

¿Es la salud un tema estrictamente sanitario?

Curar, cuidar y condicionantes sociales de la salud

Is health a purely sanitary subject? Care, heal and social determinants of health.

Joan Subirats¹ y Antoni Vilà²

Resumen

Se trata de una contribución en torno a los conceptos y las relaciones de la salud y las políticas sociales en los últimos años. Para ello, en primer lugar, se presentan las aportaciones teóricas más relevantes sobre las necesidades, los satisfactores, los derechos sociales, la universalidad, las capacidades y autonomía, la calidad de vida, la libertad y la seguridad y la participación, así mismo se analizan los cambios conceptuales e institucionales (del enfoque de la enfermedad a la salud y de lo médico a lo social; los determinantes sociales de la salud) que han contribuido a un cambio de paradigma. A continuación se tratan las nuevas tendencias en políticas sociales, especialmente las relacionadas con la atención a las personas que precisan cuidados de larga duración y la perspectiva sociosanitaria. Finalmente, se expone la situación de la salud y la desigualdad en Cataluña y se presentan algunas experiencias.

Palabras clave: Salud, políticas sociales, servicios sociales, sociosanitario, condicionantes sociales de la salud.

Para citar el artículo: SUBIRATS, Joan y VILÀ, Antoni. ¿Es la salud un tema estrictamente sanitario? Curar, cuidar y condicionantes sociales de la salud. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, diciembre 2015, n. 206, páginas 8-22. ISSN 0212-7210.

¹ Catedrático de ciencia política e investigador del IGOP-UAB.. joan.subirats@uab.cat

² Investigador del IGOP-UAB.. antoni.vila@uab.cat

Abstract

This article is a contribution on the concepts and relation between health and recent social policies. Firstly, some concepts are explored, such as theoretical contributions about needs, satisfiers, social rights, universality, capacities and autonomy, quality of life, freedom and security, participation, as well as an analysis on conceptual and institutional changes that have contributed to a change of paradigm (from illness to health and from a medical perspective to a social perspective and the social determinants of health). Secondly, new tendencies in social policy are discussed, specially those related with patients requiring long-term care and the social and health care attention. Finally, some experiences are presented to show the current situation of inequality in Catalonia.

Key words: Health, social policies, social services, social and health care, social determinants of health.

Han crecido en los últimos tiempos la preocupación y las declaraciones sobre la necesidad de repensar el modelo sanitario catalán, favoreciendo el diálogo y las interrelaciones con el campo de las políticas sociales en sentido estricto. Desde el punto de vista teórico, como señalaremos a continuación, esto no es ninguna novedad. Lo que sí que lo es es que se quieran poner en práctica estos cambios en la elaboración e implementación de las políticas de salud y de las políticas sociales; unas políticas que desde hace treinta y cinco años han vivido en paralelo, y sin demasiadas articulaciones, salvo algunas y significativas excepciones que ya mencionaremos. Celebramos este cambio de perspectiva, y esperamos que no solo se trate de un movimiento táctico fruto de las dificultades financieras del sector público, sino que se vea como una oportunidad para articular mejor el mundo del curar y el mundo del cuidar, hoy bastante distanciados y, por qué no decirlo, muy diferentemente financiados. En esta aportación queremos sim-

■ **Esperamos que no solo se trate de un movimiento táctico fruto de las dificultades financieras del sector público, sino que se vea como una oportunidad para articular mejor el mundo del curar y el mundo del cuidar.**

plemente dar argumentos teóricos al respecto, recoger algunas experiencias que nos parecen indicativas de hacia dónde ir, y mostrar cómo lo que llamamos “la perspectiva sociosanitaria” tiene camino por delante. No pretendemos decir que será fácil. Queremos decir que hay que hacerlo y que hay que evitar miradas jerárquicas o de superioridad de unos espacios y de unos profesionales sobre los otros. Trabajar en red significa acep-

■ **Hay que evitar miradas jerárquicas o de superioridad de unos espacios y de unos profesionales sobre los otros.**

tar las interdependencias, evitar las “derivadas” y no caer en lógicas de mando de unos sobre otros.

1. Un vistazo a la salud como necesidad básica y universal, las maneras de satisfacerla y el enfoque de las capacidades

En los últimos años se han hecho un conjunto de aportaciones que han ido configurando un nuevo paradigma que hay que tener en cuenta para repensar las políticas en el ámbito de la salud y de los servicios sociales.

En primer lugar, si comenzamos por analizar las diferentes aportaciones a la noción de necesidades humanas hechas desde diferentes disciplinas³ veremos que entre los aspectos más debatidos se encuentran el concepto de necesidades básicas y la determinación del carácter universal o relativo de todas o algunas de ellas. En las necesidades básicas se incluyen normalmente las fisiológicas, de subsistencia o de supervivencia; sin embargo, algunos autores, como GOUGH y DOYAL (1994), piensan que una de las necesidades básicas es la salud física, conjuntamente con la autonomía, entendida como la capacidad de iniciar una acción, formular propósitos y estrategias, e intentar ponerse en acción, considerando que para ello se requiere, entre otros, capacidad psicológica para formular opciones (salud mental). Esta propuesta añade la autonomía crítica como nivel más elevado de auto-

mía que permite participar en la aceptación o cambio de lo que se entiende como correcto o aceptable. Según esta concepción, pues, la salud y la autonomía configuran el núcleo central de las necesidades básicas.

En cuanto al carácter de las necesidades básicas, la mayoría de autores⁴ se decantan por la universalidad ya que creen que éstas no pueden depender del espacio cultural en el que se viva, del momento histórico o social y menos de los deseos y preferencias personales. Este carácter universalista es clave para poder objetivar estas situaciones humanas y poder reconocer el derecho a su satisfacción. En cambio lo que sí puede variar es la manera o medios de satisfacer las necesidades básicas. Por tanto, una diferenciación importante a tener en cuenta es entre necesidad y satisfactor.

Podemos definir los satisfactores como todo aquello (objetos, actividades, relaciones, etc.) que contribuye a la realización de necesidades humanas. En este sentido, cabe destacar que no hay una correspondencia exacta necesidad-satisfactor, ya que un mismo satisfactor puede incidir en diferentes necesidades y varios satisfactores pueden referirse a una misma necesidad.

MAX-NEEF (1998) considera que los satisfactores son los que definen la modalidad dominante que una cultura o una sociedad imprimen a las necesidades. Señala que pueden incluir, entre otros: formas de organización, estructuras políticas, prácticas sociales, condiciones subjetivas, valores y

³ Son muchos los autores que han tratado sobre la noción de necesidades humanas desde diferentes disciplinas y con objetivos diversos, como K. MARX, J. M. KEYNES, B. MALINOWSKI, A. MASLOW, A. SEN, NUSSBAUM, P. H. CHOMBART DE LAUWE, I. ILLICH, J. BAUDRILLARD, MAX-NEEF o DOYAL y GOUGH.

⁴ A. SEN, M. NUSSBAUM, MAX-NEEF, DOYAL y GOUGH.

normas, espacios, contactos, comportamientos y actitudes. Para este autor la inclusión de los satisfactores rompe la disciplina mecanicista imperante (necesidades-demanda-bienes) e implica una reivindicación de lo que es propiamente subjetivo. Considera que las necesidades deben comprometerse, motivar y movilizar a las personas y sus capacidades, que son una potencialidad y que pueden llegar a tener efectos diferentes según el contexto y los medios (MAX-NEEF, M., 1998). Estos argumentos ponen en cuestión, por ejemplo, las actuales carteras de servicios rígidas y reactivas y propugnan la necesidad de diseñar servicios y actuaciones flexibles y personalizados, con una participación proactiva de las personas, como sería el caso del paciente experto.

Desde el punto de vista jurídico, la cobertura de las necesidades básicas debería ser, en una sociedad que quiera ser justa y que pretenda procurar un mínimo bienestar a los ciudadanos, uno de los objetivos principales de las políticas sociales y el fundamento de los derechos sociales (MARTÍNEZ DE PISÓN, J., 1998). Sin el derecho social a la cobertura de las necesidades básicas, como la salud, difícilmente se podrán ejercer los derechos y libertades civiles y políticos.

■ Sin el derecho social a la cobertura de las necesidades básicas, como la salud, difícilmente se podrán ejercer los derechos y libertades civiles y políticos.

Lo que se ha expuesto nos acerca al modelo de atención centrada en la persona⁵ (RODRÍGUEZ, P. y VILÁ, A., 2014), que se basa en el enfoque de las capacidades, que concibe a la persona no como un simple receptor de prestaciones sino como un sujeto activo con capacidades. Amartya SEN (2010) reconoce que las personas tienen necesidades, pero considera que sería parcial contemplarlo solo desde este punto de vista, ya que hay que tener en cuenta también que las personas tienen valores y que atesoran habilidades para razonar, apreciar, elegir, participar y actuar (SEN, A., 2010: 280). Este autor entiende las capacidades como el conjunto de oportunidades para elegir y actuar, es decir, la capacidad de una persona para hacer cosas que tenga razón para valorar, desde la libertad para determinar lo que desea, que valora y que elige. Asimismo, considera que las capacidades dependen de elementos propios de la persona (p. e. madurez para elegir) y de otros relativos a la estructura social (p. e. opciones reales de poder elegir).

Al tratar este concepto NUSSBAUM (2012) considera que las capacidades son una aproximación a la evaluación de la calidad de vida, que se puede entender como un conjunto de oportunidades para elegir y actuar. En concreto, los rasgos esenciales de las tesis de NUSSBAUM son: a) concepción de cada persona como un fin en sí mismo; b) centrado en la elección o en la libertad (autodefinición de las personas); c) pluralidad en cuanto a valores; d) preocupación

⁵ Pilar Rodríguez define la atención integral y centrada en la persona como la que “promueve las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de las personas, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación activa” (RODRÍGUEZ, P., 2014: 120).

por la injusticia y las desigualdades sociales (discriminación y marginación); e) asignación de una tarea urgente en las políticas públicas, consistente en mejorar la calidad de vida de todas las personas definida por las capacidades de éstas.

La capacidad implica libertad de elección, por ello se considera que los objetivos políticos deben dirigirse a las capacidades y no a los funcionamientos, por ejemplo, promover las capacidades en materia de vida saludable, no la promoción genérica de la vida saludable. No obstante, esta postura es criticada por otros autores que utilizan igualmente el enfoque de las capacidades, ya que piensan que al menos en determinadas áreas, como la salud, el Estado está legitimado para imponer formas de funcionamiento (por ejemplo obligar a adoptar estilos de vida sanos). Otra cuestión diferente a tener en cuenta es el caso de los niños, a los que se les pueden exigir ciertas formas de funcionamiento (p. e. educación obligatoria), y también es singular la situación de las personas con las capacidades modificadas judicialmente⁶ que tienen derecho a las adaptaciones y apoyos necesarios para manifestar su voluntad, preferencias y deseos.

NUSSBAUM (2012) se refiere también a un punto de fricción: la tensión o los conflictos entre la libertad y la seguridad, que tan a menudo se dan en los ámbitos de la salud y los servicios sociales. Esta autora opta claramente por la libertad, ya que ante la cuestión sobre qué ámbitos de la libertad se podrían suprimir en favor de la seguridad, responde que solo sería justificable en casos

graves, cuando la violación de la libertad fuera necesaria para garantizar la dignidad humana, considerando que los otros supuestos se podrían decidir a través del proceso y debate político. Parece, por tanto, necesario que la regulación de la aplicación práctica de estos problemas sea bien medida y se plantee atendiendo a las diferentes situaciones concretas, evitando la tendencia de la normativa actual que prima la seguridad en detrimento de la libertad.

La democracia y la participación constituyen otro elemento clave de esta propuesta, y por ello SEN (2010) se refiere a la necesidad del razonamiento público para hacer una evaluación crítica, mediante la discusión pública y el razonamiento público interactivo. De esta manera considera que las valoraciones serían más sólidas si se hacen a partir de la consistencia de los argumentos aportados, más que del número de personas que apoyen. Este aspecto seguramente hoy es más conveniente que nunca, dado que se viven tiempos de gran incertidumbre propios de un cambio de época, en la que el gran objetivo de la democracia, como se ha dicho, debería ser construir un mundo capaz de incorporar a todos (SUBIRATS, J., 2011).

2. Cambios conceptuales e institucionales: de la enfermedad a la salud y del enfoque médico al social

Del abordaje centrado en la enfermedad hacia un concepto amplio de salud

El preámbulo del documento constitutivo de la Organización Mundial de la Salud

⁶ Nueva terminología empleada en la legislación española (Ley 15/2015, de 2 de julio, de la Jurisdicción Voluntaria) para referirse a las personas incapacitadas, en un intento de adaptación a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (art. 12).

(OMS, 1946) define la salud como “un estado de completo bienestar físico y mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Así, este concepto tiene en cuenta las tres dimensiones de la persona: la física, la mental y la social. También se debe mencionar la definición que se presentó en el X Congreso de médicos y biólogos de lengua catalana, celebrado en Perpignan en 1976: “La salud es aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y gozosa”.⁷ En esta definición amplia también es perceptible la importancia social a partir de la dimensión solidaria que le otorga a la salud (VV.AA., 1977).

En cuanto a la práctica de las políticas de salud, interesa referirnos al célebre Informe Lalonde,⁸ elaborado en Canadá en 1974. Este documento de referencia hace una crítica al concepto biomédico imperante y constata que la mayoría de enfermedades no están relacionadas simplemente con los factores biológicos o agentes infecciosos, sino que tienen una base u origen socioeconómico. Establece una clasificación de los determinantes de salud (estilos de vida, medio ambiente, sistema de asistencia sanitaria y biología humana) y pone de relieve la falta de relación entre el dinero público invertido y los determinantes de la salud.⁹ Las constelaciones que hacía este informe, desgraciadamente, después de más de 40 años son plenamente vigentes:

- El desafío para las políticas de salud es cambiar el modelo basado en la curación de las enfermedades hacia otro basado en la promoción de la salud.
- Entre los retos destacan la reducción de las desigualdades, el incremento del esfuerzo preventivo y la capacitación de las personas para encarar y gestionar de manera autónoma los procesos que limitan el bienestar.

De las clasificaciones de las enfermedades a los componentes de salud

Las Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF, 2001) suponen un nuevo paso adelante, al pasar de una clasificación de las enfermedades (CIDDM, 1980) hacia otra centrada en los componentes de salud. En la dialéctica entre el modelo médico y el modelo social, las CIF se sitúan en una posición intermedia que intenta la integración de los dos modelos, mediante un enfoque bio-psico-social. Pretenden, pues, conseguir una síntesis y proporcionar una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde la perspectiva biológica, individual y social.

El gran cambio es, por tanto, que ahora se concibe el funcionamiento y la discapacidad¹⁰ de una persona con una interacción

⁷ Elaborado por la ponencia coordinada por el Dr. Jordi Gol i Gurina. El Dr. Gol consideraba que “el trabajo del médico es poner su conocimiento a disposición de la persona enferma para que ésta pudiera tomar sus decisiones”. O. Ramins, *En recuerdo del Dr. Jordi Gol*, en e-criterium. Disponible en: <https://ecriterium.wordpress.com/tag/congreso-de-perpignan/>

⁸ A new perspective on the health of Canadians: <http://www.fundadeps.org/recursos/documentos/132/informe-lalonde.pdf>

⁹ Comparación del porcentaje de importancia de los factores de salud y los recursos destinados a) estilos de vida 43% y 1,5%; b) biología humana: 27% y 7,9%; c) medio ambiente: 19% y 1,6%; d) sistema de salud: 11% y 90%.

¹⁰ En este marco conceptual hay que tener en cuenta que las CIF tienen una aplicación universal y no solo para las personas con discapacidades, y que comprenden los aspectos relacionados con la salud y algunos componentes del bienestar relevantes para la salud.

dinámica entre los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, etc.) y los factores contextuales, que se convierten en un componente esencial de la clasificación.

3. Determinantes sociales de la salud y las inequidades sanitarias

El reconocimiento de la importancia de los aspectos sociales en la salud y la incidencia que tienen en la generación de inequidades sanitarias hizo que la OMS focalizara los estudios y actuaciones en estas cuestiones. Este organismo internacional define los determinantes sociales de la salud¹¹ como las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, que son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a escala mundial, nacional y local, que asimismo dependen de las políticas adoptadas. Consideran que los determinantes sociales de la salud pueden explicar la mayoría de las inequidades sanitarias.

Para estudiar esta cuestión la OMS creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), que presentó un informe final en el año 2008 que propone un Programa para la Equidad Sanitaria¹² que, después de poner de relieve como la esperanza de vida de un niño difiere enormemente en función de donde se ha nacido, señala de forma contundente que “en todos los países, con independencia de su nivel de ingresos, la salud y la enfermedad siguen un gradiente: cuanto más baja la situación socio-económica, peor es el estado de salud”.

■ Cuanto más baja la situación socio-económica, peor es el estado de salud.

El modelo que propone la CDSS es el fortalecimiento de la equidad en salud a partir de tres grandes líneas de actuación:

- a) Mejorar las condiciones de vida cotidiana: entornos salubres; empleo y trabajo digno; protección social a lo largo de vida; atención a la salud universal.
- b) Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos: equidad sanitaria; régimen impositivo progresivo; incluir en las cuentas nacionales la contribución económica del trabajo doméstico, la asistencia a otras personas y el voluntariado; liderazgo del sector público en la prestación de bienes y servicios básicos esenciales para la salud y el control de artículos que dañan la salud; representación de todos los grupos de la sociedad en la toma de decisiones; etc.
- c) Medición y análisis del problema: el sistema de datos básicos (registros, programas de observación sistemática de las inequidades sanitarias y de los determinantes sociales de salud; mecanismos que aseguren que los datos pueden ser utilizados en la elaboración de políticas, sistemas y programas eficaces); sensibilización e información en materia de determinantes sociales de salud.

¹¹ http://www.who.int/social_determinants/es/

¹² http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf

4. Nuevas tendencias de las políticas de salud. La perspectiva socio-sanitaria

En una reflexión sobre la salud pública y las políticas de salud, Andreu SEGURA (2000) considera que es necesaria una visión global de la salud como eje vertebrador de las políticas sanitarias, que actualmente se centran básicamente en los aspectos organizativos y poco en el impacto en la salud de las personas y las comunidades o en el contenido de lo que deberían ser las intervenciones sanitarias. Para el análisis de las políticas de salud deben considerar las tres grandes ramas que se corresponden con las actividades sanitarias: a) promoción de la salud, como el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren; b) protección de la salud, que se concreta en actividades que se dirigen básicamente a la prevención para evitar que surjan enfermedades; c) la restauración de la salud, que son las políticas que tienen como objetivo la curación, el cuidado y la rehabilitación de enfermos.

Las políticas actuales se caracterizan, según este mismo autor, fundamentalmente por el incremento constante y desproporcionado de los servicios, intervenciones y productos en detrimento de otras actuaciones de carácter socioeconómico (estilos de vida o medio ambiente) mucho más eficientes en términos de salud. Otro factor que incide en las políticas sanitarias actuales es el envejecimiento de la población, que genera un incremento importante de la demanda de servicios sanitarios que difícilmente se puede financiar en

los marcos actuales, especialmente a partir de la crisis que produce una reducción de la población activa que cotiza. Y finalmente un último factor es el incremento preocupante de la yatrogenia que provocan los propios servicios sanitarios y la incapacidad de comprender y reaccionar adecuadamente ante los riesgos que suponen los factores socioeconómicos y ambientales para la salud.

A partir de la crisis, se observan en Europa cambios en las políticas, que en el ámbito de los cuidados de larga duración¹³ buscan fórmulas de gobernanza basadas en la cooperación y la coordinación de la protección y la inclusión social, para asegurar la sostenibilidad del sistema de pensiones, del sistema sanitario y de la atención a las situaciones de dependencia. En lo que se refiere a las políticas sociales, se observa una tendencia inquietante hacia la permanencia y refuerzo de la familia (refamiliarización) y de la mujer en las funciones de cuidado (refeminización) y el adelanto de los servicios mercantiles como prestadores de servicios (remercantilización) y de los seguros complementarios. No obstante se aprecia, asimismo, el mantenimiento de Tercer Sec-

■ **Se observa una tendencia inquietante hacia la permanencia y refuerzo de la familia (refamiliarización) y de la mujer en las funciones de cuidado (refeminización) y el adelanto de los servicios mercantiles como prestadores de servicios (remercantilización) y de los seguros complementarios.**

¹³ Con esta denominación europea se incluyen la cronicidad, la dependencia y la discapacidad.

tor como prestador de servicios y se consolida como defensor de los derechos de las personas más vulnerables (solidaridad) (RODRÍGUEZ CABRERO, G., 2014).

Es necesario, pues, optimizar los recursos de servicios sociales y de sanidad para generar sinergias y ahorros que permitan hacer sostenible el sistema ante las previsiones de incremento de las personas que precisan curas de larga duración y el aumento de la complejidad de las atenciones. Por eso, desde hace unos años, uno de los nuevos ejes de las políticas se centra en el diseño de un espacio socio-sanitario. Este planteamiento debe ser territorial, ya que requiere la colaboración de las personas, sus familias, y de todos los agentes profesionales y comunitarios.

Sobre la coordinación o la integración (funcional o institucional) de la sanidad y los servicios sociales se considera que se deberían resolver a partir de criterios prácticos basados en la complejidad y la intensidad de la atención (LEUTZ, 1999; HERRERA *et al.*, 2014). Los sistemas actuales, según el tipo de liderazgo se pueden clasificar en: los que lidera sanidad en coordinación con los servicios sociales (País Vasco, 2012), los liderados por servicios sociales en coordinación con sanidad (LAPAD, 2006), y los de integración de servicios (autoridades de integración territoriales de Escocia) (CANALS, R. y VILÀ, A., 2014). Como elementos comunes de éxito del proceso de coordinación/integración socio-sanitaria se ha propuesto el decálogo siguiente: (1) visión compartida; (2) cultura de colaboración; (3) liderazgo y gobernanza; (4) énfasis en lo local (enfoque territorial); (5) estructuras de coordinación

y comunicación; (6) rediseño de los servicios y prestaciones; (7) hoja de ruta de transformación gradual (administrativa, organizativa y financiera); (8) conexión de sistemas de información y tarjeta única socio-sanitaria; (9) evaluación integrada; (10) difusión de los resultados (HERRERA *et al.*, 2014, p. 163).

5. Aspectos sociales de la salud en Cataluña

La realidad catalana no difiere demasiado de la expuesta a nivel general, los datos nos muestran el envejecimiento de la población, el incremento de las enfermedades crónicas y de las situaciones de dependencia que generan (el 70% del gasto sanitario está relacionado con las enfermedades crónicas) y la incidencia de las desigualdades en la salud. Desde nuestro país también ya hace tiempo que se estudian estos temas y se observan experiencias dirigidas a afrontar los nuevos retos, algunas de las cuales se señalan a continuación.

5.1. Salud y desigualdad en Cataluña

La encuesta de Salud de Cataluña correspondiente al año 2014 (ENCA2014)¹⁴ muestra algunos indicadores que señalan las diferencias en el estado de salud de la población, debidas a los niveles de renta, la clase social o el nivel de estudios. Por ejemplo, el consumo de riesgo de alcohol o de tabaco es menor entre los grupos sociales más acomodados, o la práctica periódica de mamografías es más elevada entre las mujeres de clases más acomodadas y entre mujeres con estudios universitarios. En cambio la valoración

¹⁴Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/onada09/esca2014_resum_executiu.pdf

del estado de salud es peor entre los grupos socioeconómicos más desfavorecidos y entre las personas con estudios primarios o sin estudios; también afecta a las clases más desfavorecidas la calidad de vida en relación a la salud, el sobrepeso o el número de personas que padecen alguna enfermedad o problema de salud; asimismo afecta más a este colectivo el riesgo de sufrir un trastorno mental o de encontrarse en una situación de falta de autonomía o de dependencia.

Hay otro elemento de desigualdad que está relacionado con el género. Las mujeres valoran peor el estado de salud y el porcentaje de mujeres es superior entre las personas que tienen enfermedades o problemas de salud, tienen mayor riesgo de trastorno mental y son más las que sufren falta de autonomía y situaciones de dependencia.

El incremento de la pobreza asociado a la crisis económica ha incrementado los colectivos en riesgo de desigualdad —especialmente grave es el caso de la infancia—, como ponen de relieve diferentes estudios (FERNÁNDEZ-VELILLA, E., 2014a; BLANCO, I. *et al.*, 2014). Esta situación ha dificultado el acceso a la asistencia sanitaria de las personas que dependían del sistema público (personas sin doble cobertura a través de mutuas; solo están afiliados el 10% de las clases bajas), que han tenido que sufrir más el fuerte incremento de las listas de espera quirúrgicas, generadas por la reducción de la actividad impuesta por los gobernantes. También se ha puesto de relieve cómo, en momentos de grandes necesidades, las medidas estatales iban en dirección contraria: reduc-

ción de las listas de medicamentos y servicios de la cobertura pública, aumento de los copagos y exclusión del derecho a la salud de determinados colectivos de población.

5.2. La evaluación de algunas experiencias

Para completar esta panorámica se hace referencia a algunas experiencias realizadas en Cataluña. En cuanto a la construcción del espacio socio-sanitario podemos fijar la fecha de partida en el año 1986, cuando la Generalitat creó el “Programa Vida a los Años de atención socio-sanitaria a personas mayores con larga enfermedad”, que pretendía planificar y coordinar las acciones de sanidad y servicios sociales para la atención de las personas que necesitaban “un tratamiento médico prolongado integrado con la prestación de servicios sociales específicos para la vejez”. Más tarde se creó la Red de Servicios Sociosanitarios de Utilización Pública (1999), que se ubicó formal y conceptualmente en el sistema sanitario. Entre los servicios socio-sanitarios creados, debe hacerse una referencia específica a los PADES (Programa de atención domiciliario equipo de apoyo), ya que son un modelo de éxito, bien valorado por la ciudadanía. Se trata de equipos especializados integrados por personal médico, de enfermería y de trabajo social que dan soporte a la atención primaria y comunitaria. Su trabajo se centra en la atención a personas en situación de enfermedad crónica compleja que viven en su hogar.¹⁵

Otra aportación interesante es la evaluación de 9 experiencias territoriales (ayunta-

¹⁵ Ver datos sobre las actividades en El observatorio del Sistema de Salud en Cataluña. Central de resultados. Ámbito socio-sanitario. Julio de 2013. Disponible en: <http://transparencia.csi.cat/media/documents/4f7b2759-dd24-4a1e-a528-c18568883b1c.pdf>

mientos y consejos comarcales) dirigidas a buscar fórmulas de colaboración entre la salud y los servicios sociales. Este estudio (SERRA-SUTTON *et al.*, 2015)¹⁶ se ha realizado por encargo de los departamentos de Salud y de Bienestar Social y Familia y han colaborado profesionales de ambos sistemas. Los resultados de esta evaluación ponen de relieve la heterogeneidad de las experiencias y el carácter reciente y sin consolidar de muchas de ellas, excepto Sabadell, la Garrotxa y Reus. La mayoría de las iniciativas se dirigen a toda la población con necesidades de salud y sociales, solo dos se focalizan a la cronicidad. Los profesionales consideran que el modelo colaborativo va más allá de la coordinación y de la atención integrada, ya que consideran que implica además trabajo en equipo y sobre todo pasar de la informalidad a la formalidad de los procesos y de la organización y atención social y sanitaria, considerando que esta forma de trabajo tiene beneficios para los profesionales a la hora de tomar decisiones, ya que supone una mayor agilidad y eficacia de los procesos, y también por los usuarios al fomentar el bienestar y el empoderamiento. Sin embargo, señalan como obstáculos importantes la resistencia de los profesionales a los cambios que permitirían poner al usuario en el centro de la atención/organización, con una visión y atención integrada, y las resistencias de las instituciones y los proveedores que tienen objetivos propios y sistemas de información no compartidos.

En cuanto a la evaluación del impacto de proyectos urbanos, es notable el estudio sobre los efectos de la Ley de barrios¹⁷ (2004-2011) sobre la salud pública, que pone de relieve la importancia del entorno físico y social. Este plan permitió elaborar y ejecutar proyectos de renovación urbana en barrios desfavorecidos, mediante mejoras físicas, sociales y económicas. Estas actuaciones fueron estudiadas por la epidemióloga social ROSHANAK MEHDIPANAH (2014) con el objetivo principal de identificar y evaluar los impactos de las políticas estructurales en las desigualdades sociales en salud a nivel local. Por ello, se estudiaron las intervenciones en Santa Caterina y Sant Pere y Roquetes (2004), Poble-sec (2005), y Torre Baró-Ciutat Meridiana y Trinitat Vella (2006). Las conclusiones obtenidas remarcan los efectos positivos de la aplicación de dicha Ley para la salud de los ciudadanos residentes, ya que experimentaron mejoras significativas, especialmente los grupos sociales más desfavorecidos y también las mujeres en el ámbito de la salud mental.

Otro proyecto de carácter comunitario es Radars,¹⁸ que se desarrolla desde servicios sociales del Ayuntamiento de Barcelona y que tiene como objetivo ayudar y facilitar que las personas mayores que viven o se sienten solas puedan continuar viviendo en su hogar con la solidaridad y apoyo de su entorno (vecinos, amigos, comerciantes, voluntarios, profesionales de los establecimientos del barrio). Hay que recordar que

¹⁶ El trabajo se titula *Anvaluació externa de 9 models col·laboratius d'atenció social i sanitària a Catalunya*. Los modelos analizados son: Alt Penedès, Gironès, Garrotxa, Lleida ciutat, Mataró, Reus, Sabadell, Tona-Mancomunitat de la Plana y Vilanova i la Geltrú.

¹⁷ Llei 2/2004, de 4 de juny, de millora de barris, àrees urbanes i viles que requereixen d'atenció especial.

¹⁸ http://w110.bcn.cat/portal/site/ServeisSocials/menuitem.931633495bcd6167b4f7b4f7a2ef8a0c/?vgnextoid=7fa38ba038732410VgnVCM1000001947900aRCRD&vgnnextchannel=7fa38ba038732410VgnVCM1000001947900aRCRD&lang=ca_ES

la soledad es uno de los problemas más preocupantes de nuestro tiempo, que puede llegar a tener consecuencias graves para la salud, y que el 40% de las personas que viven solas son jubilados o pensionistas.¹⁹ Radars es una red comunitaria de detección (de los cambios en la rutina diaria de las personas mayores, en su comportamiento o en su aspecto) y de seguridad que permite mejorar su bienestar social y la salud, mediante la implicación del barrio.

Finalmente, cabe mencionar una investigación que se está desarrollando sobre la acción comunitaria en salud en Barcelona.²⁰ Este proyecto tiene como objetivo analizar la acción comunitaria y evaluar su impacto sobre la salud de la población en barrios de bajo nivel socioeconómico de la ciudad. Actualmente, esta investigación ha elaborado un glosario, un análisis de la trayectoria de la acción comunitaria en la ciudad de Barcelona y un índice de su desarrollo; asimismo, ha construido un mapa del desarrollo de las acciones de salud comunitaria en los diferentes barrios.²¹ Se avanza así en la generación de un conocimiento significativo sobre la relación de la acción comunitaria y la salud.

6. Conclusiones

Hemos visto los diferentes componentes que implica una mirada que vaya más allá de lo estrictamente sanitario y busque relacionar estrechamente salud y entorno social. No solo para mejorar el diagnóstico y la capacidad de encontrar respuestas ade-

cuadas a las carencias en salud de las personas, sino también como perspectiva que permita encarar un futuro muy incierto en relación al modelo “sanitarista”, tecnológico y hospitalario que hemos ido construyendo en los últimos treinta y cinco años. Muchos de los indicadores apuntan, como ya adelantábamos en la introducción, a que aumentará muy notablemente el grueso de personas de edad avanzada, que si bien representa un avance indudable en la perspectiva vital y humana, incorpora muchos interrogantes sobre en qué condiciones personales, familiares, sociales e institucionales tendrán lugar estos cambios. Sin embargo, parece evidente que el aumento imparable de los costes de la política sanitaria en sus condiciones actuales exige repensar procesos y dinámicas.

La perspectiva aquí apuntada es al mismo tiempo ambiciosa, ya que incorpora una mirada muy amplia sobre el concepto de salud, pero quiere ser también cuidadosa en relación a estos retos, ya que se parte de la hipótesis de que la prevención, el cuidado y la atención a las personas y el respeto a mantener sus espacios y entorno vital no solo no encarecen los costes de una sanidad pública que es irrenunciable, sino que favorecen su resiliencia y continuidad.

Es necesario, pues, fortalecer los lazos entre el mundo y los profesionales de sanidad y el mundo y los profesionales de las políticas sociales, ya que de este trabajo en red nos beneficiaremos todos. Hay que aceptar de una vez que tan importante es curar como cuidar.

¹⁹ J. DIEZ y M. MORENOS. *La soledad en España*. Madrid: Fundación AXA y Fundación ONCE. Disponible en: <https://www.axa.es/documents/1119421/2495806/RESUMEN+EJECUTIVO-Soledad-Espa%C3%B1a.pdf/6f84956e-4485-4373-8776-dac1bf48fe43>

²⁰ VV.AA. *Barcelona: acció comunitària en salut*. Barcelona: IGOP, ASPB, ICS, 2015.

²¹ <http://salutcomunitaria.com/2015/09/16/barcelona-accio-comunitaria-en-salut/>

Bibliografia

- BLANCO, I. *et al. Barris desfavorits davant la crisi: segregació urbana, innovació social i capacitat cívica*. Barcelona: IGOP, 2014. Informe ejecutivo disponible en: <https://www.google.es/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espy=2&ie=UTF-8#q=BLANCO%2C+I.+et+al.+Barris+desfavorits+davant+la+crisi%3A+segregaci%C3%B3+urbana%2C+innovaci%C3%B3+social+i+capacitat+c%C3%ADvica.+Barcelona%3A+IGOP%2C+2014>.
- CANAL, R. y VILÀ, A. *Cap a una atenció integrada social i sanitària. Per un model centrat en les persones*. Barcelona: Taula d'Entitats del Tercer Sector Social de Catalunya, 2015. Disponible en: http://igop.uab.cat/wp-content/uploads/2015/05/dossier_social_i_sanitaria.pdf
- DOYAL, L. y GOUGH, I. *Teoría de las necesidades Humanas*. Barcelona: Icaria, 1994. ISBN 9788474262186
- FERNÁNDEZ-VELILLA, E. “Desigualtats en salut”, en *Informe Social 2013. Atur, pobresa i desigualtat a Catalunya*. Barcelona: Fundació Enric Campalans, 2014. Pág. 43-51. <http://www.fcampalans.cat/uploads/publicacions/pdf/informes07maquetafinal.pdf>
- GENERALITAT DE CATALUNYA. Departament de Salut. *Enquesta de Salut de Catalunya 2015*. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/onada09/esca2014_resum_executiu.pdf
- GROPPA, O. *Las necesidades humanas y su determinación. Los aportes de Doyal y Gough, Nussbaum y Max-Neef al estudio de la pobreza*. Buenos Aires: Universidad Católica de Argentina, 2004. Disponible en: <http://uca.edu.ar/uca/common/grupo32/files/Las-necesidades-Groppa-2004.pdf>
- HERRERA, E. *et al.* “Coordinación Sociosanitaria: cambios necesarios en el sistema para una adecuada atención integrada”, en RODRÍGUEZ, P. i VILÀ, A. (coord.) *Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona*. Madrid: Tecnos, 2014.
- LEUTZ, W. N. *Five lows for integrating Medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom*. Milbank Quarterly, 1999. Pág. 77-110. http://www.socialesalute.it/res/download/febbraio2013/walter_leutz.pdf
- MARTÍNEZ DE PISÓN, J. *Políticas de bienestar. Un estudio sobre los derechos sociales*. Madrid: Editorial Tecnos, 1998. ISBN 9788430932818
- MAX-NEEF M. y col. *Desarrollo a escala humana*. Barcelona: Icaria Editorial, S.A., 1998. ISBN 84-7426-217-8
- MEHDIPANAH, R. *Urban Renewal and Health: The effects of the Neighbourhoods Law on the health and health inequalities in Barcelona*. 2014. Tesis doctoral disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/301438>
- NUSSBAUM, M. C. *Crear Capacidades*. Barcelona: Paidós, 2012. ISBN 978-84-493-0988-5
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. “Los sistemas públicos europeos de atención a la dependencia”, en RODRÍGUEZ, P. y VILÀ, A. (coord.) *Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona*. Madrid: Tecnos, 2014. Pág. 33-58. N.º de control: MAP20110020033
- RODRÍGUEZ, P. y VILÀ, A. (coord.) *Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona*. Madrid: Tecnos, 2014.
- SEGURA, A. “La salud pública y las políticas de salud”, en *Política y sociedad*, vol. 35 (2000). Pág. 55-64. ISSN 1130-8001
- SEN, A. *La idea de la justicia*. Madrid: Santillana Ediciones Generales, S.L., 2010. ISBN: 9788430606863
- SERRA-SUTTON, V. *et al. Avaluació externa de 9 models col·laboratius d'atenció social i sanitària a Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, 2015. http://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2015/documents/avaluacio_9models_atencio_social_sanit_aquas2015.pdf

¿Es la salud un tema estrictamente sanitario?

Bibliografía

- SUBIRATS, J. *Otra sociedad ¿otra política? De “no nos representan” a la democracia de lo común*. Barcelona: Icaria/Asaco, 2011. ISBN 978-84-9888-389-3
- VV.AA. “*Cap a un nou concepte de salut*”, a *Salut, sanitat i societat: per una resposta socialista a l'actual situació sanitària*. Barcelona: Col·lecció Alternativa, 7 x 7 edicions, 1977. ISBN 13: 9788485072071