

És la salut un tema estrictament sanitari?

Curar, cuidar i condicionants socials de la salut

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

Joan Subirats¹ i Antoni Vilà²

Resum

Es tracta d'una contribució al voltant dels conceptes i les relacions de la salut i les polítiques socials en els últims anys. Per això, en primer lloc, es presenten les aportacions teòriques més rellevants sobre les necessitats, els satisfactors, els drets socials, la universalitat, les capacitats i autonomia, la qualitat de vida, la llibertat, la seguretat i la participació; així mateix s'analitzen els canvis conceptuals i institucionals (de l'enfocament de la malaltia a la salut i d'allò mèdic a allò social; els determinants socials de la salut) que han contribuït a un canvi de paradigma. A continuació es tracten les noves tendències en polítiques socials, especialment les relacionades amb l'atenció a les persones que necessiten cures de llarga durada i la perspectiva sociosanitària. Finalment, s'exposa la situació de la salut i la desigualtat a Catalunya i es presenten algunes experiències.

Paraules clau: Salut, polítiques socials, serveis socials, sociosanitari, condicionants socials de la salut.

Per citar l'article: SUBIRATS, Joan i VILÀ, Antoni. És la salut un tema estrictament sanitari? Curar, cuidar i condicionants socials de la salut. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, desembre 2015, n. 206, pàgines 8-22. ISSN 0212-7210.

¹ Catedràtic de ciència política i investigador de l'IGOP-UAB. joan.subirats@uab.cat

² Investigador de l'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 crescut en els darrers temps la preocupació i les declaracions sobre la necessitat de repensar el model sanitari català, afavorint el diàleg i les interrelacions amb el camp de les polítiques socials en sentit estricte. Des del punt de vista teòric, com assenyalarem tot seguit, això no és pas cap novetat. El que sí que ho és és que es vulguin posar en pràctica aquests canvis en l'elaboració i implementació de les polítiques de salut i de les polítiques socials; unes polítiques que des de fa trenta-cinc anys han viscut en paral·lel, i sense massa articulacions, tret d'algunes i significatives excepcions que ja esmentarem. Celebrem aquest canvi de perspectiva, i esperem que no només es tracti d'un moviment tàctic fruit de les dificultats financeres del sector públic, sinó que es vegi com una oportunitat per articular millor el món del curar i el món del cuidar, avui força distanciat i, per què no dir-ho, molt diferentment finançat. En aquesta aportació volem simplement donar arguments

■ **Esperem que no només es tracti d'un moviment tàctic fruit de les dificultats financeres del sector públic, sinó que es vegi com una oportunitat per articular millor el món del curar i el món del cuidar.**

teòrics, recollir algunes experiències que ens semblen indicatives de cap a on anar, i mostrar com això que en diem "la perspectiva sociosanitària" té camí per endavant. No pretenem dir que serà fàcil. Volem dir que cal fer-ho i que cal evitar mirades jeràrquiques o de superioritat d'uns espais i d'uns professionals sobre els altres. Treballar en xarxa vol dir acceptar

■ **Cal evitar mirades jeràrquiques o de superioritat d'uns espais i d'uns professionals sobre els altres.**

les interdependències, evitar les “derives” i no caure en lògiques de comandament d’uns sobre els altres.

1. Un cop d’ull a la salut com a necessitat bàsica i universal, les maneres de satisfer-la i l’enfocament de les capacitats

En els últims anys s’han fet un conjunt d’aportacions que han anat configurant un nou paradigma que cal tenir en compte per repensar les polítiques en l’àmbit de la salut i dels serveis socials.

En primer lloc, si comencem per analitzar les diferents aportacions a la noció de necessitats humanes fetes des de diferents disciplines³ veurem que entre els aspectes més debatuts s’hi troben el concepte de necessitats bàsiques i la determinació del caràcter universal o relatiu de totes o algunes d’elles. En les necessitats bàsiques s’inclouen normalment les fisiològiques, de subsistència o de supervivència; tanmateix, alguns autors, com GOUGH i DOYAL (1994), pensen que una de les necessitats bàsiques és la salut física, conjuntament amb l’autonomia, entesa com la capacitat d’iniciar una acció, formular propòsits i estratègies, i intentar posar-les en acció, considerant que per a això es requereix, entre d’altres, capacitat psicològica per formular opcions (salut mental). Aquesta proposta hi afegeix l’autonomia crítica com a nivell més elevat d’autonomia que permet

participar en l’acceptació o canvi del que s’entén com correcte o acceptable. Segons aquesta concepció, doncs, la salut i l’autonomia configuren el nucli central de les necessitats bàsiques.

Pel que fa al caràcter de les necessitats bàsiques, la majoria d’autors⁴ es decanten per la universalitat ja que creuen que aquestes no poden dependre de l’espai cultural en què es visqui, del moment històric o social i menys dels desitjos i preferències personals. Aquest caràcter universalista és clau per poder objectivar aquestes situacions humanes i poder reconèixer el dret a la seva satisfacció. En canvi el que sí pot variar és la manera o mitjans de satisfer les necessitats bàsiques. Per tant, una diferenciació important a tenir en compte és entre necessitat i satisfactors.

Podem definir els satisfactors com tot allò (objectes, activitats, relacions, etc.) que contribueix a la realització de necessitats humanes. En aquest sentit, cal remarcar que no hi ha una correspondència exacta necessitat-satisfactor, ja que un mateix satisfactor pot incidir en diferents necessitats i diversos satisfactors poden referir-se a una mateixa necessitat. MAX-NEEF (1998) considera que els satisfactors són els que defineixen la modalitat dominant que una cultura o una societat imprimeixen a les necessitats. Assenyalava que poden incloure, entre d’altres: formes d’organització, estructures polítiques, pràctiques socials, condicions subjectives, valors i

³Són molts els autors que han tractat sobre la noció de necessitats humanes des de diferents disciplines i amb objectius diversos, com 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 i GOUGH.

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

normes, espais, contactes, comportaments i actituds. Per a aquest autor la inclusió dels satisfactors trenca la disciplina mecanicista imperant (necessitats-demanda-béns) i implica una reivindicació del que és pròpiament subjectiu. Considera que les necessitats han de comprometre, motivar i mobilitzar a les persones i les seves capacitats, que són una potencialitat i que poden arribar a tenir efectes diferents segons el context i els mitjans (MAX-NEEF, M., 1998). Aquests arguments posen en qüestió, per exemple, les actuals carteres de serveis rígides i reactives i propugnen la necessitat de dissenyar serveis i actuacions flexibles i personalitzats, amb una participació proactiva de les persones, com seria el cas del pacient expert.

Des del punt de vista jurídic, la cobertura de les necessitats bàsiques hauria de ser, en una societat que vulgui ser justa i que pretengui procurar un mínim benestar als ciutadans, un dels objectius principals de les polítiques socials i el fonament dels drets socials (MARTÍNEZ DE PISÓN, J., 1998). Sense el dret social a la cobertura de les necessitats bàsiques, com la salut, difícilment es podran exercir els drets i llibertats civils i polítics.

■ Sense el dret social a la cobertura de les necessitats bàsiques, com la salut, difícilment es podran exercir els drets i llibertats civils i polítics.

El que s'ha exposat ens apropa al model d'atenció centrada en la persona⁵ (RODRÍGUEZ, P. i VILÁ, A., 2014), que es basa en l'enfocament de les capacitats, que concep la persona no com un simple receptor de prestacions sinó com un subjecte actiu amb capacitats. SEN (2010) reconeix que les persones tenen necessitats, però considera que seria parcial contemplar-ho només des d'aquest punt de vista, ja que cal tenir en compte també que les persones tenen valors i que atresoren habilitats per raonar, apreciar, elegir, participar i actuar (SEN, A., 2010: 280). Aquest autor entén les capacitats com el conjunt d'oportunitats per elegir i actuar, és a dir, la capacitat d'una persona per fer coses que tingui raó per valorar, des de la llibertat per determinar què desitja, què valora i què escull. Així mateix, considera que les capacitats depenen d'elements propis de la persona (p. e. maduresa per elegir) i d'altres relatius a l'estructura social (p. e. opcions reals de poder elegir).

Al tractar aquest concepte NUSSBAUM (2012) considera que les capacitats són una aproximació a l'avaluació de la qualitat de vida, que es pot entendre com un conjunt d'oportunitats per elegir i actuar. En concret, els trets essencials de les tesis de NUSSBAUM són: a) concepció de cada persona com un fi en si mateix; b) centrat en l'elecció o en la llibertat (autodefinició de les persones); c) pluralitat quant a valors; d) preocupació per la injustícia i les desigualtats socials (discriminació i margi-

⁵ Pilar Rodríguez defineix l'atenció integral i centrada en la persona com la que “promou les condicions necessàries per a la consecució de millores en tots els àmbits de la qualitat de vida i el benestar de les persones, partint del respecte ple a la seva dignitat i drets, dels seus interessos i preferències i comptant amb la seva participació activa” (RODRÍGUEZ, P., 2014: 120).

nació); e) assignació d'una tasca urgent a les polítiques públiques, consistent a millorar la qualitat de vida de totes les persones definida per les capacitats d'aquestes.

La capacitat implica llibertat d'elecció, per això es considera que els objectius polítics s'han d'adreçar a les capacitats i no als funcionaments, per exemple, promoure les capacitats en matèria de vida saludable, no la promoció genèrica de la vida saludable. No obstant, aquesta postura és criticada per altres autors que fan servir igualment l'enfocament de les capacitats, ja que pensen que almenys en determinades àrees, com la salut, l'Estat està legítim per imposar formes de funcionament (p. e. obligar a adoptar estils de vida sans). Una altra qüestió diferent a tenir en compte és el cas dels nens, als quals se'ls poden exigir certes formes de funcionament (p. e. educació obligatòria), i també és singular la situació de les persones amb les capacitats modificades judicialment⁶ que tenen dret a les adaptacions i suports necessaris per manifestar la seva voluntat, preferències i desitjos.

NUSSBAUM (2012) es refereix també a un punt de fricció: la tensió o els conflictes entre la llibertat i la seguretat, que tan sovint es donen en els àmbits de la salut i dels serveis socials. Aquesta autora opta clarament per la llibertat, ja que davant de la qüestió sobre quins àmbits de la llibertat es podrien suprimir a favor de la seguretat, respon que només seria justificable en casos greus, quan la violació de la lli-

bertat fos necessària per garantir la dignitat humana, considerant que els altres supòsits es podrien decidir a través del procés i debat polític. Sembla, per tant, necessari que la regulació de l'aplicació pràctica d'aquests problemes sigui ben mesurada i es plantegi atenent les diferents situacions concretes, evitant la tendència de la normativa actual que prima la seguretat en detriment de la llibertat.

La democràcia i la participació constitueixen un altre element clau d'aquesta proposta, i per això SEN (2010) es refereix a la necessitat del raonament públic per fer una avaluació crítica, mitjançant la discussió pública i el raonament públic interactiu. D'aquesta manera considera que les valoracions serien més sòlides si es fan a partir de la consistència dels arguments aportats, més que del nombre de persones que hi donin suport. Aquest aspecte segurament avui és més convenient que mai, atès que es viuen temps de gran incertesa propis d'un canvi d'època, en què el gran objectiu de la democràcia, com s'ha dit, hauria de ser construir un món capaç d'incorporar a tothom (SUBIRATS, J., 2011).

2. Canvis conceptuals i institucionals: de la malaltia a la salut i de l'enfocament mèdic al social

De l'abordatge centrat en la malaltia vers un concepte ampli de salut

El preàmbul del document constitutiu de l'Organització Mundial de la Salut (OMS, 1946) defineix la salut com "un estat

⁶ Nova terminologia emprada en la legislació espanyola (Llei 15/2015, de 2 de juliol, de la Jurisdicció Voluntària) per referir-se a les persones incapacitades, en un intent d'adaptació a la Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat (art. 12).

de complet benestar físic i mental i social, i no solament l'absència d'afeccions o malalties". Així, aquest concepte té en compte les tres dimensions de la persona: la física, la mental i la social. També s'ha d'esmentar la definició que es va presentar en el X Congrés de metges i biòlegs de llengua catalana, celebrat a Perpinyà l'any 1976: "La salut és aquella manera de viure que és autònoma, solidària i joiosa".⁷ En aquesta definició amplia també és perceptible la importància social a partir de la dimensió solidària que li atorga a la salut (AADD, 1977).

Pel que fa a la pràctica de les polítiques de salut, interessa referir-nos al cèlebre Informe Lalonde,⁸ elaborat al Canadà l'any 1974. Aquest document de referència fa una crítica al concepte biomèdic imperant i constata que la majoria de malalties no estan relacionades simplement amb els factors biològics o agents infecciosos, sinó que tenen una base o origen socioeconòmic. Estableix una classificació dels determinants de salut (estils de vida, medi ambient, sistema d'assistència sanitària i biologia humana) i posa en relleu la manca de relació entre els diners públics esmerçats i els determinants de la salut.⁹ Les constatacions que feia aquest informe, malauradament, després de més de 40 anys són plenament vigents:

- El desafiament per a les polítiques de salut és canviar el model basat en la curació de les malalties vers un altre basat en la promoció de la salut.
- Entre els reptes destaquen la reducció de les desigualtats, l'increment de l'esforç preventiu i la capacitació de les persones per encarar i gestionar de manera autònoma els processos que limiten el benestar.

De les classificacions de les malalties als components de salut

Les Classificació Internacional del Funcionament, de la Discapacitat i de la Salut (CIF, 2001) suposen un nou pas endavant, en passar d'una classificació de les malalties (CIDDM, 1980) cap a una altra centrada en els components de salut. En la dialèctica entre el model mèdic i el model social, les CIF se situen en una posició intermèdia que intenta la integració dels dos models, mitjançant un enfocament biopsico-social. Pretenen, doncs, aconseguir una síntesi i proporcionar una visió coherent de la diferents dimensions de la salut des de la perspectiva biològica, individual i social.

El gran canvi és, per tant, que ara es concep el funcionament i la discapacitat¹⁰ d'una persona amb una interacció dinàmica

⁷ Elaborat per la ponència coordinada pel Dr. Jordi Gol i Gurina. El Dr. Gol considerava que "el treball del metge és posar el seu coneixement a disposició de la persona malalta per tal que aquesta pogués prendre les seves decisions". O. Ramins, *En recuerdo del Dr. Jordi Gol*, en e-criterium. Disponible a: <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 Comparació del percentatge d'importància dels factors de salut i els recursos destinats: a) estils de vida 43% i 1,5%; b) biologia humana: 27% i 7,9%; c) medi ambient: 19% i 1,6%; d) sistema de salut: 11% i 90%.

¹⁰ En aquest marc conceptual cal tenir en compte que les CIF tenen una aplicació universal i no només per a les persones amb discapacitats, i que comprenen els aspectes relacionats amb la salut i alguns components del benestar rellevants per a la salut.

ca entre els estats de salut (malalties, trastorns, lesions, traumes, etc.) i els factors contextuals, que esdevenen un component essencial de la classificació.

3. Determinants socials de la salut i les iniquitats sanitàries

El reconeixement de la importància dels aspectes socials en la salut i la incidència que tenen en la generació d'iniquitats sanitàries va fer que l'OMS focalitzés els estudis i actuacions en aquestes qüestions. Aquest organisme internacional defineix els determinants socials de la salut¹¹ com les circumstàncies en què les persones neixen, creixen, viuen, treballen i envelleixen, inclòs el sistema de salut, que són el resultat de la distribució del diner, el poder i els recursos a escala mundial, nacional i local, que així mateix depenen de les polítiques adoptades. Consideren que els determinants socials de la salut poden explicar la majoria de les iniquitats sanitàries.

Per tal d'estudiar aquesta qüestió l'OMS va crear la Comissió sobre Determinants Socials de la Salut (CDSS), que va presentar un informe final l'any 2008 que proposa un Programa per a l'Equitat Sanitària¹² que, després de posar en relleu com l'esperança de vida d'un nen difereix enormement en funció d'on s'ha nascut, assenyalava de forma contundent que “en tots els països, amb independència del seu nivell d'ingressos, la salut i la malaltia segueixen un gradient: com més baixa la situació socioeconòmica, pitjor és l'estat de

■ Com més baixa la situació socioeconòmica, pitjor és l'estat de salut.

salut”. El model que proposa la CDSS és l'enfortiment de l'equitat en salut a partir de tres grans línies d'actuació:

- a) Millorar les condicions de vida quotidiana: entorns salubres; ocupació i treball digne; protecció social al llarg de la vida; atenció a la salut universal.
- b) Lluitar contra la distribució desigual del poder, els diners i els recursos: equitat sanitària; règim impositiu progressiu; incloure en els comptes nacionals la contribució econòmica del treball domèstic, l'assistència a altres persones i el voluntariat; lideratge del sector públic en la prestació de béns i serveis bàsics essencials per a la salut i el control d'articles que danyen la salut; representació de tots els grups de la societat en la presa de decisions; etc.
- c) Mesura i anàlisi del problema: sistema de dades bàsiques (registres, programes d'observació sistemàtica de les iniquitats sanitàries i dels determinants socials de salut; mecanismes que assegurin que les dades poden ser utilitzats en l'elaboració de polítiques, sistemes i programes eficaços); sensibilització i informació en matèria de determinants socials de salut.

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. Noves tendències de les polítiques de salut. La perspectiva sociosanitària

En una reflexió sobre la salut pública i les polítiques de salut, Andreu SEGURA (2000) considera que cal una visió global de la salut com a eix vertebrador de les polítiques sanitàries, que actualment se centren bàsicament en els aspectes organitzatius i poc en l'impacte en la salut de les persones i les comunitats o en el contingut del que haurien de ser les intervencions sanitàries. Per a l'anàlisi de les polítiques de salut s'han de considerar les tres grans branques que es corresponen amb les activitats sanitàries: a) promoció de la salut, com el procés de capacitar les persones perquè augmentin el control sobre la seva salut, i perquè la millorin; b) protecció de la salut, que es concreta en activitats que s'adrecen bàsicament a la prevenció per evitar que sorgeixin malalties; c) la restauració de la salut, que són les polítiques que tenen com a objectiu la curació, la cura i la rehabilitació de malalts.

Les polítiques actuals es caracteritzen, segons aquest mateix autor, fonamentalment per l'increment constant i desproporcionat dels serveis, intervencions i productes en detriment d'altres actuacions de caire socioeconòmic (estils de vida o medi ambient) molt més eficients en termes de salut. Un altre factor que incideix en les polítiques sanitàries actuals és l'envelliment de la població, que genera un increment important de la demanda de serveis sanitaris que difícilment es pot fi-

nançar en els marcs actuals, especialment a partir de la crisi que produeix una reducció de la població activa que cotitza. I finalment un darrer factor és l'increment preocupant de la iatrogènia que provoquen els mateixos serveis sanitaris i la incapacitat de comprendre i reaccionar adequadament davant dels riscos que suposen els factors socioeconòmics i ambientals per a la salut.

A partir de la crisi, s'observen a Europa canvis en les polítiques, que en l'àmbit de les cures de llarga durada¹³ cerquen fórmules de governança basades en la cooperació i la coordinació de la protecció i la inclusió social, per tal d'assegurar la sostenibilitat del sistema de pensions, del sistema sanitari i de l'atenció a les situacions de dependència. Pel que fa a les polítiques socials, s'observa una tendència inquietant cap a la permanència i reforç de la família (refamiliarització) i de la dona en les funcions de cura (refeminització) i l'avançament dels serveis mercantils com a prestadors de serveis (remercantilització) i de les assegurances complementaries. No

■ **S'observa una tendència inquietant cap a la permanència i reforç de la família (refamiliarització) i de la dona en les funcions de cura (refeminització) i l'avançament dels serveis mercantils com a prestadors de serveis (remercantilització) i de les assegurances complementaries.**

¹³ Amb aquesta denominació europea s'inclouen la cronicitat, la dependència i la discapacitat.

obstant s'aprecia, així mateix, el manteniment de Tercer Sector com a prestador de serveis i es consolida com a defensor dels drets de les persones més vulnerables (solidaritat) (RODRÍGUEZ CABRERO, G., 2014).

Cal, doncs, optimitzar els recursos de serveis socials i de sanitat per generar sinergies i estalvis que permetin fer sostenible el sistema davant les previsions d'increment de les persones que necessiten cures de llarga durada i l'augment de la complexitat de les atencions. Per això, des de fa uns anys, un dels nous eixos de les polítiques se centra en el disseny d'un espai sociosanitari. Aquest plantejament ha de ser territorial, ja que requereix la col·laboració de les persones, les seves famílies, i de tots els agents professionals i comunitaris.

Pel que fa a la coordinació o la integració (funcional o institucional) de la sanitat i els serveis socials es considera que s'haurien de resoldre a partir de criteris pràctics basats en la complexitat i la intensitat de l'atenció (LEUTZ, 1999; HERRERA *et al.*, 2014). Els sistemes actuals, segons el tipus de lideratge es poden classificar en: els que lidera sanitat en coordinació amb els serveis socials (País Basc, 2012), els liderats per serveis socials en coordinació amb sanitat (LAPAD, 2006), i els d'integració de serveis (autoritats d'integració territorials d'Escòcia) (CANALS, R. i VILÀ, A., 2014). Com a elements comuns d'èxit del procés de coordinació/integració sociosanitària s'ha proposat el decàleg següent: (1) visió compartida; (2) cultura de col·laboració; (3) lideratge i governança;

(4) èmfasi en allò local (enfocament territorial); (5) estructures de coordinació i comunicació; (6) redisseny dels serveis i prestacions; (7) full de ruta de transformació gradual (administrativa, organitzativa i financera); (8) connexió de sistemes d'informació i targeta única sociosanitària; (9) avaluació integrada; (10) difusió dels resultats (HERRERA *et al.*, 2014, p. 163).

5. Aspectes socials de la salut a Catalunya

La realitat catalana no difereix massa de l'exposada a nivell general, les dades ens mostren l'envelliment de la població, l'increment de les malalties cròniques i de les situacions de dependència que generen (el 70% de la despesa sanitària està relacionada amb les malalties cròniques) i la incidència de les desigualtats en la salut. Des del nostre país també ja fa temps que s'estudien aquests temes i s'observen experiències adreçades a afrontar els nous reptes, algunes de les quals s'assenyalen a continuació.

5.1. Salut i desigualtat a Catalunya

L'enquesta de Salut de Catalunya corresponent a l'any 2014 (ENCA2014)¹⁴ mostra alguns indicadors que assenyalen les diferències en l'estat de salut de la població, degudes als nivells de renda, la classe social o el nivell d'estudis. Per exemple, el consum de risc d'alcohol o de tabac és menor entre els grups socials més benestants, o la practica periòdica de mamografies és més elevada entre les dones de classes més benestants i entre dones amb

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

estudis universitaris. En canvi la valoració de l'estat de salut és pitjor entre els grups socioeconòmics més desfavorits i entre les persones amb estudis primaris o sense estudis; també afecta a les classes més desfavorides la qualitat de vida en relació amb la salut, el sobrepès o el nombre de persones que pateixen alguna malaltia o problema de salut; així mateix afecta més a aquest col·lectiu el risc de patir un trastorn mental o de trobar-se en una situació de manca d'autonomia o de dependència.

Hi ha un altre element de desigualtat que està relacionat amb el gènere. Les dones valoren pitjor l'estat de salut i el percentatge de dones és superior entre les persones que tenen malalties o problemes de salut, tenen major risc de trastorn mental i són més les que pateixen manca d'autonomia i situacions de dependència.

L'increment de la pobresa associat a la crisi econòmica ha incrementat els col·lectius en risc de desigualtat –especialment greu és el cas de la infància–, com posen en relleu diferents estudis (FERNÁNDEZ-VELILLA, E., 2014; BLANCO, I. *et al.*, 2014). Aquesta situació ha dificultat l'accés a l'assistència sanitària de les persones que depenien del sistema públic (persones sense doble cobertura a través de mútues; només hi estan afiliats el 10% de les classes baixes), que han hagut de patir més el fort increment de les llistes d'espera quirúrgiques, generades per la reducció de l'activitat imposada pels governants. També s'ha posat en relleu com, en moments de grans necessitats, les mesures

estatals anaven en direcció contrària: reducció de les llistes de medicaments i serveis de la cobertura pública, augment dels copagaments i exclusió del dret a la salut de determinats col·lectius de població.

5.2. L'avaluació d'algunes experiències

Per completar aquesta panoràmica es fa referència a algunes experiències realitzades a Catalunya. Pel que fa a la construcció de l'espai sociosanitari podem fixar la data de partida l'any 1986, quan la Generalitat va crear el “Programa Vida als Anys d'atenció sociosanitària a la gent gran amb llarga malaltia”, que pretenia planificar i coordinar les accions de sanitat i serveis socials per a l'atenció de les persones que necessitaven “un tractament mèdic prolongat integrat amb la prestació de serveis socials específics per a la vellesa”. Més tard es va crear la Xarxa de Serveis Sociosanitaris d'Utilització Pública (1999), que es va ubicar formalment i conceptualment en el sistema sanitari. Entre els serveis sociosanitaris creats cal fer una referència específica als PADES (programa d'atenció domiciliari equip de suport), ja que són un model d'èxit, ben valorat per la ciutadania. Són equips especialitzats integrats per personal mèdic, d'infermeria i de treball social que donen suport a l'atenció primària i comunitària. El seu treball es centra en l'atenció a persones en situació de malaltia crònica complexa que viuen a la seva llar.¹⁵

Una altra aportació interessant és l'avaluació de 9 experiències territorials (ajun-

¹⁵ Vegeu dades sobre les activitats a Observatori del Sistema de Salut a Catalunya. Central de resultats. Àmbit sociosanitari. Juliol de 2013. Disponible a: <http://transparencia.csi.cat/media/documents/4f7b2759-dd24-4a1e-a528-e18568883b1c.pdf>

taments i consells comarcals) adreçats a cercar fórmules de col·laboració entre la salut i els serveis socials. Aquest estudi (SERRA-SUTTON *et al.*, 2015)¹⁶ s'ha fet per encàrrec dels departaments de Salut i de Benestar Social i Família i hi han col·laborat professionals d'ambdós sistemes. Els resultats d'aquesta avaluació posen en relleu l'heterogeneïtat de les experiències i el caràcter recent i sense consolidar de moltes d'elles, llevat de Sabadell, la Garrotxa i Reus. La majoria de les iniciatives s'adrecen a tota la població amb necessitats de salut i socials, només dues es focalitzen a la cronicitat. Els professionals consideren que el model col·laboratiu va més enllà de la coordinació i de l'atenció integrada, ja que consideren que implica, a més, treball en equip i sobretot passar de la informalitat a la formalitat dels processos i de l'organització i atenció social i sanitària, considerant que aquesta forma de treball té beneficis per als professionals a l'hora de prendre decisions, ja que suposa més agilitat i eficàcia dels processos, i també per als usuaris en fomentar el benestar i l'apoderament. Tanmateix, assenyalen com a obstacles importants la resistència dels professionals als canvis que permetrien posar l'usuari al centre de l'atenció/organització, amb una visió i atenció integrada, i les resistències de les institucions i els proveïdors que tenen objectius propis i sistemes d'informació no compartits.

Pel que fa a l'avaluació de l'impacte de projectes urbans, és notable l'estudi sobre els efectes de la Llei de barris¹⁷ (2004-2011) sobre la salut pública, que posa en relleu la importància de l'entorn físic i social. Aquest pla va permetre elaborar i executar projectes de renovació urbana en barris desfavorits, mitjançant millores físiques, socials i econòmiques. Aquestes actuacions foren estudiades per l'epidemiòloga social ROSHANAK MEHDIPANAH (2014) amb l'objectiu principal d'identificar i avaluar els impactes de les polítiques estructurals en les desigualtats socials en salut a nivell local. Per això, es varen estudiar les intervencions a Santa Caterina i Sant Pere i Roquetes (2004), Poble-sec (2005), i Torre Baró-Ciutat Meridiana i Trinitat Vella (2006). Les conclusions obtingudes remarquen els efectes positius de l'aplicació de l'esmentada Llei per a la salut dels ciutadans residents, ja que varen experimentar millores significatives, especialment els grups socials més desfavorits i també les dones en l'àmbit de la salut mental.

Un altre projecte de caire comunitari és Radars,¹⁸ que es desenvolupa des de serveis socials de l'Ajuntament de Barcelona i que té com a objectiu ajudar i facilitar que les persones grans que viuen o se senten soles puguin continuar vivint a la seva llar amb la solidaritat i suport del seu entorn (veïns, amics, comerciants, voluntaris, professionals dels establiments del barri).

¹⁶ El treball es titula *Avaluació externa de 9 models col·laboratius d'atenció social i sanitària a Catalunya*. Els models analitzats són: Alt Penedès, Gironès, Garrotxa, Lleida ciutat, Mataró, Reus, Sabadell, Tona-Mancomunitat de la Plana i 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/?vgnnextoid=7fa38ba038732410VgnVCM1000001947900aRCRD&vgnnextchannel=7fa38ba038732410VgnVCM1000001947900aRCRD&lang=ca_ES

Cal recordar que la soledat és un dels problemes més preocupants dels nostres temps, que pot arribar a tenir conseqüències greus per a la salut, i que el 40 % de les persones que viuen soles són jubilats o pensionistes.¹⁹ Radars és una xarxa comunitària de detecció (dels canvis en la rutina diària de la gent gran, en el seu comportament o en el seu aspecte) i de seguretat que permet millorar el seu benestar social i la salut, mitjançant la implicació del barri.

Finalment, cal esmentar una recerca que s'està desenvolupant sobre l'acció comunitària en salut a Barcelona.²⁰ Aquest projecte té com a objectiu analitzar l'acció comunitària i avaluar el seu impacte sobre la salut de la població en barris de nivell socioeconòmic baix de la ciutat. Actualment, aquesta recerca ha elaborat un glossari, una anàlisi de la trajectòria de l'acció comunitària a la ciutat de Barcelona i un índex del seu desenvolupament; així mateix, ha construït un mapa del desplegament de les accions de salut comunitària en els diferents barris.²¹ S'avança així en la generació d'un coneixement significatiu sobre la relació de l'acció comunitària i la salut.

6. Conclusions

Hem vist els diferents components que implica una mirada que vagi més enllà d'allò estrictament sanitari i busqui relacionar estretament salut i entorn social. No només per millorar el diagnòstic i la capacitat de trobar respostes adequades a les

carències en salut de les persones, sinó també com a perspectiva que permeti encarar un futur molt incert en relació amb el model "sanitarista", tecnològic i hospitalari que hem anat construint en els darrers trenta-cinc anys. Molts dels indicadors apunten, com ja avançàvem en la introducció, que augmentarà molt notablement el gruix de persones d'edat avançada, que si bé representa un avenç indubtable en la perspectiva vital i humana, incorpora molts interrogants sobre en quines condicions personals, familiars, socials i institucionals tindran lloc aquests canvis. Nogensmenys, sembla evident que l'augment imparable dels costos de la política sanitària en les seves condicions actuals exigeix repensar processos i dinàmiques.

La perspectiva apuntada aquí és al mateix temps ambiciosa, ja que incorpora una mirada molt ampla sobre el concepte de salut, però vol ser també curosa en relació a aquests reptes, ja que es parteix de la hipòtesi que la prevenció, la cura i l'atenció a les persones i el respecte a mantenir els seus espais i entorn vital no només no encareixen els costos d'una sanitat pública que és irrenunciable, sinó que n'afavoreixen la resiliència i continuïtat.

Cal, doncs, enfortir els lligams entre el món i els professionals de la sanitat i el món i els professionals de les polítiques socials, ja que d'aquest treball en xarxa ens en beneficiarem tots. Cal acceptar d'una vegada que tan important és curar com cuidar.

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

²⁰ Autors diversos. *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 executiu disponible a: <https://www.google.es/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=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. i 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 a: http://igop.uab.cat/wp-content/uploads/2015/05/dossier_social_i_sanitaria.pdf
- DOYAL, L. i 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. Pàg. 43-51. <http://www.fcampalans.cat/uploads/publicacions/pdf/informes07maquetafinal.pdf>
- GENERALITAT DE CATALUNYA. Departament de Salut. *Enquesta de Salut de Catalunya 2015*. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaris/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 a: <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. Pàg. 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. i 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 a: <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. i VILÀ, A. (coord.) *Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona*. Madrid: Tecnos, 2014. Pàg. 33-58. Núm. de control: MAP20110020033
- RODRÍGUEZ, P. i 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). Pàg. 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

És la salut un tema estrictament sanitari?

Bibliografia

- 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
- AUTORS DIVERSOS. “Cap a un nou concepte de salut”, en *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