

La salud comunitaria en el marco sociosanitario local

The community health in the local sociosanitary point

Roser Pérez-Giménez*

Resumen: La salud se considera la expresión del bienestar de la persona en un contexto que la condiciona, ya que los elementos estructurales (objetivos políticos, ideológicos, económicos, medioambientales etc.) en interacción tienen consecuencias en las condiciones de vida y determinan en un alto grado los problemas de salud que se dan en un territorio. Identificar los determinantes de la salud (LALONDE, 1974; OMS, 2008) es cada vez más necesario para conocer las desigualdades sociales que hay detrás de las desigualdades en salud. El análisis complejo y dialógico de las esferas de acción social (estatal, familiar, mercantil y relacional) permite avanzar en el diagnóstico de salud a partir de la identificación de los ejes de desigualdad social de la población en un territorio (clase, género, origen, edad). En este artículo se presenta un modelo de trabajo con un enfoque claramente interdisciplinario, que permita identificar los procesos determinados socialmente por la estructura social que hay detrás de los problemas de salud.

Palabras clave: Salud comunitaria. Desigualdades sociales. Promoción de la salud.

Abstract: Health is considered the expression of the welfare of the person in a context that determines, as the structural elements (targets political, ideological, economic, environmental etc.) interacting with impact on the living conditions and determine to a large degree the health problems that occur in an area. Identify the determinants of health (LALONDE, 1974; WHO, 2008) is increasingly necessary for the social inequalities behind health inequalities. Analysis complex and dialogic of social action spheres (state, family, commercial and relational) moves in the diagnosis of health from the identify cationaxes of social inequality of the population in a territory (class, gender, origin, age). This paper presents a working model with a focus clearly interdisciplinary, allowing identify certain socially process by social structure behind health problems.

Keywords: Community Health. Social inequalities. Promotion health.

Recebido em 11/10/2012. Aceito em 21/11/2013

* Doutora em Sociologia pela Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Graduada em Serviço Social pelo Instituto Católico de Estudos Sociais (ICESB) ligado à Universidad de Barcelona (UB). Graduada em Enfermagem pela UB. Professora titular de Sociologia na Escuela Universitaria de Enfermería y Terapia Ocupacional de Terrassa (EUIT) ligada à UAB. Investigadora principal no grupo de investigação emergente em prevenção e promoção da saúde (GREPPS) no Instituto de Investigación Biomédica del Consorcio Sanitario de Terrassa (IB-CST). Terrassa, Barcelona, Espanha. E-mail: roser@escola.creuroja.org

El ser humano como ser social

El cambio paradigmático que supone considerar la salud como un aspecto de la vida que va más allá de la manifestación de una enfermedad (OMS, 1946) ha contribuido al desarrollo del cuidado de la salud de los ciudadanos, teniendo en cuenta el espacio social, donde se producen y reproducen las condiciones de vida y los problemas de salud. La complejidad de este planteamiento se hace patente cuando se tiene en cuenta la diversidad de razones o situaciones que hay detrás de un problema de salud (LALONDE, 1974). En este sentido, la propuesta compartida por las ciencias sociales y la epidemiología social indica que nos encontramos rodeados de una serie de determinantes de la salud que, en la medida que están alterados, juegan un papel importante como procesos que acompañan y configuran las condiciones de vida en las que se ven inmersos los individuos, las personas en su cotidianidad (BREILH, 2003), es decir, el marco estructural que las genera. En el mismo sentido, el Informe de la OMS (2008) renueva la lectura de los determinantes sociales de la salud como los elementos que hay que considerar si realmente se quieren reducir las desigualdades en salud. Por tanto las desigualdades sociales se presentan como la base que sustenta las desigualdades en salud.

La incorporación de “lo social” es inevitable si se quiere comprender las causas de las desigualdades sociales en salud, relacionadas con las condiciones en las que se da la vida cotidiana y que afectan a las personas que trabajan en condiciones similares, presentan un consumo similar, un tipo de hábitos alimenticios comunes, un mismo nivel educativo etc. Es decir, que conviven en condiciones equivalentes de vida fuertemente relacionadas con su salud. Esta evidencia finalmente ha sido incorporada en los análisis epidemiológicos y aceptada por la comunidad sanitaria. El problema radica en qué tipo de variables a considerar para objetivar de la mejor forma posible las desigualdades sociales y a partir de qué perspectiva teórica.

Salud y comunidad

El desarrollo de la salud pública en las últimas décadas del siglo XX ha ido

incorporando diferentes fórmulas para conocer que situaciones de carácter social se relacionan con los problemas de salud. La psicología, la ecología, la sociología y antropología, así como la economía y la propia epidemiología han contribuido a mostrar las distintas caras de la sociedad, un mosaico interdisciplinar que, a finales del siglo XX, implica transdisciplinariedad. El movimiento dinámico entre los diferentes niveles de conocimiento permite estructuraciones dinámicas y agrupamientos heterogéneos y transitorios.

Las diferentes propuestas han ido evolucionando en la medida que los investigadores del campo de la salud han incorporado los elementos estructurales y finalmente los subjetivos que permiten relacionar la situación de la salud (distribución de la morbi-mortalidad) con las desigualdades sociales (a partir de los ejes de la estructura social: clase, género, origen y edad en el territorio). En este sentido la acción comunitaria ha capturado la atención de los planificadores de salud, técnicos y ciudadanos activistas, llegando a ser una parte importante en el discurso de la salud. Ahora bien, a pesar de que hay consenso respecto la importancia de la acción comunitaria como mecanismo generador de bienestar, podemos encontrar un abanico de significados y diferentes formas de cómo entenderla (CODERN, 2006).

La comunidad, para la OMS, no es sólo un territorio geográfico, una comunidad implica la existencia de un colectivo de personas que comparten un espacio físico, culturas, valores y normas, y están organizados en una estructura social conforme al tipo de relaciones de poder que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. Además, se observa una conciencia de identidad como grupo o grupos, que comparten necesidades e intereses comunes y el compromiso de satisfacerlas.

En este punto es importante considerar uno de los problemas más flagrantes que se observa en los países de la órbita del Estado del Bienestar, se trata de la pobreza. Este fenómeno social muestra en las últimas décadas un aumento significativo que genera un fuerte sufrimiento social. El diseño de políticas sociales que pretenden reducir su impacto y favorecer la inclusión de las personas que la padecen, se enfoca en desmesura sobre las

capacidades individuales y los tratamientos hacia el estímulo de la superación de verdaderos problemas estructurales. La cuestión es que no son únicamente aspectos individuales los que se han de tratar, ya que la salud se relaciona estrechamente con las condiciones de vida que son las verdaderas causantes de las desigualdades. En este sentido, la pobreza (de clara raíz estructural) se desvincula de las desigualdades y se transforma en exclusión social como un riesgo individual.

A ello se suma la crítica al Estado de bienestar, que interpreta la ciudadanía como libertad individual que puede llegar a ser incompatible con los derechos sociales. De esta forma se descompone la solidaridad entre ciudadanos y finalmente el riesgo no se socializa (ROSANVALLON, 1995). Las trayectorias individuales, que anteriormente se basaban en el pleno empleo, se orientan hacia la carrera personal y competitiva entre supuestos iguales con diferentes potencialidades que deben desarrollar. De ahí que el tratamiento de los problemas de “la pobreza” no se vincule a las desigualdades estructurales y el progreso no pretende reducirlas sino apoyar a aquellos que presentan algunas dificultades sociales, mediante la justicia en el tratamiento individualizado (PROCACCI, 1999).

La perspectiva de la Salud Comunitaria implica considerar los elementos individuales pero sujetos a una realidad que se construye dinámicamente en un espacio y un tiempo determinados. La importancia de conocer las características sociales que inciden en la salud de las personas es un principio que guía la intervención en la comunidad. Se trata de asociar personas en un sentido bien amplio (participación) que viven y trabajan en un territorio determinado (incluidos y excluidos), en un proceso de desarrollo orientado a mejorar su calidad de vida. La salud es entendida como un bien no sólo individual sino colectivo y comunitario, y por lo tanto se debe conocer, en primer lugar, el contexto en el que viven sus habitantes, las personas; incluyendo las que no tienen estatus de ciudadanos, como los extranjeros. Hay que considerar que la salud comunitaria incorpora como concepto la intervención en los determinantes de la salud, pero también se incluye en el proceso de

análisis del contexto y la determinación de las necesidades la participación de los ciudadanos, como elementos activos, tanto desde el punto de vista subjetivo (análisis cualitativo-tipológico) como desde la organización de la participación social (movimiento asociativo).

A continuación se hace referencia en primer lugar a los antecedentes que enmarcan la interdisciplinariedad entre las ciencias sociales y de la salud en el estudio de las causas de las desigualdades en salud. En segundo lugar, se apuntan los cambios en el perfil epidemiológico que han forzado a asumir el impacto de la terapéutica sobre la tipología de las enfermedades, reduciendo las enfermedades infectocontagiosas y aumentando la supervivencia de las enfermedades crónicas. En tercer lugar se plantea la perspectiva de análisis que a partir de la promoción de la salud y el estudio de los determinantes sociales impulsa la intervención comunitaria, para finalmente presentar una propuesta de análisis de las desigualdades sociales en salud que permita una mejor aproximación a los determinantes sociales alterados en relación a los problemas de salud, reales y potenciales.

a. La interdisciplinariedad en el estudio de las desigualdades sociales en salud

La alianza entre ciencias sociales y biomédicas se produce a partir de la II Guerra Mundial, favorecida por los estudios en el campo de la salud mental que mostraron claramente, en los años 1950, la correlación entre factores sociales y trastornos mentales en EEUU. Estos aspectos se incluyeron en la definición de salud de la OMS (1948), que reconoce los aspectos de tipo psicológico y social en la multicausalidad de las enfermedades. En este periodo, las socialdemocracias europeas y la reconstrucción de la Europa de posguerra desarrollaron los sistemas sanitarios públicos, con objetivos de universalidad y mejora de la salud de los ciudadanos en clave de derecho, es decir, con la implementación de políticas propias de los estados del bienestar. El contexto internacional favoreció la participación y colaboración en estudios interdisciplinarios que seguían mostrando la relación entre salud y situación social (Informe Black), es decir, las desigualdades en salud en

los países desarrollados persistían a pesar del incremento progresivo de la financiación de los sistemas sanitarios universales (MARMOT, 1991).

Es de destacar que los sistemas sanitarios se desarrollaron bajo la perspectiva del modelo biomédico asistencial (años 50, 60 y 70), que incluso afectó a la implementación de la atención primaria iniciada. Los estudios realizados sobre el papel de la medicina en la sociedad en estos años presentan distintas perspectivas ideológicas. Desde el funcionalismo (PARSONS, 1984), que sitúa y legitima la medicina en una posición jerárquica de poder frente a la posición de dependencia del paciente, bajo la lógica curativa de las enfermedades agudas (síntoma y tratamiento) y que se articula bajo la presión asistencial y la evidencia científica. En tanto que la perspectiva crítica analiza el control social de la medicina sobre la conducta del potencial enfermo y la construcción de la enfermedad, en lo que se conoce como el proceso de medicalización (ILLICH, 1987) bajo intereses que no son estrictamente mejorar la salud de las personas, y que da una imagen totalitaria del poder de la medicina en el campo de la salud y sobre el cuerpo de las personas (FOUCAULT, 1973). Otras aportaciones, como los determinantes de la salud, consolidan la perspectiva social a la que se suma la subjetividad reclamada por Terris (1980), que considera la experiencia personal (emocional y cultural) en los procesos de salud como otro aspecto a estimar y que dan relevancia al elemento humano en la relación asistencial.

El debate se plantea entre el papel de control de la medicina, que pretende a partir de la objetividad científica mantenerse en una neutralidad por encima de cualquier consideración moral o filosófica, en apoyo al crecimiento del sector sanitario; y el factor humano, que hace más explícitas las desigualdades sociales en salud que afectan en mayor grado a los grupos en peor posición en la estructura social y requieren de una mirada, que supere la rigidez del café para todos en el tratamiento y la intervención en salud. Se constatará que la estandarización de la atención (tanto a nivel asistencial como comunitario) no reduce las desigualdades aunque las mejore (MARMOT, 1986). Las desigualdades existen y las diferentes perspectivas y ámbitos de estudio coinciden.

Tanto desde la mirada conservadora como desde la fenomenológica y la crítica se utiliza la posición social de las personas en la estructura social para explicar la existencia de las desigualdades en salud, si bien no coinciden en la causalidad y por tanto en el tipo de intervención y en el control de los propios ciudadanos del proceso. Para unos es el resultado de un menor esfuerzo en la lucha por las posiciones sociales lo que determina la existencia de diferencias (ante una supuesta igualdad de oportunidades). Para otros, es el resultado de los condicionantes que rodean la decisión subjetiva, se trata de las condiciones de vida, en estrecha relación con las relaciones laborales y la estructura ocupacional, lo que explicaría la posición social y las desigualdades que se dan entre las distintas clases sociales.

En definitiva la complejidad a la hora de conocer porque se dan determinadas enfermedades y a que clases afectan en relación con sus condiciones de vida, permitirá que las ciencias de la salud encuentren como compañeros de viaje a las ciencias psicosociales, para dar un enfoque más global que ayude a entender que hay detrás de los procesos de salud-enfermedad.

b. Los cambios en el perfil epidemiológico

Otro elemento a añadir respecto a la salud son los cambios que se observan en el perfil epidemiológico, es decir, en la morbilidad y las causas de mortalidad. Las enfermedades agudas e infectocontagiosas han encontrado en los descubrimientos científico-farmacológicos y en la tecnología biomédica un freno importante a su incidencia y pronóstico. En consecuencia se ha incrementado la esperanza de vida de la población en general. Mientras que las enfermedades crónicas y degenerativas, que requieren del cuidado de las necesidades de las personas, incluso fuera del ámbito sanitario, han aumentado de forma exponencial. En muchos sentidos, también se ha modificado el propio lenguaje médico, incorporando conceptos como problemas de salud (crónicos o agudos), procesos de riesgo relacionados con las condiciones de vida, el énfasis en el estilo de vida y el autocontrol sobre la conducta, así como la consideración de que influyen menos los factores

genéticos y los modelos de conducta personal que los factores sociales.

El cambio epidemiológico también supone un cambio en la implicación de la persona (con o sin problemas de salud) en el proceso para garantizar el éxito de la intervención y educación sanitaria (promoción y prevención). Se ha incorporado tanto la participación del ciudadano individual en su proceso de tratamiento y cuidado de la salud, como la participación comunitaria a un nivel más global, en la definición de las necesidades. El papel activo de los individuos en la resolución de los problemas es fundamental para lograr en mayor medida una mejora en su situación de salud, tanto a título individual (identificado con el estilo de vida) como a nivel comunitario (diagnóstico y planificación). Puede parecer que queda atrás el papel pasivo, paciente, de los ciudadanos en posición jerárquica desigual frente al poder de los profesionales de la salud. Se trataba de esperar a recibir el tratamiento para volver a estar sanos, sin síntomas, y si bien este era el objetivo, la situación actual remite mucho más a las condiciones en las que se dan los procesos generadores de salud, ya que no todas las enfermedades se pueden “curar”.

La atención a los problemas de salud traspasan los límites de la consulta y los “pacientes” usuarios desarrollan estrategias, apoyadas en muchos casos por los profesionales sanitarios, para conseguir los recursos psicosociales que se requieren, como es el caso de asociaciones de enfermos crónicos, de familiares de enfermos crónicos con carácter de autoayuda y grupo de presión en algunos casos.

En resumen, se trata de un cambio de paradigma que llevará a la necesidad de implicación de todos los actores sociales que tienen un grado de acción en los determinantes de la salud.

La promoción de la salud y la acción comunitaria

A partir de los años ochenta, los argumentos anteriores se vieron reforzados por la Carta de Ottawa (OMS, 1986), con el objetivo de fomentar la promoción de la salud, entendida como “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. La Primera Conferencia Internacional de Promoción

de la Salud dio también impulso a la acción comunitaria como una de las estrategias fundamentales para desarrollar la salud de la población en general. Las áreas prioritarias de acción que se establecen para fomentar la promoción de la salud implican establecer una política pública saludable, crear entornos que mejoren la salud, reforzar la acción comunitaria hacia la promoción de la salud, desarrollar las habilidades personales y reorientar los servicios sanitarios.

El desarrollo de los objetivos de promoción de la salud implica la acción comunitaria que incorpora diferentes fórmulas según los actores y los niveles de interés que se van identificando en el proceso (CODERN, 2006). La participación ciudadana es uno de los ejes importantes para desarrollar la acción social en la promoción de la salud. La necesidad de legitimar la relación entre las instituciones políticas y la ciudadanía ha favorecido el desarrollo de vías de participación, si bien los niveles y el grado en el que se produce dicha participación en las decisiones políticas están lejos ser un objetivo real, en general son acciones de tipo consultivo. En el mejor de los casos la articulación de distintas instituciones sociales y sus profesionales (ayuntamiento, servicios sanitarios y sociales) se consensuan objetivos y se pactan significados en un espacio común.

Su desarrollo se realizará en el marco conceptual amplio y diversificado de las ciencias sociales, como punto de encuentro interdisciplinar e interprofesional. Su articulación será estratégica e ideológica, pero la intervención es un arma de doble filo ya que posibilita el desarrollo pero también puede entorpecer, controlar y limitarlo.

En este punto se puede decir que al enfocar la mirada hacia la promoción de la salud se tomó la perspectiva de la intervención en salud en la comunidad. Donde se hace necesaria la mirada conjunta desde las ciencias sociales y las ciencias de la salud, porque entre las cuestiones más problemáticas y que diversifican los análisis interdisciplinarios se encuentran dos de peso. Por una parte, cómo identificar las variables sociales que son más sensibles y significativas en la distribución de las desigualdades en salud. Por otra, una vez identificadas es cuestión de ver cómo se pueden tener en cuenta en las decisiones que diseñan la planificación.

Es decir, si los objetivos de las políticas de salud incorporan la voluntad de intervenir para modificar las variables sociales, o bien se sirven de otros aspectos de la salud para diseñar la intervención y por tanto no podrán influir en las desigualdades (PÉREZ, 2006).

En resumen, si consideramos las aportaciones desde las ciencias sociales se puede plantear un análisis que permita reconocer los determinantes sociales que influyen en la salud. La perspectiva sociológica, en este caso, contribuye al análisis de la estructura social y a identificar los ejes de desigualdad que genera la dinámica social. Es decir, la estructura de acción social que se conoce al observar y analizar las esferas de la acción social, permite identificar lo que transcurre en cada uno de los espacios sociales donde se produce y reproduce la vida de las personas, ya sea en forma simbólica a través de leyes, discursos etc.; como más operativa, en relación con las estrategias, la organización de la intervención, la respuesta a las necesidades productivas y reproductivas etc. (ADELANTADO et al., 2000). Se trata de los elementos macroestructurales que junto a los análisis microestructurales consiguen acercarnos a la realidad social para comprender mejor los aspectos que protegen o no la salud (BREILH, 2003).

Las esferas de la acción social

A continuación, se ofrece una perspectiva de análisis sociológico de la estructura y las esferas de acción social que la identifican (ADELANTADO et al., 2000), que permite reflexionar sobre la organización social y la distribución tanto de los recursos como de los actores y los intereses que dan vida a las acciones. Una vez conocidas las esferas de la acción social, se trata de identificar los ejes de desigualdad que se producen en la interacción.

Estos espacios sociales son la esfera estatal (el marco político y territorial de ejercicio del poder que estamos observando), la esfera del mercado (donde se dan las relaciones de intercambio y de poder sobre los recursos y el trabajo), la esfera familiar (espacio de vida donde se reproducen los valores de dominio patriarcal y el cuidado de las personas) y el marco relacional (en intervención y crecimiento a partir de los

actores institucionalizados y la participación de los movimientos sociales). Pero no olvidemos las personas, que viven en el territorio, los actores de la vida social, de ahí que las variables demográficas son el primer aspecto a considerar. Una vez conocemos quien vive en el territorio observado, se identifican las características de la estructura social, para volver a las personas y considerar la subjetividad en sus respuestas a las condiciones de vida. Es evidente que para analizar estos aspectos tan globales de la vida de las personas se requiere de una posición transdisciplinar e interdisciplinar que amplíe el análisis, ya que las ciencias psicosociales como la psicología y la antropología con sus propios instrumentos y marco conceptual aportan aspectos macro y micro sociales. A continuación se detalla la propuesta de análisis desde la sociología.

La esfera estatal

La esfera estatal se considera a nivel operativo, como el aparato institucional y administrativo público y el conjunto de actuaciones que se generan a partir de relaciones de poder. Las decisiones se plasman en la regulación por vía normativa y en la gestión de los recursos, programas y servicios. Tal y como apuntan Adelantado et al. (2000), “La esfera estatal irradia a todos los ámbitos sus medidas de definición, reproducción y cambio de la estructura social”, actúa y recibe respuesta que puede modificar, en la interacción las relaciones de poder en la propia esfera política.

En este espacio político y de poder, interesa conocer los antecedentes de la política a partir del marco territorial, ya sea éste un municipio, una comarca o un área mayor. Así como preguntarse qué lógica ha seguido el crecimiento y desarrollo urbano, qué actores políticos y redes de poder e intereses existen a nivel local. ¿Cuáles son los imaginarios de ciudad? – espacios verdes, urbanismo, la política de vivienda, educativa, de servicios sociales, el modelo de atención a la salud que se propicia. ¿Qué política se ha desarrollado alrededor de las comunicaciones y los transportes?; ¿Qué tipo de apoyo al desarrollo productivo, tecnológico? La relación con otros niveles de la administración pública (Generalitat, E. Central, Diputación,

Municipios vecinos y de las zonas metropolitanas etc.). Se debe identificar el tipo de programas y/o intervenciones, si son proactivas (promoción y prevención) o de tipo reactivo (ante el problema agudo). Así como las actuaciones municipales en el ámbito de los derechos civiles, la participación social, la integración de la diversidad etc. En definitiva se trata de considerar su actuación político-institucional en el territorio.

La esfera mercantil

El mercado es entendido como el espacio donde se dan los intercambios y transacciones de bienes y servicios, en el que somos empresarios o trabajadores, y todos consumidores. Donde el dinero tiene la lógica de dinamizar el mercado, permitir la acumulación y distribución desigual de los recursos a partir de las redes de poder dentro de esta esfera de la acción social. Por lo tanto, es necesario conocer las características del mercado laboral en el marco del territorio: el tipo de empresas – sectores productivos y vinculación con el sector público – su tamaño etc. Es importante tener en cuenta los aspectos relacionados con la salud pública y los aspectos ecológicos que protegen o deterioran la salud, identificar el tipo de contaminantes que se liberan en el territorio (como el caso del amianto y sus consecuencias en trabajadores y ciudadanos que habitaban en las inmediaciones de la fábrica¹). Las categorías ocupacionales, la formación y los niveles de estudio en relación con las tasas de ocupación y paro por edad y sexo; la relación entre población activa autóctona y población inmigrada en los diferentes indicadores; las claves del crecimiento económico y por tanto del nivel de vida y potencial humano y productivo, la generación de riqueza. Es la esfera donde las desigualdades sociales se generan a partir de la desigual distribución de los recursos y las condiciones del mercado de trabajo.

La Esfera Familiar

Es el espacio de la reproducción emocional y física de las personas en un tipo de hábitat y

bajo diversas fórmulas de convivencia familiar: nuclear, monoparental, unipersonal, divorcios; con una serie de valores en el cuidado de la familia, en la distribución del trabajo reproductivo etc. La violencia de género y familiar también se reproduce en el espacio de la convivencia. Los cambios productivos y del perfil epidemiológico suponen a su vez cargas familiares que se observan en el envejecimiento de la población y las necesidades derivadas de la dependencia de las personas, por enfermedad o ciclo vital. También hay que tener en cuenta los indicadores de natalidad y fecundidad, y los valores culturales y religiosos en la definición del género. Se trata de conocer el contexto social en la construcción de las familias en el territorio y su papel en la atención a las necesidades de sus miembros.

La Esfera Relacional

En este espacio se incluyen las acciones supra-individuales que canalizan los intereses de los diferentes grupos sociales, distribuidos en asociaciones formales y en grupos comunitarios informales. Observamos la participación ciudadana, tanto a nivel institucional como otros espacios de acción social desde el individuo y la cobertura de las necesidades cotidianas.

A nivel asociativo, se puede considerar en un sentido amplio la tendencia del asociacionismo, el tipo de actividades. Cuáles son los partidos políticos que tienen presencia en el territorio y la distribución de los espacios de poder. Los sindicatos de clase y corporativos que intervienen en la regulación de las relaciones laborales. Las entidades culturales y asociaciones de ciudadanos, en relación a los problemas que les afectan (Asociaciones de padres y madres – AMPAS, asociaciones de enfermos y afectados por diversos problemas de salud y sociales). El papel del tercer sector, las ONGs que actúan en el territorio en diversas áreas (infancia, exclusión, ancianos, discapacidades etc.) y las intervenciones de las iglesias (teniendo en cuenta la actuación del voluntariado). También los actores que intervienen en los problemas ya identificados y focalizados. El nivel comunitario también es el espacio en el que se da apoyo a los vecinos y/o amigos sin ningún lucro, por solidaridad humana y puede generar o no

¹ La asbestosis y el cáncer de pulmón son dos de las consecuencias identificadas en poblaciones como Cerdanyola del Vallés y la presencia en el municipio de la fábrica Uralita, que mantuvo su funcionamiento hasta principios de los años 1980.

tejido social, pero da respuestas diversas a las necesidades colectivas o individuales.

Los ejes de desigualdad social

Una vez conocemos todos estos elementos, factores o características de la ciudad podemos pensar si estas formas de vida afectan a las personas según la posición de clase social que ocupan en la sociedad y por tanto podemos observar qué situaciones de desigualdad se dan entre ellas en relación con el estatus. Es decir, qué problemas se pueden dar teniendo en cuenta las características del contexto social. Las desigualdades sociales se pueden identificar en la convivencia cotidiana, donde se precipitan las condiciones de vida derivadas de la posición social que se ocupa a nivel de clase, además de ser hombre o mujer, autóctono o extranjero, joven o viejo, que son los ejes de desigualdad social que se observan al analizar la estructura social.

Las desigualdades por clase social

La clase social nos muestra la agrupación de las personas respecto al acceso a los recursos sociales. Esta agrupación se realiza a partir de la participación en la actividad productiva² en estrecha relación con el nivel formativo y de las rentas que se reciben. Estos recursos les permiten unas condiciones de vida y consumo que son diferentes de otras personas, pero también desiguales teniendo en cuenta la estructura social y se pueden identificar a partir de las clases sociales que nos muestran pautas similares entre los miembros de cada tipología a partir de la categoría del puesto de trabajo. Se trata de las condiciones de vida: vivienda, alimentación, nivel de estudios, procesos de riesgo en salud laboral y en general, ocio, consumo, relaciones sociales, entre otras.

Si nos acercamos a las tipologías, veremos que los grupos que se encuentran en las categorías ocupacionales con menos recursos formativos y con unas relaciones laborales cada vez más sujetas a la incertidumbre, tienen más

problemas para tener unos buenos indicadores de salud. Ya que se dan situaciones injustas, que no generan igualdad de oportunidades. Es decir, se concentran determinadas situaciones de precariedad en las condiciones de vida, que generan procesos de riesgo en el presente y se proyectan en el futuro.

Desigualdades de género

En este eje de desigualdad se trata de identificar la situación problemática que afecta a la construcción del género, a partir de las relaciones patriarcales que condicionan la fórmula familiar, la conciliación de la vida familiar y productiva, el rol de trabajadora y las condiciones de trabajo (desigualdades salariales, horarios, conciliación etc.). La salud laboral muestra, cada vez más, indicadores de salud que afectan específicamente a las mujeres, una vez superada la mirada reproductiva que culturalmente se apoya en la especificidad biológica. Es importante remarcar los aspectos específicos como la violencia de género y su relación con la violencia familiar, la doble jornada, la doble presencia, la sobrecarga, las responsabilidades y la distribución del trabajo reproductivo. En definitiva se han de considerar las situaciones que generan desigualdades por el hecho de ser mujer, que se dan en el territorio y se relacionan tanto con la posición de clase como con la construcción social del género.

Desigualdad por razón de origen

Se trata de identificar como el origen, lugar de nacimiento y la cultura asociada (etnia) se añaden a la clase social y al género, y da lugar a situaciones de conflicto social que implican violencia y xenofobia, así como enfrentamientos y agresiones entre colectivos de diferentes orígenes. La religión en clave cultural se tiene en cuenta como institución que facilita o dificulta la integración de los recién llegados. Las posiciones sociales asociadas al origen dan lugar a distintos riesgos, como la exclusión social, debido a la precarización y baja calificación laboral. Las clases medias, por ejemplo, tienen más grado de integración y armonización con las diferencias que se observan con los extranjeros que están en su mismo nivel social, en cambio las actitudes de

² Se considera la tipología de las clases sociales de Olin Wrigth (1992), de orientación neomarxista ya que considera la posición de clase a partir de la propiedad y participación en el mercado laboral (GIDDENS 1983, CROMPTON 1994).

rechazo se relacionan más con los grupos menos favorecidos, es una actitud clasista que alimenta la xenofobia y las desigualdades de origen. El conflicto entre y dentro de las clases sociales se agudiza en épocas de constricción de los derechos, aumento del desempleo y reducción de la participación del Estado en la cobertura de las necesidades. Se genera un aumento de la competitividad por los recursos (escasos) y la exacerbación de las diferencias culturales, que se traduce en el aumento de la intolerancia hacia el extranjero y de las desigualdades sociales y de salud.

Desigualdades por razón de edad

Los valores que la sociedad actual identifica en el ciclo vital también generan procesos distintos y desiguales según el grupo de edad, que se suma a las características de cada eje de desigualdad. La sociedad postindustrial se enfoca al individuo sano, productivo y formado, que se incorpora al sector de servicios y los prejuicios se desarrollan alrededor de la participación laboral. La persona mayor de 65 años que ha finalizado su vida productiva debe luchar contra distintos aspectos que afectan a sus condiciones de vida. Desde el reconocimiento personal (relacionado con el triunfo personal en el marco laboral), que variará según la clase y formación, hasta el propio reconocimiento social (marcado por valores culturales de utilidad al sistema productivo) que identifica en las personas mayores las cuestiones más negativas del proceso vital. En el ámbito de la salud se desarrollará la intervención en aspectos de la dependencia y/o pérdida de autonomía por cuestiones de salud, en los que se presentan procesos de debilidad para realizar las actividades cotidianas. La soledad, las barreras arquitectónicas, los recursos económicos, entre otros, devienen problemas importantes por razón de clase, género y edad.

En este eje se debe observar como atienden en el municipio las necesidades de sus ciudadanos/as, con qué recursos cuentan relacionados con los demás ejes de desigualdad. Si se tiene en cuenta la distribución de la población por edad en la asignación de los recursos sociosanitarios, cuál es la situación respecto a la violencia familiar hacia las personas

mayores, y por lo tanto que valores sociales marcan su rol.

Pero las desigualdades de edad no se dan únicamente en las franjas de más edad. Los niños también son un grupo vulnerable en todas las sociedades pues son las víctimas del futuro de cómo se organiza en el presente una sociedad. La consideración hacia las necesidades de la infancia y adolescencia deberían ser fundamentales para la construcción de las sociedades contemporáneas. Los cambios en la configuración y distribución de las responsabilidades entre los miembros de las familias, darán cuenta de cómo afectan al cuidado de los dependientes, tanto en un sentido positivo a reforzar, como negativo.

La promoción y prevención, en clave de salud, son los principios que deberían actuar en las planificaciones e intervenciones sociales, configurando la salud pública más allá de las inmunizaciones. El origen y la centralidad de los sistemas sanitarios biomédicos, en la segunda mitad del siglo XX, en la reparación de la salud de los trabajadores, ha priorizado la intervención en la enfermedad y la prevención no ha dado el salto cualitativo que se requería, el riesgo es la medicalización de la infancia, la juventud, quedando en segundo plano la intervención sobre los elementos estructurales y psicosociales que afectan a cada grupo de edad, en cada contexto social. Trastornos como la hiperactividad, el aumento de la anorexia y las depresiones, las secuelas de accidentes y la aparición de problemas de salud crónicos y/o incapacitantes, en los jóvenes tendrán consecuencias en la igualdad de oportunidades. La edad se convertirá en un proceso de riesgo en si mismo por las dificultades que presentan los distintos grupos para atender la vida cotidiana a partir de sus condiciones desiguales de vida.

La subjetividad y el manejo de los procesos vinculados a la salud

El objetivo de este punto es identificar y analizar las opiniones, el discurso expresado por los ciudadanos que permiten identificar las necesidades que se plantean desde la perspectiva de las personas que viven en un territorio. La atención a la salud muestra distintas

estrategias que se relacionan con las tipologías sociales, los niveles culturales, el acceso a los servicios y la transmisión de prácticas. La metodología en este parte del proceso será cualitativa y la participación de la población es fundamental para conocer los elementos psicosociales que están detrás de la atención a la salud, por activa y por pasiva. La participación de entidades y asociaciones del territorio observado, así como de ciudadanos afectados por distintas problemáticas en relación con la salud permite mediante el consenso definir las necesidades desde el sujeto en interacción con el entorno.

A continuación, se presenta una propuesta de análisis, con los elementos y criterios que permitan identificar la estructura social, los ejes de desigualdad y la participación de los ciudadanos en la red social.

Una propuesta de análisis de las desigualdades sociales en salud, desde la acción social y la interdisciplinariedad

Como ya se ha planteado anteriormente, se trata de reflexionar de forma crítica sobre la acción social, a partir del análisis de las esferas y el juego de intereses de los diferentes actores sociales, a fin de identificar los procesos que actúan como protectores o no de la salud.

Desde esta perspectiva se propone revisar los siguientes aspectos.

Los elementos de la estructura social

Los elementos e indicadores recogidos en las esferas de acción social se presentan a continuación. En principio se describen las características de cada una de ellas y se analizan las consecuencias que generan en la salud de la población, es decir, se identifican los procesos estructurales que la refuerzan y los que la deterioran.

1. Historia y evolución del territorio, ya sea barrio, distrito, pueblo o ciudad. Así como el desarrollo urbanístico, el tipo de convivencia y la configuración de los hogares.

2. El entorno y el medio ambiente. Se considera la orografía y las acciones sobre el medio ambiente ejercidas por los distintos actores sociales. Su influencia en la salud y

el bienestar de las personas y cuáles son las medidas de protección y prevención que se están desarrollando y desde que ámbitos (salud pública, industria etc.).

3. Los fenómenos demográficos: la distribución de la población, natalidad, mortalidad y migración, tendencias y evolución.

4. Los elementos productivos y de mercado (sectores productivos, población activa, empleo y desempleo por sectores-edad-sexo, condiciones laborales, acceso a los recursos, nivel de estudios en relación al empleo.

5. Identificar los elementos vinculados a la política local y las políticas sociales y de salud, para detectar cómo inciden en el desarrollo de los servicios desde una perspectiva de intervención comunitaria. Las competencias locales, los programas y su grado de implementación, cómo afectan a la población, si se tienen en cuenta las necesidades de la comunidad cuando se diseñan políticas de planificación social y de salud. En definitiva, que tipo de consecuencias se producen en la salud colectiva.

6. Identificar la participación ciudadana institucionalizada tanto en términos de participación política y asociativa de diversa adscripción (asociacionismo de carácter político, o por temas vinculados con la salud, ya sea de la población en general o por etapas de la vida) así como si existe red social de apoyo informal entre los ciudadanos.

7. Identificar los servicios públicos y privados y su localización en el territorio, en relación a la cobertura de las necesidades de los ciudadanos, ya estén directamente relacionados con la salud como con otros aspectos de la vida cotidiana (ocio, educación, cultura, servicios sociales).

Se plantea realizar varias entrevistas a diferentes agentes sociales, representantes de la administración sanitaria o los servicios sociales, líderes representantes de una entidad asociativa con un peso específico en el territorio, a fin de conocer el estado de la implementación de las políticas sociales y sanitarias y la acogida por parte de la comunidad destinataria de la intervención. Es la visión desde la administración y desde el movimiento asociativo.

Los ejes de desigualdad, las condiciones de vida y la salud: procesos de riesgo y procesos generadores de salud

Se trata de analizar la influencia de las condiciones materiales de vida en la salud de las personas y las estrategias para su cuidado. Es esencial tener presente los ejes de desigualdad: clase social, género, edad, origen y territorio, siendo este último el que permite ubicar la existencia de los demás ejes en una comunidad concreta. Es en este apartado donde se identifican los problemas de salud (morbilidad) y las causas de mortalidad de la población. El análisis de los datos obtenidos se realiza a partir de la relación de estos dos aspectos, los procesos de riesgo para la salud en el territorio a partir de los ejes de desigualdad y los indicadores de morbi-mortalidad. El proceso a seguir puede considerar los pasos siguientes.

Desigualdades y procesos en el territorio

Una vez identificada la estructura social se analizarán las desigualdades en el territorio y se identificarán los procesos que comprometen la salud, es decir, las condiciones favorables o desfavorables que imponen cada uno de los ejes:

- En primer lugar, se identificarán las clases sociales que conviven y si están distribuidas de forma aleatoria en el territorio o si se concentran en determinados espacios (barrios u otros límites territoriales). Se identificará la situación laboral y la ocupación, la distribución de los recursos sociales y accesibilidad por clase social.

- En segundo lugar, se identificarán los elementos estructurales que caracterizan las desigualdades de género y cómo se distribuyen y concentran en el territorio (nivel de estudios, desempleo, origen, categorías ocupacionales, violencia de género y familiar, monoparentalidad, atención a las personas dependientes).

- En tercer lugar, el origen de la población, presentada conjuntamente con los dos ejes anteriores, permite observar una diversidad de situaciones donde la inmigración es uno de los aspectos fundamentales que puede ser protectora o no de la salud. Los elementos culturales, ocupacionales y de integración que se deben considerar hacen más complejas los procesos, ya que los ejes de desigualdad se retroalimentan entre ellos.

- En cuarto lugar, se identificarán los grupos de edad de la población y el grado de envejecimiento y de pérdida de autonomía (dependencia), así como la población infantil (también dependiente) y las características en cuanto a necesidades en salud, la sobrecarga que se genera al relacionarlo con el empleo femenino etc.

Los indicadores de morbi-mortalidad, que recoge la vigilancia epidemiológica, junto con la información que muestran las encuestas de salud y los registros territoriales, se relacionarán con los procesos de cada uno de los ejes para identificar los elementos de la multicausalidad de enfermar. La perspectiva interdisciplinar aportará muchos elementos para conocer la realidad que hay detrás de los problemas sociales y de salud.

Identificar la complejidad de los procesos de atención a la salud y la enfermedad. La perspectiva antropológica aporta elementos de reflexión sobre los diferentes modelos explicativos de la salud y la enfermedad y la diversidad de itinerarios asistenciales. Así como la articulación de los elementos individuales y colectivos, materiales y simbólicos presentes en las relaciones sociales y que incidan en la toma de decisiones en los procesos salud-enfermedad-atención.

En este apartado se pueden realizar entrevistas en profundidad a diferentes tipologías de personas, según los perfiles identificados en el territorio.

La visión desde la comunidad: la participación en el diagnóstico comunitario

Se trata de considerar la perspectiva comunitaria en relación al bienestar y a la percepción de los problemas sociales y de salud, así como de los problemas y necesidades percibidas y los recursos existentes. Para lo que es necesario el análisis de los datos cualitativos generados de las diferentes categorías de actores sociales, mediante entrevistas, grupos focales a representantes de la comunidad y otras fórmulas propias de la psicología social y antropología. El objetivo es identificar y analizar el discurso expresado por los ciudadanos participantes y definir una propuesta de acción comunitaria desde el consenso.

Se propone realizar un grupo focal (u otra técnica grupal) con miembros representativos de la comunidad (representantes de asociaciones, del movimiento vecinal, ciudadanos usuarios de los servicios sociales o de salud, profesionales etc.) y relacionar los discursos con el análisis de las entrevistas a los representantes de la administración. Observar las disonancias y concordancias en las opiniones y propuestas, los intereses y sus protagonistas.

La propuesta de acción comunitaria

Una vez que se ha realizado el análisis de las necesidades del territorio en clave de salud, se toman decisiones sobre la intervención/ acción a desarrollar. La elaboración y desarrollo de una propuesta de acción comunitaria debe considerar las estrategias más adecuadas y tener en cuenta la perspectiva comunitaria y la participación social de los distintos actores ya que es fundamental.

El diagnóstico de salud de la comunidad. Reflexiones en torno a la salud y las desigualdades sociales

Las políticas sociales y económicas tienen efectos determinantes en las posibilidades de que un niño crezca y desarrolle todo su potencial, tenga una vida próspera, o de que ésta se frustre. El desarrollo de una sociedad, sea rica o pobre, puede juzgarse por la calidad del estado de salud de la población, por cómo se distribuyen los problemas de salud en la jerarquía social, por el grado de protección que tienen las personas afectadas y la identificación de los determinantes sociales, que desarrollan procesos que perjudican la salud de toda la población y afectan a los colectivos más vulnerables, pero no exclusivamente.

El diagnóstico de salud se construye a partir del análisis de la información de cada apartado y su interrelación. Este proceso debe ser dinámico e implicar a los profesionales y vecinos, ya que las perspectivas, lejos de ser contrarias, van a aportar visiones que mostrarán la complejidad y las distintas necesidades de tipo social y sanitario, estructural o intermedio.

En primer lugar se han analizar los elementos estructurales, en clave de qué

procesos intervienen en la situación de salud de las personas que conviven en el territorio y qué consecuencias se prevén y/o se observan en la población (la ausencia de políticas protectoras, la cuestión urbana, la falta de recursos y/o su acceso, las cuestiones económicas y de condiciones de trabajo que hacen más compleja y precaria la salud). En segundo lugar, se han de relacionar los ejes de desigualdad social con los indicadores de salud y la percepción subjetiva de los vecinos, es decir, analizar la distribución de los problemas de salud y la mortalidad entre las tipologías de la estructura social, incidiendo en las condiciones de vida que están alteradas. De estos análisis han de surgir las necesidades que se observan en el territorio, para identificar los objetivos hacia los que se debe enfocar la intervención de los distintos actores.

Los aspectos tratados en este trabajo están dirigidos a la identificación de las razones sociales (multicausalidad) que hay detrás del estado de salud objetivo y subjetivo. La justicia social es una cuestión de vida o muerte ya que afecta a las formas de vida de la gente, a la probabilidad de enfermar y al riesgo de morir de forma prematura. En este sentido, el esquema de trabajo planteado tiene como objetivo facilitar un mapa que nos permita observar los elementos sociales tanto de carácter institucional y objetivo como subjetivo, para conocer la comunidad y lo que le favorece en clave de salud o bien la compromete tanto a corto como a largo plazo, desde una óptica global donde la inserción social y la pobreza se encuadran en las desigualdades en el territorio.

Bibliografía

ADELANTADO, J. (Coord.). **Cambios en el estado del bienestar: políticas sociales y desigualdades** en España. Barcelona: Icaria - Universidad Autónoma de Barcelona, 2000.

ALVAREZ-DARDET, C. Las Autoridades Sanitarias no advierten que el género y la clase social perjudican seriamente la salud. **Koadernoak - Cuadernos de Salud Pública**, v.21, oct., p. 8-10, 2003.

ARTAZCOZ, L. Trabajo y salud desde una perspectiva combinada de género y clase social. **Inguruak. Revista Vasca de Sociología y Ciencia Política**, v.44, p.215-228, 2007.

- BENACH, J.; AMABLE, M. Las clases sociales y la pobreza. **Gaceta Sanitaria**, v.1, n.18, p. 16-23, 2004.
- BENACH, J.; MUNTANER, C. **Aprender a mirar la salud: cómo la desigualdad social dana nuestra salud**. Barcelona: Viejo Topo, 2005.
- BREILH, J. **Epidemiología crítica**. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003.
- CHECA, F. La culturalización del dolor. En: **Salud y Enfermedad en los inmigrantes africanos**. Africanos en la orilla. Barcelona: Icaria, 1998. p. 81-121.
- CODERN, N. Acción comunitaria para la salud. En: UCAR-MARTINEZ, X.; LLENAA. (Coord.). **Miradas y diálogos en torno al acción comunitaria**. Barcelona: Graó, 2006.
- CROMPTON, R. **Clase y estratificación: una introducción a los debates actuales**. Madrid: Tecnos; 1994.
- DURÁN, M.A. Tiempo de salud, tiempo de Enfermedad: Diferencias de edad, género y clase social. **Inguruak. Revista Vasca de sociología y ciencia política**, v.44, p.229-248, 2007.
- FLAQUER, L. L.; SOLER, C. **El uso de las políticas sociales por las mujeres inmigrantes**. Madrid: Insituto de la mujer, 2005.
- GONZALO, E.; PASARIN, M. I. La salud de las personas mayores. **Informe SESPAS. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social**. Gaceta Sanitaria, v.18, supl.1, mayo 2004.
- GIDDENS, A. **La estructura de clases en las sociedades avanzadas**. 2.ed. Madrid: Alianza Editorial, 1983.
- MARMOT, M. et al. Health inequalities among British civil servants. **The Whitehall II study**. LANCET, v.337, p.1387-1392, 1991.
- MARMOT, M.; WILKINSON, R. G. (Coord. **Social determinants of health**. Oxford: Oxford University press, 1999.
- NAVARRO, V. (Coord.). **La situación social en España/II**. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007.
- PÉREZ, R. **Desigualdades en salud por clase social y Política sanitaria**. Las Encuestas de Salud de Cataluña (1994-2002). Tesis doctoral - UAB. Disponible en: <<http://sapsuab.wordpress.com/>>. 2006.
- PÉREZ-GIMÉNEZ, R. Políticas sanitarias y desigualdades en España. En: ADELANTADO, J. (Coord.). **Cambios en el Estado del Bienestar**. Barcelona: Icaria, Universidad Autónoma de Barcelona, 2000. p.251-284.
- PÉREZ-GIMÉNEZ, R. Las Desigualdades en salud, una realidad social. **Salud 2000**, Madrid, p.20-26, 2006.
- PÉREZ-GIMÉNEZ, R. ¿Se relaciona el nivel de rentas de las CCAA, la desigualdad en su distribución y el riesgo de pobreza con el nivel de salud? En: ARRIBA, A. (Coord.). **Políticas y bienes sociales**. Procesos de vulnerabilidad y exclusión social.. Madrid: Cáritas Española Editores; Fundación FOESSA, 2008.
- RODRÍGUEZ, et al. Desigualdades en salud en el Estado Español: un cambio de siglo. En: NAVARRO, V. (Coord.). **La situación social en España/II**. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007.
- ROHLFS, I.; GARCÍA, M.; GAVALDÀ, L.; MEDRANO, M. J.; JUVINYÀ D.; BALTASAR, A.; et al. Género y cardiopatía isquémica. **Gaceta Sanitaria**, (supl 2), 2004. p. 55-64.
- SÁNCHEZ, C. Desigualdades y salud. Análisis de los datos de la encuesta Panel de Desigualdades Sociales (PaD). **Inguruak. Revista Vasca de sociología y ciencia política**, v.44, p.127-142, 2007.
- TÉRREOS, M. **La revolución epidemiológica y la medicina social**. México: Siglo XXI, 1980.
- ÜCAR, X.; LLENA A. Acción comunitaria: miradas y diálogos interdisciplinarios e interprofesionales. En: UCAR-MARTINEZ, X.; LLENA, A. (Coord.). **Miradas y diálogos en torno al acción comunitaria**. Barcelona: Graó, 2006.
- VALLS-LLOBET, C. Desigualdades de género en Salud Pública. **Cuaderno CAPS**, v.30, p. 34-40, 2001.
- WILKINSON, R. **Las desigualdades perjudican**. Jerarquías, salud y Evolución humana. Barcelona: Editorial crítica, 2000.
- WRIGHT, E. O. Reflexionando, una vez más sobre el concepto de estructura de clases. **Zona Abierta**, (59/60), p.17-125, 1992.