Services. National strategy to reduce social inequalities in health. Report No. 20 (2006–2007) to the Storting. Norwegian Ministry of Health and Care Services; 2006.
8. Department of Health. Saving Lives: our Healthier Nation. London: Department of Health; 1999.
9. Department of Health. Choosing Health-making healthier choices easier. London: Department of Health; 2004.
10. Department of Health. Tackling Health Inequalities: Status Report on the Program for Action. London: Department of Health; 2005.
11. Department of Health. Tackling Health Inequalities: 2007 Status Report on the Program for Action. London: Department of Health; 2007.
12. Department of Health. Health Inequalities-progress and next steps. London: Department of Health; 2008.
13. Institute of public Health in Ireland. Closing the Gap.Strategic Initiatives for tackling health inequalities on the island of Ireland. Dublin: Institute of public Health in Ireland; 2007.



14. The Icelandic National Health Plan to the year 2010. The Ministry of Health and Social Security: Reykjavík; 2004.
15. The Danish Ministry of Health. The Danish Government Programme on Public Health and Health Promotion 1999–2008. An action-oriented programme for healthier settings in everyday life. Copenhagen: Ministry of Health; 2000.
16. Government of Denmark. Healthy throughout life: The targets and strategies for public health policy of the Government of Denmark, 2002–2010. Copenhagen: Government of Denmark; 2002.
17. Ministry of Health, Welfare and Sport. Living longer in good. The Hague: Ministry of Health, Welfare and Sport; 2004.
18. Mackenbach JP, Stronks K. The development of a strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. *International Journal for Equity in Health* 2004;3:11-17.
19. Droomer M, Den Broeder L, Burdorf L, Mackenbach JP. The Netherlands. En Hogstedt C, Moberg H, Lundgren B, Backhans M (eds.) *Health for All? A critical analysis of public health policies in 8 European countries*. Swedish National Institute of Public Health; 2008.
20. Determine. An EU Consortium for action on the social determinants of health [Citado el 11 Nov 2008]. Disponible en <http://www.health-inequalities.eu/>.
21. Mackenbach J, Bakker M (eds). *Reducing inequalities in health*. London: Routledge; 2002.
22. Van der Wilk EA, Melse JM, Den Broeder JM, Achterberg PA. Learning from our neighbours. RIVM - Centre for public health status and forecasting [Citado el 15 Dic 2008]. Disponible en <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270626001.pdf>.
23. Esping-Andersen G. *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford: Oxford University Press; 1999.
24. Hausmann R, Tyson LD, Zahidi S. *The Global Gender Gap Report 2007*. Geneva: World Economic Forum; 2007.
25. Organización Mundial de la Salud. *Salud para todos en el año 2000*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1978.
26. WHO. *Health21: the health for all policy framework for the WHO European region*. Copenhagen: WHO; 1999.
27. Black D. *Inequalities in health*, HMSO: 1980.
28. Diderichsen F. Denmark. En Hogstedt C, Moberg H, Lundgren B, Backhans M (eds.) *Health for All? A critical analysis of public health policies in 8 European countries*. Swedish National Institute of Public Health, 2008.



29. Ministry of Labor and Social Inclusion. The Equitable redistribution White Paper. On the distribution of income and living conditions in Norway. Ministry of Labor and Social Inclusion: Oslo; 2000.
30. Norwegian Ministry of health and Care Services. Prescriptions for a healthier Norway. A broad policy for public health. Oslo: Norwegian Ministry of health and Care Services; 2003.
31. Vallgarda S. Social inequality in health: Dichotomy or gradient? A comparative study of problematizations in national public health programmes. *Health Policy* 2008;85:71-82.
32. Whitehead M. Dahlgren G. Levelling up (part 1). Conpenhagen: WHO; 2006.
33. Peiró R, Ramón N, Álvarez-Dardet C, et al. Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. *Gac Sanit.* 2004; 18(2): 36-46.
34. Department of Health. Equality Impact Assessment-Health Inequalities. London: Department of Health; 2008.
35. Women's Health Council. A Plan for Women's Health 1997-1999. Dublin: Women's Health Council, 1997.
36. Department of Health and Children. Travellers health. A national strategy 2002-2005. Dublin; 2002.
37. Dahlgren G, Whitehead M. Levelling up (part 2). Conpenhagen: WHO; 2006.
38. Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971; 1(7696):405-12.
39. Department of Health. Health equity audit. A guide for the NHS. London: Department of Health; 2003.
40. Department of Health. Health equity audit: a self assessment guide. London: Department of Health; 2004.
41. Stahl T, Wismar M, Ollila E, Latineen E, Leppo K, editores. Health in all policies, Prospects and Potentials. Finland: Ministry of Social Affairs and Health. Health Department; 2006.
42. Whitehead M. Difusion of ideas on social inequalities in health: an European perspective. *Millbank Quarterly* 1988; 76: 469-92.
43. Krieger N, Chen JT, Waterman PD, Rehkopf DH, Subramanian SV. Race/ethnicity, gender, and monitoring socioeconomic gradients in ihealth: A comparison of area-based socioeconomic measures-The public health disparities geocoding project. *Am J Public Health* 2003; 93:1655-71.
44. Borrell C, Pasarín MI. The study of social inequalities in health in Spain: where are we? *J Epidemiol Community Health*, Jul 1999; 53:388-389.



## 1. taula. Populazioa eta adierazle soziodemografikoak

	Danimarka	Finlandia	Norvegia	Suedia	Herbehereak	Ingalaterra	Irlanda
Populazioa (milioiak)	5,4	5,3	4,8	9	16,4	50,8	4,2
Ongizate-erregimena	Sozialdemokrata	Sozialdemokrata	Sozialdemokrata	Sozialdemokrata	Korporatibista	Liberala	Liberala
Tradizio politiko <sup>a</sup>	Sozialdemokrata	Sozialdemokrata	Sozialdemokrata	Sozialdemokrata	Contserbadorea	Liberala	Liberala
Gini koefizientea <sup>b</sup>	0,24	0,26	0,24	0,23	0,28	0,32 <sup>c</sup>	0,31
Munduko rankingeko postua, genero-desberdintasunaren indize orokorraren arabera (GGI) <sup>d</sup>	8	3	2	1	12	11 <sup>c</sup>	9
Munduko rankingeko postua GGI <sup>e</sup>	13	12	2	7	6	21 <sup>c</sup>	5

<sup>a</sup> Navarro V et al. Inguruak 2007:44:67-90.

<sup>b</sup> Gini koefizienteak diru-sarreraren desberdintasunak neurtzen ditu. 0-1 arteko balioa izan dezake: 0 balioa berdintasun perfektuari dagokio (pertsona guztiak diru-sarrera berdín-berdinak dituzte), eta 1 balioak, berriz, desberdintasun perfektua adierazten du (pertsona bakarraren eskuetan daude diru-sarrera guztiak, eta gainerakoek ez dute diru-sarrearirik). Eurostat 2007.

<sup>c</sup> Erresuma Batua

<sup>d</sup> Indize horrek genero-desberdintasuna neurtzen du, lau dimentsioren arabera: aukera eta parte-hartze ekonomikoa, hezkuntza-lorpenak, ahalduntze politikoa eta osasuna. Global Gender Gap Report 2007.

<sup>e</sup> GGI: Giza Garapenaren Indizea. Human development report. 2008 Statistical Update.

## 2. taula. Osasun-arloko desberdintasunak murrizteko politiken ezaugarri orokorrak

	Danimarka	Finlandia	Norvegia	Suedia	Herbehereak	Inglaterra	Irlanda
<b>Arazoaren definizioa</b>	Gizarte-egoera ahuleko taldeen osasuna	Osasunaren eta gizarte-egoera ahuleko pertsonen gradientea	Osasunaren eta gizarte-egoera ahuleko pertsonen gradientea	Osasunaren eta pertsona baztertuen gradientea	Gizarte-egoera ahuleko taldeen osasuna	Gizarte-egoera ahuleko guzueen eta talde marjinalen osasuna	Gizarte-egoera ahuleko taldeen osasuna
<b>Xedeak</b>							
Nora zuzendua	Gizarte-egoera ahulenekoak	Gradientea	Gradientea	Gradientea	Gizarte-egoera ahulenekoak	Osasun-desberdintasuna	Osasun-desberdintasuna
Ebaluagarriak	Ez	Bai	Ez	Ez	Bai	Bai	Bai
<b>Jarduerak</b>							
Estaldura	Selektiboa	Unibertsala eta selektiboa	Unibertsala eta selektiboa	Unibertsala eta selektiboa	Selektiboa	Selektiboa	Selektiboa
Baldintzatzaileak	Jokabideak	Egitura baldintzatzaileak, bizi-kondizioak eta jokabideak	Egitura baldintzatzaileak, bizi-kondizioak eta jokabideak	Egitura baldintzatzaileak, bizi-kondizioak eta jokabideak	Jokabideak	Jokabideak eta bizi-kondizioak	Jokabideak eta bizi-kondizioak
<b>Esparruak eta helburu-taldeak</b>	Gizarte-egoera ahuleko taldeak	Gizarte-egoera ahuleko hiriguneak	Gizarte-egoera ahuleko hiriguneak	Gizarte-egoera ahuleko hiriguneak	Gizarte-egoera ahuleko taldeak	Gizarte-egoera ahuleko guzueak, gizarte-egoera ahuleko haurrak eta gurasoak	Pertsona baztertuak

3. taula. Osasun-arloko desberdintasunak murrizteko jarduerak<sup>a</sup>, osasuna baldintzatzen duten faktoreen arabera sailkatuak

	Finlandia		Norvegia		Suedia		Ingalaterra		Irlanda	
	U <sup>b</sup>	S <sup>c</sup>	U	S	U	S	U	S	U	S
<b>Egitura-baldintzatzaileak</b>										
Politika publikoak eta sozialak										
Zerga- eta errenta-politika	8,9,10	10	1		2		13			
Enplegua	13,4	5,14,17	2	2,3		17	7,14			
Hezkuntza	2,3,4		4,5		1		1,4			
Gizarte-babesa	11,12	1	6	7	2			1	4,5	
Beste politika batzuk										
Balio kulturalak eta sozialak					4					
Ahalduntzea eta parte-hartze soziala				8	4					
<b>Tarteko baldintzatzaileak</b>										
Bizitzaren hastapenerako politikak	12		3		3,13	12	1,4	1		
Hezkuntza	3						3,6,7			
Ingurumen fisikoa				12		12	7,15			
Lan-kondizioak	4,6			9	5,8,13					
Gizarte-zerbitzuak	11,12,16	17		10,11,12	3		6	1	4,5	
Kohesio soziala			2	6						
Osasun-arreta	11-13 15,16	14,17	13,14,17,1 8,20-22,24	3,15,16,18, 19,22,23	6-9, 11,13,14		1,2,3,7,8,12 ,18		3,4,5,6,	
Etxebizitza		7,17		25	10	15	5,7,15			
Bizitzeko moduak	6,8,9,10	10	26-28	12	16-18		2,9,10		2	
Bestelakoak		17					11,15,16			

<sup>a</sup>Ikus eranskinean taulan aipatutako jardueren zerrenda.

<sup>b</sup>Unibertsalak.

<sup>c</sup>Selektiboak

4. taula. Osasun-arloko desberdintasunak murrizteko jarduerak<sup>a</sup>, osasun-arazoan, esparruen eta berriarazko taldeen arabera sailkatuak

	Finlandia		Norvegia		Suedia		Ingalaterra		Irlanda	
	U <sup>b</sup>	S <sup>c</sup>	U	S	U	S	U	S	U	S
<b>Osasun-arazoak</b>										
Gaix. infektziosoak, GIBahiesa					14					
Osasun mentala, mendekotasunak	15		3,17				8			
Minbizia										
Gaix. kardiobaskularrak										
Tabakismoa	8,9				18		2,9			
<b>Eremuak</b>					11	12				
Geografiakoak (hiririk, auzoak...)				12			1,4,5,6,7, 12,16,17			
Inguruneak (lana, eskola...)	2-4,6		20,2,28	9	5,8,13,16, 18		10			
<b>Berriarazko taldeak</b>										
Haurrak eta gurasoak	2,12			18,22	3,12,13,16		1			
Guraso bakarreko familiak							14			
Gazteak	2-4			22	4,13,18		8			
Adinekoak	16,17				3	15				
Etorकिनak				2						
Baztertuak izateko arriskuan (etxegabeak, presoak, "traveller"ak)		5,7		2,3,7,8,10, 11,15,16, 18,19,23						3-7
Beste batzuk (minusbaliatuak)				2	3					

<sup>a</sup>Ikus eranskinean taulan aipatutako jardueren zerrenda.

<sup>b</sup>Unibertsalak.

<sup>c</sup>Selektiboak

5. taula. Osasun-arloko desberdintasunak murrizteko osasun-arretako zerbitzuen jarduerak<sup>a</sup>

	Inglaterra	Irlanda	Finlandia	Norvegia	Suedia
Eskuragarritasun ekonomikoa				13	
Baliabideak beharren arabera esleitzea	12,18		11	14	19
Arreta egokia eta kalitatekoa	1,2,3,9	1,3,4,5,6,7	8,9,11-13, 15-17	15,17,19-24	6-9,13,14
Gaixotasunaren ondorio ekonomikoen prebentzioa	3		14,15	3,19,21	

<sup>a</sup>Ikus eranskinean taulan aipatutako jardueren zerrenda.



# ERANSKINA

## Osasun-arloko desberdintasunak murrizteko jarduerak europako bost herrialdetan

### Finlandia

1. Pobrezia murriztea, zergei, oinarrizko prestazioei eta langabeziagatiko babesei dagokienez, gaur egungo gizarte-segurantzako sistema berrikusiz, argituz eta sinplifikatuz.
2. Desberdintasunen murrizketaren arloan ikastetxeen eginkizuna hobetzea, laguntza-eta jolas-jardueren, bullying-aren aurkako borrokaren eta beste arazo batzuen prebentzioren (eskola-porrota...) bitartez (baita lanbide-heziketako ikastetxeetan ere).
3. Lanbide-heziketako ikastetxeetan gazteen osasuna eta ongizatea sustatzea, osasuna zaintzeko ezagutza, motibazioa eta trebeziak sustatzen dituzten ikasleentzako osasun-zerbitzuak garatuz.
4. Ikasketen eta lan-bizitzaren artean gazteak modu egokian iragan daitezen beharrezko babesa bermatzea (gazteen ibilbideak gainbegiratzea, lan-merkatuan sar daitezen edo modu egokian ikasten jarrai dezaten).
5. Denbora luzez langabezia dauden pertsonentzako, minusbaliatuentzako edo errehabilitazioko programetan daudentzako lan-eskaintzak, enplegu-zerbitzuak hobetuz eta enpresei eta pertsoneri laguntzak emanez.



6. Osasuna lantokiko jarduera iraunkor gisa sustatzea, eta garrantzi berezia ematea osasunerako kaltegarriak izan daitezkeen jardueretan diharduten sektoreei.
7. Etxerik ez duten pertsonen proportzioa murriztea, alokairu merkeko etxebizitzak eraikiz eta, etxerik gabeko pertsonen gainera, berariazko taldeen (gaixotasun mentalak dituzten pertsonak, minusbaliatuak, adinekoak) etxebizitzaren egoera hobetuz.
8. Alkoholaren gehiegizko kontsumoa murriztea, zergen gaineko neurrien bitartez eta lehen mailako arretan eta beste gizarte-zerbitzu batzuetan alkoholismoaren prebentzioa eta erabilera txertatuz.
9. Tabakoaren kontsumoa murriztea, zergen gaineko neurrien bitartez, legez kanpoko eskaintza kontrolatuz eta lehen mailako arretan eta beste gizarte-zerbitzu batzuetan prebentzioa txertatuz. Tabakoaren eta nikotinaren abstinentsia-sindromerako medikamentuak zerbitzuen zorroan sartzea.
10. Dieta eta ariketa fisikoa hobetzea, inguruneak, bizi-kondizioak eta egiturak hobetuz (hala nola elikagai osasungarriak eskuratzeko ahalbidea edo informazioa), bereziki guraso gazteentzat edo adinekoentzat.
11. Gizarte-zerbitzuetako eta osasun-arretako zerbitzuetako baliabideak berariazko talde sozialen beharretan oinarrituz garatzea eta esleitzea. Horrekin batera, gizarte-zerbitzuen sistemaren erreforma bat, laneko osasuna garatzea eta lehen mailako arreta sendotzea jasotzen dira, taldeen eta eskualdeen arteko desberdintasunak kontuan hartuz, betiere.
12. Haurrentzako eguneko zainketa-zerbitzuak eta osasun-arreta hobetzea (azterketa eta aholku medikoak), desberdintasunak prebenitzeko.
13. Lan egiteko adina duten pertsonentzako (langabeak edo lanerako ahalmen murriztukoak) birgaitze-ereduak berrikustea, estatus sozioekonomikoa kontuan hartuta.
14. Iraupen luzeko langabeak eta laneko osasun-zerbitzuen saretik kanpo dauden eta lan egiteko adina duten beste pertsona batzuk lanerako gaitzea sustatzen duten tokiko osasun-zerbitzuak babestea.

15. Substantzien gehiegizko erabilerak eragindako arazoek aurka borrokatzeko osasun mentaleko zerbitzuak hobetzea, batik bat zerbitzua eskuratzeko zailtasun handienak dituzten taldeentzat. Osasun mentalaren eta egoera sozialaren arteko noranzko biko erlazioa aipatzen da.
16. Adinekoentzako berdintasunezko zerbitzuak bermatzea, adinekoei laguntza eta aholkua emateko zentroen sare bat sortuz, eta etxez etxeko bisita prebentiboei garrantzi handiagoa ematea.
17. Etorkinentzako sare orokorraren barruan gizarte- eta osasun-zerbitzuak garatzea eta sendotzea, eta haien beharrak identifikatzea.

## Noruega

1. Zerga-sistema aldatzea, biztanleria osoari errenta-maila egonkorra bermatzeko eta, orobat, baliabideen esleipen justua egitea, ingurumena hobetzea, enplegua sortzea eta ekonomia eraginkorra izatea ziurtatzeko.
2. "Employment, welfare and inclusion" (2006-2007): desberdintasun sozialak murriztea, gizarteratzea sustatzea eta pobrezia aurkako borroka, bereziki langabeentzat, etorkinentzat eta minusbaliatuentzat.
3. "Escalation Plan for Mental Health (1999–2008)" gaixotasun mentalak dituzten pertsonen lan-munduan txertatzen laguntzeko. Droga-mendekotasuna duten pertsonen eta alkoholikoekiko arreta berezia.
4. "Early intervention for lifelong learning": haurtzaroan ezagutzak/gaitasunak jasotzeko desberdintasunak murriztea —0-2 urteko ikasgela gehiago, eskola-ordu gehiago – (garrantzitsua etxean laguntza eskasa duten haurrentzat) eta 0-2 urteko ikasgeletara joaten ez direnentzako estimulazio pedagogikoa—.
5. Eskola-porrota gutxitzeko neurriak.
6. Eskandinaviako gizarte-babeseko ereduaren ezaugarri diren gizarte-babesaren eskemak etengabe hobetzea, biztanleria osoarentzat.
7. "Action Plan to Combat Poverty": errenta baxua duten edo baztertuak izateko arriskuan dauden pertsonen bizi-kondizioak eta aukerak hobetzea (lan-munduan sartzea sustatzea eta haur guztien garapena eta parte-hartze soziala bultzatzea).



8. Baztertuak izateko arriskuan dauden pertsonen erakunde boluntarioetan parte-hartzea sustatzea, sare sozialak sortzeko, gizarteratzea sustatzeko eta hezkuntza- eta lan-esparruan txertatuak ez dauden kolektiboak identitatea indartzeko.
9. Norvegiako lan-ikuskaritzak ikuskapenak egitean, lan-estresagatiko arrisku handia duten enpresei/industriari ematea lehentasuna, lan-ingurumenari buruzko legea betearazteko.
10. Gaixoentzako, langabeentzako eta bazterketa soziala jasateko arriskuan daudenentzako (mendekotasunak dituztenak eta presoak) zerbitzu soziosanitarioa eskuratzeko ahalbidea eta haren kalitatea hobetzea. Koordinazio soziosanitarioa sendotzea, "banabanako ibilbidearen" bitartez.
11. Udalerri mailako atalase baxuko jarduerak sustatzea, zirkuitu normalizatuetatik (hezkuntza eta lan-merkatua) kanpo dauden sektoreak zirkuituan berriz txertatzeko.
12. Hirigune deprimituetan esku hartzea: hiri-diseinu egokien bitartez, auzoetan ariketa fisikoa sustatzen duten aisiarako eremuak egitea eta zerbitzu egokiak jartzea, eta "Planning and Building Act" planaren bitartez kutsadura eragozteko.
13. Eskuratzeko-atalase baxuko zerbitzuak garatzea (osasun- eta gizarte-zerbitzu edo medikamentu jakin batzuen tasa-ordainketak murriztea edo salbuestea) 18 urtetik beherakoentzat, pentsiodunentzat, laneko bajaran daudenentzat, laneko gaixotasunak dituztenentzat, minusbaliatuentzat, gaixotasun mentalen bat dutenentzat edo arlo militarrean dihardutenentzat.
14. Arreta espezializatuko zerbitzuak behar bezala banatzen direla eta eskualdeko osasun-zerbitzuetan modu egokian txertatzen direla bermatzea, zerbitzuak hobeto erabiltzea lortzeko eta erabiltzaileek zerbitzua modu justuagoan lortzeko aukera izan dezaten bermatzeko.
15. Errefuxiatuen, babestuen, presoan, ludopaten, tratu txarrak jasotako emakumeen eta abarren osasun-beharrak identifikatzea eta lehenestea, esate baterako, sintomak adierazteko komunikazio-arazoak, desberdintasun kulturalak...
16. Bazterketa sozialaren eta osasun-arazoen arteko soka eteteko zailtasunak dituzten talde sozialen patologiarik ohikoenak identifikatzea (adibidez, gazte homosexualentzako "Oslo hiria" osasun-zentroa eta Olafiako aholkularitza klinikoko zerbitzua).

17. Emakumeen eta haurren kontrako sexu-abusu/-indarkeria kasuetarako arreta-zerbitzu espezializatuak abiaraztea, eskualde bakoitzeko bat, gutxienez.
18. Errehabilitazio-zerbitzuak hobetzea, bereziki arazo kronikoak dituzten haurrentzat eta laneko bajaran daudenentzat. Zerbitzuen ekitate geografikoari garrantzi berezia emango dion estatu mailako estrategia bat eratuko da.
19. Droga-mendekotasuna duten pertsonentzako atalase baxuko osasun-zerbitzuak garatzea, hala nola xiringak trukatzeko gelak izatea, drogak uzteko doako zerbitzua izatea eta landako erizaintza-zentroetan probak egitea.
20. Lehen eta bigarren hezkuntzako ikastetxeetan eskolako osasun-zerbitzuen eskuragarritasuna hobetzea, ikasleen osasun-arloko desberdintasun sozialetan eragina duten desberdintasun geografikoak murrizteko.
21. Haurrentzako eta gazteentzako osasun mentaleko tokiko zerbitzuak (ez-espezializatuak) garatzea, prebentziorako, tratamendurako eta segimendurako, batez ere. Kasu zehatzetan bakarrik bideratuko dira zerbitzu horietara.
22. Haurrentzako eta gazteentzako psikologiako atalase baxuko udal-zerbitzuak garatzea, talde sozial orok eskuragarriago izatea sustatzeko.
23. Profesional soziosanitarioen gaitasunak hobetzea drogei eta drogei loturiko zenbait gairi dagokienez (desoreka psikiatrikoak, testuinguru sozioekonomikoa, emakumeen eta haurren aurkako indarkeria...), eskuliburuen eta diagnostikoak egiteko baliabideen bitartez.
24. Osasun-zerbitzuei buruzko eta gizarteko talde guztientzat dauden aukerei buruzko informazioa eskuratzeko ahalbideak hobetzea, web-orrien diseinu unibertsalaren bitartez, adibidez.
25. "Strategy to combat and prevent homelessness. The pathway to a permanent home", etxegabeei etxebizitza egonkorra emateko programa —aldi baterako ostatuak — (aterpeak...) eman ordez—. Kolektibo horri etengabeko segimendua egitea jasotzen da, dituzten beharrak identifikatzeko eta jasotzen ari diren gainerako prestazioen jarraipena aztertzeke.



26. Tabakoaren, alkoholaren eta elikagai ez-osasungarrien kontsumoa zailtzeko zerga-politikak. Zehazki, tabakoa eta alkohola garestitzea, elikagai ez-osasungarrien marketinari zergak igotzea, eta urari, azukrerik gabeko zukuei eta muga jakin batetik beherako azukre-maila duten edariei zergak kentzea.
27. Ariketa fisikoa sustatzeko neurriak, bai lehen eta bigarren hezkuntzako ikastetxeetan, bai komunitatean eta lantokietan. Komunitatean, tokiko osasun publikoko taldeetatik, ariketa fisikoa sustatzeko udal-zentroak indartuko dira.
28. Lehen eta bigarren hezkuntzako ikastetxeetan eta lantokietan fruituen eta barazkien kontsumoa erraztea. Lantokietan, sukaldariak elikadura osasungarriari buruzko sentsibilizazio-ikastaroak kontratatzeke aukera proposatzen da, bai sukaldarientzat, bai langileentzat.

## Suedia

1. Bizitza osorako etengabeko prestakuntzari garrantzia ematen dion kalitate-maila handiko hezkuntza-sistema baterantz jotzea.
2. Hazkunde ekonomiko jasangarria sustatzea, gizarte-babeseke sistema arrakastatsu bat lortzeko eta errenta-desberdintasunak murrizteko.
3. Haurrak dituzten familientzako, adinduentzako eta gaixo edo minusbaliatuentzako laguntza finantzarioa eta baliabideetarako laguntza (adibidez, 0-2 urteko gelak).
4. Demokrazia, eragiteko ahalmena, giza eskubideak eta diskriminazioaren aurkako borroka sendotzea, lan-merkatuko, genero-berdintasuneko, gazteentzako eta minusbaliotasunetarako politika egokien bitartez eta, orobat, herri-mugimenduei lagunduz eta hirigune zaugarriak sendotuz.
5. Lan-kondizio hobeak dituen lan-ingurune osasungarriago baterantz jotzea.
6. Biztanleriaren arazoan eredu holistiko batean oinarrituz, osasun-zerbitzuak osasun-helburuetara eta prebentzio- eta sustapen-funtzioetara bideratzea.
7. Lehen mailako arretak bizitzeko modu osasungarriak izateko aholkuak eman ditzan sustatzea.

8. Osasun-zerbitzuek lan-testuinguruarekiko duten eginkizuna berrikustea, indar handiagoa emanez laneko medikuntzarako prestakuntzari eta haren eginkizunei eta, orobat, osasun-zerbitzuei.
9. Medikuntza sozialerako eta osasun publikorako prestakuntza sustatzea.
10. Etxebizitzen egoerak hobetzea (batez ere hezetasuna) eta etxetik hurbil dauden berdegunez gozatzeko aukera handiagoa izatea.
11. Suizidioen prebentzioa.
12. Safe Community: batik bat haurrek izan litzaketen istripuak prebenitzeko ekimena (eskualdeko eta tokiko erakundeen eta zirkulazio-poliziaren partaidetza behar da). Arrisku-taldeekiko arreta berezia.
13. Ama-haurren osasuna helburu duten osasun-programak, gazteentzako orientazio-zentroak eta ikastetxeetako eta lantokietako osasun-zerbitzuak hobetzea.
14. Sexu-praktika seguruei buruzko eta sexu bidezko infekzioen prebentzio eraginkorrari buruzko informazioa hobetzea, informazio-kanpainen, txertoen eta abarren bitartez.
15. Etxebizitzarako laguntza finantzarioa gizarte-egoera ahuleneko kolektiboentzat (baliabide gutxiko pentsiodunak eta familiak).
16. Aisialdian, eskolako eta haur-eskolako garaian eta lanean, batez ere lan monotonoak edo sedentarioak direnean, jarduera fisiko gehiago izatea sustatzea.
17. Elikadura osasungarria eskuratzeko ahalbidea hobetzea, merkatuan sartzen diren produktuen gaineko kontrola bermatzea, eta dietaren eta osasunaren arteko loturari buruzko ezagutza sustatzea.
18. Tabakoaren, alkoholaren eta beste droga batzuen kontsumoa murriztea, eta ludopatiaren aurka borrokatzea. Tabakoaren kasuan, zergak murriztu diren arren, gazteak erretzen hastearen aurka borrokatzea erabaki da. Alkoholaren kontsumoari dagokionez, berriz, mugatu egin da gazteentzat, haurdunentzat eta gidarientzat, bai eta lan-testuinguruetan ere.
19. Osasun-zerbitzuetako baliabideak esleitzeko eskualdeko sistema bat garatzea.



## Inglaterra

1. "Sure Start": Gizarte-egoera ahuleko guneetan, 4 urtetik beherako haurren eta gurasoen zainketa eta garapena, doako hezkuntzaren, etxez etxeko bisiten edota amatasunerako laguntza ekonomikoen bitartez.
2. Haurdunak eta amak erretzeari uzteko zentroetara jotzeko ahalbidea hobetzea, amagandiko edoskitzearen alde egitea eta, orobat, osasun-langileek edoskitzea sustatzeko prestakuntza jasotzea.
3. Nerabeak haurdun geratzea prebenitzeko heziketa-programak eta guraso nerabeentzako laguntza, ikasten/lan egiten jarrai dezaten, laguntza ekonomikoen, haurtzaindegien eta abarren bitartez.
4. "Children's Funds": Gizarte-egoera ahuleko guneetan, 5-13 urteko haurrentzat eta familientzat eskola-arrakasta sustatzea eta delituzko jokabideak prebenitzea, bazterketa jasateko arriskuan dauden pertsonen identifikazio goiztiarra eginez, eta, ondoren, laguntza emanez.
5. Gizarte-egoera ahuleko guneetako haurren etxebizitzaren egoera fisikoak hobetzea.
6. "Neighbourhood Renewal Fund": Gizarte-egoera ahuleko 88 auzoren egoera hobetzea, arlo hauetan: segurtasuna (poliziaren presentzia ageria, gazte delitugileentzako laguntza, berdeguneak, etxebizitzak hobetzea, enplegua), hezkuntza (eskolaz kanpoko jarduerak, bazterketa murriztea) eta osasuna (prebentzioa eta zerbitzuen eskuragarritasuna hobetzea).
7. "New Deal for Communities": gizarte-egoera ahuleko 39 auzoren bizi-kalitatea hobetzea, 10 urterako proiektuen bitartez, arlo hauetan eraginez: enpleguaren kalitatea, segurtasun komunitarioa eta krimena, hezkuntza-maila eskasa, osasuna eta etxebizitza/ingurumen fisikoa.
8. "Positive Futures": aukerak hobetzea (enplegua eta lana) eta kirola eta jolas- eta aisia-jarduerak sustatzea, kulturari dagokionez familiarrak diren inguruneetan, ohitura ez-osasungarriak ordezkatzeko bitarteko gisa.
9. Diru-sarrera txikiko taldeetan, prebentzioko eta tabakoa uzteko programa berriak garatzea.



10. Elikadura hobetzea, "National School Fruit Scheme" planaren bitartez: egunean 5 fruta-edo barazki-ale jatea sustatzea, eta gizarte-egoera ahulenerako 66 guneetako ikastetxeetan doan banatzea.
11. Talde zaugarriari segurtasun-ekipoak ematea (ke-detektagailuak...), nahi gabeko lesioak eta heriotzak murrizteko.
12. Gizarte-egoera ahulenerako guneetan, zerbitzua eskuratzeko zailtasun handia duten guneetan eta "Healthy Living Centres" deritzenetan, lehen mailako arreta indartzea, mediku-kopurua handituz, ordutegi malguagoa jarriz eta zentro berriak eginez.
13. Haurren pobrezia murriztea, seme-alabak dituzten familiei zerga-laguntzak eta subsidioak emanez.
14. "New Deal for Lone Parents": Guraso bakarreko familiak lan-merkatuan sartzea sustatzea, lanei buruzko aholkularitza pertsonalatuaren bitartez eta haurrak zaintzeko laguntzak emanez.
15. Hiria berroneratzeko planak, etxebizitzak hobetzeko (hezetasuna, isolamendua) eta tokiko ingurumena hobetzeko; horren bidez, gizarte-egoera ahuleko auzoetan krimenarekiko beldurra murriztuta, gune publikoetan jarduera fisikoak eta sozialak egitea erraztuko litzateke.
16. Gizarte-egoera ahuleko guneetan garraioa hobetzea, bai fisikoki (linea eta lotura gehiago), bai ekonomikoki (beherapenak tarifetan), lantokietara, ikastetxetara eta osasun-zerbitzuetara iristea errazteko.
17. "New Deal programme, National Minimum Wage": enplegu-lorpena hobetzea (lana aurkitzeko eta hari eusteko laguntza) eta laneko gutxienerako soldata ezartzea.
18. Lehen mailako arretako baliabideak esleitzeko sistemak hobetzea, osasun-arloko desberdintasunei aurre egiteko.
19. Osasun-arloko ekitatearen ikuskapenak. Osasun-arretako zerbitzuetan erabiltzen dira, osasun-baliabideak eta -zerbitzuak osasun-arretako beharren arabera banatzen diren balioesteko, hartara osasun-arloko desberdintasunak murriztu ahal izateko.



## Irlanda

1. Pobreziaren aurkako eta Osasunaren Nazio Estrategiaren bitartez, osasun-arloko desberdintasunak murriztea lortzeko ekintza-programa bat garatzea (osasun-arloko oinarriko zerbitzuak eta zerbitzu espezializatuak eskuratzeko ahalbideak hobetzea).
2. Gizarte-egoera ahuleneko taldeek bizitzeko modu osasungarriagoak hartzeko dituzten eragozpenak gainditzeko ekimenak egitea eta tokiko komunitateetan osasun-arloko beharrak ebaluatzeko ekimenak garatzea.
3. "Traveller"en osasuna hobetzea, osasun-zerbitzuak ematen partaide izan daitezzen sustatuz, osasun-langileei haien kulturari buruzko prestakuntza emanez, osasun-zerbitzuak eskuratzeko ahalbideak hobetuz eta "kanpamentuetako" bizi-kondizioak hobetuz.
4. Etxerik gabeko pertsonen osasuna eta ongizatea hobetzeko ekimenak ostatu hartzea erraztuz (larrialdiko-aterpeak, kasurako) eta talde horretako gazteenentzat berariazko estrategia bat garatuz.
5. Droga-kontsumitzaileen osasuna eta ongizatea hobetzeko ekimenak, tratamenduen kopurua eta haiek eskuratzeko ahalbidea handituz.
6. Errefuxiatuen eta babes-eskatzaileen osasun-arloko beharrei erantzutea, haien kultura-aniztasuna aintzat hartuta. Eskaera berri horri erantzuteko zentro berriak eraikitzeak asmoa dago.
7. Presoen eta kartzelatik ateratzen diren pertsonen osasuna hobetzeko zerbitzuak garatzea, zenbait arlotan etengabeko arreta emanez: osasun mentala, aho-hortzen osasuna, gaixotasun kutsagarriak eta osasunaren sustapena.