

Las desigualdades en **salud** a nivel **urbano** y las medidas efectivas para **reducirlas**

*“La equidad en salud
empieza en tu localidad”*

A partir de los proyectos:



Con el apoyo de:



Agència
de Salut Pública



ciberesp
Centro de Investigación Biomédica en Red
Epidemiología y Salud Pública

Documento elaborado por: Carme Borrell, Èlia Díez, Joana Morrison y Lluís Camprubí.

Agradecimientos: A los equipos de “Salut als Barris”, del Proyecto Medea y del Proyecto IneqCities. A la Agència de Salut Pública de Barcelona y a la red CIBERESP (Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública).

Cita sugerida: *Borrell C, Díez E, Morrison J, Camprubí L. Las desigualdades en salud a nivel urbano y las medidas efectivas para reducirlas. Barcelona: Proyectos Medea e IneqCities; 2012.*

Diseño y maquetación: Croma Produccions Multimèdia · www.cromamedia.com

Esta obra está licenciada bajo una Licencia Creative Commons Atribución 3.0 España.

Conceptos clave

- Las desigualdades en salud a nivel urbano son muy pronunciadas y la evidencia científica muestra claramente que las personas que residen en los barrios y zonas urbanas menos favorecidos tienen peor salud.

- Los determinantes de las desigualdades en salud a nivel urbano incluyen aspectos de *gobernanza urbana*, *contexto físico*, *contexto socioeconómico* y *entornos*. La influencia de todos ellos en la salud puede variar según los diver-

sos ejes de desigualdad: clase social, género, edad, etnia y status migratorio.

- La planificación de la equidad en salud a nivel urbano incluye varias etapas: **1)** acuerdo político y establecimiento de un grupo de trabajo, **2)** análisis de situación, **3)** priorización de problemas de salud e intervenciones, **4)** desarrollo e implementación de la intervención y **5)** seguimiento y evaluación.

- En el ciclo de la planificación es conveniente tener en cuenta los siguientes aspectos: la importancia de la intersectorialidad, la participación social y la mirada de equidad; la necesidad de analizar el impacto en la salud de todas las políticas; la acción sobre los determinantes del contexto físico y socioeconómico y, finalmente, el fomento de intervenciones dirigidas al conjunto de la población de forma proporcional a la necesidad de cada grupo social (universalismo proporcional).

1. Las desigualdades en salud a nivel urbano

En el año 2010 el 75% de la población europea residía en ciudades y esta proporción sigue aumentando. El ámbito urbano ofrece más oportunidades, empleo y servicios que el rural; sin embargo, las ciudades suelen presentar más desigualdades socioeconómicas en salud debido a la existencia de barrios con elevada privación socioeconómica y concentración de población vulnerable. La evidencia científica muestra claramente que las personas que viven en los barrios y zonas urbanas socioeconómicamente menos favorecidos tienen peor salud.

Las desigualdades sociales en salud son aquellas diferencias en salud injustas y evitables que aparecen entre grupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Son el resultado de las distintas oportunidades y recursos a los que las personas pueden acceder en función de su clase social, género, país de nacimiento o etnia. Numerosos estudios muestran que las desigualdades en salud causan un exceso de mortalidad y

de morbilidad superior al de la mayoría de factores de riesgo conocidos. Las desigualdades en salud según nivel socioeconómico tienden a aumentar porque las personas de clases sociales más favorecidas mejoran más su salud que el resto de la población.

Muchas de las recomendaciones propuestas para reducir las desigualdades en salud son competencia de la administración local. El gobierno municipal tiene un claro impacto sobre la salud y las desigualdades, ya que decide y actúa sobre factores tan determinantes como la planificación urbana, el transporte, la vivienda, los servicios dirigidos a la infancia y a las personas mayores, los servicios sociales, los servicios medioambientales, los servicios relacionados con la cultura, el deporte, el trabajo, el desempleo y la economía local. Los ayuntamientos, además de ser los encargados de gestionar servicios y desarrollar normativas, actúan como empleadores, y pueden promover el empoderamiento y la participación de la ciudadanía.

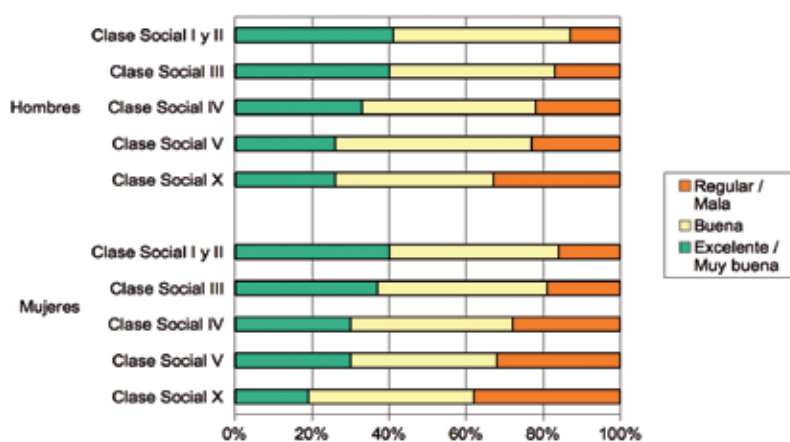


2. Ejemplos de desigualdades en salud a nivel urbano

En las ciudades españolas se aprecian importantes desigualdades en salud en función de la clase social, el género, la edad, el país de origen o la etnia.

A continuación se presentan algunos ejemplos. Las figuras 1 y 2 muestran el gradiente existente en la salud percibida por hombres y mujeres de Madrid y Barcelona según clase social (siendo la I la clase más favorecida y la V, o X en el caso de Madrid, la más desfavorecida). En general, las personas de clases más desfavorecidas tienen peor salud, y las mujeres la tienen peor que los hombres.

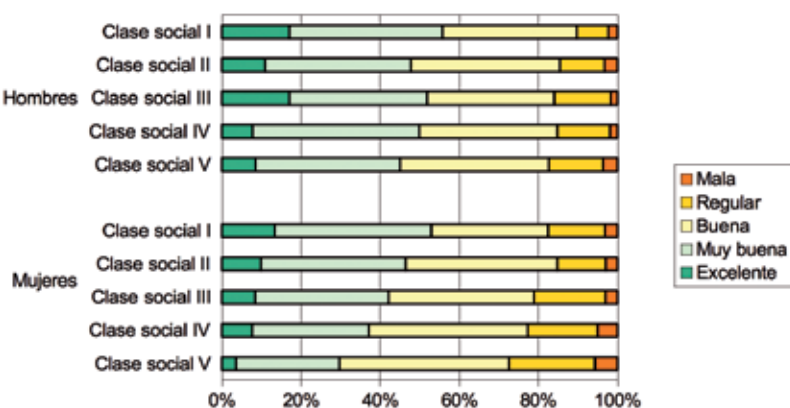
Figura 1. Salud percibida según clase social y sexo. Madrid 2005.



Fuente: Encuesta de Salud Madrid 2005 (gráfico adaptado).
Clase social adaptación de C.N.O. y SEE.
Porcentajes estandarizados por edad.

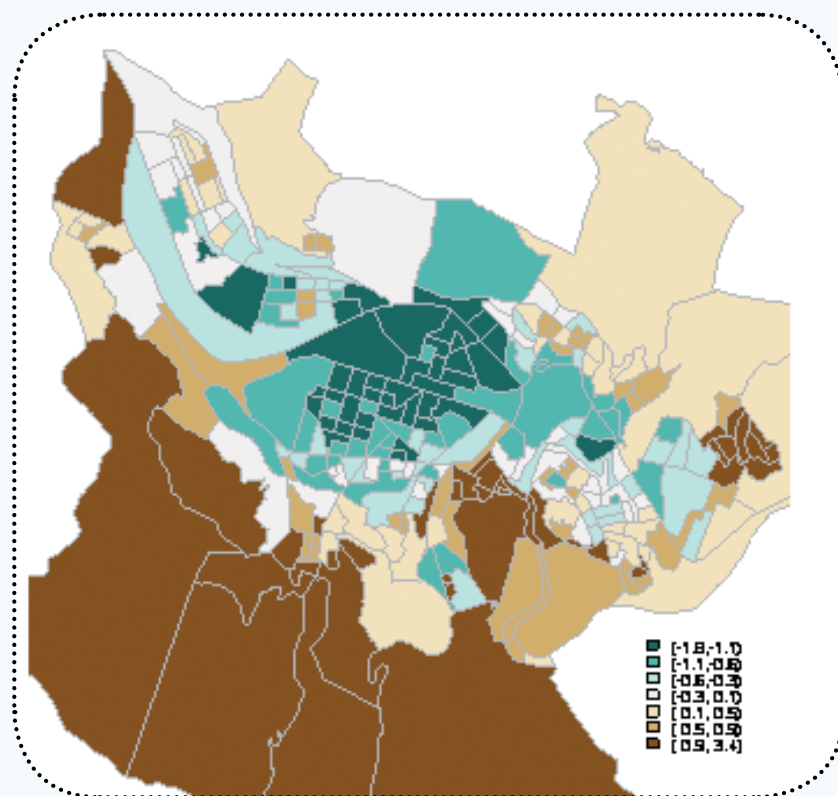
Figura 2. Salud percibida según clase social y sexo. Barcelona 2011.

Del mismo modo, el análisis de los indicadores de salud en áreas pequeñas muestra una fuerte asociación con los factores socioeconómicos. Las figuras 3 y 4 presentan, como ejemplo, la asociación entre el índice de privación socioeconómica y los indicadores de mortalidad en secciones censales de Bilbao y Valencia.

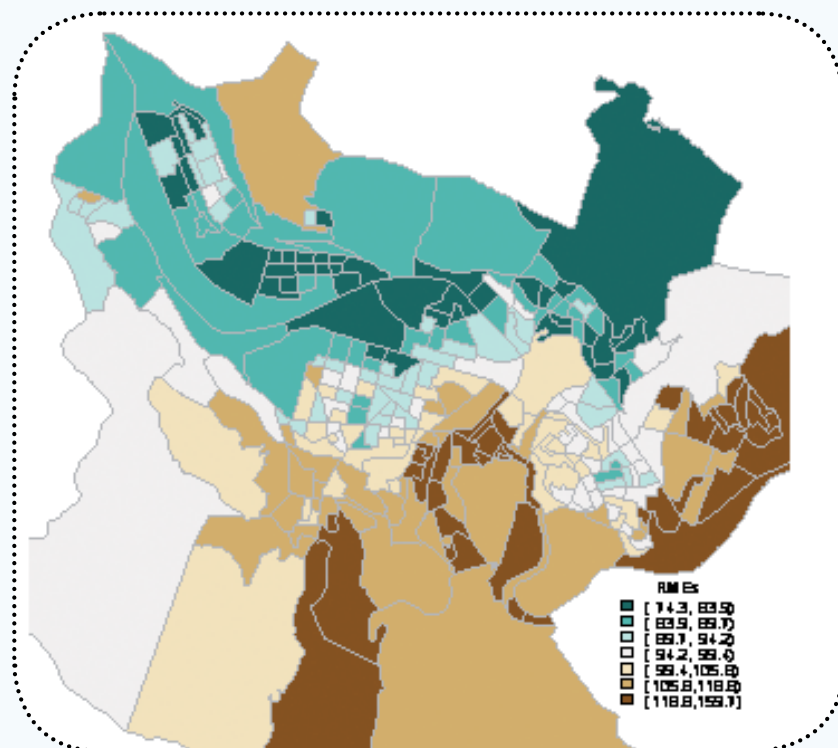


Fuente: Encuesta de Salud Barcelona 2011.
Porcentajes estandarizados por edad.

Figura 3. Índice de privación socioeconómica (2001) y riesgo de mortalidad en secciones censales de Bilbao (2002-2007).

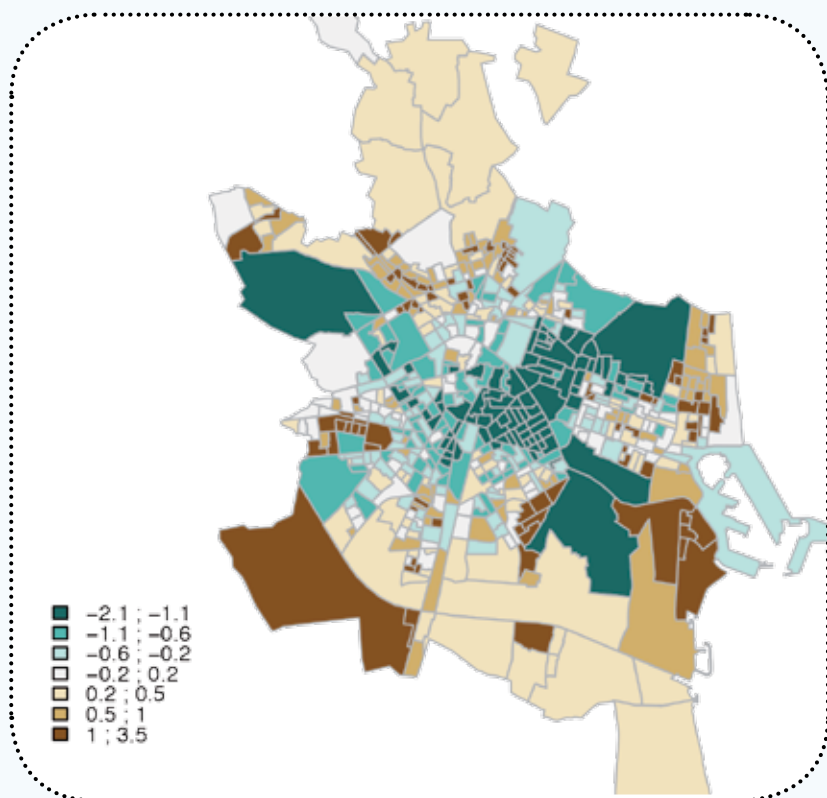


Índice de privación socioeconómica. Bilbao 2001

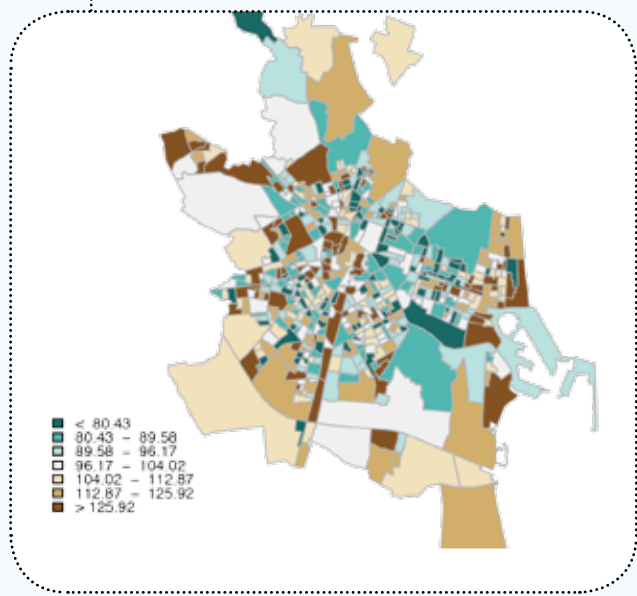


Razón de Mortalidad Estandarizada Suavizada (RMEs). Hombres. Total lesiones por causas externas. Bilbao 2002-2007

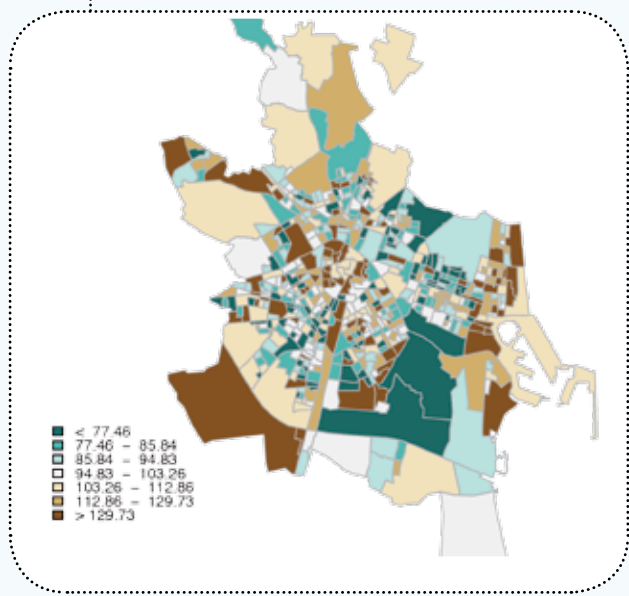
Figura 4. Índice de privación socioeconómica (2001) y riesgo de mortalidad según sexo en secciones censales de Valencia (1996-2003)



Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada (RMEs). Mujeres. Todas las Causas. Valencia 1996-2003



Razón de Mortalidad Estandarizada suavizada (RMEs). Hombres. Todas las Causas. Valencia 1996-2003



Fuente: Atlas de mortalidad en ciudades de España (1996-2003). Proyecto Medea.

3. Determinantes de las desigualdades en salud a nivel urbano

La figura 5 muestra el marco conceptual de los determinantes de las desigualdades en salud a nivel urbano que permite identificar los principales determinantes y aspectos en que los gobiernos municipales y la ciudadanía tienen capacidad de actuación.

Figura 5. Determinantes de las desigualdades en salud a nivel urbano



Fuente: Proyecto INEQ-Cities (Borrell C et al, enviado a publicar)

El marco de los determinantes de las desigualdades en salud a nivel urbano se estructura en diversos apartados:

Gobernanza

La gobernanza urbana no sólo hace referencia al gobierno local sino también a otros actores que juegan un papel importante en las ciudades, como el sector privado y la sociedad civil a través de las organizaciones y agentes sociales. El concepto de gobernanza señala que el poder existe dentro y también fuera de las instituciones gubernamentales. Con el objetivo de hacer frente a las causas de las desigualdades en salud, la gobernanza debe favorecer la actuación sobre los determinantes relacionados con el contexto físico y el contexto socioeconómico y desarrollar medidas de colaboración entre los distintos sectores, es decir, debe promover la acción intersectorial.

Contexto físico

El contexto físico se refiere al contexto natural (el clima o la geografía) y al entorno construido (urbanismo y vivienda) que depende en buena medida de la administración local. La planificación urbana se concreta en las reglamentaciones generales en relación al uso del espacio público, las infraestructuras públicas (comunicaciones, sistema de alcantarillado), y los equipamientos locales (instalaciones deportivas, de salud y educación, mercados, bibliotecas, etc.). La política de vivienda (impuestos, vivienda social en alquiler o en venta, etc.) puede hacer que ésta sea asequible para todos los hogares, incluidos los de bajos ingresos. La ausencia de esta política puede convertir la vivienda en un bien de especulación y de difícil acceso. Por otro lado, la mala calidad de la vivienda, el hacinamiento o los asentamientos informales ocasionan graves problemas de salud.

Otro elemento clave del contexto físico es la movilidad (peatonal, transporte público y privado). La existencia de una red eficaz de transporte y un entorno seguro y saludable en los desplazamientos puede ser clave para facilitar el acceso a bienes y servicios. Por otro lado, aspectos ambientales como la calidad del agua y del aire o la contaminación acústica son determinantes muy importantes de la salud en las zonas urbanas. Asimismo, entre los determinantes relacionados con el contexto físico, el marco incluye la accesibilidad a alimentos saludables en cuanto a disponibilidad, proximidad y precio.

Contexto socioeconómico

El contexto socioeconómico incluye factores como el empleo y las condiciones de trabajo, el entorno

doméstico o familiar, los servicios públicos de educación, salud y ayuda a las familias, etc., así como transferencias sociales como las pensiones y las prestaciones por desempleo. Aunque la mayoría de estos factores son responsabilidad del gobierno del país, los gobiernos de las ciudades tienen capacidad de modificarlos. Por ejemplo, pueden tratar de mejorar las condiciones de vida de la población con menos recursos mediante la redistribución de los ingresos recaudados a través de impuestos municipales o con ayudas complementarias a las personas en condiciones de pobreza. Otros aspectos incluidos en el contexto socioeconómico son la seguridad, las redes sociales y la participación de la comunidad.

Entornos

Los entornos son los lugares en los que las personas interactúan y moldean el medio, por lo tanto, en los entornos se pueden crear o resolver problemas de salud. Ejemplos de entornos son los barrios, las escuelas o los lugares de trabajo. Los contextos físico y socioeconómico se materializan en los entornos. Las acciones para hacer de los entornos lugares más saludables pueden incluir diferentes estrategias como por ejemplo mejorar la accesibilidad a espacios públicos para realizar actividad física (áreas verdes o instalaciones deportivas) o desarrollar acciones para promover la seguridad o para fomentar las redes sociales y de participación.

Las características del entorno construido y el contexto socioeconómico propician la segregación residencial de la población, de manera que las personas de clases sociales desfavorecidas o las inmigrantes de países de renta baja suelen concentrarse en barrios con viviendas de peor calidad y menor valor. Muchas ciudades presentan barreras históricas, logísticas y operativas entre barrios que impiden la relación entre los distintos grupos sociales. La segregación residencial determina la composición social de la población y por lo tanto, se relaciona con las desigualdades en salud.

Ejes de desigualdad

Todos los factores comentados varían en función de la clase social, el género, la edad, el origen étnico o la migración, ejes que determinan la estructura social. Pero es necesario mencionar que existen otros ejes de poder que cada sociedad determina, como por ejemplo la discapacidad, el aspecto físico...

4. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud a nivel urbano

Este apartado presenta las fases del ciclo de planificación en el ámbito urbano con mirada de equidad (ver Figura 6). Antes de abordar cualquier fase es recomendable tener en cuenta, y aplicar de forma transversal, los siguientes criterios y conceptos (ver también Cuadro 1):

Salud y equidad en todas las políticas: Para reducir las desigualdades en salud hay que actuar sobre los determinantes sociales y de entorno, y establecer medidas de colaboración entre los diversos sectores, ensanchando la perspectiva reducida a la atención sanitaria. Aunque la salud no sea un aspecto explícito, cada política sectorial afecta directa e indirectamente a la salud y a las desigualdades en salud (lo que se ha llamado “salud y equidad en todas las políticas”). En los actuales momentos de escasez cobra todavía más sentido promover la equidad en la vivienda, la salud ambiental, el empleo, los ingresos familiares, la educación, las posibilidades de ocio, el transporte o el acceso a los servicios públicos.

Acción intersectorial: La equidad en salud en todas las políticas requiere la creación de comisiones intersectoriales con suficiente autoridad delegada, capacidad para identificar las políticas públicas con mayor potencial para reducir las desigualdades en salud y para llevar a cabo una rendición de cuentas transparente. La acción intersectorial requiere la asociación eficaz entre los diferentes sectores e instituciones, el tercer sector y el sector privado, y precisa de un liderazgo político que enmarque los objetivos de forma que todos los sectores se sientan identificados. El trabajo intersectorial facilita el alcance de consensos mediante reuniones compartidas como jornadas, conferencias o reuniones con la comunidad.

Participación de la comunidad: Las actividades a nivel local que facilitan la participación activa de la ciudadanía en la planificación y el desarrollo de intervenciones favorecen la equidad en salud. Estas iniciativas deben contar con mecanismos de financiación y una estructura de rendición de cuentas. De nuevo es importante plantear la acción de forma que contemple los diferentes puntos de vista de las diversas personas y grupos interesados, especialmente en asociaciones con diferentes culturas y prácticas organizativas. Los ayuntamientos pueden

proporcionar una infraestructura para la participación comunitaria y el empoderamiento, además de utilizar técnicas de desarrollo de la participación comunitaria como catalizador para la acción y la promoción de redes sociales.

El ciclo de la planificación en salud con mirada de equidad

Los puntos básicos de cualquier planificación son el conocimiento de la realidad, la intervención para modificarla y la evaluación para valorar sus efectos. La Figura 6 muestra la secuencia de las fases del ciclo de planificación en salud. En el anexo 2 puede verse un listado de chequeo o comprobación de la mirada de equidad en salud en cada fase. Puede usarse tanto antes de la planificación de una intervención como en cualquier fase de una intervención en curso. A continuación se describen las fases del ciclo de planificación:

Figura 6. El ciclo de la planificación en salud



1. Acuerdo político y establecimiento de un grupo de trabajo

La decisión de incorporar la equidad en los planes, estrategias e intervenciones municipales así como el establecimiento de acuerdos intersectoriales son responsabilidades políticas. Las técnicas y técnicos pueden, a demanda o por iniciativa propia, trasladar al nivel político la conveniencia de poner en marcha unas u otras políticas o acciones, pero la decisión recae legítimamente en el gobierno municipal. Como criterio general, los acuerdos deberían estar liderados o facilitados por la alcaldía.

Una vez establecido el acuerdo político, es conveniente constituir un grupo de trabajo técnico que lidere las fases de la planificación e incluya profesionales de los sectores implicados. La participación comunitaria, con representantes de entidades y miembros de diversas edades, clases sociales, país de origen, etnia y paridad de género facilita la mirada de equidad. Los niveles de participación pueden ser más o menos intensos, directos o delegados, sin olvidar que el objetivo de un grupo de trabajo es conseguir resultados en un periodo razonable, y que el tamaño y las dinámicas de los grupos de trabajo han de ser operativos. Los grupos de trabajo pueden establecerse a nivel de ciudad, de distrito, de barrio o ser inter o supramunicipales.

2. Análisis de situación

En esta fase se recoge información cuantitativa y cualitativa con el objetivo de conocer el estado y la

percepción de salud en la población de referencia, y también los determinantes de los contextos físico y socioeconómico. La mirada de equidad precisa que la información esté disponible según áreas geográficas y según la clase social, el género o el país de origen. Además de los problemas de salud objetivos y percibidos, tanto individual como comunitariamente, el análisis de situación valora los activos en salud o recursos de la comunidad. Es conveniente establecer un conjunto mínimo de indicadores que facilite la priorización, monitorización y el seguimiento (ver el Cuadro 2 con algunos ejemplos). Otro aspecto que favorece la equidad es velar para que la información generada, tanto cuantitativa como cualitativa, sea comprensible por personas de diferentes culturas y niveles de estudios.

3. Priorización de problemas de salud y de intervenciones

Con la información del análisis de situación se confecciona una lista de problemas que se deberá priorizar. Los métodos de priorización suelen basarse en criterios técnicos (importancia del problema, capacidad de ser modificado...) y también en la percepción y el consenso del grupo de trabajo o consultado. Es más rica y equitativa una priorización que incluya participantes de la comunidad, y se base en información cuantitativa y cualitativa comprensible. En ocasiones se llevan a cabo audiencias públicas de priorización de problemas en las que se invita a participar a la ciudadanía de un barrio, distrito, ciudad o comunidad específica; lejos de ser una cuestión complicada, es factible y proporciona información valiosa.





Una vez priorizados los problemas, se seleccionan uno o varios de los primeros de la lista. El grupo de trabajo decide entonces cómo y cuando se abordarán. En esta subfase de priorización de intervenciones un criterio primordial a contemplar es la evidencia científica sobre la efectividad y el coste de las intervenciones posibles. Con la mejor intención las personas y los grupos tienden (tendemos) a inventar y proponer intervenciones sin consultar la bibliografía. El riesgo de que no lleguen a buen puerto es elevado, lo que implica malgastar recursos y constituye una mala práctica en salud pública.

Existen en la actualidad numerosas fuentes informatizadas que resumen la bibliografía científica. Es recomendable tomarse algún tiempo para digerirla, resumirla y compartirla con el grupo. Durante este tiempo, en paralelo, el grupo puede ir recogiendo lo que ya se está llevando a cabo en el barrio sobre el problema priorizado. En este punto cobra importancia el enfoque denominado activos en salud. Se trata de utilizar y reforzar los recursos, aspectos positivos y potencialidades comunitarias, es decir aprovechar los activos disponibles.

Otro criterio a tener en cuenta en la priorización son los recursos con los que contar, y, sobre todo, la probabilidad de que se mantengan durante largo tiempo, ya que la efectividad de las intervenciones suele depender de ello. De hecho, una intervención bien valorada que se suspenda por falta de financiación puede llegar a producir efectos negativos en la población afectada, ocasionando desempoderamiento y desmotivación.

4. Desarrollo e implementación de intervenciones

Una vez priorizadas las acciones se establecen líneas de acción, ya que se pueden llevar a cabo varias intervenciones para un mismo objetivo, y, a la inversa, una intervención puede contribuir a diferentes objetivos. Es conveniente poner en marcha subgrupos de trabajo para cada línea de acción.

Las intervenciones más sostenibles y efectivas son las que ya funcionan en el barrio o en la ciudad, siempre que sean coherentes con la evidencia científica, que, en cada caso, se pueden adaptar o reforzar (pueden consultarse algunos ejemplos en el Cuadro 3). En ausencia de experiencias previas el grupo de trabajo puede desarrollar intervenciones nuevas, basadas en la bibliografía hasta donde sea posible, que se tienen que evaluar cuidadosamente.

Es recomendable que las intervenciones se definan por escrito en un breve documento (no sólo en una presentación de diapositivas) que incluya:

1. Objetivos
2. Estrategia universal o de riesgo
3. Población diana
4. Captación, difusión, materiales y formatos
5. Actividades
6. Recursos
7. Evaluación

Los **objetivos** se establecen en función del análisis de los problemas de salud y de sus causas, y si se focalizan en los determinantes de las desigual-

dades en salud, mejor. Las intervenciones sobre el contexto socioeconómico o físico de la ciudad alcanzan más personas y obtienen mejores resultados que las basadas en contactos individuales. Las intervenciones más poblacionales son más efectivas y precisan menos recursos en términos relativos que las basadas en la atención o la prevención individual. La mirada de equidad sobre los objetivos contempla las necesidades específicas según los ejes de desigualdad (género, clase social, edad, etnia y status migratorio). En definitiva, consiste en prever los efectos adversos y beneficios posibles en todos los sectores poblacionales.

La elección de una **estrategia** para reducir las desigualdades es relevante. Las principales son:

- elegir como objetivo solamente a las clases sociales o grupos más desfavorecidos
- reducir la brecha en salud sólo entre los grupos más y menos favorecidos
- reducir las desigualdades en el conjunto de la población con intensidad adaptada a las necesidades de cada grupo

Las tres presentan fortalezas y debilidades. La estrategia de intervención determina a su vez la **población diana**. Una intervención dirigida a promover la equidad puede abarcar a todos los residentes de la ciudad o a una parte. Las intervenciones que se dirigen a todas las personas y que, además, lo hacen de forma proporcionada a las necesidades en salud de cada grupo, (estrategia basada en *universalismo proporcional*), se consideran las más efectivas.

Con frecuencia, las intervenciones se concentran en algún colectivo vulnerable. En este caso hay que evitar al máximo la estigmatización (de un grupo social, de una etnia, de un género, de un entorno, barrio o dispositivo), ya que puede ser contraproducente. Como en las otras fases, una buena manera de evitarlo es contar con personas de la posible población diana en el grupo de trabajo.

Los aspectos relacionados con la comunicación, como son las actividades de **captación, difusión, materiales y formatos** tienen una importancia capital en las desigualdades. No cuidar estos aspectos lleva a incrementarlas. Un documento que requiera una capacidad de lectura o de comprensión alta, que menoscabe algún grupo de población o que sugiera que se dirige a personas de posición socioeconómica privilegiada consigue aumentar las desigualdades. En general los materiales elaborados por personal técnico de la administración, e incluso por profesionales de la publicidad o la comunicación, se preparan de forma que gusten a

sus iguales o sus clientes por lo que es posible que no interesen al resto de la población.

Para conseguir que los materiales aseguren la comprensión y la lectura fácil en cuanto a letra, aspecto y contenidos, es recomendable seguir los principios de la alfabetización y comunicación en salud (en el Cuadro 4, de recursos, se puede encontrar bibliografía al respecto). Además, los materiales se tienen que probar, por medio de una sencilla prueba piloto, en algunas personas de la población diana, y ser corregidos de acuerdo con sus opiniones.

Las actividades de difusión y captación contemplan los mismos principios. Se trata de captar grupos específicos con estrategias específicas. Es decir, las actividades de comunicación y captación de personas usuarias, en su caso, tienen en cuenta las características sociodemográficas o ejes de desigualdad.

La **actividades** de una intervención se suelen basar en modelos teóricos y estrategias para cambiar los determinantes del entorno o/ y conductuales. Para cuidar la equidad, el diseño y la oferta de las actividades tienen que contemplar las barreras económicas, culturales y de horarios según género, clase social, país de nacimiento y etnia. Es mejor que las lleven a cabo equipos intersectoriales, con participación comunitaria y, cuando sea posible, con voluntariado.

Aunque la gestión de **recursos** materiales, estructurales, humanos, económicos de procedencia diversa requiere cierto esfuerzo inicial de coordinación, facilita que las acciones se mantengan largo tiempo y empodera, enriquece y cohesionan al grupo intersectorial.

5. Seguimiento y evaluación

El plan evaluativo debería estar presente continuamente. Es conveniente pensar en la evaluación en todas las fases: qué se evaluará, cómo y quién lo hará. La evaluación no es un anexo obviaable, sino el resumen y presentación de lo que la intervención ha conseguido y las dificultades y limitaciones encontradas. La evaluación se planifica a la vez que se diseña la intervención. Proponemos un conjunto de indicadores de evaluación con mirada de equidad que se puede completar en cada proyecto, teniendo en cuenta que es mejor desarrollar un sistema de pocos indicadores muy significativos que uno excesivamente extenso, imposible de completar. La evaluación está al servicio de la mejora de la intervención, y no a la inversa. En general, conviene que el tamaño, esfuerzos y recursos de la evaluación sean proporcionales a los de la intervención.



Además de los habituales indicadores de proceso y de resultado de los ciclos de planificación, es importante contemplar indicadores de evaluación del formato de todos los materiales (legibilidad, identificación con el destinatario...).

Algunas intervenciones poblacionales tienen el efecto indeseado de aumentar las desigualdades, al ser recibidas principalmente por los grupos más privilegiados y educados. A menudo se debe al diseño poco cuidadoso de los contenidos, actividades y materiales. Para prestar atención a este aspecto, conviene incluir un indicador que valore si se han probado en la población diana los materiales de comunicación y difusión, en concreto evaluando la comprensión y atractivo del material, producto o servicio según los ejes de desigualdad.

Los indicadores de proceso deberían recoger la cantidad de actividades desarrolladas, el cumplimiento del calendario, el número de usuario/as y las características y la satisfacción de usuarios según sexo, clase social, país de nacimiento, etnia... Las fuentes de información de los dos primeros indicadores son los registros administrativos de los proveedores del servicio o intervención. Las características sociodemográficas y de satisfacción de los usuarios/as se pueden obtener por medio de una encuesta periódica o al finalizar el servicio.

En relación a la equidad, las características de las personas usuarias de la intervención son muy importantes. Si la intervención es efectiva, en la medida en que el perfil sociodemográfico incluya a la población vulnerable, habremos conseguido los

objetivos de equidad. En cambio, si la distribución de personas usuarias muestra perfiles más acomodados que los previstos, habremos contribuido a la generación de desigualdades. En ese caso, hay que corregir la intervención o dejar de hacerla.

Los indicadores de resultados deben poder captar cambios en la salud (salud percibida por ejemplo), en la enfermedad, o en la mortalidad (sea general o por causas concretas); y éstos deben poder desagregarse según los ejes de desigualdad en los que hayamos pretendido incidir con nuestra intervención (clase social, género, etnia, etc.). Sin embargo, no siempre es posible disponer de esta información y, a menudo, las intervenciones no son lo suficientemente intensas y duraderas como para producir cambios perceptibles. En ese caso, se pueden utilizar como indicadores de resultados los cambios en los determinantes conductuales (u otros determinantes intermedios), como, por ejemplo, la proporción de personas que han dejado de fumar, o la actividad física realizada en tiempo libre. Aquí también se pueden utilizar indicadores de determinantes del entorno (pistas deportivas abiertas, km. de carril bici,...) o del marco jurídico-administrativo (cambios legislativos o normativos,...). En estos casos tampoco hay que olvidar su valoración según el género, la clase social, el país de nacimiento o la etnia.

Finalmente se proponen algunos indicadores de satisfacción del grupo de trabajo que dirige la intervención respecto a los logros del proyecto y a los procesos del grupo. Una encuesta anónima a los miembros del grupo puede aportar mucha información.

Cuadro 1 · Conceptos clave en la planificación de intervenciones

- Según el modelo de determinantes de la salud, la mayoría de factores que influyen en la salud son externos al sector sanitario, por lo que es necesario que la acción sea multisectorial
- El enfoque de salud en todas las políticas implica la integración de distintos sectores, con un mandato gubernamental, procesos participativos, transparencia y rendición de cuentas
- La participación comunitaria es un instrumento que puede mejorar la salud de la población y aumenta la capacidad de intervención sobre los determinantes de la salud
- Es necesario contar con profesionales de distintos sectores, así como otros actores sociales y comunitarios
- Hay que situar la mirada y la acción sobre todo en los contextos físico y socioeconómico
- Siempre que se pueda es deseable que la intervención se dirija al conjunto de la población de forma proporcional a la necesidad (universalismo proporcional)



Cuadro 2 · Ejemplos de sistemas de indicadores de equidad en salud a nivel urbano

Ineq-Cities		Urban Heart (*)		Corburn & Cohen (**)	
Dimensión	Indicador	Dimensión	Indicador	Dimensión	Indicador
Gobernanza	Participación electoral	Gobernanza	Gasto público en salud	Poder político y resultados	Participación comunitaria. Sensibilidad del gobierno. Derechos de las minorías. Salud autopercebida. Expresión cultural y artística
Contexto físico	Zonas verdes. Contaminación: Partículas PM10	Entorno físico e infraestructura	Acceso a agua potable. Acceso a saneamiento mejorado	Condiciones de vida	Vivienda. Agua, higiene, alimentación. Ambiente. Seguridad. Transporte
Contexto social	Desempleo. Nivel de estudios. País de origen. Perceptores de Renta Mínima de Inserción o equivalente	Economía	Desempleo	Economía y servicios	Atención Primaria. Atención salud mental. Educación. Empleo. Acceso a la riqueza
		Desarrollo social y humano	Estudios primarios completos. Comadronas cualificadas. Inmunización infantil. Prevalencia consumo tabaco.		
Salud	Mortalidad. Embarazo en adolescentes. Sida y tuberculosis. Salud percibida	Resultados sanitarios	Mortalidad infantil. Diabetes. Tuberculosis. Lesiones de tráfico		

(*) Urban Heart: Instrumento de Evaluación y Respuesta en Materia de Equidad Sanitaria en los Medios Urbanos. OMS. www.who.or.jp/urbanheart

(**) Corburn J, Cohen AK. Why We Need Urban Health Equity Indicators: Integrating Science, Policy, and Community. PLoS Med 2012; 9(8): e1001285.

Cuadro 3 · Ejemplos de intervenciones de equidad en salud a nivel urbano

Ámbito	Intervención	Objetivos	País y ciudad	Años	Cita
Contexto físico	Pacificación del tráfico	Construir badenes, bandas, rotondas y estrechamiento de calzadas y para prevenir atropellamientos infantiles	Reino Unido: dos ciudades con privación socioeconómica	1992-2000	Jones S J, Lyons R A, John A et al. Traffic calming policy can reduce inequalities in child pedestrian injuries: database study. <i>Inj Prev.</i> 2005;11:152-6
	Reconversión de terrenos desindustrializados	Aumentar las zonas verdes para reducir el calor urbano y los niveles de polución, promover la actividad física y reducir la diabetes	Colombia: Bogotá Canadá: Toronto Japón: Tokio	2006-2012	Rydin Y, Bleahu A, Davies M et al. Shaping cities for health: complexity and the planning of urban environments in the 21st century. <i>Lancet.</i> 2012;379:2079-108
	Huertos urbanos	Producir frutas y verduras saludables, aumentar las zonas verdes, mejorar la alimentación y la salud, crear redes sociales y relacionales y favorecer la adquisición de nuevas habilidades	Ghana: Accra EEUU: Nueva York Cuba: La Habana	1972-2012	Rydin Y, Bleahu A, Davies M et al. Shaping cities for health: complexity and the planning of urban environments in the 21st century. <i>Lancet.</i> 2012;379:2079-108
	Regeneración urbana	Reducir el desempleo, las desigualdades en salud y en educación, reducir la inseguridad, renovar el aspecto físico urbano y las viviendas en mal estado	Inglaterra: 39 zonas de diversas ciudades con privación socioeconómica	1998-2008	Thomson H, Atkinson R, Petticrew M, et al. Do urban regeneration programmes improve public health and reduce health inequalities? A synthesis of the evidence from UK policy and practice (1980-2004). <i>J Epidemiol Community Health.</i> 2006;60:108-15
	Adaptación de servicios y equipamientos	Ofrecer transporte adaptado, acondicionar viviendas y transformar el espacio urbano para promover la inclusión social de las personas con movilidad reducida	150 países: diversas ciudades	Depende de la ciudad	Rydin Y, Bleahu A, Davies M et al. Shaping cities for health: complexity and the planning of urban environments in the 21st century. <i>Lancet.</i> 2012;379:2079-108

Cuadro 3 · Ejemplos de intervenciones de equidad en salud a nivel urbano

Ámbito	Intervención	Objetivos	País y ciudad	Años	Cita
Contexto socioeconómico	Construcción de una guardería infantil	Mejorar el tipo de ocupación y/o la formación de madres de familias con privación socioeconómica	Londres: Hackney, una de las zonas de Londres con mayor privación socioeconómica	1995-2012	Mujica Mota R, Lorgelly PK, Mugford M, et al. Out-of-home day care for families living in a disadvantaged area of London: economic evaluation alongside a RCT. Child Care Health Dev. 2006;32:287-302
Promover entornos saludables	Seguridad vial y calidad de vida	Aumentar la conciencia vial y ambiental por medio de una alianza entre la policía local, profesorado, monitores de comedor, padres y madres e ingenieros/as. Incentivar la participación de jóvenes en la toma de decisiones comunitarias y más concretamente en las relacionadas con la seguridad vial	Inglaterra: zona con privación múltiple de Birmingham	2006	Kimberlee R. Streets ahead on safety: young people's participation in decision-making to address the European road injury 'epidemic'. Health Soc Care Community. 2008;16:322-6
	Rediseño de patios escolares	Promocionar la actividad física mediante el rediseño de los patios escolares siguiendo un esquema de zonas diferenciadas para juego activo, deporte, actividades mixtas y juego tranquilo	Reino Unido: zonas con mayor privación socioeconómica	2006	Ridgers ND, Stratton G, Fairclough SJ et al. Long-term effects of a playground markings and physical structures on children's recess physical activity levels. Prev Med. 2007;44 (5)393-7
	Legislación de salud pública sobre alimentación	Reducir la obesidad y la enfermedad cardiovascular mediante el etiquetado con información calórica de la comida de restaurantes de cadena y la prohibición del uso de grasas hidrogenadas	EEUU: Nueva York	1990-2012	Alcorn T. Redefining public health in New York City. Lancet. 2012;379:2037-8



Ámbito	Intervención	Objetivos	País y ciudad	Años	Cita
Enfoque mixto	Carriles para bicicletas	Aumentar el transporte saludable, reducir los niveles de contaminación atmosférica y aumentar la actividad física	Colombia: Bogotá EEUU: Nueva York Reino Unido: Londres España: Barcelona	2000-2012	Rydin Y, Bleahu A, Davies M et al. Shaping cities for health: complexity and the planning of urban environments in the 21st century. Lancet. 2012;379:2079-108
	Promoción y provisión de agua de consumo en el entorno escolar	Prevenir el sobrepeso en los escolares promocionando un mayor consumo de agua, mediante la instalación de fuentes de agua en el patio, distribución de botellas vacías y actividades motivadoras	Alemania: Dortmund y Essen	2006-2007	Muckelbauer R, Libuda L, Clausen K et al. Prevention: Randomized, Controlled Cluster Trial: Promotion and Provision of Drinking Water in Schools for Overweight. Pediatrics. 2009;123:661-7

Cuadro 4 · Recursos y enlaces de interés

Determinantes sociales y desigualdades en salud:

- Comisión Desigualdades Sociales en Salud. OMS
http://www.who.int/social_determinants/es/index.html
- Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review
<http://www.instituteofhealthequity.org/>
- Equidad en Salud y Desigualdades Sociales en Salud. Ministerio de Sanidad.
<http://www.mspsi.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/EquidadSalud-yDSS.htm>
- Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España
http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf

Portales con experiencias y compilación de intervenciones:

- Portal europeo para la acción en desigualdades en salud. Unión Europea
<http://www.health-inequalities.eu/>
- Plataforma de experiencias. OMS
<http://www.actionsdh.org/>

Desigualdades en salud a nivel urbano:

- Proyecto MEDEA. Desigualdades socioeconómicas y medioambientales en la mortalidad en ciudades de España.
<http://www.proyectomedea.org>
- Proyecto INEQ-Cities. Desigualdades socioeconómicas en mortalidad: Evidencia y políticas en ciudades de Europa.
<https://www.ucl.ac.uk/ineqcities/>
- EURO-URHIS 2. Sistema europeo de indicadores de salud urbana.
<http://www.urhis.eu/>
- Afrontar las Desigualdades Sociales en Salud: la dimensión urbana y el rol de la gobernanza municipal. OMS.
<http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/addressing-the-social-determinants-of-health-the-urban-dimension-and-the-role-of-local-government>
- Ciudades saludables y el reto de los Desigualdades Sociales en Salud: Un marco para la acción. OMS.
<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health/urban-health/publications/2012/healthy-cities-tackle-the-social-determinants-of-inequities-in-health-a-framework-for-action>
- Ciudades Saludables. EEUU.
<http://www.cdc.gov/healthyplaces/>
- Red Española de Ciudades Saludables.
<http://www.ciudades-saludables.com>
- Hidden cities, unmasking and overcoming health inequalities in urban settings. ONU-Habitat.
<http://www.hiddencities.org/report.html>
- Entornos saludables. OMS.
http://www.who.int/healthy_settings/en/
- Estrategia para mitigar las desigualdades en salud de Londres.
<http://www.london.gov.uk/priorities/health/tackling-inequality>



Informes SESPAS sobre desigualdades en salud y salud en todas las políticas:

- Informe SESPAS 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social.
http://www.sespas.es/ind_lib07.html
- Informe SESPAS 2010: La Salud Pública en la sociedad española: Hacia la salud en todas las políticas.
<http://www.elsevier.es/es/revistas/gaceta-sanitaria-138/volumen-24/numero-supl1>

Análisis de situación:

- Sistema de Información Urbana. Ministerio de Fomento.
<http://siu.vivienda.es/portal/>
- Observatorio de Salud de Asturias.
<http://www.obsaludasturias.com/obsa/>
- Información para Áreas Básicas de Salud: InfoABS Barcelona.
http://aspb.cat/quefem/2011_tmp.htm
- Atlas de mortalidad en las capitales de las provincias de Andalucía.
<http://www.demap.es/amca/>
- Atlas de mortalidad en ciudades de Europa. Proyecto INEQ-Cities.
<https://www.ucl.ac.uk/ineqcities/atlas>

Cuadro 4 · Recursos y enlaces de interés

Planificación con mirada de equidad:

- Check-list para el desarrollo urbano saludable: Australia.
http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2010/pdf/hud_checklist.pdf
- Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud. Ministerio de Sanidad.
http://www.mspsi.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/docs/Guia_metodologica_Equidad_EPAs.pdf
- Urban Heart. Urban Health Equity Assessment and Response Tool. OMS.
http://www.who.int/kobe_centre/publications/urban_heart/en/index.html

Evaluación del impacto en salud:

- Evaluación del impacto en salud. Comisión Europea.
http://ec.europa.eu/health/health_policies/impact/index_es.htm
- Evaluación del impacto en salud. OMS.
<http://www.who.int/hia/en/>
- Consorcio Internacional de Evaluación del Impacto en Salud. Universidad Liverpool.
<http://www.liv.ac.uk/ihia/>
- Centro de Recursos de Evaluación del Impacto en Salud. Escuela Andaluza de Salud Pública.
<http://www.creis.es>
- Evaluación del impacto de la crisis en la salud y el bienestar. Universidad de Liverpool.
http://www.liv.ac.uk/PublicHealth/obs/publications/report/88_Assessing_the_Impact_of_the_Economic_Downturn_on_Health_and_Wellbeing_final.pdf

Desarrollo de intervenciones, materiales y alfabetización en salud :

- Mapeo de Intervenciones (Intervention Mapping).
<http://www.interventionmapping.com/?q=node/1711>
- Hacer funcionar la comunicación en salud: (Making Health Communications Work). National Cancer Institute. USA.
<http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/pinkbook/page1>
- Estudios sobre alfabetización en salud: (Health Literacy Studies). The Harvard School of Public Health. USA.
<http://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy>

Anexo 1 · Recomendaciones a las autoridades locales para mitigar el impacto de la crisis en la salud*

Para minimizar los efectos de los recortes en los servicios públicos:

1. En caso de aplicar cualquier tipo de recorte, es necesario evaluar y monitorizar su impacto en la salud, en la equidad y en los derechos humanos, especialmente en los grupos vulnerables y en los barrios desfavorecidos.
2. Garantizar la coordinación de las políticas sobre los temas en los que estén implicados diversos actores y agencias.
3. Tener en cuenta que la recesión afecta a la salud a largo plazo, incluso cuando ya se ha entrado en la fase de recuperación.
4. Desarrollar una estrategia con objetivos claros, adaptada a los problemas locales y centrada en el impacto social y la recuperación.

Para mitigar los efectos en la salud mental:

5. Emplear programas de ocupación activa para facilitar que las personas desempleadas encuentren trabajo.
6. Alentar al empresariado local al desarrollo de estrategias contra la inseguridad, la ansiedad y el estrés.
7. Desplegar programas de protección de los efectos del estrés económico en las familias con ingresos escasos.
8. Dotar de recursos suficientes a las entidades comunitarias para que ayuden a superar los problemas derivados de la pérdida del empleo, las deudas o las hipotecas.
9. Formar a las/os profesionales sanitarios y sociales para que puedan identificar los problemas de deudas y problemas de falta de recursos económicos, así como fuentes de ayuda.
10. Disponer de asesores de proximidad conectados con la Atención Primaria y de una guía para profesionales sanitarios para poder detectar y ofrecer orientación e información sobre las deudas económicas y las ayudas gubernamentales para afrontarlas.
11. Explorar los enfoques sociales que ofrezcan consejos de bienestar, jardinería u otras actividades socio-culturales.
12. Promover el apoyo psicológico y la promoción de habilidades de resolución de problemas para modificar los efectos del desempleo y del endeudamiento en la atención primaria.

Para promover las relaciones sociales:

13. Llevar a cabo intervenciones de apoyo a las familias y sobre todo a los menores en los primeros años de vida.
14. Fomentar los espacios de relación social para la infancia y las personas mayores, como por ejemplo: entornos habitables, calles seguras, lugares en los que parar y conversar...
15. Reducir las barreras físicas y ambientales a las relaciones sociales mediante la reducción del tráfico de vehículos de motor, la mejora en el acceso a los espacios verdes y un transporte público asequible y accesible.
16. La protección y recuperación de espacios públicos y programas de terrenos compartidos (regeneración de terrenos desindustrializados, proyectos de huertos urbanos, espacios para el deporte) para facilitar la adopción de estilos de vida saludables, la accesibilidad a alimentos sanos y el aprendizaje y el contacto social permanente.

Anexo 1 · Recomendaciones a las autoridades locales para mitigar el impacto de la crisis en la salud*

Para reducir el impacto en las personas discapacitadas o con enfermedades crónicas:

17. Involucrar a los usuarios en el diseño y la planificación de los servicios puede llevar a mejores resultados y menor coste.
18. Realizar evaluaciones de impacto en salud para saber cuántas personas con discapacidad viven en un área, dónde viven y qué servicios necesitan.
19. Valorar el impacto acumulado de todos los recortes locales en relación con el bienestar, la inclusión social y la independencia de las personas discapacitadas.
20. Llevar a cabo una consulta exhaustiva antes de recortar servicios o cambiar los criterios de elegibilidad.

Para reducir el impacto en barrios desfavorecidos:

21. Mantener las mejoras producidas por las intervenciones de regeneración y renovación urbana.
22. Facilitar la asociación de propietarios/as de viviendas con bajos ingresos para el mantenimiento y rehabilitación de sus casas.
23. Favorecer que la gente trabaje para las organizaciones de voluntariado, mientras sigue recibiendo ayudas no contributivas.
24. Identificar los mecanismos para que el sector de la salud, las autoridades locales y el tercer sector pongan en común y movilicen recursos para lograr el máximo beneficio en salud.

Para ayudar a los jóvenes, especialmente a los que no estudian ni trabajan:

25. Mejorar la colaboración entre las autoridades locales y los proveedores de servicios y empresas.
26. Crear mercados locales que ofrezcan oportunidades a las y los jóvenes que no estudian ni trabajan.
27. Estandarizar procesos para reducir los procedimientos burocráticos.
28. Facilitar el compromiso de los empleadores con los jóvenes, y, en particular, con las personas en riesgo de no estudiar ni trabajar.
29. Apoyar la gestión de casos de riesgo, ya que muchos casos dependen de varios organismos e instituciones.
30. Implantar la gestión integrada de casos y mejorar la coordinación.
31. Proteger y desarrollar servicios de apoyo al empleo, a la formación y a la educación para niños, niñas y jóvenes vulnerables.
32. Apoyar intensivamente a los menores con necesidades sociales importantes y a la juventud que no estudia ni trabaja.



Para proteger contra la pobreza alimentaria y energética:

33. Facilitar el acceso a fruta y verdura a precios razonables, con programas tipo 'cesta de la compra de oferta' y servicios de venta y suministro tipo 'autobús de proximidad'.
34. Proporcionar información selectiva sobre cómo mantener una dieta equilibrada con un presupuesto bajo en los centros infantiles y educativos. También puede extenderse a la comunidad a través de las y los trabajadores comunitarios.
35. Facilitar actividades de jardinería para cultivar frutas y hortalizas y combatir la depresión, la ansiedad y la tristeza.
36. Asesorar a las personas en riesgo de pobreza energética (dificultades para pagar los gastos de calefacción,...).

* Seleccionado y adaptado de las principales recomendaciones del Informe del Observatorio de Salud Pública de Liverpool para afrontar el impacto de la crisis en la salud y el bienestar: Liverpool Public Health Observatory: Assessing the Impact of the Economic Downturn on Health and Wellbeing. February 2012. Observatory Report Series No. 88. <http://tinyurl.com/7kxxset>

Anexo 2 · Lista de comprobación de la mirada de equidad en salud en las fases del ciclo de planificación

	No lo sé	No	En parte	Sí
1 Acuerdo político y establecimiento de un grupo de trabajo				
¿Se han llevado a cabo acuerdos a nivel político y directivo antes de establecer el grupo operativo?				
¿El grupo de trabajo incluye agentes de varios sectores?				
¿El grupo de trabajo incluye miembros de diversas etnias, clases, país de nacimiento, géneros..?				
¿El grupo de trabajo ha liderado todas las fases?				
2 Análisis de situación				
¿Describe indicadores cuantitativos según género, etnia, clase, país de nacimiento?				
¿Describe indicadores cualitativos según género, etnia, clase, país de nacimiento?				
3 Priorización de problemas e intervenciones				
¿Han participado agentes de varios sectores?				
¿Han participado miembros de la comunidad de diversas etnias, clases, países, géneros,..?				
¿La intervención se basa en revisiones de evidencia?				
¿Tiene en cuenta los activos y recursos en salud?				
¿Se podrá mantener largo tiempo?				

	No lo sé	No	En parte	Sí
4 Desarrollo e implementación de la intervención				
¿Establece objetivos de acuerdo con las necesidades específicas de género, estudios, país, etnia..?				
¿Si se dirige a toda la población se ha reforzado en los grupos más vulnerables?				
¿La captación de usuarios tiene presente las características de género, estudios, país, etnia..?				
¿Las actividades contemplan las barreras económicas, culturales y de horarios?				
¿La intervención puede tener efectos adversos en algún sector poblacional?				
5 Seguimiento y evaluación				
¿Los materiales y formatos fomentan la lectura y comprensión en cuanto a letra, aspecto y contenidos?				
¿La cantidad, calidad y calendario de las actividades se han cumplido de acuerdo con las previsiones?				
¿La distribución de características socioeconómicas de los usuarios/as refleja la planificada?				
¿La satisfacción de las personas usuarias es similar según género, estudios, país, etnia?				
¿Los resultados son similares según género, nivel de estudios, país de nacimiento, etnia?				
¿Se han conseguido resultados en determinantes de entorno?				
¿Los cambios en salud son similares según género, nivel de estudios, país de nacimiento, etnia?				
¿El grupo de trabajo está satisfecho con el proceso?				

Bibliografía sobre desigualdades en salud urbana

- Braubach M. Key challenges of housing and health from WHO perspective. *Int J Public Health*. 2011; 56(6):579-80.
- Borrell C, Pasarín MI. Desigualdad en salud y territorio urbano. *Gac Sanit*. 2004;18(1):1-4.
- Borrell C, Pons-Vigues M, Morrison J, Díez E. Factors and processes influencing health inequalities in urban areas. (enviado)
- Borrell C, Artazcoz L. Políticas para disminuir las desigualdades en salud en España: unas precisiones. *Gac Sanit*. 2009;23(3):254.
- Corburn J, Cohen AK. Why We Need Urban Health Equity Indicators: Integrating Science, Policy, and Community. *PLoS Med*. 2012; 9(8): e1001285.
- Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gac Sanit*. 2012; 26(2):182-9.
- Cummins S, Curtis S, Diez-Roux AV, Macintyre S. Understanding and representing 'place' in health research: a relational approach. *Soc Sci Med*. 2007; 65(9):1825-38.
- Diez Roux AV, Mair C. Neighborhoods and health. *Ann N Y Acad Sci*. 2010; 1186:125-45.
- Frieden T. A Framework for Public Health Action: The Health Impact Pyramid. *Am J Public Health*. 2010; 100 (4): 590-5.
- Fuertes C, Pasarín MI, Borrell C, Artazcoz L, Díez E and Group of Health in the Neighbourhoods. Feasibility of a community action model oriented to reduce inequalities in health. *Health Policy*. 2012 ;107(2-3):289-95.
- Galea S, Vlahov D. Urban Health: Evidence, Challenges, and Directions. *Annu Rev Public Health*. 2005; 26:341-65.
- Graham H. Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *Milbank Q*. 2004; 82(1):101-24.
- Ley General de Salud Pública. Ley 33/2011, de 4 de octubre, Boletín Oficial del Estado (España) nº 240 (5-10-2011).
- Macintyre S, Ellaway A, Cummins S. Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Soc Sci Med*. 2002; 55(1):125-39.
- Macintyre S and Ellaway A. Neighborhoods and health: an overview. In: Kawachi I, Berkman S (eds). *Neighbourhoods and Health*. Oxford: Oxford University Press; 2003.
- Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008;372:1661-9.

- Owen L, Morgan A, Fischer A et al. The cost-effectiveness of public health interventions. *Journal of Public Health*. 2012; 34 (1): 37-45.
- Ritsatakis A. Equity and the Social Determinants of Health in European Cities. *Journal of Urban Health*. 2012; [acceso 2 octubre 2012]. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11524-012-9762-y>.
- Ritsatakis A. Equity and social determinants of health at a city level. *Health Promotion International*. 2009; 24 (Suppl 1): i81-i90.
- Rydin Y, Bleahu A, Davies M et al. Shaping cities for health: complexity and the planning of urban environments in the 21st century. *The Lancet Commissions: Lancet*. 2012; 379(9831): 2079-108.
- Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Ginebra: World Health Organization; 2010.
- UN-Habitat. *State of the world's cities 2010/2011-cities for all: bridging the urban divide*. Ginebra: United Nations Human Settlements Programme /UN-HABITAT; 2010.
- UN-Habitat. *The Global Campaign on Urban Governance, 2002*. Ginebra: United Nations Human Settlements Programme /UN-HABITAT; 2002.
- Vlahov D, Freudenberg N, Proietti F et al. Urban as a determinant of health. *J Urban Health*. 2007; 84(3 Suppl):16-26.
- Vlahov D, Agarwal SR, Buckley RM et al. Roundtable on Urban Living Environment Research (RULER). *J Urban Health*. 2011; 88(5):793-857.
- Weber L. Reconstructing landscape of health disparities research. Promoting dialogue and collaboration between feminist intersectional and biomedical paradigms. En: Schulz AJ, Mullings L (eds.). *Gender, Race, Class, and Health. Intersectional approaches*. San Francisco: Jossey-Bass; 2006. 21-59.
- Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*. 1992; 22:429-45.
- WHO. *Closing the gap: policy into practice on social determinants of health: discussion paper*. Rio de Janeiro: World Health Organization; 2011.
- WHO/UN-HABITAT. *Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings*. Geneva: World Health Organization; 2010.
- WHO. *Addressing the social determinants of health: the urban dimension and the roles of local government*. Mike Grady and Peter Goldblatt (eds). London: Institute of Health Equity, University College London; 2012.



 **medea**


ineqcities