

REDES COMUNITARIAS

¿QUÈ DETERMINA LA NOSTRA SALUT?

La nostra salut depèn de molts factors; entre ells, algunes característiques individuals com l'edat, el sexe i factors constitucionals, que no tenim capacitat de modificar, i altres sobre els quals sí que tenim capacitat (CSDH, 2008) (Wilkinson, Richard G. Marmot, 2003).

Les maneres en què decidim viure cadascun, el que denominem estils de vida, són un important condicionant de la nostra salut.

El que consumim, el que mengem, l'activitat física que fem, amb qui ens relacionem, com gestionem l'estrès, etc., tindrà una repercussió tant en el cos com en la nostra ment. És important prendre consciència d'aquest fet i que aprenguem a responsabilitzar-nos de les conseqüències dels nostres actes sobre la nostra salut.

Aquesta perspectiva individual de la salut suposa que hem d'aprendre a escoltar les nostres pròpies necessitats i a tenir cura de nosaltres mateixos.

Avui dia sabem que fumar o dur una vida sedentària són pràctiques no saludables i altres, com fer activitat física de manera regular o adoptar la dieta mediterrània, són bones per a la nostra salut.

Però encara queda molt per fer, perquè saber-ho és un primer pas, però el repte és adoptar uns estils de vida més saludables.

El tema és complex ja que adoptar un determinat estil de vida no és una decisió individual, sinó que està socialment condicionada.

Són molts, com hem vist abans, els factors que influeixen en la salut de les persones i que fan que l'adherència a l'hora d'adoptar estils de vida saludables sigui baixa o alta

Els nostres estils de vida estan condicionats per la nostra xarxa de relacions. La família, les amistats, la gent del nostre barri, poble o ciutat, i les seves maneres d'interactuar amb el món i amb la salut, ens influeixen d'una forma o d'una altra.

La idea important que està darrera d'aquesta perspectiva és que les nostres accions no sols tenen repercussió sobre la nostra pròpia salut, sinó també sobre la de les persones que ens envolten.

Això és així perquè en viure en societat, les nostres accions afecten als altres i al revés. Cadascun de nosaltres som models de salut, per acció o per omisió, de la gent que ens envolta. Per tant, no es tracta només de tenir cura d'un mateix sinó també de l'altre .

Això promou la idea de la cura en salut, dels majors als joves, i al revés; dins de la família, en el barri, en el grup d'amistats, en el treball.

Al mateix temps, aquesta xarxa social que ens envolta està determinada per les condicions de vida i treball, l'accés a béns i serveis, el transport, l'habitatge, l'educació, el medi ambient, l'alimentació, l'ocupació, els serveis sanitaris, etc. que afectaran la nostra salut. I alhora, aquestes condicions dependran de les condicions polítiques, socioeconòmiques, culturals i ambientals d'on vivim.

Depenent del context històric i polític i del lloc on naixem, aquestes condicions seran diferents i, per tant, condicionaran els nostres estils de vida i la nostra salut, de tal forma que un entorn pot afavorir que les opcions més saludables siguin les més fàcils de triar o per contra el pot dificultar.

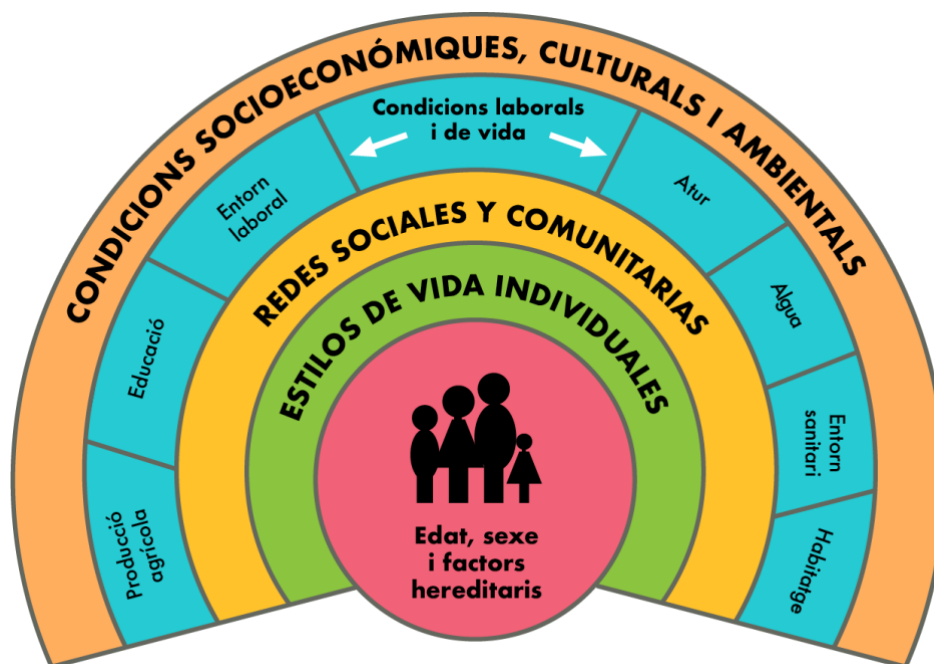


Aquest model de determinants socials de la salut està estretament vinculat als **Objectius de Desenvolupament Sostenible (ODS)**.

Per a poder garantir una vida sana i una millora del benestar de tot el món hem de fomentar la salut en relació a tots els ODS i implicar el conjunt de la societat en el procés, ja que pràcticament tots els ODS estan relacionats directament amb la salut. El seu assoliment contribuirà d'alguna manera a la millora de la salut de la població (World Health Organization (WHO), 2016).

Els determinants socials de la salut, estructurats en diferents nivells (Figura 1) (Dahlgren & Whitehead, 1991), poden produir diferències injustes en la salut de les persones i les poblacions, la qual cosa denominem desigualtats en salut (Marmot, 2010); aquestes deriven de les desigualtats socials. Es poden donar entre la població d'un país ric i la d'un país pobre, entre una persona en situació d'atur i una altra que té treball.

Figura 1. Fuente: Dahlgren and Whitehead model 1991



Avui sabem, a més, que aquestes diferències no afecten només la part no privilegiada de la població, sinó que també repercuteixen negativament en el conjunt.

Això vol dir que, si una societat és molt desigual, si per exemple hi ha una gran diferència entre els que més i menys salari perceben, aquesta desigualtat perjudicarà la salut de tota la societat, també la dels més rics (Pickett & Wilkinson, 2015).

Així doncs, per a reduir aquestes desigualtats hem d'actuar sobre els determinants socials de la salut.

Per tot això, el Govern té la responsabilitat de vetllar per reduir les desigualtats en salut, i realitzar accions i polítiques que promoguin l'equitat. És necessari fomentar aquesta mirada a tots els nivells, especialment entre els polítics i els tècnics que prenen decisions que ens afecten en la nostra condició de societat.

DETERMINANTS DE LA SALUT I DESIGUALTATS SOCIALS. MARC TEÒRIC

Com comentem, l'estat de salut de les persones i poblacions ve determinat per una sèrie de factors i circumstàncies que els envolten durant la seva vida.

Estudis pioners a investigar la relació existent entre el context socioeconòmic (ja sigui a nivell macro, meso o micro) i la salut d'una població sorgeixen al voltant de la meitat del segle XIX, concretament al 1845 quan **Engels** publica el seu famós assaig sobre les condicions de vida de la classe obrera a Anglaterra, on analitza les condicions de salubritat dels barris obrers relacionant-les amb indicadors de natalitat, morbiditat i mortalitat.

Poc després (1897), **Emile Durkheim** publicaria la seva també cèlebre obra sobre el suïcidi (*Le suicide. Étude de sociologie*) en el qual analitza l'evolució en el temps de la taxa anual de suïcidis de diferents països europeus, relacionant-la amb esdeveniments com a guerres, depressions econòmiques o fenòmens culturals com la religió dominant en les diferents comunitats. Ambdós estudis es convertiran en referència històrica per a l'epidemiologia de base social.

Serà un metge, Charles McIntire (1984) membre de l'Acadèmia Americana de Medicina, qui reivindiqui la "medicina social" i el concepte de "sociologia mèdica". Malgrat aquests antecedents, la promoció de la salut basada en l'actuació sobre els factors socioeconòmics i de l'entorn físic per a millorar la salut de la població no s'incorporarà a la pràctica de la salut pública fins als anys 70 gràcies a dues fites teòriques que

transformarien la manera de pensar i d'actuar en política de salut pública. Són el conegut «Informe Lalonde de 1974 realitzat per Marc Lalonde, en aquell moment Ministre de Salut i Benestar del Canadà, i la tesi de Thomas McKeown sobre els factors que més influència han tingut en la reducció de la mortalitat i l'augment de l'esperança de vida en la població d'Anglaterra.

Tots dos van establir l'existència d'una sèrie de “factors determinants de la salut” de la població a més dels serveis mèdics i la salut pública tradicionals, obrint el camp d'actuació a altres entorns i a altres actors, la qual cosa acabaria donant lloc al concepte de “salut en totes les polítiques”.

L'Informe Lalonde és considerat com el primer document d'un govern del món occidental modern a reconèixer que si volem millorar la salut de la població hem de mirar més enllà del sistema tradicional d'atenció de salut (la cura de les persones malaltes). Demostra que el camp d'actuació de la salut es divideix en quatre grans àmbits interdependents d'actuació que influeixen o determinen la salut dels individus i de les poblacions: biològic, ambiental, estils de vida i sistemes d'atenció de salut.

Malgrat les lògiques aportacions de l'informe Lalonde cal tenir en compte, com assenyala Andreu Segura, les seves aportacions a una hipertròfia de la importància dels estils de vida versus les condicions de vida. “La visió que més ha calat en el sistema sanitari és la de Marc Lalonde, inspirada en l'aproximació voluntàriament reduccionista de Laframboise. Visió explicativa, però que va conduir a una medicalització dels estils de vida per part del sistema sanitari, amb el consegüent encariment i, per desgràcia, amb molt poca repercussió en les conductes saludables, en el seu cas fins i tot a costa d'incrementar les desigualtats. El model a penes aborda una reflexió profunda sobre la importància dels determinants socials en la salut, les condicions de vida, i es queda en la superfície, en l'abordatge dels estils de vida”.

Com indiquem anteriorment, una altra fita teòrica que va transformar la manera de pensar i d'actuar en política de salut pública va ser la tesi de Thomas McKeown segons la qual l'augment en l'esperança de vida que es produeix a Anglaterra a partir del segle XVII és producte fonamentalment de la disminució de la mortalitat per malalties infeccioses gràcies a l'augment generalitzat del nivell de vida i la millora nutricional que reforça la resistència a la malaltia de la major part de la població, jugant en aquest canvi demogràfic un paper marginal el desenvolupament de les intervencions mèdiques curatives o les reformes sanitàries entre altres.

Per tant, en la salut i benestar de la comunitat influeixen nombrosos factors. A més dels propis condicionants biològics, es troben les actuacions del sistema sanitari i també uns altres amb fins i tot un major pes específic com els estils de vida, els determinants socioeconòmics o les condicions mediambientals en les quals vivim.

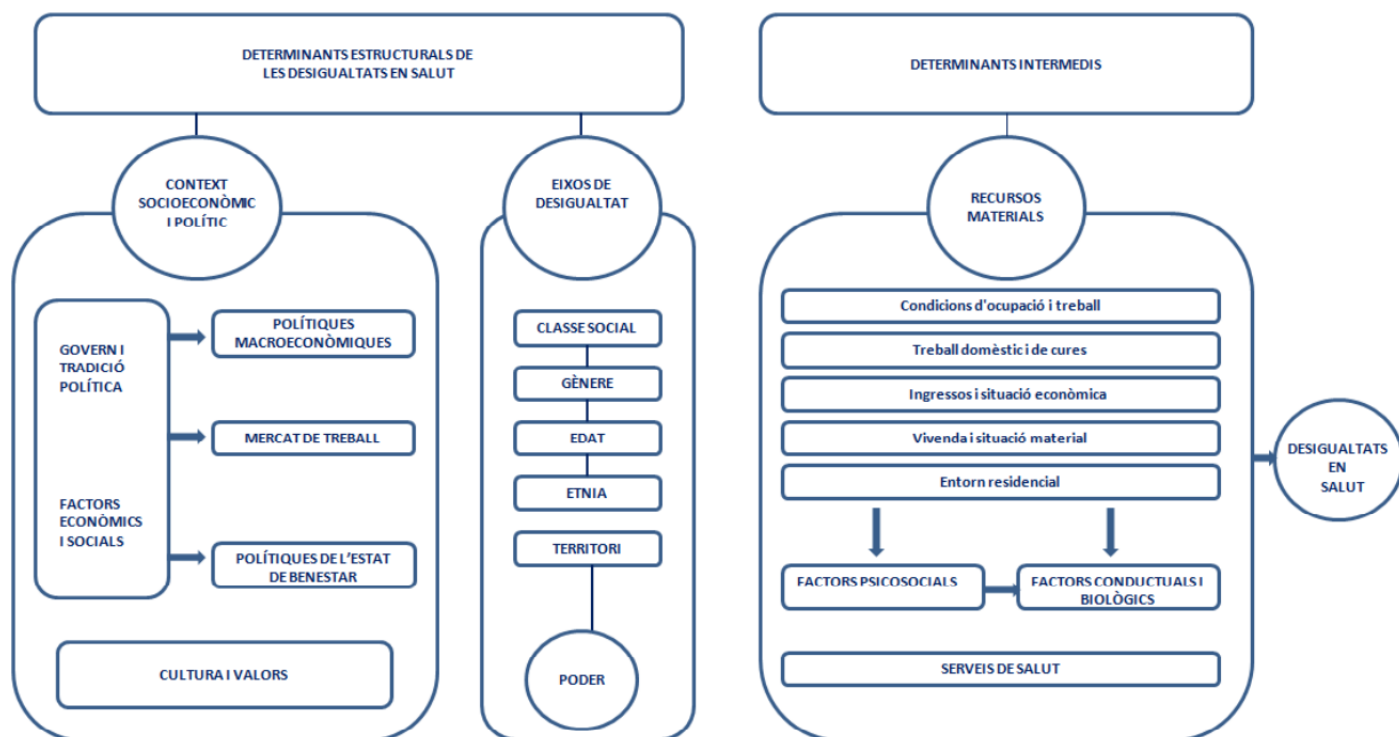
Existeixen diversos models teòrics que estudien aquests determinants de la salut. Un dels més destacats és el desenvolupat per Dahlgren i Whitehead en 1991. Els seus autors afirmen que els determinants conformen capes d'influència. Per tant, l'edat, sexe i constitució de la persona, factors invariables, estan influenciats per factors que poden ser modificats per l'acció política. La primera capa la conformen els estils de vida de l'individu (activitat física, consum de tabac...). La següent capa són les xarxes socials i comunitàries, seguida de la influència de les condicions de vida i laborals per a mantenir la salut, finalitzant amb les condicions socioeconòmiques, culturals i ambientals de la societat. Aquest model planteja que les desigualtats en salut són resultat de la interacció de diversos nivells de determinants, des d'individuals fins de les comunitats, influint les capes més externes sobre aquelles que es troben per sota.

Així mateix, cal tenir molt en compte els estudis de Geoffrey Rose i la seva aproximació per a entendre les diferències entre les intervencions a nivell individual i les intervencions a nivell poblacional.

En el nostre context, per a l'anàlisi de les diferències en salut injustes i evitables utilitzem com a referència el Marc conceptual dels

determinants de les desigualtats socials en salut elaborat per la Comissió per a reduir les Desigualtats en Salut a Espanya l'any 2010. .

Figura 2. Font: Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España (2010). Traduit Catalina Núñez.



El model mostra la influència dels factors estructurals sobre els determinants intermedis i aquests al seu torn sobre les desigualtats en salut. Els factors estructurals inclouen tant el context socioeconòmic i polític com els eixos de desigualtat que determinen les jerarquies de poder en la societat. Entre aquests eixos, relacionats transversalment entre si, es troben: el gènere, les desigualtats en salut injustes i evitables entre homes i dones, les desigualtats vinculades a la classe social a la qual es pertanyi, les diferències en salut en funció de l'edat en nens, ancians..., diferències en relació a l'ètnia a la qual es pertanyi i finalment les vinculades al territori en el qual es visqui.