# JORNADAS SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

## DOCUMENTO RESUMEN DE LAS PONENCIAS

Barcelona, 27 y 28 de mayo de 2010

FEMP
FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE MUNICIPIOS Y PROVINCIAS

R·E·C·S
Red Española de Ciudades Saludables

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

Colaboran:

Generalitat de Catalunya

Ajuntament de Barcelona

CSC Consorci de Salut i Social de Catalunya

**ELABORADO POR:**

Equipo de redacción:
María José Romano
Cándido Álvarez

# Indice


Introducción 3

Mesa redonda 5

Estrategias para promover la equidad en salud 5

Salud y equidad en todas las políticas 6

Ildefonso Hernández 6

Los hechos probados. Determinantes sociales para un envejecimiento saludable 10

Agis D. Tsouros 10

Ley de barrios: una oportunidad para reducir las desigualdades en salud 14

Antoni Plasencia 14

Determinantes sociales y lucha contra la desigualdad en el ámbito local 17

Isabel Ribas i Seix 17

Turno de preguntas 23

Los determinantes sociales de la salud 25

Los determinantes sociales de la salud: la reducción de las desigualdades mediante la acción en el ámbito local 26

Michael Marmot 26

Turno de preguntas 36

Ciudades saludables e inclusivas 40

La crisis económica y la agenda de la equidad 41

Beatriz González López-Valcárcel 41

Planificación urbana saludable 48

Oriol Nel·lo 48

Intervención de alcaldes y concejales de la Red Española de Ciudades Saludables 54

Julio Setién 54

Santiago Pérez 57

Peio López 59

Clemente Murillo 61

Turno de preguntas 62

Presentación del anteproyecto de la Ley general de salud pública y sus implicaciones en el ámbito local 65

El anteproyecto de la Ley General de Salut Pública y sus implicaciones en el ámbito local 66

Ildefonso Hernández 66

Turno de preguntas 70

Entrevistas 73

Entrevistas 1

Ildefonso Hernández 1

Entrevista a Agis D. Tsouros 4

Informe de síntesis de la sesión participativa 6

Sesión participativa con técnicos y técnicas de la RECS sobre los escenarios de futuro de la equidad en salud en el ámbito local 7

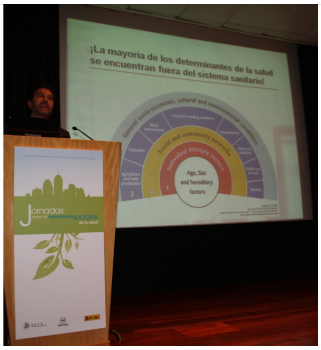
Metodología y resultados 7

1. Escenarios de futuro 7

2. Análisis DAFO 9

3. Definición de objetivos 11

# Introducción



Los días 27 y 28 de mayo tuvieron lugar en Barcelona unas jornadas sobre los determinantes sociales de la salud, organizadas por la Red Española de Ciudades Saludables (RECS) y la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), en el marco de la presidencia española de la Unión Europea.

Las Jornadas promovieron la reflexión y el debate sobre la equidad en salud en el contexto actual y ofrecieron diversos ejemplos de proyectos e iniciativas que se están llevando a cabo en España desde el ámbito local.

En las ponencias participaron relevantes personalidades relacionadas con la salud pública del mundo académico, como el profesor Michael Marmot, presidente de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), o Beatriz González López-Valcárcel, catedrática de métodos cuantitativos en economía y gestión de la Universidad de las Palmas de Gran Canaria. También, participaron Agis Tsouros, jefe de enfermedades no transmisibles, estrategias y factores de riesgo de la OMS y responsable del proyecto de la Red Europea de Ciudades Saludables, y diversos representantes de las administraciones públicas a nivel estatal, autonómico y local.

En el acto inaugural, la consellera de salud de la Generalitat de Catalunya, Marina Geli, señaló el importante papel de los municipios en los avances en salud pública que han tenido lugar en España desde la década de los 70, cuando, con la llegada de la democracia, los alcaldes lideraron el progreso en la construcción de redes de saneamiento y agua potable en los pueblos y ciudades. Entre los retos y prioridades actuales, destacó la mala utilización del sistema sanitario actual como un servicio de consumo, el abordaje de la salud ambiental y laboral y la necesidad de repensar las estrategias de comunicación para transmitir mejor los asuntos de la salud pública a la población.

Manel Bustos, presidente de la Federación de Municipios de Cataluña, enfatizó la transformación del concepto de salud pública que se ha producido en los últimos años y resaltó la importancia de la transversalidad de las políticas en la lucha contra las desigualdades en salud. En su opinión, una planificación urbanística saludable y accesible, el control de la contaminación acústica, la protección y ampliación de los espacios verdes, el control de la calidad y seguridad alimentaria y las políticas preventivas destinadas a los jóvenes y las personas mayores, son las intervenciones prioritarias en los municipios.

El Director General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Política Social, Ildefonso Hernández, excusó la asistencia a las jornadas de la ministra de sanidad, Trinidad Jiménez, y destacó la notable evolución de la Red Española de Ciudades Saludables, compuesta actualmente por 150 ciudades que abarcan un alto porcentaje de la población española. También subrayó la importancia de medir los resultados de las intervenciones en salud pública y explicó que, en el momento actual de desafección política y crisis económica, es más necesario que nunca tratar la salud desde la perspectiva de los determinantes sociales y de la equidad, además de fomentar sociedades cohesionadas, conceptos íntimamente ligados al modelo europeo.

Enric Llorca, presidente de la Red Española de Ciudades Saludables, señaló que, hasta el momento, la salud se ha centrado mayoritariamente en el tratamiento de las enfermedades, y afirmó que es importante que el nuevo concepto de la salud pública pase a un primer término para avanzar en la consideración de los determinantes sociales de la salud. Por otro lado, hizo hincapié en el papel de las administraciones locales como instituciones próximas a la ciudadanía que tienen posibilidad de actuación de forma transversal.

A continuación, este documento resume los principales temas tratados en las ponencias y mesas redondas, así como las reflexiones expresadas por las personas asistentes en los debates y turnos de preguntas. La información recopilada servirá de punto de partida para la sesión participativa que tendrá lugar el próximo mes de septiembre con miembros de la Red Española de Ciudades Saludables (RECS) en torno al papel de los municipios en el abordaje de los determinantes sociales de la salud y el fomento de la equidad.

# 1

## MESA REDONDA

## ESTRATEGIAS PARA PROMOVER LA EQUIDAD EN SALUD

**27 de mayo de 2010**

# Salud y equidad en todas las políticas

ILDEFONSO HERNÁNDEZ

Director General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Política Social

Ildefonso Hernández, Director General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Política Social, abrió esta mesa redonda con una presentación de los trabajos realizados desde el Ministerio para promover que todas las políticas públicas europeas incluyan la salud como aspecto prioritario.

En su opinión, en la actual situación de crisis económica global, es más necesario que nunca desarrollar políticas públicas que favorezcan la equidad y la salud. El cambio climático, el envejecimiento demográfico y los posibles efectos del desempleo en términos de pobreza y exclusión social, constituyen retos actuales que pueden suponer una carga para las próximas generaciones. Lejos de ser un lujo, trabajar en salud pública en estas circunstancias es fundamental parar promover la cohesión social y alcanzar un desarrollo sostenible.

El modelo de los determinantes sociales de la salud muestra claves de cómo en aquellos lugares en que se introduce la equidad y la salud en todas las políticas de gobierno, se generan beneficios duraderos que afectan a más de una generación. El Ministerio de Sanidad y Política Social se planteó como una de las prioridades para la presidencia española de la Unión Europea el objetivo de conseguir que la agenda política europea incluyese de forma transversal la reducción de las desigualdades en salud y la monitorización de los determinantes sociales de la salud.

Así, se elaboró el informe "Moving forward health equity" (Moviéndose hacia la equidad en salud), un documento en que han trabajado de forma participativa más de 200 expertos en salud, que debía servir de base para una conferencia a celebrar en Madrid donde se pretendía convocar a los ministros de salud europeos y a personas expertas para discutir la relevancia de las políticas de equidad y salud. El documento es un borrador que todavía está recibiendo

aportaciones, disponible en la página web del Ministerio, y cuyas conclusiones serán presentadas al Consejo de ministros de empleo, política social, sanidad y consumidores (EPSSCO), que se celebra en junio de 2010.

El documento destaca tres elementos como cuestiones prioritarias a abordar: un buen comienzo de la vida, las condiciones de empleo y la exclusión social. Por otro lado, plantea como recomendación general que las políticas que se plantean en la Unión Europa se apliquen también a la política exterior europea.

Las conclusiones que se presentan al Consejo europeo se agrupan en los siguientes ámbitos:

1. Salud y equidad en todas las políticas
2. El gradiente social y los grupos vulnerables
3. El doble enfoque
4. La monitorización
5. Un buen comienzo de la vida

El primer punto se centra en el modelo de los determinantes sociales de la salud, que muestra cómo las intervenciones en ámbitos no sanitarios, como educación, empleo o movilidad, pueden afectar decisivamente a la salud y a su distribución. Como ejemplos, Ildefonso Hernández señaló la prevención de la obesidad y la promoción del envejecimiento saludable.

El modelo médico suele tratar la obesidad centrándose en comportamientos individuales, pero hay muchos factores globales que hacen que esta epidemia esté aumentando en el mundo y que no sea suficiente afrontarla con las intervenciones tradicionales de educación sanitaria. Hay otros factores determinantes, como las decisiones supranacionales de la Organización Mundial del Comercio, que afectan a la alimentación de las personas, las políticas a nivel nacional y autonómico, que afectan el entorno, y actuaciones en el ámbito local relacionadas con el transporte y la planificación urbana, que afectan la disponibilidad de recursos para la actividad física.

Del mismo modo, si nos preguntamos cuáles son las causas de los accidentes que tiene la población mayor, podríamos encontrar la polimedicación (relacionada con el tipo de asistencia sanitaria que recibe), un espacio urbano mal diseñado o un entorno hostil que consigue que las personas se aíslen. Todo un cúmulo de factores que evidencian que no todo depende del sistema sanitario.

A propósito del gradiente social y los grupos vulnerables, Ildefonso Hernández afirmó que hay que trabajar con los sectores que necesitan una atención especial, pero no hay que dejar de prestar atención a toda la sociedad desde un abordaje intersectorial. En este sentido, destacó a la población inmigrada y la necesidad de adoptar políticas de integración innovadoras en combinación con otro tipo de intervenciones para la promoción de la salud. Por otro lado, señaló la prevención del riesgo de embarazo en adolescentes, que es diferente en distintos grupos de población, y afirmó que los programas de disminución de embarazos no deseados no pueden estar sólo orientadas a mejorar el acceso a anticonceptivos, sino que también hay que actuar en formación y en otros determinantes sociales que harán más improbable que se produzcan.

En cuanto a la monitorización, Ildefonso Hernández señaló que habitualmente es difícil poner en evidencia los efectos para la salud derivados de las políticas no sanitarias y subrayó la importancia de comunicar los resultados de las evaluaciones para transmitir el mensaje a la población. En su opinión, la evaluación del impacto en salud (EIS) es una herramienta innovadora que puede ayudar a poner en valor nuestras políticas, a partir de un análisis del impacto que tienen para la salud, el bienestar y la eficiencia económica las intervenciones.

Como ejemplo reciente, hizo referencia al impacto en salud de la reducción del límite de velocidad en el área metropolitana de Barcelona; el análisis del proyecto ha revelado beneficios importantes tanto en términos de salud como de ahorro económico debido a la disminución del número de accidentes y la reducción de los ingresos en el sistema sanitario. Sin embargo, esta información apenas ha tenido relevancia en los medios de comunicación y no ha calado en la ciudadanía. Por eso, Ildefonso Hernández señaló que es necesario utilizar la imaginación y crear nuevas herramientas de comunicación que nos permitan ganar espacios en los medios.

En el ámbito de las estrategias de futuro, el Director General de Salud Pública destacó que hoy en día se requiere un trabajo muy perseverante para conseguir vincular las actuaciones en salud pública con la cohesión social y la economía. También, afirmó que es necesario reforzar la salud pública para asegurar la sostenibilidad del sistema sanitario que, aunque realiza un trabajo importante, actualmente está colapsado de demanda innecesaria, hecho que entorpece su correcto funcionamiento para resolver con agilidad los problemas para los que realmente se le necesita.

Por último, Ildefonso Hernández afirmó que en el ámbito local es donde hay más posibilidades de llevar a cabo medidas con impacto en el abordaje de los determinantes

sociales de la salud. Desde los gobiernos locales es más fácil desarrollar políticas, porque es más fácil explicarlas, compartirlas y cumplir los objetivos.

En su opinión, en momentos de crisis como el actual es necesario que haya un liderazgo resuelto que construya un proyecto común ilusionante y promueva una participación ciudadana real para que se tome en serio el buen gobierno. Ante la afirmación que pronostica que, por primera vez en la historia, las generaciones futuras van a vivir peor que sus padres, Ildefonso Hernández propone que no nos resignemos y que, para ello, trabajemos desde el ámbito de la salud pública.

# Los hechos probados. Determinantes sociales para un envejecimiento saludable

AGIS D. TSOUROS

Jefe de enfermedades no transmisibles, estrategias y factores de riesgo. Director del Centro de Salud Urbana. Red Europea de Ciudades Saludables

## La evolución de la actuación en salud

La intervención de Agis Tsouros trató los factores que se han demostrado determinantes para garantizar un envejecimiento saludable. La ponencia arrancó contextualizando cómo en los últimos 20 años ha cambiado el modo en que entendemos la salud y las estrategias de actuación.

Para Agis Tsouros, es esencial tejer una red con los Estados miembro de la UE y con los gobiernos locales para implementar lo que es mejor para la salud, siempre basándonos en la mejor evidencia existente. Y en eso consiste su trabajo en la OMS, en tender un puente entre el conocimiento académico (la evidencia) y la acción. Y hace apenas doce años, la literatura existente sobre los determinantes sociales era muy confusa. Por eso, en 1997 decidió, junto con Michael Marmot, elaborar la publicación The solid facts of the social determinants (Los hechos probados de los determinantes sociales), que fue revisada después de 5 años y que actualmente sigue estando en la lista de best sellers de la OMS en todo el mundo.

La intención de esa publicación era ser concisa, proporcionar mensajes claros sobre cual es la evidencia existente y, finalmente, ofrecer ideas prácticas para la acción. Ya que, para Agis Tsouros, cuanto más complicada es la evidencia, más difícil es para las personas que toman las decisiones emprender una acción.

Hoy en día, la situación ha cambiado. No sólo hay mucha más información sobre la evidencia entorno a los determinantes sociales de la salud, sino que sabemos mucho más sobre las causas de las desigualdades en salud y sobre sus principales condicionantes, como la globalización, la urbanización o las influencias de los estilos de vida, derivados de un amplio y diverso conjunto de factores que no siempre están dentro del control local.

Pero, para Agis Tsouros, por más que hablamos una y otra vez de desarrollar enfoques integrados y a lo largo de la vida, de romper barreras intersectoriales, de involucrar activamente a la ciudadanía... en la práctica del día a día, no sabemos por dónde empezar y seguimos trabajando de forma muy diferente. En su opinión, el motivo es que la auténtica acción para el cambio tiene que venir de un auténtico liderazgo político.

## Claves del envejecimiento saludable

El envejecimiento saludable es un concepto global. De hecho, Agis Tsouros señaló que algunas personas afirman que si conseguimos un entorno sensible a las necesidades de las personas mayores, probablemente estaremos teniendo en cuenta las necesidades de salud pública de la mayoría de la población. El envejecimiento saludable no sólo consiste en proporcionar servicios sanitarios adecuados para una población en envejecimiento, sino que tiene que ver con los valores de la sociedad en su conjunto y cómo se conciben los derechos humanos y la dignidad de las personas, independientemente de cuál sea su edad y su origen social o étnico.

Es un concepto relacionado con la importancia de crear entornos que apoyan la autonomía de las personas y su capacidad de tomar decisiones sobre las cuestiones que afectan su salud. También, tiene que ver con la creación de un entorno físico que se ajusta a las habilidades físicas y mentales de toda la población. En este sentido, Agis Tsouros puntualizó que, por más que dispongamos de los mejores centros de apoyo para las personas mayores, difícilmente los podremos utilizar en ciudades llenas de barreras arquitectónicas. Y es que actualmente hay personas mayores que tienen miedo de salir de casa, porque se sienten inseguras.

Con el apoyo económico de la Red Española de Ciudades Saludables y del Ministerio de Sanidad, Agis Tsouros, junto a Michael Marmot y otros investigadores, emprendieron un proyecto para definir cuáles son los factores clave del envejecimiento saludable, a partir de los hechos probados. Actualmente, existe un manuscrito que será impreso próximamente, que identifica 12 aspectos que son los principales determinantes sociales del envejecimiento saludable:

1. La posición socioeconómica del individuo

2. La importancia de la pobreza

3. El empoderamiento y la partipación política

4. El rol en la sociedad y la participación social

5. Las influencias a lo largo de la vida

6. La calidad de la vida laboral

7. El bienestar mental

8. El estrés y la adaptación al estrés

9. Factores del estilo de vida

10. Factores de género, especialmente en relación a la salud de las mujeres

11. Influencia del entorno natural y urbano

12. El sistema de salud

Entre estos aspectos clave, Tsouros destacó aquellos que considera más novedosos en salud pública, como el empoderamiento, que consiste en ofrecer a las personas mayores la posibilidad de estar activas y ser miembros valorados de la sociedad.

Según Tsouros, hace unos años, cuando se hablaba de empoderamiento en salud, muchos lo veían como una cuestión de filantropía y buenas intenciones hacia las personas mayores. Actualmente, no sólo se considera el empoderamiento de las personas mayores como parte de los derechos humanos, sino que también hay evidencias probadas que muestran que tiene beneficios concretos para la salud. Es decir, que cuanto más poder tienen las personas para influir en las decisiones en los servicios sanitarios, en centros sociales y en sus entornos cotidianos, más sanas son.

Que una persona esté empoderada significa que tiene el conocimiento, las habilidades, las herramientas y oportunidades para influir en los factores que afectan su vida, incluyendo su salud y bienestar social. Las personas mayores pueden ser empoderadas individual o colectivamente, donde vive y trabajan, en sus barrios, en centros sociales y de salud, en los lugares donde se relajan, aprenden e interactúan y donde juegan.

En palabras de Agis Tsouros: "no hay comunidad digna de este nombre si no incluye a las personas mayores como abuelas, como voluntarias, como mentoras e incluso como trabajadoras o como asesoras locales". La clave para posibilitar que las personas mayores

tengan un papel activo es dejar de pensar en ellas como un problema y considerarlas como un valor en nuestras sociedades.

## Retos actuales de la salud pública

Según Agis Tsouros, en cualquier lugar de Europa se pueden encontrar buenas prácticas en torno a las desigualdades en salud, los determinantes sociales y el envejecimiento saludable. Pero la tendencia general es centrar la atención en una multiplicidad de proyectos interesantes que, en última instancia, son actuaciones aisladas y no tienen un impacto de la envergadura que sería deseable. En opinión de Tsouros, el principal reto actual es conseguir un enfoque más sistemático en las intervenciones, pasando de la idea de "proyecto" a la de "política".

Otra cuestión importante es la necesidad de medir y disponer de información de calidad en el ámbito local. Para dar un paso adelante en la promoción de un envejecimiento saludable, necesitamos saber cuáles son los elementos más sólidos del conocimiento existente y disponer de una definición exhaustiva del concepto. De lo contrario, pueden darse definiciones simplistas, que consideren el envejecimiento saludable como la mera ausencia de enfermedad. En este sentido, Tsouros anunció que la OMS ha desarrollado una herramienta que permite registrar y caracterizar la salud de las personas mayores, en todas sus dimensiones.

Para Agis Tsouros, cualquier política, no importa de qué sector, puede mejorar y promover la salud, o inversamente, puede ser prejudicial para la salud. Existe mucha evidencia en la actualidad que no sólo proviene de profesionales de la salud pública, sino también de planificadores urbanísticos, y que muestra que la forma en que construimos nuestros hogares, calles y barrios, la forma en que diseñamos y emplazamos tiendas y otras instalaciones, o en que desarrollamos los espacios verdes y planteamos la accesibilidad y convivencia en las ciudades, puede tener un efecto importante en la calidad de vida, en una vida activa y, en última instancia, en la salud.

Finalmente, Agis Tsouros explicó que el año 2010 en la OMS está dedicado a la salud y la urbanización. Los próximos meses este organismo publicará un informe dedicado a las desigualdades en salud en las ciudades y titulado: The hidden cities (Las ciudades ocultas), en referencia al hecho de que, a menudo, permanecemos ciegos a las desigualdades que están ahí, a la vuelta de la esquina.

# Ley de barrios: una oportunidad para reducir las desigualdades en salud

ANTONI PLASENCIA

Director General de Salud Pública de la Generalitat de Cataluña

El Director General de Salud Pública de la Generalitat de Cataluña, Antoni Plasencia, dedicó su ponencia a mostrar la experiencia práctica que, desde hace unos años, se ha estado desarrollando en diversos municipios de Cataluña a propósito de la Ley 2/2004, conocida como Ley de barrios.

Para Antoni Plasencia, esta ley ha sido una de las oportunidades más importantes desde el punto de vista social que se han desarrollado en Cataluña. Su objetivo es promover la rehabilitación integral de los barrios y áreas urbanas que requieren de una atención especial por parte de la Generalitat en cuanto a urbanismo, desarrollo social y económico y entorno ambiental. Esta ley contribuye a abordar las desigualdades sociales a nivel micro, a través de intervenciones delimitadas geográfica y temporalmente, y mediante la promoción de la cooperación de las diferentes administraciones implicadas, principalmente la administración local y la autonómica.

La inclusión de los barrios en el proyecto de la Ley obedece a criterios relacionados con el déficit de equipamientos y servicios, la regresión urbanística, y problemas de desarrollo local relacionados con aspectos demográficos, económicos, sociales o ambientales. En síntesis, el programa afecta a áreas urbanas, tanto de grandes ciudades como de municipios medianos y pequeños, que tienen diversos perfiles: núcleos antiguos, polígonos de viviendas surgidos del desarrollismo de los años 50 y 60 en Cataluña, y barrios de urbanización marginal.

Más de un centenar de proyectos se han presentado a las convocatorias anuales del programa. La inversión, que ha estado compartida entre las administraciones locales y la Generalitat de Cataluña, ha sido de 1.158 millones de euros anuales. El número de beneficiarios del conjunto de actuaciones realizadas ha sido de cerca de 1 millón de personas.

En cuanto al contenido de las actuaciones, una parte sustancial ha consistido en la mejora del espacio público y la dotación de espacios verdes, además de la rehabilitación de las zonas comunes de los edificios, la provisión de equipamientos de uso colectivo y la incorporación de tecnologías de la información. Los proyectos financiados también incorporan el fomento de la sostenibilidad y la equidad, y actuaciones para la mejora de la accesibilidad.

Antoni Plasencia destacó que un enfoque fundamental de la Ley de barrios es la transversalidad; bajo el liderazgo del Departamento de Política Territorial y Obras Públicas, el proyecto pretende mejorar las condiciones de vida de la ciudadanía a través de intervenciones que realizan los ayuntamientos y en las que se conjugan las actuaciones urbanísticas con otras de tipo económico y social que provienen del Departamento de Medio Ambiente y Vivienda, del Departamento de Trabajo o del Departamento de Acción Social y Ciudadanía.

Con esta transversalidad, la Ley de barrios ha supuesto una oportunidad para introducir el abordaje de los determinantes sociales de la salud a nivel local, ya que el proceso de cambio en torno a la mejora urbanística ha abierto el camino a la reflexión conjunta sobre la salud en los barrios y, sobre todo, ha fomentado un compromiso compartido por parte de los distintos actores implicados en cuanto a las acciones de mejora a llevar a cabo.

En su opinión, el proyecto supone una reinvención de los planes de reformas urbanísticas, sociales y sanitarias que se realizaron con éxito en el siglo XIX. De hecho, uno de los documentos clave para el inicio de la salud pública en Cataluña y en Barcelona es "Abajo las murallas", elaborado en el momento en que el Ayuntamiento se planteó que las murallas suponían un obstáculo, no sólo para el crecimiento sino también para las condiciones sanitarias de la ciudad.

Algunos de los aspectos que se han percibido en los barrios en relación con las desigualdades en salud son las dificultades de acceso a los servicios sanitarios, la mayor prevalencia de patologías mentales, la accidentalidad, las enfermedades infecciosas o problemas de salud materno-infantil. Los programas de actuación llevados a cabo permiten el análisis de los determinantes sociales de la salud que provocan las desigualdades en los barrios, con el apoyo metodológico de la Cátedra de Investigación Cualitativa de la Fundación Doctor Robert de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Junto a la transversalidad, otro de los grandes ejes de actuación de la Ley de barrios es la proximidad y la orientación comunitaria en la planificación y en la acción, ya que, en palabras de Antonio Plasencia: "la intersectorialidad es mucho más efectiva si se aplica desde la proximidad".

La intervención en los barrios ha incorporado el programa "Salud en el barrio". Un proyecto realizado mediante un proceso de trabajo participativo que combina una parte de análisis, en la que se comparte la información con los diferentes actores sociales del territorio, con un nivel de planificación participativa y un nivel final de acción. Los equipos locales de trabajo del programa incorporan una persona representante del Servei Català de la Salut, una persona de la Agencia de Salut Pública de Cataluña, un responsable político local del ámbito de la salud y servicios sociales, una persona responsable de la Ley de barrios con perspectiva de conjunto sobre las actuaciones municipales, y otras personas del equipo de atención primaria del territorio con cargos de responsabilidad ejecutiva. Este equipo técnico se combina con la creación de un grupo nominal que incorpora representantes de la ciudadanía de perfiles diversos. Como resultado, en algunos barrios se ha planteado una reorientación de los servicios existentes o se ha decidido la creación de nuevos servicios.

Durante su intervención, Antoni Plasencia también destacó la importancia de la creación en Cataluña de los Gobiernos territoriales de salud, una iniciativa en que Generalitat y administraciones locales comparten su visión de la salud y de la salud pública. También señaló los planes de innovación en atención primaria y salud comunitaria como otras oportunidades que facilitan la actuación en los determinantes sociales de la salud y la promoción de una gobernanza efectiva en este campo.

Por último, hizo una valoración de la evolución de la salud pública y explicó que, en los últimos años, se está acumulando método, masa crítica y alianzas, que contribuyen a hacer de la salud un campo que puede contribuir a poner en valor toda la agenda política. Desde el compromiso local y la experiencia cotidiana, se está contribuyendo a esta consolidación de la salud en la política. En su opinión, para actuar con efectividad es necesario que los distintos actores se pongan de acuerdo y, para ello, se requiere de un liderazgo decidido que articule la coordinación intersectorial.

# Determinantes sociales y lucha contra la desigualdad en el ámbito local

ISABEL RIBAS I SEIX

Delegada de Salud del Ayuntamiento de Barcelona

La Delegada de salud del Ayuntamiento de Barcelona, Isabel Ribas, dedicó su intervención a mostrar algunas de las actuaciones que se han realizado en esta ciudad en los últimos 30 años, centradas en la lucha contra las desigualdades en salud.

Isabel Ribas señaló que, desde sus inicios democráticos, el Ayuntamiento de Barcelona apostó muy claramente por potenciar la salud pública, tanto desde el diseño de políticas globales como en la realización de intervenciones concretas. Para ello, dotó a los servicios locales de salud pública de mayor autonomía de gestión, para poder aumentar su capacidad de acción. Así, se crearon los Servicios Centrales de Salud pública, el Instituto de Salud Pública y, más recientemente, la Agencia de Salud Pública de Barcelona, un organismo consorciado entre el Ayuntamiento y la Generalitat de Catalunya.

En su opinión, es importante destacar que la ciudad de Barcelona cuenta desde hace décadas con potentes sistemas de información sanitaria, que permiten tomar el pulso a la ciudad de forma periódica en el ámbito de la salud, detectar nuevas necesidades y adoptar medidas preventivas con suficiente antelación. En definitiva, los sistemas de información sanitaria permiten tanto planificar actuaciones como evaluar las medidas que se aplican. En palabras de Isabel Ribas: "Es lo que llamamos: conocer para actuar y no sólo conocer para saber más".

Barcelona ha estado realizando informes de salud anuales durante 25 años, lo que ha permitido a la ciudad tener una perspectiva histórica muy interesante a la hora de plantear proyecciones de futuro. Por otro lado, Isabel Ribas subrayó que, en todos los análisis que realiza el Ayuntamiento siempre se consideran variables como distribución territorial, género, edad, clase social y lugar de procedencia. De esta forma, todos los estudios realizados

en el ámbito de la salud integran siempre la perspectiva de las desigualdades de salud como aspecto troncal.

Por otro lado, todos los programas de intervención se realizan mediante colaboración interinstitucional e intersectorial. Algo que, en se opinión, constituye un difícil reto en sí mismo.

Entre los programas de actuación realizados en las últimas tres décadas, Isabel Ribas destacó las siguientes intervenciones:

## 1. Salud Materno-Intantil en Ciutat Vella

Un programa emblemático y una de las primeras intervenciones que se realizaron en Barcelona. El Ayuntamiento lo puso en marcha en el año 1987, al detectar que las tasas de mortalidad infantil en Ciutat Vella (uno de los distritos con mayores desigualdades dentro de la ciudad), doblaban el promedio de las tasas de mortalidad en el resto de Barcelona. Las actuaciones que contempló el programa iban destinadas a controlar el embarazo, ofrecer información a las madres y facilitar el acceso a los servicios sanitarios y sociales a mujeres embarazadas y recién nacidos. La evaluación de resultados demostró que a lo largo del programa las desigualdades detectadas se redujeron de forma drástica, hasta que, en el año 2004, se consideró normalizada la situación y el programa fue transferido a atención primaria.

## 2. SIRIAN: promoción de la contracepción en mujeres inmigradas y autóctonas

SIRIAN es un programa de información y educación en salud sexual y reproductiva dirigido especialmente a segmentos poblacionales de chicas jóvenes o adolescentes recién llegadas de otros países en dos barrios de la ciudad.

Isabel Ribas explicó que Barcelona, como otras ciudades, ha experimentado un crecimiento muy rápido de la población, que ahora se ha estancado e incluso está disminuyendo levemente. Esta realidad ha llevado a la administración local a plantear una atención especial a las diferencias idiomáticas y culturales, para que no sean una barrera en el acceso al sistema de salud universal.

Por otro lado, los indicadores de salud detectaron cambios en el patrón reproductivo relacionados con la inmigración, además de un aumento de las interrupciones voluntarias del embarazo y del embarazo adolescente en mujeres inmigradas. También, se comprobó que las tasas de fecundidad adolescente en los países de origen de la población inmigrada

contrastaban con las tasas locales: en Marruecos 28 de cada 1000 mujeres entre 15-19 años se quedan embarazadas, cifra que en Ecuador llega a 66 de cada 1000 y en el África subsahariana a 143 de cada 1000. En Barcelona y en el Estado español, en cambio, la tasa de embarazo adolescente está en 6 y 4 mujeres de cada 1000, respectivamente.

Ante esta situación, el gobierno local planificó una intervención preventiva para evitar un impacto negativo en las tasas de embarazo o en las tasas de aborto dentro de la población adolescente, asociadas a estos cambios culturales.

Con el objetivo de fomentar el uso de los servicios de salud reproductiva y de los anticonceptivos, se elaboraron folletos informativos en diferentes idiomas (inglés, urdu, chino y árabe). El diseño de estos dípticos se realizó mediante grupos de discusión, ya que la intención era hacer no sólo una traducción idiomática, sino también una traducción cultural. Las imágenes que incluían los distintos folletos también eran distintas, intentando que la población se viera reflejada en el programa y entendiera que les podía ser útil.

### 3. Vacunación antihepatitis A en saunas HSH

Este proyecto estuvo diseñado a raíz de un brote de hepatitis A que se produjo en Barcelona en el período 2002-2003. El sistema de declaración de enfermedades de forma obligatoria permitió detectar que el brote afectaba muy especialmente a hombres jóvenes que mantenían relaciones sexuales con otros hombres y que, además, resultaron ser usuarios de saunas de ambiente gay. Por lo tanto, se diseñó un programa especialmente dirigido a este tipo de locales.

Para Isabel Ribas, las intervenciones fueron un éxito, en gran medida porque fueron diseñadas e implementadas con la colaboración de entidades sociales del movimiento gay y de los empresarios del sector. Posteriormente, el Ayuntamiento de Barcelona ha aprovechado también este vínculo para realizar la prueba rápida del VIH y plantear cuestiones relacionadas con las enfermedades de transmisión sexual en otros locales de ocio.

Con el objetivo de fomentar el uso de los servicios de salud reproductiva y de los anticonceptivos, se elaboraron folletos informativos en diferentes idiomas (inglés, urdu, chino y árabe). El diseño de estos dípticos se realizó mediante grupos de discusión, ya que la intención era hacer no sólo una traducción idiomática, sino también una traducción cultural. Las imágenes que incluían los distintos folletos también eran distintas, intentando que la población se viera reflejada en el programa y entendiera que les podía ser útil.

## 4. Cribado de cáncer de mama

Otro de los proyectos históricos que destacó Isabel Ribas ha sido el programa de cribado de cáncer de mama, que se inició en los años 80 como proyecto piloto en dos distritos de Barcelona y que, actualmente, está implantado en toda la ciudad y en toda Cataluña.

Consiste en ofrecer una mamografía gratuita cada dos años a las mujeres que tienen entre 50 y 64 años de edad. Como resultado, no sólo se ha aumentado significativamente el número de mujeres que se someten rutinariamente a este control, sino que también ha permitido reducir las desigualdades de salud existentes entre distintas clases sociales.

## 5. Salud en los barrios

El Ayuntamiento de Barcelona ha ido implementando este programa de forma paulatina en los barrios de la ciudad dotados por la Ley de barrios, con el objetivo de complementar las intervenciones realizadas y reducir las desigualdades en salud. Algunas intervenciones desarrolladas destacables han sido el proyecto "Busquem bastons" (Busquemos bastones), realizado en el barrio de Poble Sec. Su objetivo es captar voluntarios para ayudar a las personas mayores a salir de casa, de forma que puedan pasear y socializarse, con el consiguiente efecto beneficioso para su salud.

También en Poble Sec, se desarrolla el proyecto "De marcha, fent sport" (De marcha, haciendo deporte), dirigido especialmente a estudiantes de 4º de ESO. Se orienta a prevenir las drogodependencias y la obesidad, ofreciendo actividad física gratuita en los polideportivos y haciendo hincapié en el mensaje de que el ejercicio también puede ser una forma de diversión.

Por otro lado, Isabel Ribas destacó un proyecto de promoción del autocuidado con remedios tradicionales, supervisados por profesionales sanitarios, que se ha llevado a cabo en el barrio de Roquetes. La iniciativa, que ha sido un éxito, se llama "Els remeis de l'Àvia" (los remedios de la abuela) y ha incluido un proceso participativo, mayoritariamente con mujeres. En palabras de Isabel Ribas: "ha permitido recoger el saber ancestral y de autocuidado que viene de nuestras abuelas y que nos sirve para hacer una utilización más racional de sistema sanitario".

Otro de los proyectos destacables que se realizan en Roquetes es "Fem salut a través del circ", realizado conjuntamente con la escuela de circo del Ateneu Nou Barris y destinado a la promoción de la actividad física y artística entre el alumnado de los CEIP de Roquetes. El proyecto consiste en dar a conocer el circo como práctica que fomenta hábitos saludables a nivel físico y social.

## 6. Bases para un envejecimiento activo y saludable

Este programa supuso un trabajo conjunto entre la Agencia de Salud Pública y el Ayuntamiento de Barcelona, con el Consejo Asesor de Gente Mayor de la ciudad, que reúne a personas y entidades representativas de este sector de la población. Como resultado, se plantearon unas líneas de actuación totalmente transversales que afectan a diferentes áreas municipales en los siguientes ámbitos:

- Participación y apoyo social
- Salud Mental
- Entorno
- Nutrición
- Actividad física
- Prevención de las lesiones
- Maltrato
- Abuso de sustancias adictivas (alcohol y tabaco)
- Uso de medicamentos y problemas asociados
- Servicios de prevención

## 7. Acuerdo ciudadano para una Barcelona inclusiva

Consiste en una red formada por diversas entidades sociales y el Ayuntamiento de Barcelona, que se creó el 2008 con el objetivo de fomentar que la ciudad sea un espacio inclusivo.

A partir de esta iniciativa, han surgido otras redes por ámbitos, entre las que Isabel Ribas destacó la red de apoyo a familias cuidadoras, que pretende dar visibilidad a las personas que cuidan de otras, ya que un informe de salud elaborado en el momento de constituir este grupo puso de manifiesto que el nivel de salud de las personas cuidadoras está por debajo del de la población general y, por lo tanto, era necesario diseñar actuaciones específicas.

Algunas de las actividades que ha propuesto esta red son: la elaboración de un manual de la persona cuidadora, la organización de unas jornadas de trabajo con profesionales de la atención primaria de salud y servicios sociales para fomentar el trabajo en red, la elaboración de una propuesta de ley para facilitar la conciliación laboral y familiar de las familias con personas dependientes de grado e hijos o hijas con enfermedades graves, y la sensibilización

de la opinión pública, a través de los medios de comunicación, sobre la realidad de las personas cuidadoras, entre otras.

## 8. Plan Barcelona Actividad Física y Salud

Este plan está orientado a fomentar la actividad física de toda la ciudadanía, distinguiendo entre distintos sectores. Contempla el programa Camina, que consiste en organizar caminatas en grupo por distintos itinerarios y espacios de la ciudad; Activa't, que busca utilizar los espacios públicos, especialmente los parques, para realizar actividad física y Practica, orientado a practicar deporte en los polideportivos municipales.

## 9. Salud y Escuela

Un proyecto de actividades grupales dirigidas sobre temas de salud que se ha desarrollado en todos los centros de educación secundaria públicos y concertados. Incluye una consulta abierta semanal con una enfermera de atención primaria orientada a detectar trastornos relacionados con el consumo de drogas, desórdenes alimentarios, aspectos de salud mental y salud sexual y reproductiva. Ofrece un entorno confidencial al alumnado y deriva los casos detectados a la atención primaria de salud.

Por último, Isabel Ribas subrayó otras actuaciones realizadas para la promoción de la salud en Barcelona, como los programas de prevención de la tuberculosis y otras enfermedades de declaración obligatoria, que están ayudando a asegurar la adhesión a los tratamientos de la población con diferencias idiomáticas y culturales, y el programa de subvenciones para la instalación de ascensores en los edificios antiguos, que facilita la movilidad de las personas mayores y de otras personas con dificultades.

## TURNO DE PREGUNTAS

**Por lo que nos ha explicado Antoni Plasencia, el proyecto de la Ley de barrios ha sido un plan puesto en marcha con actuaciones intersectoriales prácticamente desde que nació, en el año 2004, y la parte de salud se ha incorporado un poco más tarde. ¿Puede adelantarnos algún resultado que se haya detectado, aunque sea intermedio, del impacto que ha tenido este trabajo intersectorial? Tal vez podamos tenerlo en cuenta en otros territorios que sin lugar a dudas lo necesitan.**

(A. Plasencia) Efectivamente, hay un Plan de evaluación de estas intervenciones, que incluye tanto aspectos del proceso como de resultado. En este momento, tenemos resultados en algunos barrios en lo que se refiere al proceso, pero no tenemos resultados todavía sobre cuál ha sido el impacto en salud o en los determinantes de salud. Pero, en todo caso, sí que existe un marco evaluativo, que yo creo que es muy importante compartir, porque al final es lo que reforzará o no las iniciativas y dará legitimidad y transparencia a los éxitos y a las debilidades del proyecto.

(Isabel Ribas) Ampliando un poco lo que ha dicho el Dr. Plasencia, tenemos un marco evaluativo que considera aspectos de estructura, de proceso, de resultados y de impacto. En cuanto a estructura, consideramos qué organizaciones y personas están involucradas en el proyecto, ya que uno de los grandes resultados de salud en los barrios es la coordinación intersectorial. A nivel de proceso, un indicador es cuántas intervenciones detectadas por el grupo nominal llegan a realizarse. En los resultados, valoramos qué alcance tienen las intervenciones. Por ejemplo, si desarrollamos tratamientos farmacológicos gratuitos para dejar de fumar, valoramos a cuántas personas llega en el marco de cada uno de los barrios. Por ejemplo, en el caso de la distribución de fruta gratuita en las escuelas, que hemos priorizado en el área de salud en los barrios, la intervención ha llegado a 50.000 alumnos en Cataluña. Otro indicador básico de resultados es la satisfacción de los participantes en cada una de las intervenciones. Y, por último, tendríamos un marco evaluativo básico de impacto, que valora cómo las actuaciones modifican los indicadores de salud y de desigualdad, pero eso se verá a más largo plazo.

(A. Plasencia) Me gustaría hacer una reflexión en clave de provocación, y también como reconocimiento. En distintos ayuntamientos estamos asistiendo a un fenómeno silente: ya no estamos en la fase de la gran planificación urbanística, como hace treinta años, cuando muchos de los recursos disponibles se dedicaban a estos temas. Y esto supone una

oportunidad fantástica para reorientar el uso de los recursos; de hecho, ya está ocurriendo, en tanto que se está desarrollando una planificación urbana orientada a la salud y se están destinando recursos de la acción local a la salud pública o a las actuaciones intersectoriales. Creo que es un proceso lento, pero que en todo caso merece que se haga un seguimiento y sea explicado en su momento.

# 2

Ponencia

## LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Sir Michael Marmot

# Los determinantes sociales de la salud: la reducción de las desigualdades mediante la acción en el ámbito local

MICHAEL MARMOT

Presidente de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud

## La Comisión sobre los Determinantes Sociales

Michael Marmot dedicó su conferencia a ofrecer una revisión del informe de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud "Closing the Gap in A Generation" (Subsanar las desigualdades en una generación) y del estudio recientemente publicado sobre desigualdades en salud en Inglaterra "Fair Society, Healthy Lives: A Strategic Review of Health Inequalities in England" (Sociedad justa, vidas saludables: una revisión de las desigualdades en salud en Inglaterra), en particular, haciendo hincapié en lo relacionado con la actuación en el ámbito local.

El origen de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de Salud de la Organización Mundial de la Salud estuvo en la reflexión en torno a los datos existentes sobre esperanza de vida en una selección de países del mundo. Estos datos mostraban que la esperanza de vida de un hombre de Islandia es de 80 años, mientras que la de un hombre en Sierra Leona sería de menos de 40 años. El punto de partida para la Comisión fue el hecho de que no hay ninguna razón biológica para que exista una diferencia de 50 años en la esperanza de vida entre países, sino que esto ocurre, en mayor parte, debido a condicionantes sociales y económicos evitables, y podemos hacer mucho para cambiarlo.

Por otro lado, el informe de la Comisión también demostró que las desigualdades no sólo son un problema de los países pobres. Se contrastaron datos estadísticos en la ciudad escocesa de Glasgow, y se comprobó que la esperanza de vida de los hombres en la zona más pobre de la ciudad es de 54 años y en la parte más rica, a apenas 12 kilómetros de distancia, es de 82 años; hay un salto de 28 años. Según estos datos, la esperanza de vida de los hombres en la parte más pobre de Glasgow es 8 años más corta que la media en la India. Y en la India, el 75% de la población vive con 2 dólares o menos, mientras que nadie en Glasgow vive con 2 dólares o menos al día. Michael Marmot explicó que en Glasgow las personas no mueren de malaria o diarrea; mueren de cáncer, de enfermedades cardíacas y otras enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol. En definitiva, mueren de las mismas causas que el resto de las personas del Reino Unido, pero con un índice mucho más temprano. De manera que es un problema de desigualdad que existe entre países pero también dentro de los países.

Por otro lado, las desigualdades en el mundo persisten y, en algunos casos, incluso se han incrementado. En la comparación de la evolución de la esperanza de vida entre 1950 y 2005 de países como Zambia, Costa Rica o Vietnam, llama la atención que, en el caso de Zambia y Vietnam, en los años 50 tenían la misma esperanza de vida (de 40 años) y los dos países fueron aumentando en cifras muy similares hasta los años 70. Pero después, en el caso de Zambia, la esperanza de vida cayó en picado. Así, mientras que en 2005 en Vietnam la esperanza de vida es de 74 años, en Zambia es de apenas 40 años (la misma que tenía en 1950).

En el caso de Costa Rica, es llamativo cómo la esperanza de vida ha ido progresivamente en aumento y ha pasado de ser de 55 años en 1950 a casi 80 años en 2005. Marmot explicó que, cuando visitó Costa Rica y preguntó porqué había aumentado tanto la esperanza de vida, le contestaron que la razón era que en 1948 se abolió el ejército y se empezó a invertir ese dinero en educación, en protección social y en el sistema de salud. Así es como Costa Rica ha tenido una evolución mucho mejor que la que hubiera sido predecible simplemente valorando su nivel de ingresos.

## Considerar el gradiente social

Michael Marmot señaló que un punto clave de toda la investigación que ha realizado a lo largo de su trayectoria, así como del informe de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, ha sido el énfasis en el gradiente social que relaciona la salud con el nivel de ingresos y riqueza. Para Michael Marmot, si consideramos sólo a los quintiles más pobres de la población, estamos ignorando gran parte del problema de las desigualdades en salud;

considerar todo el gradiente social no consiste sólo en atender a los más pobres entre los pobres, sino que debemos actuar a lo largo de toda la estructura social.

En este sentido, Marmot subrayó que, habitualmente, los políticos se centran en pensar dónde la inversión de recursos hará el máximo bien posible. Así, solemos centrar las intervenciones en los sectores más pobres. Pero las personas que están en el centro de la escala social tienen vidas más cortas que las que están cerca de la parte más rica. Y aquellas que están cerca de la parte más rica, tienen vidas más cortas que las que están arriba del todo. Si atendemos sólo a quienes que están debajo del todo, perdemos el gradiente completo.

Este gradiente social que relaciona los resultados en salud con las condiciones económicas de la población se encuentra en todas partes y, además, está distribuido de forma geográfica. Incluso en Londres, una de las ciudades más ricas del mundo y de Europa, si analizamos la esperanza de vida al nacer de las personas comprobamos que hay un salto de 17 años entre diferentes distritos de la ciudad. En la ciudad de Porto Alegre, la mortalidad debida a enfermedades cardiovasculares es 2,6 veces mayor en los distritos con menos nivel socioeconómico que en los de más nivel socioeconómico.

## ¿Se pueden subsanar las desigualdades en una generación?

Desde que se publicó el informe de la Comisión, en agosto de 2008, muchas personas han preguntado si la afirmación "Closing the gap in a generation", es posible. Michael Marmot explica que este título supone, en realidad, una declaración de principios, porque actualmente disponemos del conocimiento y las herramientas necesarios para acabar con las desigualdades en salud en una generación. La cuestión es si tenemos la voluntad política para hacerlo. En su opinión, a pesar de la crisis económica, hay muchos recursos y dinero suficiente, además del conocimiento sobre cómo proporcionar agua limpia a las poblaciones humanas, cómo alimentarlas y ofrecerles una vivienda digna, la cuestión clave es cómo queremos invertir esos recursos.

Para Marmot, hay un fuerte argumento ético para emprender una acción decidida en la resolución de las desigualdades de salud que son evitables. Tenemos que hacerlo como una cuestión moral, y porque es lo correcto. Pero aún así, hay personas que opinan que los gobiernos no tendrán en cuenta estas cuestiones si no se analizan las implicaciones económicas. Por ello, la investigación inglesa incluyó algunos argumentos económicos, porque subsanar las desigualdades en salud también es eficiente. Como ejemplo, Marmot explicó el debate sobre la edad de jubilación en el Reino Unido. Actualmente, la edad de jubilación en Gran Bretaña es de 65 años en los hombres y 60 en las mujeres. El gobierno anterior propuso aumentar la edad de jubilación a 68 años. El motivo era económico: no nos

podemos permitir pagar pensiones a tantas personas. Pero, actualmente, 3 cuartos de la población no tiene una previsión de vida sin dependencia más allá de los 68 años, así que la medida de alargar la jubilación hasta los 68 años supondría sacar a la gente del sistema de pensiones para incorporarla en las prestaciones por discapacidad, hecho que no conllevaría ningún ahorro económico, al tiempo que resultaría en un dudoso beneficio social.

## Las recomendaciones de la Comisión

En la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud hay 3 principios de acción:

- las condiciones en las que la gente nace, crece, vive, trabaja y envejece
- los condicionantes estructurales de esas condiciones de vida a nivel global, nacional y local
- la importancia de la vigilancia, la formación y la investigación

El informe proporciona recomendaciones para mejorar las condiciones de vida cotidiana, garantizar el desarrollo y la educación desde los primeros años de vida, conseguir entornos saludables, fomentar el trabajo digno, la protección social a lo largo de la vida o una atención sanitaria universal. Y, en el ámbito de los condicionantes estructurales, para integrar la equidad en salud en todas las políticas, promover una financiación equitativa, la responsabilidad social del mercado, equidad de género, participación política de la ciudadanía y una gobernanza mundial eficaz.

El Ministro de Asuntos Exteriores en Noruega, hace 1 año dijo: "Soy un ministro de salud. Cada ministro es un ministro de salud. Porque las decisiones que tomamos afectan a la salud de la población". Y parafraseándole, Michael Marmot afirma que "cada sector es un sector de salud". En su opinión, la distribución de los resultados en salud es una medida de lo bien que estamos organizando la sociedad en su conjunto; si la ciudadanía está sana y hay una distribución equitativa de la salud, sabemos que se está actuando bien a nivel económico, urbanístico, psicosocial... De esta manera, la salud es una especie de medidor del desarrollo social.

## El empoderamiento individual y comunitario

Para Michael Marmot, el empoderamiento tiene una dimensión económica (suficiente dinero para vivir), una dimensión psicosocial (tener control de la propia vida) y una dimensión política (tener voz).

En relación a este concepto, y su vinculación con la salud, destacó un estudio de la University of British Columbia que analiza la influencia de los factores culturales en relación con las tasas de suicidio en las comunidades aborígenes en Canadá (Chandler & Lalande, 1998). Esta investigación clasificaba las comunidades aborígenes en torno a factores culturales como autogobierno y participación en su territorio y el grado de control respecto a los servicios sanitarios, la educación y las instalaciones culturales. Los resultados demostraron que las tasas de suicidio de los jóvenes aborígenes en Canadá bajan cuanto mayor sea el empoderamiento y participación política de la comunidad. Sería un ejemplo de empoderamiento comunitario.

Un estudio que muestra la importancia del empoderamiento a nivel individual se realizó en India con niños y niñas de 11-12 años. Consistía en hacerles resolver un problema cognitivo en 15 minutos. En el primer grupo de experimentos, no se prestó atención a la casta de los niños. En este caso, los niños de castas bajas resolvieron los problemas igual de bien que las castas más altas. En el segundo grupo de experimentos, se explicitó públicamente la casta de origen de los niños, es decir, que en el momento de la prueba todo el mundo sabía a qué casta pertenecía cada niño. En estas circunstancias, los niños de castas bajas obtuvieron mucho peores resultados. Para Michael Marmot, esto es lo que significa el desempoderamiento en acción: cuando van a la escuela, los niños y niñas saben que hay un trato desfavorable en su contra. Y esto acaba teniendo como consecuencia peores resultados académicos, peores trabajos, peores condiciones de vida y, en última instancia, peor salud.

## La investigación sobre desigualdades en Inglaterra

Cuando Michael Marmot presentó el informe de la Comisión sobre los Determinantes Sociales en Londres, en noviembre de 2008, el secretario de Estado de sanidad le encargó una investigación sobre cómo abordar las desigualdades en salud a partir de los determinantes sociales en el Reino Unido. Así se elaboró el informe titulado Fair society, healthy lives, que ha sido publicado en febrero de 2010.

Según Michael Marmot, el motivo que inspiró el título de este informe fue la consideración de que ningún dirigente político podría decir: "estoy en contra de una sociedad justa". En palabras de Marmot: "Una sociedad justa me parece algo que los políticos de cualquier perfil deberían perseguir". En resumen, este título sintetiza la idea de que si ponemos la justicia social en la base de todas nuestras decisiones, conseguiremos una sociedad saludable y reduciremos las desigualdades en salud.

El informe persigue dos objetivos principales: mejorar la salud de todas las personas y reducir las desigualdades de salud. Para conseguirlo, es necesario:

- Crear una sociedad de apoyo, que facilita y maximiza el potencial individual y comunitario.
- Garantizar que la justicia social, la salud y la sostenibilidad están en el centro de todas las políticas.

Por otro lado, el informe inglés plantea 6 objetivos y recomendaciones en los siguientes campos:

1. Dar a cada niño el mejor comienzo en la vida.
2. Facilitar que la infancia, la gente joven y los adultos maximicen sus capacidades y tengan control sobre sus vidas.
3. Crear pleno empleo y un trabajo digno para todos.
4. Garantizar un estándar de condiciones de vida saludable (en un país rico todo el mundo debería tener suficiente dinero para vivir).
5. Crear y desarrollar entornos y comunidades saludables y sostenibles.
6. Fortalecer el papel y los resultados de las actuaciones de prevención de la enfermedad.

Algunas cuestiones relevantes que emergen del informe en relación al reto de garantizar la salud, la sostenibilidad y la justicia social, son: la vigilancia y capacidad de los sistemas de salud; la importancia de la seguridad alimentaria y la provisión de agua potable; el petróleo (en el Reino Unido se considera que aproximadamente un 10% de la población está en situación de pobreza de combustible, entendida como aquellas unidades familiares que dedican más del 10% de sus ingresos en mantener caliente su hogar en invierno); la preparación ante los desastres naturales y la protección social para las poblaciones migrantes.

## La interrelación entre medio ambiente y salud

Otro argumento que expresó Michael Marmot es que hay que situar la agenda de la prevención del cambio climático junto a la agenda de la equidad en salud. De hecho, las políticas de transporte, la planificación urbanística, el desarrollo rural y las políticas alimentarias, todas tienen relación con la equidad en salud y también con el cambio climático.

En relación con este argumento, Marmot explicó que existen datos de 2008 de la American Public Health Association que muestran que el quintil más pobre de las familias estadounidenses, aquellas que ganan menos de 13.060 dólares al año, dedican un 42% de sus ingresos a la posesión y el uso de un vehículo. De esta manera, la dependencia del coche es un

desastre absoluto en términos ambientales y de cambio climático y es también un desastre en términos de equidad en salud, ya que si hay personas que dedican casi la mitad de sus ingresos a desplazarse, están invirtiendo menos en comida, en educación, o en actividades culturales y de ocio.

Por otro lado, el informe inglés ofrece datos que relacionan el acceso de la población a zonas verdes con las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares. En el caso de los sectores de la población con mayor exposición a zonas verdes, se demuestra que el gradiente social se reduce, de manera que las diferencias que existen en las tasas de mortalidad entre grupos de diferentes niveles de ingresos son muy inferiores en las áreas con zonas verdes a las diferencias que existen entre grupos con diferentes niveles de ingresos en las zonas con menos acceso a zonas verdes. En conclusión, invertir en la creación de zonas verdes es bueno para el medio ambiente y es bueno para la equidad en salud.

## La segregación espacial

Según Marmot, la segregación de la pobreza tiene peores efectos para la salud que la pobreza en sí misma. Así lo demuestran datos proporcionados por Sergio Bassanesi sobre tasas de violencia y de homicidios en Río de Janeiro y Porto Alegre, en Brasil.

Por ello, la forma en que organizamos nuestras ciudades tiene un gran impacto y el hecho de aislar a los sectores más pobres de la población en un gueto tiene efectos devastadores.

Algunas experiencias positivas

Entre las experiencias prácticas que han tenido éxito en el abordaje de las desigualdades sociales en salud, Michael Marmot destacó el caso de SEWA, un programa de desarrollo comunitario llevado a cabo en India, en el Estado de Gujarat. El proyecto consistió en consultar a las mujeres de un barrio degradado qué necesitaban con respecto a sus hogares; ellas explicaron que no querían marcharse a bloques de cemento construidos en la ciudad, sino que querían quedarse donde estaban, pero tener acceso a agua potable, algún medio para cocinar y un aseo.

Para conseguirlo, organizaron a la comunidad. Cada unidad familiar contribuyó con 50 dólares, que es mucho cuando vives con 1 dólar al día. Después, negociaron préstamos y, con sólo 500 dólares por unidad familiar, consiguieron mejorar sustancialmente las condiciones de vida en la barriada. Un seguimiento del proyecto demostró que se redujeron las enfermedades relacionadas con la falta de agua potable, los niños y niñas empezaron a ir a la escuela y las mujeres tuvieron acceso al trabajo, al no tener que dedicar tanto tiempo a buscar agua cada día.

Para Michael Marmot, éste es un ejemplo práctico de los resultados positivos del empoderamiento: una comunidad que se une, que decide lo que quiere y que, después, cuenta con el apoyo de algunas personas con las habilidades para conseguir préstamos y organizar el proyecto.

## La perspectiva local

Las recomendaciones del informe de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud se referían a todo el planeta. Pero Marmot señala que, para tener garantía de éxito, es clave adaptar estas conclusiones y recomendaciones a los contextos de cada país y de cada región.

En Gran Bretaña también se ha estado intentando actuar a nivel local. Con la investigación inglesa, Marmot consideró muy importante conseguir que estuviera enraizada en el territorio, en el ámbito local, independientemente de los cambios que hubiera en el gobierno nacional. Así se puso en marcha un proyecto de colaboración para desarrollar una estrategia integrada en el Noroeste de Inglaterra, de mayoría laborista y una de las zonas más pobres del país. La región aceptó ser colaboradora de la investigación y empezar a implementar las recomendaciones mientras se desarrollaba el trabajo.

En los encuentros que se organizaron con grupos locales en Liverpool, se realizaron unas sesiones participativas de un día de duración. Marmot hizo una presentación inicial, las personas asistentes se dividieron en grupos de trabajo y, como resultado, extrajeron las siguientes conclusiones:

- Nuestros valores deben dar forma a nuestros objetivos, no queremos un experto externo que nos diga cuáles deberían ser nuestros objetivos.
- Pensábamos que el problema eran las políticas y servicios de mala calidad, pero, a medida que hemos pasado el día, advertimos que el problema es la naturaleza misma de la sociedad (por ejemplo, la magnitud de las desigualdades de ingresos) y no sólo la calidad de los programas.
- Lo que medimos debería reflejar lo que queremos conseguir, no necesariamente lo que un experto nos dice que tenemos que medir.

Cuando Marmot les preguntó entonces si querían diseñar sus propias soluciones aunque no tuvieran ninguna evidencia de que funcionan, concluyeron: “Bueno, danos los principios de lo que funciona, pero déjanos resolverlo a nuestra manera”.

## Repercusiones de la investigación sobre los determinantes sociales

En referencia a la Comisión global sobre los determinantes sociales de la salud, Michael Marmot afirma que podríamos preguntarnos si alguien está escuchando, si se están tomando en serio sus recomendaciones y cuáles son las repercusiones que ha tenido el informe dos años más tarde de su publicación.

Como ejemplo de lo que está ocurriendo, destacó el plan estratégico para el abordaje de las desigualdades en salud que diseñó la ciudad de Londres bajo la alcaldía de Boris Jonson, un político conservador. Michael Marmot explicó que, cuando leyó el contenido del plan de salud de Londres, le sorprendió comprobar que él mismo podría haberlo escrito. De hecho, el texto estaba claramente inspirado en el informe de la Comisión sobre los determinantes sociales de la salud y en el trabajo producido en la investigación sobre Inglaterra.

Como muestra, los 5 objetivos estratégicos que recoge el plan londinense para solucionar las desigualdades en salud son:

1. Empoderar las personas y las comunidades de Londres para mejorar su estado de salud y su bienestar.
2. Mejorar el acceso a los servicios sanitarios y sociales de Londres, particularmente el de las personas que tienen peores resultados de salud.
3. Reducir las desigualdades de renta y minimizar las consecuencias negativas para la salud de la pobreza relativa (lo que significa que se considera a todos los sectores de la población).
4. Incrementar las oportunidades de las personas de acceder a los beneficios potenciales del trabajo y otras formas de actividad para una vida plena.
5. Desarrollar y promover Londres como un lugar saludable para todos, de los hogares a los barrios a la ciudad en su conjunto.

Otro ejemplo lo encontró Marmot en una frase pronunciada en la reunión del Consejo Económico y Social de Naciones Unidas, en julio de 2009:

"...Yet, inequities in health outcomes persist within and among countries. Most of the difference is attributable to the conditions in which people are born, grow, live, work and age".

Es una cita textual del informe "Subsanar las desigualdades en una generación", dicha por Ban Ki-moon, el secretario general de las Naciones Unidas.

Cuando se presentó el informe de la Comisión, la revista The Economist describió el compromiso de subsanar las desigualdades en una generación de "quijotesco", lo que significa algo así como "irrealista". A eso, Michael Marmot, responde: "Ladran, Sancho, señal que cabalgamos".

**¿Puede desarrollar un poco más cuál es el papel de la educación para la salud y los efectos que en un momento de crisis como el actual puede tener el desempleo?**

En relación a la educación, los datos que conseguimos en el informe Marmot indicaban que hay un claro gradiente social que relaciona los resultados educativos con el grado de pobreza de la zona de origen. En el decil de la población con el nivel de ingresos más bajo, sólo un 25% de jóvenes aprobaron todas las asignaturas en el examen nacional que se hace a los jóvenes entre 15 y 16 años. En el tercer decil esta proporción fue de en torno a un 33% de jóvenes y en el primer decil en torno a un 68%. Por eso, no debemos centrarnos sólo en el 10% de la población con menos ingresos, hay que ver el gradiente completo. En cuanto a cómo mejorar los resultados educativos, también vimos que lo que ocurre en la escuela no es el único factor que influye en el desarrollo educativo. Hay otros factores muy determinantes que tienen que ver con el entorno como son la familia y el entorno social más amplio. Creo que la educación es vital, y no sólo la educación en salud, sino la educación en sí misma, que te proporciona un lugar en la sociedad, pero nuestro informe demuestra también que esto viene determinado desde el momento en que una persona nace. La única forma de reducir las desigualdades en educación es reducir las desigualdades en la sociedad. En cuanto al desempleo, un ejemplo de las consecuencias que puede tener lo vimos en la ciudad inglesa de Liverpool. En la década de los años 80, hubo una crisis en que el desempleo en Inglaterra pasó de menos de un millón a 4 millones de personas. Los jóvenes que dejaron los estudios nunca aprendieron el hábito de trabajar y nunca desarrollaron una carrera profesional, porque cuando dejaron la escuela no encontraron trabajo y, después, cuando la economía mejoró, tampoco encontraron un empleo porque no tenían ni experiencia ni formación. Fue toda una generación perdida. Los sectores más afectados por una crisis como la nuestra son los sectores con menor nivel de ingresos y menor nivel educativo, los trabajadores menos cualificados. Una política de empleo activa debería preocuparse por que los jóvenes mejoren su nivel educativo para que, cuando la economía mejore, puedan obtener un trabajo.

**Uno de los motivos por los que se dice que hay más obesidad es por la falta de oportunidades para hacer ejercicio físico y los altos precios de las frutas y verduras. ¿Está usted a favor de subvencionar estos productos más saludables para abaratar el coste y hacerlos accesibles a todo el mundo?**

En Europa hemos destinado enormes cantidades de dinero en subsidios para el sector agrícola. Creo que a la hora de decidir si subvencionar o no el sector alimentario y en qué

medida, deberíamos poner la salud y los impactos en salud en la base de la toma de decisiones, y no considerar otras razones políticas.

**¿Cómo podemos prever que en los próximos años haya en Europa efectos para la salud relacionados con los recortes en las políticas de bienestar?**

La naturaleza del régimen del bienestar importa para la salud. Existen análisis interesantes que estudian el modelo nórdico, el modelo europeo continental y el modelo anglosajón. Y lo que muestran es que algunos determinantes, como las condiciones laborales, tienen un impacto en la enfermedad más importante en el modelo anglosajón que en el modelo nórdico o en el de Europa continental. Esto muestra que las características del Estado del bienestar son importantes. En la Comisión sobre los determinantes sociales de la salud, he estado muy interesado en ver qué podemos aprender del modelo nórdico de Estado del bienestar para aplicarlo al resto del mundo. Se creó un grupo llamado NEWS (Nordic Experience of the Welfare State) que publicó un extraordinario informe (The Nordic report) que mostraba que hay aspectos del sistema del bienestar que realmente tienen un impacto, como el sistema de impuestos y su repercusión en la distribución de la riqueza. Y si comparamos Gran Bretaña con Finlandia, Noruega y Suecia, todos estos países tenían unos niveles de pobreza muy similares antes del Estado del bienestar, si consideramos el número de personas que tenían menos del 60% de la media de ingresos. Sin embargo, después, como consecuencia de la redistribución que supuso el sistema de impuestos y beneficios, el nivel de pobreza se redujo a un 50% en Gran Bretaña y a más de un 70% en los países nórdicos. Las decisiones políticas en el espacio social y económico del bienestar pueden ser analizadas por su impacto en la salud y en las desigualdades en salud.

**¿Cuál es el motivo por el que un alcalde conservador como el de Londres compra la estrategia de reducción de desigualdades, cuando detrás de la reducción de desigualdades hay una serie de valores que no son necesariamente compartidos por todo el espectro político?**

Para aprender de tu experiencia, tienes que entenderla. Y yo no sé porqué el alcalde de Londres respondió positivamente. Ignoro qué pasó, pero sí creo que sé lo que le motivó: él es inteligente, y una persona inteligente no puede ignorar la evidencia cuando se le pone delante. Pondré otro ejemplo que conozco, el caso de Francia. Allí, donde tienen un gobierno de derechas, fui invitado por el Ministro de Sanidad para hacer una presentación del informe de la Comisión. Hace unos días recibí un correo de un ministro que me explicaba que el ministro de sanidad les ha pedido que consideren qué están haciendo para reducir las desigualdades en salud y quería saber lo que estamos haciendo en Inglaterra. Le pregunté a

un colega francés lo mismo que tú a mí: ¿por qué un gobierno de sentido conservador tiene interés por las desigualdades en salud? Él me contesto que cada niño o niña en Francia sabe qué es la égalité, es un concepto fundamental que está en la base de su cultura. Tal vez sea un poco ingenuo, pero debemos apelar a los mejores instintos de las personas.

**En la sociedad catalana, en los últimos años estamos inmersos en una absorción de otras culturas que se ha acelerado mucho. Desde la experiencia británica, ¿cómo podemos considerar la dimensión multicultural desde una perspectiva homogénea?**

Es una gran cuestión relacionada con las características de la sociedad que queremos. Tal vez sea más fácil para los países nórdicos tener buenas políticas, porque son pequeños y relativamente homogéneos. En EEUU, en cambio, que es un imperio de 300 millones de personas, vasto y muy diverso, es muy difícil conseguir hacer cosas de una forma cohesiva y socialmente integrada. Una pregunta fundamental que tenemos que hacernos es qué tipo de sociedad queremos crear en Europa aquellos países más grandes y diversos; ¿vamos a ser como Estados Unidos o como Noruega? En mi opinión, deberíamos ser como Noruega, pero es más complicado. Aún así, podemos dar pasos en esta dirección. En el informe Marmot tenemos recomendaciones concretas.

**El debate político está cada vez menos centrado en valores y más centrado en lo que la ciudadanía quiere oír. Y el debate sobre las desigualdades en salud supone poner en cuestión el funcionamiento de la sociedad. Ahora, con las medidas anunciadas por el gobierno español de ninguna manera se redistribuye la riqueza o se sitúa el peso en las personas que más tienen, sino que acaba pagando una mayoría de población que no es la que más tiene. Me gustaría que desarrollases más la cuestión de las desigualdades de género, porque en la presentación has hablado más de las desigualdades económicas que de las de género, que también son importantes y patentes en la sociedad.**

Las desigualdades de género son muy visibles cuando te mueves fuera de los países con más ingresos. No es porque no haya también problemas en los países con más ingresos, pero en ellos las mujeres viven más que los hombres, y vemos que hay muchos países con menores ingresos donde las mujeres no viven más que los hombres. Una cuestión fundamental es el empoderamiento de las mujeres. En muchos países del mundo, ellas no participan en la educación como los hombres o el empleo informal es mucho más común en las mujeres. Hay personas que consideran que la planificación familiar es la principal medida sanitaria que hay que tomar en todo el mundo, ignorando que si quieres reducir la tasa de nacimientos, tienes que educar a las mujeres además de facilitar el acceso a la contracepción. En todo el mundo, en los países donde las mujeres tienen mayor nivel educativo tienen menos hijos de media. En

los países con más ingresos las desigualdades de género son más sutiles, ellas pueden acceder a la educación, pueden acceder al trabajo, tienen acceso al sistema sanitario... pero no por sutiles las desigualdades son menos importantes. Recientemente leí un artículo que explicaba que en Gran Bretaña la masificación de la educación superior en un período de 30 años comportó que fueron las hijas de las familias con niveles de ingresos medios las que mayoritariamente accedieran a la Universidad. Este estudio concluye que, en este sentido la equidad de género ha ido en contra de la equidad social, ya que no fueron los chichos y chicas de las familias con menores ingresos quienes fueron a la Universidad, sino que fueron las chicas de familias con mayor nivel de ingresos las que se educaron. Sin embargo, yo no creo que tengamos que poner una desigualdad sobre otra.

**Las políticas europeas actuales están fomentando medidas orientadas a reducir el déficit público (de un 12% a un 3%) que no consideran en absoluto el principio de igualdad, ya que la situación de partida no es la misma para todo el mundo y las medidas pretenden afectar a todo el mundo indiscriminadamente. ¿Qué opinas de esto?**

Vuelvo a mi mantra de poner la justicia en el centro de todo lo que hagamos. Una forma en que se ha descrito la crisis del euro es que la población de Grecia ha sido sacrificada para preservarlo. Cuando el FMI le anunció a Grecia las medidas que tenía que tomar, pensé que se trataba de otro ajuste estructural. El mismo tipo de ajuste estructural que en los países pobres provocó tantas penurias y tanto dolor, cuando el FMI forzó a los países pobres a adoptar las mismas ideas que no persuadían a los países ricos. No soy economista, pero me pregunto cómo se podrá recuperar la economía griega; si creas una situación que obliga a despedir a más trabajadores en el sector privado y recortas el sector público al mismo tiempo, ¿de dónde vendrá la recuperación? Es como si se hubiera decidido que se puede sacrificar a la población griega porque tenemos un objetivo mucho más importante, que es salvar el euro. No soy un euro escéptico, y creo que el proyecto Europeo es fantástico, pero si para salvar el euro hay que tomar decisiones que afectan al bienestar de la población, creo que no podemos permitirnos medidas que van a hacer que la vida de la gente sea mucho peor y que, además, van a constituir un obstáculo para la recuperación de la economía.

# 3

Mesa redonda

## CIUDADES SALUDABLES E INCLUSIVAS

**28 de mayo de 2010**

# La crisis económica y la agenda de la equidad

BEATRIZ GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL

Catedrática de métodos cuantitativos en economía y gestión.
Universidad de la Palmas de Gran Canaria.

## La crisis económica actual

La catedrática de métodos cuantitativos en economía y gestión Beatriz González López-Valcárcel comenzó su ponencia con una presentación de las características y el alcance de la crisis económica actual. El déficit público en España (del cual tenemos datos mes por mes), llegó hasta los 87.000 euros mensuales a finales de 2009, lo que significa 3.000 euros de déficit diarios. Ese déficit equivale a la mitad de los ahorros que se van a conseguir en los últimos seis meses de 2010 con los recortes anunciados por el gobierno que afectan a los sueldos de los funcionarios públicos, la congelación de las pensiones, el cheque bebé, la ayuda al desarrollo, etc.

Por otro lado, el tipo de interés que estamos pagando por la deuda pública española es actualmente es mucho mayor del que paga Alemania; sin llegar al 10% de Grecia, en alguna subasta del mes de mayo de letras del tesoro, se llegó a ofrecer el doble del tipo de interés que en la subasta anterior. Estas cifras ofrecen una idea del alcance de la situación.

¿Cuáles son las propuestas de solución que se están considerando? Además de los recortes anunciados por el gobierno para reducir el gasto público, han aparecido otras ideas orientadas a aumentar los ingresos. Así, el prestigioso economista Joseph Stiglitz publicó recientemente un informe sobre la posibilidad de recaudar en España 7.400 millones anuales con tasas en los mercados financieros: una pequeña tasa a los activos de la banca (0,15%) y una tasa del 0,01% a cada operación de transacción financiera que se realice en los mercados financieros para desincentivar la especulación a corto plazo, complementada con otra pequeña tasa adicional.

También por la vía de los ingresos, la Generalitat ha acordado subir el IRPF para las rentas altas, entendidas como aquellas mayores de 100.000 euros brutos (de base imponible bruta).

En opinión de Beatriz González López-Valcárcel, cuando analizamos la situación actual es importante saber trascender del hoy para ver en un contexto temporal más amplio. En este sentido, el National Bureau of Economic Research (NBER), una institución de análisis económico radicada en Massachussets, ha publicado una historia de las crisis económicas mundiales desde el siglo pasado (1850). Y la crisis actual, que empezó en el año 2007 con la burbuja inmobiliaria y los mercados financieros en los Estados Unidos, está siendo de la envergadura y el alcance de la gran crisis que empezó en 1929 en EEUU.

En la historia de las crisis económicas, desde 1970, cuando hubo una subida del precio del petróleo y cundió el miedo a la crisis energética, en el mundo ha habido 124 crisis bancarias generalizadas, 208 crisis de moneda (en que un país tenía que devaluar su moneda), 63 crisis de la deuda soberana (en que un país se declaraba en quiebra y no podía pagar su deuda), y algunas crisis dobles y múltiples. Si consideramos EEUU, sólo ha tenido dos crisis en la historia del siglo XX. En España, durante este siglo hemos tenido la crisis de 1977, cuando, con el final de la democracia, tuvimos tasas de inflación del 18% y una escalada de costes que dio lugar a una crisis del sistema bancario que arrastró a la economía. Como crisis de la moneda, hemos tenido la devaluación de la peseta en 1983.

Durante la crisis de 1977, la última crisis bancaria que ha habido en España, ocurrió que en un corto período, de 1978 a 1983, hubo que rescatar a 24 bancos, liquidar a cuatro, y 52 bancos, que representaban el 20% de todos los depósitos, tuvieron problemas de solvencia. ¿Qué pasó con el sistema bancario español a partir de 1977? Quedó reforzado y, en consecuencia, la banca española es de los pocos sectores que tenemos internacionalizados, con presencia fuerte en muchos países desarrollados del mundo. Esa crisis española de 1977, en la economía real, apenas supuso un coste respecto al PIB, apenas una pequeña bajada. En la gran crisis de 1929, en cambio, que llegó a Europa a principios de los años 30, hubo una bajada del PIB de casi el 30%, y una duración de 4 años. La crisis actual se parece más a la de 1929 que a la de 1977.

## El nuevo Estado del bienestar

Ante esta situación, se empieza a plantear la idea de que el Estado del bienestar podría flaquear y que el modelo social europeo, basado en un estilo de vida confortable y cómodo, quizá esté en peligro.

¿Hasta qué punto está en peligro y cómo se relaciona esto con la equidad? Según Beatriz González López-Valcárcel, estamos cambiando la forma tradicional de medir el éxito de los países. Así, de un enfoque unidimensional y simplista, que hasta ahora medía el éxito a partir del desarrollo económico (porcentaje de crecimiento o decrecimiento del PIB), se está avanzando hacia definiciones y medidas multidimensionales más complejas. Este nuevo enfoque considera que el éxito tiene un componente económico, pero también hay que considerar y medir la salud, el bienestar, la seguridad, la sostenibilidad y el resto de componentes del capital humano.

En esta línea, a finales de 2009 se publicó un estudio comisionado por el gobierno francés, elaborado por Stiglitz y varios premios Nobel de economía (Amartya Sen y Atkinson, entre otros) que proponía 8 dimensiones para medir el éxito de una sociedad:

1. El PIB y otros estándares materiales de vida (ej. la renta, el consumo, la riqueza...)
2. La salud
3. La educación
4. Las actividades personales, incluyendo el trabajo
5. La voz política (el empoderamiento)
6. La conexiones y relaciones sociales
7. El entorno actual y futuro (cómo condicionamos el planeta que vamos a dejar a nuestros nietos)
8. La inseguridad económica y física

Este nuevo planteamiento, que ya se está trabajando, al dejar de considerar el crecimiento económico como única prioridad, sitúa la salud en el centro de las políticas y supone un avance enorme para el planeta. La equidad deja de ser vista entonces como una restricción a la eficiencia y las desigualdades sociales como efectos secundarios inevitables del progreso económico.

## Sobre el concepto de equidad

Hasta el siglo XXI, la equidad era una preocupación de los países pobres. Pero en la última década, la Unión Europea ha empezado a enfatizar la equidad y la reducción de las desigualdades sociales injustas como factor clave de la estrategia europea de progreso.

En opinión de Beatriz González López-Valcárcel, la consideración de las desigualdades sociales y su impacto en la salud está teniendo una enorme trascendencia académica y social en los últimos años. Entre las publicaciones recientes relacionadas, destaca la de Mackenbach, publicada en The New England Journal of Medicine, en 2008 (Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries), la de Michael Marmot aparecida en febrero de 2010 (Fair Society, Healthy Lives: A Strategic Review of Health Inequalities in England), o la que acaba de elaborar el Ministerio español en el marco de la presidencia europea (Moving towards health equity).

La equidad supone reducir desigualdades injustas y evitables de forma que mejore la situación de toda la población. Podríamos decir: como los sectores más ricos tienen mejores resultados en salud, si empeoran su situación reducimos las desigualdades, pero este no es un logro de equidad. Y para González López-Valcárcel, lo complicado es conseguir conjugar los dos grandes objetivos del sistema: eficiencia y equidad. Además, la equidad en salud es muchísimo más difícil de abordar que la equidad en renta, donde hay políticas redistributivas con un resultado claro.

La vuelta de tuerca de la política europea reciente es que se está tratando de demostrar que la equidad es eficiente y que reducir las desigualdades en salud abordando los determinantes sociales conduce a un mayor rendimiento económico.

Podemos encontrar un ejemplo de esta posición en un informe de finales de 2007 de la Unión Europea, cuyo primer autor es Mackenbach. El estudio se basa en el gradiente importante de salud existente entre las personas que no tienen estudios y las personas que tienen estudios de secundaria en adelante. Como conclusión, plantea que si todos los europeos alcanzasen el nivel de estudios secundarios, podríamos aumentar un 9,5% el PIB europeo, podríamos ahorrarnos un 15% de los costes de la Seguridad Social y el 20% del gasto sanitario.

## Los efectos de la crisis en la salud

Para Beatriz González López-Valcárcel estudiar los efectos de la crisis económica sobre la salud es complejo, porque hay muchas interacciones implicadas. Unos son efectos a corto plazo y otros a largo plazo, unos son tangibles y otros intangibles, unos son visibles y otros invisibles, unos son reversibles y otros irreversibles, unos son directos y otros indirectos.

Toda crisis económica tiene efectos sobre la salud y sobre el bienestar, que es ese concepto difuso situado entre la salud y la felicidad. De entrada, las crisis económicas concluyen con una distribución de la renta distinta a como empezaron. Y este hecho, dependiendo de cómo sean de igualitarias las sociedades, influye inevitablemente en el nivel de salud.

Entre los posibles efectos directos de la crisis económica, Beatriz González López-Valcárcel señala que la crisis aumenta el desempleo y éste es causa de depresión y estrés emocional. Entre los efectos indirectos asociados al contexto político e institucional, puede pasar que el corto plazo prevalezca sobre el largo plazo y la salud pase a ser una preocupación menos primordial para los gobiernos, que pueden desatender los programas preventivos por afrontar otras urgencias.

Si consideramos las consecuencias que han tenido las crisis económicas sobre salud a lo largo de la historia, hay mucha literatura que revisa sus efectos sobre la mortalidad y otros resultados de salud. Por ejemplo, desde el viernes negro de 1929 se hablaba en la prensa del suicidio de los banqueros. Esto también puede verse en estadísticas muy básicas referentes a los suicidios de los barones de distintas edades.

Otro ejemplo de crisis económica que es especialmente relevante es el desplome de la Unión Soviética en 1989. Y existe mucha literatura de epidemiología sobre este tema. Entre 1990 y 1994, en los años de desintegración institucional de la Unión Soviética y del Estado, la mortalidad estandarizada por edad aumentó un 30% y la esperanza de vida de los hombres, que era muy baja de 64 años, bajó a 58 años.

En un estudio bastante controvertido y muy interesante publicado en The Lancet en 2009, unos investigadores de la London School of Tropical Medicine demuestran que en los países de ese bloque soviético desintegrado, donde hubo un plan de choque que consistió en privatizar masivamente la industria, la esperanza de vida al nacer se desplomó. Mientras que en los países del bloque del Este, como Polonia, donde el plan de privatización fue más paulatino y no tan masivo, el efecto sobre la mortalidad fue mucho más tenue. Según Beatriz González López-Válcarcel este artículo fue contestado, pero es interesante por dos motivos: en primer lugar, nos habla de cómo la política económica puede afectar a la salud de forma significativa y, en segundo lugar, porque demuestra que el capital social amortigua los efectos. Es decir, que incluso con privatizaciones en masa, en aquellas comunidades bien vertebradas, donde había redes sociales, familiares y de amigos protectoras, el efecto fue menos devastador. Para Beatriz González López-Valcárcel esto es una enseñanza para nosotros, tanto para España como para la Red Española de Ciudades Saludables y las redes sociales que lidera.

Si comparamos la Rusia desintegrada con la Finlandia vecina, que también tuvo una crisis en 1997 muy fuerte, pero donde hay un Estado del bienestar protector, vemos que el efecto de la crisis no sólo no se nota, sino que fue positivo, en el sentido que incluso se redujo la mortalidad por el abuso del alcohol.

¿Cuáles pueden ser los efectos de la crisis económica en España? Beatriz González López-Valcárcel afirma que tenemos algunos indicios muy preocupantes: por un lado, el enorme aumento de jóvenes, entre 16 y 19 años, que están en paro pero tampoco estudian, ni enseñanza reglada ni no reglada. Según datos de la EPA (encuesta de población activa), actualmente hay 200.000 jóvenes de entre 16 y 19 años que están en su casa y no trabajan, pero tampoco estudian. Es la llamada generación de los ni-ni, que se ha doblado en España en apenas cinco años. Y no sólo eso, sino que de todos los parados de esa franja edad, ahora 2 de cada 3, no estudian, cuando en el año 2005 era la mitad (1 de cada 2).

Otro síntoma preocupante para España es que, a raíz de la crisis del año 2008-2009, aumentó muchísimo el consumo de restaurantes de comida rápida. Según el panel de alimentación del ministerio de agricultura, en España hemos ido a un establecimiento de comida rápida o fast food 6,5 veces por persona y año en 2009. Además, las comidas preparadas fueron las que más aumentaron en los comedores colectivos (lo que incluye colegios, empresas, etc.). Beatriz González López-Valcárcel considera que es una tendencia preocupante que indica que la crisis ha agudizado una situación preexistente en la sociedad española.

## Una oportunidad de cambio

En opinión de Beatriz González López-Valcárcel, las crisis también tienen su lado positivo. La palabra crisis no quiere decir recesión, sino decisión o separación. De hecho, tiene la misma raíz que crítica o que criterio. Una crisis sirve de acicate para el cambio y puede ser una oportunidad para mejorar si sabemos priorizar y recortar selectivamente.

Las democracias occidentales crearon los bancos nacionales como una solución para evitar que los gobiernos tiraran del fácil recurso de la máquina de hacer moneda, aumentando la inflación. Así fue como los gobiernos se ataron las manos creando una institución ajena a ellos, independiente, que se encargara de llevar la política monetaria relacionada con la creación de dinero. Incluso ahora, esta institución ni siquiera está en España, sino en el Banco Central Europeo.

Algo así podría hacerse con las políticas del bienestar: intentar crear un organismo independiente que, por encima de los gobiernos, tomara decisiones de largo plazo (algo parecido al Pacto de Toledo con las pensiones, pero para todas las políticas sociales). A esta propuesta, Beatriz González López-Valcárcel y un grupo de personas del ámbito de la salud pública y la economía de la salud la llaman el National Institute of Welfare Enhancement (NIWE).

## Conclusiones

1. No todas las crisis económicas son iguales ni tienen la misma repercusión para la salud. Actualmente, nos encontramos en una crisis financiera y económica global de proporciones similares a la Gran Depresión de 1929.

2. Estamos en un momento de transición en la manera de medir el éxito de los países: de un enfoque unidimensional que sólo consideraba el crecimiento económico (el PIB), estamos pasando a un enfoque multidimensional que integra cuestiones como la salud, la educación, el bienestar y otros componentes del capital humano. Desde esta nueva perspectiva, la equidad deja de ser vista como una restricción a la eficiencia y mitigar las desigualdades sociales en salud se convierte en un aspecto clave para medir el éxito de una sociedad.

3. Los efectos de las crisis económicas sobre la salud dependen de su intensidad, duración, de las condiciones de desigualdad de partida y las políticas que ponen en marcha los gobiernos. Las políticas públicas, unas instituciones fuertes, la existencia de un Estado del bienestar y un alto nivel de vertebración y apoyo mutuo en la sociedad civil pueden prevenir y curar muchos de los efectos de la crisis económica sobre la salud.

4. Las crisis tienen su lado positivo, en tanto que son un acicate para el cambio y para la mejora de organizaciones, procedimientos y políticas. A raíz de la crisis actual, el planeta puede dar un salto cualitativo hacia un modelo de desarrollo económico más sostenible.

5. Particularmente durante las crisis hay que estar vigilantes con la equidad y proteger a los sectores más vulnerables. Hay que evitar que el desempleo suponga un empeoramiento de los estilos de vida y que lo urgente se arrogue prioridad absoluta sobre lo importante, descuidando inversiones a largo plazo en capital humano.

# Planificación urbana saludable

ORIOL NEL·LO

Secretario por la Planificación Territorial de la Generalitat de Catalunya

En esta ponencia, Oriol Nel·lo abordó los aspectos relacionados con la equidad y el acceso a los servicios básicos que Beatriz González López-Valcárcel había tratado a escala global, pero desde la perspectiva local de los barrios de Catalunya. Para ello, se centró en la experiencia de la Ley Catalana de barrios, con la intención de presentar las principales lecciones aprendidas en los años de implementación del proyecto.

## La problemática de partida

En opinión de Oriol Nel·lo, es un error meter a todos los ciudadanos en el mismo saco sin tener en cuenta las desigualdades internas. La Ley de barrios se planteó como una exigencia de justicia social, para garantizar la igualdad de todos los ciudadanos en el acceso a los servicios básicos, el progreso y la renta. Pero también como una forma de calificar la ciudad por la equidad, entendiendo que una ciudad sin fracturas internas en su interior es más atractiva, agradable y eficiente que la que se nos presentara fragmentada en distintas partes.

La Ley de barrios trata de responder a la problemática que surge de una paradoja: desde el final de la dictadura, nuestros pueblos y ciudades han ido evolucionando a mejor. En la gran mayoría de los casos, todos son espacios mejor dotados de servicios, más agradables y saludables que hace 30 años.

Sin embargo, en la última década se ha podido constatar que en las principales áreas metropolitanas españolas: Madrid, Barcelona, Valencia, Bilbao, Sevilla, Málaga, Zaragoza... reemergían algunos problemas que creíamos ya superados. Problemas como la sobre ocupación de la vivienda, la degradación de los espacios públicos, o la dificultad de acceso a los servicios básicos.

Para Oriol Nel·lo, esta situación se debe a la concatenación de dos fenómenos: la evolución del mercado inmobiliario y el cambio en las tendencias demográficas. Sobre el primer aspecto, explicó que, desde el año 1996 hasta el año 2007, hemos conocido un ciclo muy particular del mercado inmobiliario, que ha comportado un alza sostenida de los precios por un período muy largo, inducida por la entrada de activos financieros desde los mercados bursátiles hacia el mercado inmobiliario, donde encontraban rendimientos más altos. Esto ha provocado que la adquisición de vivienda como bien de uso se haya sometido a unos precios cada vez más elevados por aquellos que la estaban adquiriendo como bien de ahorro, de inversión o de cambio. Como consecuencia, una parte sustancial de la población, y no sólo quienes menos tienen, sino también las capas medias, se han visto en dificultades muy notables para el acceso a la vivienda.

Por otro lado, esta evolución del mercado inmobiliario ha coincidido con un cambio sustancial de la dinámica demográfica, caracterizada por un estancamiento en la evolución de la población española entre 1975 y 1996. En el momento en que estas generaciones entraron en el mercado laboral, eran cohortes muy reducidas, la economía española crecía muy por encima de la media europea y esto supuso de manera inevitable una demanda de población extranjera.

Oriol Nel·lo destacó que este fenómeno ha atraído un notable influjo de población extranjera, que en el caso de Cataluña ha llevado a pasar de 6 a 7 millones y medio de habitantes en apenas 10 años. La población recién llegada, en relación al mercado inmobiliario, presenta en muchos casos una situación de insolvencia similar a la de la población autóctona de capas medias y bajas. Entre las consecuencias de esta situación, Oriol Nel·lo destacó el aumento de los riesgos de la segregación urbana, ya que la población con menor nivel de ingresos tiende a concentrase allí donde los precios son más accesibles y ello genera un bucle de desvalorización del mercado de la vivienda en la zona. Esto acaba comportando la creación de áreas urbanas muy homogéneas desde el punto de vista social, hecho que es claramente una barrera para la igualdad de oportunidades y también para las cuestiones de salud pública.

Por otro lado, Oriol Nel·lo explicó que esta problemática tiene lugar en tres tipos de zonas: los barrios que constituyen los núcleos antiguos de las ciudades, donde se concentra una serie de déficits urbanísticos notables, los polígonos de vivienda que se crearon en Catalunya en los años 60 y 70 y las áreas surgidas de forma rápida en procesos de urbanización marginal.

Para responder a esta situación, la Ley de barrios utiliza un fondo de la Comunidad Autónoma y propone a los municipios que, si tienen un barrio en situación de dificultad y quieren intervenir en él de forma integral, no para reparar fachadas o para mejorar la vivienda,

promover el comercio, abordar cuestiones de igualdad de género o aspectos laborales, de forma aislada, sino todos estos aspectos a la vez, los incluyan dentro de un proyecto que será subvencionable entre un 50 y un 75%. En esencia, Oriol Nel·lo afirmó que es la forma de funcionamiento del programa Urban, que se desarrolló a mediados de los años ochenta en la Unión Europea.

## Aprendizajes de la aplicación de la Ley de barrios

1. La necesidad de tener una visión de conjunto

Según Oriol Nel·lo, los problemas de muchos barrios tienen una expresión local pero en realidad obedecen a razones de carácter estructural como los mencionados: la evolución del mercado de vivienda, cambios de las tendencias demográficas, etc. Y precisamente por su carácter global, no pueden tener un tratamiento efectivo contando únicamente con los agentes locales. Por ello la Ley de barrios combina la acción local un una intervención de un nivel más alto.

2. Que se constate una problemática no significa que haya un buen proyecto para resolverla

Cada año, la Generalitat recibe entre 60 y 70 solicitudes dentro de la Ley de Barrios. ¿Cómo se seleccionan los proyectos? En proyectos del programa Urban desarrollados en Francia se consideraban indicadores socioeconómicos de los barrios y se actuaba en aquellos que se consideraba en peores condiciones. Pero este procedimiento fue erróneo: por un lado, porque una concentración alta de la problemática no siempre iba acompañada de buenos proyectos y, por otro lado, porque el hecho de marcar un ranking de los barrios en peor situación de Francia se demostró una práctica muy perjudicial para estos barrios, porque contribuyó a una mayor estigmatización e hizo que la gente tendiera a huir de ellos.

En síntesis, la Generalitat tiene en cuenta una serie de variables pero también juzga la calidad del proyecto. En palabras de Oriol Nel·lo: "el programa no es tanto para barrios con problemas, sino para barrios con proyectos que tratan de resolver los problemas".

3. Este tipo de problemas sólo pueden resolverse con proyectos de carácter transversal

Esta constatación ha llevado a una cooperación interadministrativa, lo que se llama gobernanza multinivel. Pero, para Oriol Nel·lo, la cooperación intraadministraviva con frecuencia se muestra mucho más difícil que la cooperación entre diversos niveles de gobierno y, sin embargo, resulta esencial para tratar de resolver los problemas.

En este trabajo transversal, la distribución de los recursos disponibles en la Ley de barrios ha abarcado intervenciones muy diversas, desde actuaciones en la mejora del espacio público a

los elementos comunes de la edificación (como los ascensores), proyectos de equidad de género (se ha invertido en este campo 23 millones de euros), mejoras sociales...

4. La importancia de la inversión pública

Según Oriol Nel·lo, dotarse de un instrumento de financiación pública como el que proporciona la Ley de barrios funciona como catalizador de otra inversión pública que llega al barrio y también sirve de dinamizador de la inversión privada.

De hecho, si mediante la inversión pública consigues modificar el mecanismo de la formación de la renta diferencial del suelo, consigues también que el mercado te siga. Porque quien dejaría de invertir en el barrio o dejaría la vivienda vacía, piensa que es mejor arreglar la vivienda para quedarse a vivir o para sus hijos.

5. Es necesaria una nueva relación entre los gobiernos regionales y los ayuntamientos.

En palabras de Oriol Nel·lo: "Sólo si se parte de la proximidad y del conocimiento de los problemas, se tiene alguna capacidad de éxito". Por ello, la administración regional debe ponerse al lado de los ayuntamientos, e incluso un paso atrás, entendiendo que quines han de acometer la intervención son quienes conocen el problema y tienen legitimad para dar la cara delante de la ciudadanía.

Esto es lo que intenta la división de funciones planteada por la Ley de barrios, que ha supuesto también algunos problemas relacionados con el hecho de compartir el financiamiento, ya que ha exigido un esfuerzo notable de inversión para los ayuntamientos.

Por otro lado, se ha intentado dar forma a la transversalidad mediante unos comités de evaluación y seguimiento en que intervienen todas las personas de un ayuntamiento que tienen relación con la problemática del barrio, desde la guardia urbana, hasta urbanismo y salud. Y por otra parte, incorporan a todas aquellas personas de la Generalitat que hacen lo mismo, presididos por el alcalde y el secretario. En opinión de Oriol Nel·lo, se trata de órganos muy potentes e innovadores, puesto que nunca antes se habían sentado juntos Generalitat y ayuntamientos para incidir en la problemática de los barrios; ni siquiera lo habían hecho distintos departamentos de la Generalitat y los ayuntamientos, en muchos casos, tampoco.

6. El proyecto sería fallido si sólo fuera un ejercicio administrativo.

Para Oriol Nel·lo esta lección implica que es necesaria, no la participación, sino la implicación de los vecinos, que deben sentir el proyecto como propio. Porque los vecinos son los propietarios de las viviendas en el 86% de los casos, por tanto, si no se creen ellos el proyecto,

el parque de vivienda no va a salir adelante. También, es importante que la población de estos barrios gane autoestima y no piense que lo que quiere es, sobre todo, salir del barrio, como ocurre en tantos países europeos, porque entonces el barrio está condenado.

De esta manera, también se ha incorporado a representantes de la ciudadanía en los Comités de evaluación y seguimiento. Para mejorar la participación hace falta cambios de la administración, que tiene que ser capaz de dialogar y escuchar más, pero hacen falta también cambios desde el punto de vista de la ciudadanía. En este sentido, Oriol Nel·lo afirmó que las estructuras de representación vecinal que tenemos son en muchos casos cáscaras vacías de movimientos que existieron antaño y tienen una representatividad muy baja. Sólo si conseguimos articular mejor los movimientos vecinales y tienen fuerza como movimientos ciudadanos, tendremos buenos éxitos en el campo de la participación ciudadana.

7. Es necesario compartir las experiencias.

Los proyectos de la Ley de barrios han contado con una persona que realiza la coordinación técnica de barrio, una figura a caballo entre la función de mediación, gestión, el activismo social... También se ha creado una red llamada "Barrios con Proyectos", que facilita el encuentro y el intercambio de buenas prácticas de las personas que la integran.

8. La importancia de evaluar.

La Ley de barrios establece la obligación de hacer evaluaciones de los proyectos al cabo de cuatro años de vigencia del programa. Los resultados de estas evaluaciones, que han sido publicadas, presentan luces y sombras.

Para seleccionar los barrios, se utilizaron 16 indicadores estadísticos que daban una puntuación, y a mayor puntuación, mayor posibilidad de ser escogido. Después de cuatro años de aplicación del programa, una consultora volvió a medir los indicadores. El resultado era que en aquellos barrios que tenían toda la probabilidad de ir a peor, la situación desde que iniciaron proyectos de la Ley de barrios, la situación ha mejorado notablemente en términos objetivos. Es un indicador interesante de un cierto éxito. Pero hay otros resultados no tan halagüeños, por ejemplo, a la pregunta: ¿cree que la vida en el barrio ha mejorado en los últimos 5 años?, el 50% dice que sí i el 30% dice que no.

Otra pregunta especialmente relevante era: "Si pudiera, ¿se iría a vivir a otro barrio?" En el 86% de los casos, la respuesta es negativa. En opinión de Oriol Nel·lo, más que los indicadores cuantitativos, ésta es la parte más positiva de los resultados. Los barrios tienen grandes dificultades, pero no son guetos en los que la población está pensando sobre todo en cómo hace para salir. Al menos, en un porcentaje muy elevado.

9. La necesidad de tener una actitud permanentemente crítica con los instrumentos de los que nos hemos dotado.

En la administración rige el principio básico de que una cosa se hace porque se ha hecho siempre, seguido de la máxima: "funciona, no lo toques". Oriol Nel·lo concluyó su presentación explicando que esta forma de funcionamiento, ante una realidad tan cambiante como la actual, es una receta segura para el fracaso. Por ello, permanentemente se están planteando modificaciones y mejoras del programa de la Ley de barrios.

# Intervención de alcaldes y concejales de la Red Española de Ciudades Saludables

## JULIO SETIÉN

### Alcalde de San Fernando de Henares (Madrid)

El alcalde de San Fernando de Henares de Madrid, Julio Setién, comenzó su intervención haciendo referencia al contexto de crisis económica, y expresó que, frente a los gobiernos que consideran variables la salud y el bienestar de la población, y como invariables el patrimonio y la riqueza de los poderosos, é defiende a los gobiernos que, en cambio, consideran variables la riqueza de los poderosos y como necesidad moral y política el aumento del bienestar y de la salud de los ciudadanos. "Si en España flaquea el Estado del bienestar cuando hay 14.000 individuos que tienen el equivalente al 80% del PIB, es porque se hace una política que permite que flaquee, no porque no haya recursos suficientes para avanzar", afirmó. Así, ante la situación de recortes producida en los últimos meses, Julio Setién subrayó que algunos alcaldes han expresado que no se deben recortar servicios. Más bien al contrario, deberían reforzarse, precisamente porque hay crisis.

Otra idea que expresó es que en las ciudades, sobre todo en las pequeñas y medianas, no siempre se correlaciona directamente la acción en torno a los objetivos de ciudades saludables

con los resultados en la salud de la población. En San Fernando de Henares, por ejemplo, la mayor parte de habitantes trabaja fuera del municipio como trabajadores asalariados. Por tanto, las condiciones laborales, la contaminación atmosférica o cómo influye el tiempo de desplazamiento en su calidad de vida, son aspectos en qué la ciudad no puede intervenir. Para Julio Setién, los ayuntamientos trabajan con competencias y recursos muy limitados y la acción en materia de salud requiere la coordinación con otras administraciones.

Por otro lado, afirmó que los ayuntamientos no sólo se deben dedicar a gestionar lo posible, sino que tienen que trabajar con la ciudadanía y con las redes sociales para reclamar a otras administraciones que planteen políticas orientadas a la salud, coherentes con los valores que defiende la RECS.

En cuanto a las iniciativas en marcha en San Fernando de Henares relacionadas con las desigualdades en salud, Juliol Setién destacó el inicio de un proyecto de rehabilitación de 5.000 viviendas en edificios de más de 30 años, prácticamente la mitad de todo el parque de vivienda del municipio. Otras intervenciones consisten en el desarrollo de los espacios verdes urbanos, que mejoran el entorno de paseo y promueven un modelo de ciudad compacta, con espacios públicos verdes. También consideró fundamentales las acciones sociales y deportivas que están destinadas a toda la población pero se concentran especialmente en colectivos como la infancia y la tercera edad. En palabras de Julio Setien, "es importante mirar la ciudad con sus ojos para conseguir una mejora cualitativa".

Por otro lado, Julio Setién hizo hincapié en la importancia de facilitar desde el ámbito municipal las estructuras que dan más poder a la ciudadanía, ya que los mecanismos de participación también generan y posibilitan las políticas de salud. A partir de la experiencia de los 3 planes de salud realizados en San Fernando de Henares, considera que hay una correlación entre la participación de la ciudadanía en todos los ámbitos de la vida y las políticas de salud.

En San Fernando existen 9 consejos sectoriales, un foro infantil y un foro de adolescentes, además de un consejo consultivo donde están representadas todas las asociaciones, un foro ciudadano elegido por sorteo, al que se rinden cuentas y se debaten proyectos. De este modo, todas las obras del Plan E de la ciudad se han debatido en este foro y las intervenciones de la ciudadanía han alterado muchas de las ideas que tenía el personal técnico para las obras, ya que la ciudadanía aporta aspectos que detectan en la cotidianeidad de su barrio.

También hay diversos canales de participación online muy activos, que facilitan la interacción con jóvenes que tal vez no tienen edad para votar y no participan habitualmente en los foros presenciales, pero que tienen ideas sobre la vida en el municipio y utilizan Internet para

enviar sus críticas y sus sugerencias. En este último año, en San Fernando de Henares se han recibido y contestado más de 6.000 intervenciones de la ciudadanía por estos canales.

Entre los puntos débiles de los programas en marcha, Julio Setién destacó la falta de incorporación de la mujer al deporte, las dificultades para transmitir un discurso global de ciudad saludable a la población (se hacen muchas actuaciones, pero falta una reflexión de conjunto en este ámbito), y problemas relacionados con la basura y los animales domésticos, además de la concentración de la población inmigrada en los barrios más antiguos.

## SANTIAGO PÉREZ

### Alcalde de Guadix (Granada)

El alcalde de Guadix, Santiago Pérez, un municipio granadino de 20.000 habitantes, enfatizó la necesidad de contextualizar las intervenciones que nos presentaría en el marco de una población pequeña, que no cuenta con los recursos ni la capacidad económica de otras ciudades. Con todo, en su opinión, si existe voluntad política y se cuenta con las personas adecuadas en el equipo técnico, los recursos económicos no siempre son un imponderable para llevar a cabo estas políticas y también los municipios pequeños pueden llevar a cabo muchas intervenciones orientadas a fomentar la salud de la población, sensibilizarla y trabajar por los hábitos saludables.

Cuando el Ayuntamiento de Guadix se propuso impulsar políticas de salud, se planteó la necesidad de contar con la complicidad de los sectores de población a quienes irían dirigidos los programas. Entre los objetivos, en primer lugar, se incorporó la perspectiva de la evaluación de la salud en las políticas generales del consistorio municipal.

En segundo lugar, se pretendía generar estilos de vida saludables. Este proyecto se puso en marcha en un momento difícil, no porque hubiera crisis, sino porque se estaba en un momento de expansión económica, y se daban hábitos de vida sedentaria y mala alimentación que incidían negativamente sobre la salud de los niños y niñas y las personas mayores. Todo ello tenía que englobarse en las competencias municipales limitadas por la legislación regional y nacional. También era muy importante no emprender el camino en solitario, sino disponer de una concatenación de fuerzas y sinergias con otras administraciones públicas, como la Consejería de Salud, con la que se han llevado a cabo distintos programas.

Por otro lado, la concejalía de salud tenía que liderar el proyecto y coordinarse con otras concejalías que también tienen relación con los hábitos de vida saludable, especialmente consumo, educación y juventud, además de bienestar social y mujer. Finalmente, el objetivo de Guadix era analizar las actuaciones realizadas y mejorarlas para hacerlas más eficaces.

Para incidir de forma efectiva en los colectivos destinatarios del proyecto, se planteó una metodología práctica. En primer lugar, se diseñó una estrategia para la promoción de alimentación saludable, que acabó enlazándose a un Plan municipal de salud, con una vigencia cuatrienal.

Por otro lado, se plantearon acciones en torno a problemáticas especialmente relacionadas con la juventud: el consumo de alcohol, el tabaquismo y los accidentes de tráfico. Se desarrolló un Plan local de juventud, además de un programa específico llamado "Edúcate en

consumo", que promovía la alimentación saludable y la actividad física, dirigido especialmente a la infancia, la juventud y las personas mayores. En el terreno de la comunicación, se ha definido un plan de participación ciudadana en que se convoca a todas las asociaciones de vecinos y entidades sectoriales para recoger sus sugerencias e inquietudes y se han creado espacios en radios y en medios escritos.

En colaboración con la Universidad de Granada, el Ayuntamiento de Guadix organiza las jornadas "Envejecimiento con calidad", bien como curso específico de la Universidad de verano o como curso anual.

Por último, Setién detalló otras iniciativas como la campaña de higiene y seguridad alimentaria es "La salud va de mano en mano", que proporciona recomendaciones para manipular alimentos perecederos y utilizarlos en la cocina, las jornadas de senderismo urbano orientadas a conocer la ciudad y el entorno, los cursos de dietoterapia con perspectiva de género, la oferta de desayunos saludables en los centros educativos y el proyecto "Las noches de ocio", pensado para proporcionar alternativas en las plazas públicas al botellón, muy extendido en Andalucía.

## PEIO LÓPEZ

### Concejal de Salud y Consumo del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz

Peio López hizo un repaso de las actuaciones de esta ciudad mediana, de 235.000 habitantes, que se incorporó a la Red Europea de Ciudades Saludables en la V fase. Desde entonces, se han llevado a cabo diversas actuaciones en el municipio orientadas a favorecer la salud y la equidad en todas las políticas.

La ciudad tiene un Plan de salud y desarrolla programas para mejorar las condiciones de vida de las personas con patologías crónicas, en colaboración directa con entidades del tercer sector. El Ayuntamiento dedica unos 212.000 euros anuales a actividades de apoyo y asesoramiento a las asociaciones de enfermos y familiares y trabaja de forma conjunta con la administración sanitaria.

En cuanto a apoyos colectivos a sectores desfavorecidos, Vitoria es pionera en el proyecto "Casa del abrazo", un servicio que, desde hace 20 años, da acogida a enfermos de SIDA, también realizado conjuntamente con el tercer sector y acompañado por una serie de programas de apoyo a personas con SIDA y drogodependencias.

También, se ofrecen programas de prevención del consumo de drogas y de salida de la dogroadicción, y hay un amplio abanico de servicios residenciales que trabajan con la filosofía de visualizar la progresión en los avances personales que realizan las personas usuarias.

Dentro de los estilos de vida saludables y la promoción de la salud, Peio López destacó la Red de Observatorios Nutricionales, creada conjuntamente con la Universidad del País Vasco para evaluar los hábitos nutricionales y la obesidad infantil, y definir cuál puede ser la mejor forma de lanzar mensajes efectivos.

A través de la red de centros cívicos de la ciudad, se ofrecen cursos y talleres de alimentación para la población adulta, que a veces se ubican en el mercado central, y programas de paseos saludables acompañados de un monitor.

Dentro del Plan municipal de drogas y adicciones, se desarrolla un proyecto escolar donde se trabaja la prevención en el consumo de drogas legales e ilegales, además de abordar los accidentes infantiles y sensibilización y prevención en salud mental.

Como proyecto innovador, Peio López destacó la evaluación del impacto en salud que, a modo de ensayo, se está realizando en un proyecto concreto del Ayuntamiento de Vitoria: el soterramiento de la vía del tren que atraviesa la ciudad.

La iniciativa combina una serie de procedimientos y herramientas a partir de los cuales se puede juzgar un programa o proyecto respecto a su efecto potencial sobre la salud de la población. En síntesis, supone un marco referencial sistemático, multidisciplinar e intersectorial, el manejo de información cualitativa y cuantitativa, con una clara orientación hacia las desigualdades sociales de salud y la participación.

La línea de Madrid a Irún pasa por la ciudad y la divide en dos, cosa que ha afectado a una de las zonas, ya que la vía ha hecho que quede aislada del resto de la ciudad, donde está el centro. Peio López afirma que el soterramiento de la vía va a tener una influencia para la ciudad y la salud de los ciudadanos, porque después se va a intervenir en esa zona, se va a construir vivienda, se crearán bulevares... El análisis previo del proyecto mostrará aspectos positivos y negativos y permitirá corregir los potenciales impactos negativos que pueda tener para la salud.

Peio López explicó que esta iniciativa ha conseguido entusiasmar a todos los departamentos del Ayuntamiento de Vitoria; también aquellas áreas como urbanismo o vía pública, que normalmente están más ocupadas de otras cuestiones, participan con interés en las reuniones.

Finalmente, el concejal de salud y consumo de Vitoria, subrayó que la Red de Ciudades Saludables, española y europea, ha permitido al municipio incorporar al proceso de planificación en salud el concepto de los determinantes sociales, le ha enseñado a utilizar metodologías de trabajo y enfoques para la evaluación del impacto en salud. En palabras de Peio López: "Compartir experiencias con el resto de miembros nos ha dado la posibilidad de implementar nuevas intervenciones que no se nos hubieran ocurrido sin este trabajo en red".

## CLEMENTE MURILLO

### Concejal de Salud del Ayuntamiento de Hospitalet de Llobregat

Clemente Murillo presentó Hospitalet de Llobregat como una ciudad de más de 260.000 habitantes, repartidos en 12,5 kilómetros cuadradosm y un índice de población inmigrada global de en torno al 25%. El municipio entiende la salud como uno de los pilares fundamentales de la calidad de vida de las personas y cuenta con un Plan integral de salud, diseñado con la colaboración de la sociedad civil organizada.

Dutante su intervención, este concejal de salud afirmó que para dar respuesta a las demandas crecientes que plantea la sociedad, es necesaria la cooperación entre las distintas administraciones públicas. Por ello, celebró la creación de los Gobiernos Territoriales de Salud, una iniciativa de la Generalitat de Cataluña que acerca la gestión de la salud a los ayuntamientos y les otorga un papel importantísimo mediante la proximidad y la participación ciudadana.

A la cuestión de si es oportuna la participación ciudadana en las políticas de proximidad, el concejal de Hospitalet responde que es esencial, porque permite una mayor y mejor defensa de la autonomía local; de hecho, en su opinión la mejor defensa de una política es la presión de la ciudadanía en un foro como los gobiernos territoriales de salud. La administración local es quien mejor conoce las necesidades y las potencialidades de un territorio y, dentro de los Consejos de Salud (una de las estructuras de los Gobiernos territoriales), los ciudadanos y ciudadanas pueden plantear, canalizar y resolver las reivindicaciones existentes.

Aparte del Plan de salud, en Hospitalet de Llobregat se han puesto en marcha diversos proyectos. Entre ellos, Clemente Murillo destacó el programa "Hospitalet 100% saludable", que pretende inculcar hábitos saludables a la población, en coordinación con la concejalía de deportes y la concejalía de educación; los talleres de alimentación saludables para los niños y niñas; la organización de actividades como Tai Chi en los parques...

También, se ha desarrollado el programa "Subamos escaleras" en todos los centros del Ayuntamiento y el proyecto "Hospitalet te acompaña", que ofrece información y acompañamiento a las personas enfermas de cáncer y sus familiares.

Por último, Clemente Murillo hizo hincapié en un programa del Ayuntamiento de Hospitalet de Llobregat orientado a facilitar que todas aquellas personas que no tienen ingresos y no pueden pagarse un tratamiento, no dejen de hacerlo por la falta de recursos.

## TURNO DE PREGUNTAS

**De la ley de Barrios se desprende algo que Oriol Nel·lo no ha explicado hoy en su intervención: un modelo de ciudad integradora, propio de nuestro entorno mediterráneo. Me gustaría que nos explicara algo más de esta manera de entender la ciudad, que le hemos escuchado en otras ocasiones.**

(Oriol Nel·lo) Cuando la publicidad nos presenta entornos saludables, estos son casi siempre entornos no urbanos, mientras que la ciudad aparece casi siempre representada como el epíteto de lo no saludable. Es una paradoja enorme, porque, precisamente, el proceso de urbanización es lo que ha permitido mejorar las condiciones de vida de la población o favorecer el acceso a la asistencia sanitaria. Pero, aunque la metropolización ha tenido ventajas, el crecimiento de las ciudades ha evolucionado también con problemas.

En su desarrollo, la urbanización se está dispersando más y más sobre el espacio. Esto desencadena un consumo de cantidades ingentes de suelo, fragmenta los espacios naturales y causa problemas de movilidad, ocasionando costes muy altos para los ayuntamientos en la prestación de los servicios. La expansión en el territorio va acompañada de una especialización funcional de los espacios urbanos que, en lugar de ser entornos integrados, se dividen en zonas residenciales, áreas productivas, zonas comerciales... Esto aumenta las necesidades de movilidad y supone una carga extraordinaria en infraestructuras y consumo energético. Pensad que la mitad de las personas que trabajan en la región metropolitana de Barcelona, lo hace fuera de los municipios en los que viven. Por otro lado, la especialización funcional va acompañada de una división social en el mercado de la vivienda, con los consiguientes procesos de segregación espacial. Para afrontar estos riesgos desde el urbanismo, en mi opinión necesitamos intervenir más; no desregular, sino regular mejor y diseñar más y mejores políticas territoriales.

El objetivo ha de ser conseguir un modelo de urbanización que tenga tres rasgos: en lugar de dispersión, compacidad física, de manera que el crecimiento se produzca en continuidad, con una densidad razonable y una distinción clara entre espacio abierto y espacio urbano; frente a la especialización, complejidad funcional, para evitar la creación de zonas desiertas y favorecer esa mezcla de actividades que da riqueza al espacio urbano; y ante la segregación, cohesión social, propiciando la convivencia de grupos sociales diversos, como una forma de calificar la ciudad a través de la justicia social.

**Las ponencias de esta mañana nos han enseñado muchas cosas. Por ejemplo, Beatriz apuntaba que es fundamental la educación y que lo que podamos invertir en ella va a influir tanto en la salud como en la cohesión social. Esta idea nos proporciona un**

**argumento importante de actuación en los municipios; como no podemos crear puestos de trabajo, solemos planificar actividades formativas para los jóvenes y para las personas adultas que están en situación de desempleo. Esto habitualmente genera un comentario por parte de quienes vienen a pedir trabajo: "Dénos trabajo, y no nos dé más cursos". Pero hay que entender que es la mejor inversión para el futuro; es importante que estas personas tengan formación porque, si no, cuando se active la economía, no se podrán incorporar al mercado de trabajo.**

(Beatriz González López-Valcárcel) La educación es esencial para salir adelante como país, porque tenemos que reconvertir a una gran parte de trabajadores actuales no cualificados. Cuando tuvo lugar la Expo de 1992 se decía: "Antes de la Expo todos albañiles, durante la Expo todos camareros, después de la Expo todos parados". Y de alguna manera esto ocurre. Necesitamos que después de la crisis haya personas cualificadas, y para ello están los cursos de formación ocupacional. Y además, los y las jóvenes necesitan estar ocupados, porque si no, pueden ser una generación perdida. A mí me preocupan mucho los 200.000 jóvenes entre 16 y 19 años que hay en España que son ni-ni, ni estudian, ni trabajan. Michael Marmot nos mostró un ejemplo de lo que puede ocurrir en esta situación: es justo lo que pasó en ciudades en crisis industrial como Liverpool, donde hubo una generación entera perdida, porque cuando les llegó la hora de trabajar no tenían empleo, pero tampoco continuaron sus estudios, y se perdieron, entraron en la marginación. Además, la educación no sólo es una inversión de capital social, es un placer. Las personas que envejecen saludablemente son aquellas que tienen intereses y creatividad, algo que deriva en gran parte de la educación.

**Durante la inauguración, decía la consellera que la gran transformación que nos ha permitido mejorar la salud en nuestro país ha venido de la mano de la democracia. Pero este hecho no siempre es visible, y creo que es importante que se enfatice porque, con la crisis, a veces se olvida y se genera una tendencia en que algunas personas proponen soluciones menos democráticas.**

(Beatriz González López-Valcárcel) Venimos de un país pobre en este sentido, porque la España franquista era tremenda. Por mucha crisis que tengamos ahora, si nos comparamos con el año 75, hemos dado un paso de gigante. Pero nuestra democracia aún tiene que profundizarse. Está claro que la democracia es esencial para la salud, pero también tenemos problemas de corrupción y, a veces, de democracia formal, más que real. También tenemos problemas de sistemas de información poco transparentes en salud; parece que las comunidades autónomas se han atrincherado, ofrecen mucha información, prolija y muy pormenorizada, pero los datos no son comparables con los de la comunidad autónoma vecina, con lo cual es imposible el benchmarking, la mejora por comparación. Necesitamos que la

democracia sea más transparente y menos opaca, y también fortalecer el tejido social. Redes como la de ciudades saludables aportan mucho, pero tenemos todavía déficits serios.

# 4

Ponencia

## PRESENTACIÓN DEL ANTEPROYECTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y SUS IMPLICACIONES EN EL ÁMBITO LOCAL

Ildefonso Hernández

# El anteproyecto de la Ley General de Salut Pública y sus implicaciones en el ámbito local

ILDEFONSO HERNÁNDEZ

Director General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Política Social

Ildefonso Hernández aprovechó las Jornadas para iniciar un diálogo sobre la Ley general de salud pública que está en proceso de elaboración, ofrecer unas pinceladas de los rasgos generales que contiene el anteproyecto y cuáles son sus implicaciones para los municipios. Actualmente, este anteproyecto de Ley aún no está aprobado en el Consejo de ministros. Ildefonso Hernández explicó que, una vez aprobado, se hará una amplia difusión del borrador y se abrirá a un período de aportaciones durante cuatro meses, para llevar finalmente el anteproyecto al Parlamento en otoño.

La Ley general de sanidad se centraba en los ejes de prevención y promoción de la salud, pero, estos aspectos no se concretaron finalmente. El desarrollo legislativo posterior se ha centrado en la ordenación de los servicios asistenciales y, de alguna manera, ha obviado la salud pública. Por lo tanto, según Ildefonso Hernández, la nueva Ley retoma el espíritu de la Ley general de sanidad, que quería hacer de la prevención, la promoción y la protección de la salud, el eje de la política de salud. Su intención es también reivindicar la efectividad y calidad de la salud pública y establecer unos requisitos para poder implantar y evaluar sus estrategias.

Por otro lado, Ildefonso Hernández explicó que el anteproyecto pretende conseguir que las actuaciones de salud pública que ahora están fuera de la función de la autoridad sanitaria queden dentro de su competencia, porque estas intervenciones pueden tener efectos negativos para la salud y la autoridad sanitaria debe tener capacidad para deslegitimar o incluso frenar las actividades que puedan ser potencialmente prejudiciales.

Los ejes generales que mueven el anteproyecto de la Ley general de salud pública son:

1. Establecer un marco estatal para favorecer que la equidad y la salud en todas las políticas sea posible.

2. Fomentar una organización de la salud pública adaptada a una estructura estatal, facilitando una cohesión territorial, no en el sentido financiero tradicional, sino humano.

En total, 164 artículos organizados en 3 capítulos: derechos y deberes en salud pública, intervenciones en salud pública y organización de la salud.

Entre sus rasgos más relevantes para el tratamiento de los determinantes sociales de la salud, Ildefonso Hernández señaló que la Ley define como obligatoria la evaluación del impacto en salud y propone un trabajo en red que permita compartir el conocimiento. De hecho, en España no hay muchas personas que sepan realizar evaluaciones de este tipo. La nueva Ley permitiría facilitar los mecanismos necesarios para realizar estas evaluaciones, y no como un mero trámite burocrático. Así, pretende establecer una red de profesionales e instrumentos para que, cuando se necesiten para hacer una evaluación de impacto en salud, se utilicen de forma compartida.

También, hay un capítulo preliminar que contiene las definiciones en salud pública, establece los principios básicos que inspiran las actuaciones de salud pública y declara la importancia de la promoción y prevención de la salud, que ha de ser prioritaria frente a la asistencia sanitaria en la resolución de los problemas de salud, actuando sobre los determinantes sociales.

Otra de las características del texto es que evita la retórica y el planteamiento de deseos que después quedan incumplidos. Para ello, la mayoría de los capítulos incluyen un apartado de garantías, que identifica quiénes son las personas responsables que deberán rendir cuentas por la ejecución de las acciones.

Por otro lado, fomenta la transparencia. El anteproyecto de Ley establece el derecho de la ciudadanía a acceder, por regla general, a toda información que afecte a su salud. De manera que las personas responsables deberán comunicar a la población la existencia de cualquier riesgo que pueda ser relevante para su salud.

En el ámbito de la ética, la Ley general otorga el derecho a la valoración no sesgada de las intervenciones sanitarias. Esto significa que las intervenciones que afectan a la salud de la población no deben hacerse en entornos donde existen conflictos de intereses o priman intereses muy claros. Como ejemplo, Ildefonso Hernández indicó que no se puede convocar a grupos de expertos para valorar las intervenciones de deshabituación del tabaquismo y que esté financiado por quien tiene interés en un fármaco concreto para esta deshabituación. Por

lo tanto, en todo el borrador rige la declaración pública de intereses de toda persona que vaya a hacer recomendaciones que afecten a la salud de la población.

Uno de los capítulos que Ildefonso Hernández considera más importantes es el apartado preliminar que define cuáles deben ser los criterios comunes que serán exigibles a cualquier intervención en salud pública, entre ellos: equidad y salud en todas las políticas, acciones de mejor calidad, reducción de las desigualdades... De este modo, el borrador determina que cualquier actividad de intervención, incluidas las prestaciones en salud y en salud pública, tendrá que cumplir los siguientes principios generales: salud en todas las políticas, pertinencia, eficiencia social, precaución, proporcionalidad, equidad, transparencia, participación ciudadana, rendición de cuentas, evaluabilidad, integración funcional y ética (autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia y veracidad).

Además, los artículos detallan en qué consisten cada uno de estos principios, cómo aplicarlos y cómo rendir cuentas. La proporcionalidad, por ejemplo, significa que no hay que destinar recursos a una acción en detrimento de otra que podría ser más importante o efectiva, en lo que supone un análisis de coste-oportunidad.

Actualmente, donde se destina más tiempo y recursos en vigilancia de la salud pública es en lo relacionado con las enfermedades transmisibles y menos en otras áreas. El anteproyecto determina que la vigilancia de la salud estará formada por los siguientes sistemas: vigilar los condicionantes de salud, entre ellos vigilancia de los determinantes sociales de la salud y las desigualdades, que incluye mediciones a nivel individual y ecológico, es decir, tanto variables y acciones del individuo que afectan a su salud, como variables del entorno social en el que vive, incluyendo las propias políticas e intervenciones que determinan la salud de la población.

En cuanto a la monitorización, la Ley otorga potestad a la autoridad sanitaria para solicitar información a otros departamentos del gobierno por motivos de salud pública, de forma que no tenga tantos problemas para obtener información relevante. Además, la gestión sanitaria se considera una acción de la salud pública y los servicios sanitarios deben dirigirse en coordinación con salud pública, monitorizando los impactos en salud. Porque si todas las políticas tienen que evaluarse en términos de salud, es lógico que la política de servicios asistenciales también se valore por sus resultados en salud.

En el ámbito de la organización de la salud, el texto intenta aprovechar de la forma más eficiente posible toda la inteligencia que hay en el país para ponerla a la disposición de quien la necesite. Por lo tanto, no pretende crear estructuras, aunque se creen organismos como la Agencia Española de Salud Pública y el Centro de Evaluación de Políticas y Prevención de

enfermedades. De hecho, este Centro no será un espacio físico, sino más bien una página web, y estará formado por personas expertas de toda España que trabajaran en red. Para ello se establecen acuerdos de las comunidades autónomas, las corporaciones locales, universidades y centros de investigación.

También se crea un Consejo Estatal de Salud Pública, que trata de impregnar todas las políticas de equidad en salud. Estará presidido por la ministra y estarán representadas todas las Comunidades Autónomas (a través de la Comisión de Salud Pública), además de la Federación Española de Municipios, la administración general del Estado y representantes de la sociedad civil. Su función es preparar una estrategia general de salud pública a aprobar por el Consejo de ministros. En definitiva, recogerá los planes interdepartamentales en los lugares donde existen, como Cataluña, además de cualquier sugerencia y buena práctica, y lo incorporará en un marco general.

En cuanto a la organización de la salud pública en el municipio, Ildefonso Hernández destacó algunos aspectos. Por ejemplo, el hecho de que cita expresamente a la Red Española de Ciudades Saludables para que tenga representación en todos los órganos y capacidad de decisión, tanto en el Consejo Estatal como en la Agencia Española de Salud Pública.

La estrategia estatal de salud pública incorporará las acciones que se desarrollan en las comunidades autónomas cuando sea necesario y cuando desde el Estado se pueda ayudar, bien modificando una norma que lo haga más viable o bien tratando de que haya un presupuesto.

En cuanto a las competencias, Ildefonso Hernández indicó que la Ley general de salud pública es una ley de bases en la que se establecen unas reglas generales que son exigibles a todas las intervenciones, pero no especifica programas concretos, cuya competencia, según determina claramente la Constitución, estaría en las Comunidades Autónomas.

Además de las competencias propias de los municipios que ya estaban establecidas, el anteproyecto ofrece la posibilidad de que se le otorguen nuevas competencias, siempre y cuando se acuerden con las comunidades autónomas o con mancomunidades de municipios. Entre los artículos relacionados con la organización de la salud pública en el municipio, trata la evaluación del impacto en salud, establece como norma general la elaboración de planes locales de salud, que tienen que estar coordinados con los planes autonómicos, e incluye la participación ciudadana y el derecho a la información en el ámbito local.

## TURNO DE PREGUNTAS

**Me gustaría hacer una sugerencia, desde mi experiencia de tres años en la Diputación de Girona. En un momento de crisis como el actual, hay que aprovechar esta Ley para poner la salud pública entre las prioridades en la agenda política de las Diputaciones. Como organismo local de ayuda a los municipios, las Diputaciones son autónomas, reciben aportaciones del Estado y las distribuyen según su criterio. Por tanto, hacen carreteras, polideportivos, restauran iglesias... Yo creo que valdría la pena incluir también como obligación que las Diputaciones apoyen a los municipios en protección de la salud. La mayoría de municipios, incluso pequeños, tienen pabellones deportivos, pero las llaves las tiene el presidente del Club de Baloncesto y quizá el pabellón no se haya revisado nunca o no se haya hecho la gestión sanitaria, ni la inspección de salubridad que tocaba. En las Diputaciones, muchas veces te tienes que pelear con otros departamentos para ver qué parte del presupuesto irá invertido en estos temas; por lo tanto, aprovechemos la Ley estatal para incidir en que esto es importante.**

Esta cuestión está considerada en el capítulo de organización del municipio. También hay otro capítulo dedicado a la cooperación en materia de salud pública que habla de la coordinación con todos los niveles. Hay un margen para mejorarlo; seguramente quienes trabajáis en las Diputaciones podréis aportar la mejor forma para que sea mucho más efectiva su eficacia. En cuanto esté aprobado el borrador, todo el mundo lo recibirá en formato electrónico e, independientemente de la tramitación reglamentaria, haremos un esfuerzo para convocar jornadas de discusión. También, queremos que haya el suficiente tiempo para que lo reviséis porque no nos asustan las sugerencias, al contrario, queremos recibirlas.

**No sé si la nueva Ley contempla la profesionalización de la salud pública. Actualmente existe poca oferta formativa, en forma de máster y bastante ligada a las ciencias de la salud. Pero la visualización que está teniendo ahora la salud pública, y considerando la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, creo que requerirá de nuevos profesionales y de perfiles muy diversos.**

Sí que se contempla, de hecho el borrador apunta un carácter multidisciplinar, en que cualquier grado puede hacer salud pública. Eso quiere decir que una persona licenciada en filosofía pura podrá ser profesional en salud pública. No os extrañéis, yo la primera vez que fui al CDC era un geógrafo el que llevaba el programa de ITS y lo llevaba muy bien, era uno de los expertos mundiales. Lo que sí se exige es que, aparte del grado, haya una formación reglada en salud pública. También hay un capítulo dedicado a investigación en el que se establece la

obligación de los investigadores que hayan utilizado dinero público de hacer llegar los resultados de su investigación que puedan tener implicaciones prácticas a las personas responsables de tomar las decisiones. También incluye que en los curriculums de los investigadores se valorará aquella investigación que tenga una orientación práctica en salud pública, es decir, se le da valor a que los investigadores se dediquen a responder a los problemas actuales de implantación. Por ejemplo, estaría bien investigar cómo dirigir la salud pública, porque uno llega y le pregunta a todo el mundo y nadie sabe lo que tiene que hacer. Por ejemplo, yo cuando llegué me hubiese gustado tener alguna referencia sobre cómo se maneja, cuáles son los grupos de interés específicos y toda una serie de problemas que van surgiendo y vas aprendiendo sobre la marcha.

(Andreu Segura) Además, desde la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria es especialmente pertinente, porque en la situación de crisis económica y social actual, desde sanidad podemos colaborar, podemos contribuir a la superación de la crisis de diversas maneras. Una manera es reduciendo el despilfarro en sanidad, aunque haya gente que no lo quiera entender y, sobre todo, la iatrogenia. Los países ricos tienen entre sus principales problemas de salud pública el de iatrogenia, no es ninguna exageración. A ello contribuye el consumo sanitario inapropiado, porque hemos banalizado el consumo sanitario. Y este funciona cuando está indicado, y también en prevención. Y por eso ha insistido mucho Ildefonso en que la Ley tenga capacidad para desde la salud pública poder conducir iniciativas que desde el sistema sanitario en su conjunto, y desde el sistema sanitario asistencial, está haciendo en prevención, de una manera absolutamente irracional, gastando mucho dinero, consiguiendo una carga laboral muy grande para los trabajadores de la salud, y con un impacto en términos positivos de salud casi despreciable. Lo que estamos gastando en prevención y control clínico de enfermedades cardiovasculares es, desde el punto de vista de la lógica de la salud pública, un escándalo. Se gasta mucho dinero, se sobrecarga el sistema asistencial de demandas que, además, inducimos nosotros, y no conseguimos ni un ápice en el control del sedentarismo o el control de peso de la población. Para eso tenemos que actuar sobre los determinantes sociales que tienen que ver con las conductas, y con las conductas no sólo tiene que ver la información, los médicos hasta hace poco éramos los que fumábamos más.

(Josep Lluís de Peray) Esta Ley es muy bisagra; la salud pública se integra en el sistema nacional de salud, y también tiene una dimensión muy intersectorial e interdepartamental, para poder integrar la salud en todas las políticas de forma muy decidida. Yo creo que esto puede servir para la transformación no solamente del sistema sanitario, sino en general de todas las prestaciones sociales.

**(Enric Llorca) Yo quería agradecerte la especial sensibilidad que has tenido con el mundo local, al recoger algunas de las cuestiones que ya habíamos comentado en el seminario de Menorca. Y sobre todo, el hecho de que de una forma explícita figure la elaboración de los planes municipales de salud. Un instrumento importantísimo, que sirve para que los políticos podamos tomar las decisiones con conocimiento. La verdad que cuando está elaborado el Plan municipal de salud, uno se asombra de la cantidad de información que llega a contener, que muchas veces está dispersa en el ámbito de los departamentos del municipio. También es un instrumento de participación, porque recoge la opinión de la población y lo que cree que son sus problemas de salud, que a veces nos llegan a sorprender, porque nos pensamos que los problemas son unos y la gente nos dice que vive otros asuntos como problemas de salud.**

(Ildefonso Hernández) Muchas gracias y, lo dicho, aprovecho para pediros una cosa: que reclaméis que salga la Ley pronto, siempre que podáis y donde podáis.

# 5

# ENTREVISTAS

# Entrevistas

## ILDEFONSO HERNÁNDEZ

Director General de Salud Pública y Sanidad Exterior del Ministerio de Sanidad y Política Social

**Una línea principal del anteproyecto de la Ley general de salud pública es la de los determinantes sociales de la salud. ¿Cuáles son los aspectos que más preocupan al Ministerio en relación a las desigualdades en salud y que en su opinión sería priotario abordar en España?** Aunque el marco de los determinantes sociales de la salud es relativamente nuevo en la generación del conocomiento, creo que ya hay suficiente trabajo realizado en España en relación a las desigualdades, como hemos visto durante estas jornadas. También disponemos de los sistemas de información para monitorizar las desigualdades en salud y del suficiente rigor profesional y científico para abordarlas. Por tanto, creo que es prioritario diseñar estrategias que vayan en esta dirección desde cada uno de los niveles competenciales y, al mismo tiempo, que la normativa facilite que todas las políticas que pueden afectar a la equidad en salud tengan en cuenta estas cuestiones.

**¿Y cómo integra estas prioridades la nueva Ley general de salud pública?** La futura ley, que ahora está en fase de borrador de anteproyecto, dispone que se incluya como primer punto de la vigilancia en salud pública la monitorización de los determinantes sociales y de las desigualdades en salud. También exige que todas y cada una de las actuaciones de salud pública incorporen el eje de la equidad de forma explícita. Y esto será una obligación para el desarrollo de cualquier estrategia de salud pública, no una simple recomendación, de forma que, si las personas responsables no tienen en cuenta esta garantía de equidad, tendrán que responder por ello.

**Aparte de esta obligatoriedad, ¿se preveen herramientas para facilitar la monitorización?** Dada la estructura del Estado español, en lugar de crear centros físicos es más interesante fomentar la cohesión humana para aprovechar el conocimiento de todos y ponerlo allí donde se necesite. Y esto es lo que plantea el borrador de la futura Ley, la posibilidad de establecer un sistema de trabajo en red de expertos en salud pública, en donde confluyan todos los niveles administrativos, además de las universidades, centros de investigación y organizaciones independientes, para, con la coordinación del Estado, pornerla a disposición allí donde se necesite. En definitiva, se trata de que cuando un municipio desee hacer una evaluación de impacto en salud, tenga los instrumentos necesarios y sepa a dónde acudir.

**Ya existen experiencias a nivel municipal y autónomico de evaluación del impacto en salud. Es una perspectiva de trabajo interdisciplinar que obliga a incorporar**

**departamentos que habitualmente están lejos del ámbito de la salud, como urbanismo, hacienda... ¿Cómo plantea el gobierno español la difícil tarea de acercar el resto de áreas a las políticas de salud?** Hemos previsto un funcionamiento similar al que establece la ley catalana: se creará un Consejo Estatal de Salud Pública, presidido por la ministra de sanidad y en el que están representadas todas las comunidades autónomas y el resto de la administración general del Estado, además de la Comisión de Salud Pública, la Federación Española de Municipios y Provincias, representantes de la sociedad civil y otras personas relevantes de la sociedad. La función de este organismo será conseguir una estrategia estatal global de salud pública y facilitar que la administración general del Estado reciba aportaciones de los otros niveles administrativos sobre lo que hay que hacer para tender hacia la equidad en salud. Es un planteamiento que compromete la actuación del gobierno y, en este marco, el resto de departamentos se ocupará de negociar cómo ha de ser la estrategia para incorporar la equidad en salud.

**Parece que estamos más cerca, entonces, de que cada ministerio sea un ministerio de salud.** Sí, estamos más cerca. Yo tengo muchas ganas de que entre la Ley en el Parlamento y todavía falta un poco. Aún la tiene que aprobar el Consejo de ministros y, después de un período de cuatro meses en qué se recogerán aportaciones de todos los actores afectados, espero que llegue a la cámara en el mes de octubre.

**La salud es un tema de interés prioritario para la ciudadanía. De hecho, pocas personas dirían que no les importa en absoluto su estado de salud o las políticas que influyen en la salud. Sin embargo, no es un tema que esté muy presente en el discurso político, en comparación al argumento del desarrollo económico, cuando se habla de mejorar la calidad de vida de la población. ¿Cuál cree que es el obstáculo que impide incorporar la salud como valor en los discursos públicos?** Es una cuestión secular en España; con algunas excepciones, la salud nunca ha estado cerca de los grandes dirigentes, de aquellas personas que más rinden cuentas o que más mensajes transmiten a la población. Pongamos por caso que Adolfo Suárez, Felipe González, Aznar o Zapatero hubiesen estado cerca de la salud por algún motivo... Sin embargo, creo que hemos avanzado mucho en este sentido; ahora todos los consejeros de sanidad y la ministra saben qué son los determinantes sociales, saben qué es la salud pública y lo que significa incorporar la salud en todas las políticas y, en términos generales, están de acuerdo. Sólo nos falta un paso para que en algún discurso público presidencial se hable de la salud como motor económico y como resultado de las políticas. Y yo creo que lo veremos.

**¿Qué estrategias pueden utilizar los municipios en el contexto actual para situar la equidad en salud en el centro de la agenda política?** Una prioridad tendría que ser la evaluación del impacto en salud de los proyectos para poder contar con indicadores de salud de las políticas y comunicarlos a la ciudadanía. Es uno de los principales retos que tenemos, en esto estoy deacuerdo con lo que expresó la consellera Marina Geli en la inauguración de las jornadas: tenemos que utilizar la imaginación para comunicar mejor y conseguir que el mensaje de la salud y la equidad en todas las

políticas llegue a la sociedad. Por otro lado, si sabemos transmitir las buenas prácticas es más fácil que otros municipios puedan aprender de nuestra experiencia y que el propio Estado aprecie aquellos aspectos en qué es importante trabajar a nivel local y, conjuntamente, en un marco supralocal.

**Durante la jornada se ha hablado mucho del empoderamiento de la población, y usted mismo también apuntaba ayer la necesidad de fomentar la participación ciudadana en momentos como el actual, si queremos generar confianza en el buen gobierno. ¿De qué forma plantea esta nueva Ley el papel de la sociedad civil y la participación de la ciudadanía?** El texto obliga también a la participación. Pero creo que en este campo tenemos que aprender mucho de las experiencias desarrolladas hasta el momento y pensar formas más imaginativas de participación ciudadana. Ya señalaba Oriol Nel·lo en su intervención que algunas de las estructuras de representación vecinal se han convertido en cáscaras vacías, y a veces no son tan representativas como debieran. Hemos de conseguir un mayor vigor democrático, y esto es un trabajo que compete a todos, no sólo en el ámbito de la salud, en todos los campos.

**Usted hablaba en su intervención de la modificación de la Ley antitabaco que entra en vigor en España y del debate social que ha generado, en gran parte debido a las presiones del sector económico. ¿Sería deseable que otros sectores empezaran también a ejercer presión a favor de esta Ley?** Mi percepción es que, en todos los ámbitos donde se toman decisiones, los grandes intereses relacionados siempre hacen un análisis de cómo se van a adoptar las políticas y saben cuáles tienen que ser sus estrategias. ¿Y dónde se mueven los ministros, los consejeros, los presidentes autonómicos…? Nomalmente quedan a desayunar en hoteles importantes, no van a desayunar a Vallecas, por ejemplo, a recoger las preguntas y sugerencias de los vecinos. En el caso de la industria del tabaco, la historia ha demostrado claramente cómo trabaja para defender sus intereses; tienen una estrategia que aplican con exactitud y con los recursos necesarios. Si los profesionales que estamos generando conocimiento y trabajando en la práctica tuviésemos sus recursos, podríamos tender un puente más fácilmente con quienes toman las decisiones y la modificación de la ley ya habría salido adelante hace tiempo. No creo que la ley antitabaco esté en serio peligro, pero también pienso que hay que trabajar hasta el último segundo y que, si es necesario, habrá que hablar con los diputados de algún partido que puede ser decisivo, para transmitirles que esperamos que estén a la altura de los tiempos. Esto tenemos que decírselo, todos.

## ENTREVISTA A AGIS D. TSOUROS

### Jefe de enfermedades no transmisibles, estrategias y factores de riesgo de la Organización Mundial de la Salud. Director del Centro de Salud Urbana. Red Europea de Ciudades Saludables

**Actualmente, se dice que hay una ola de obesidad en Europa, como en otras regiones del mundo, al tiempo que existe una tendencia al aumento de hábitos de vida poco saludables en relación con el sedentarismo o la alimentación. ¿Ha previsto la OMS que haya un incremento de personas mayores en situación de dependencia en las próximas décadas?** Hay una gran epidemia en Europa relacionada con tres factores: la obesidad, las enfermedades crónicas y las enfermedades no transmisibles. La obesidad es especialmente preocupante por el hecho de que está afectando cada vez más a los niños y niñas. Y todos sabemos que los hábitos tempranos, en los primeros años de vida, influirán de forma decisiva en nuestra salud cuando seamos mayores. De hecho, muchos problemas de salud de la tercera edad tienen su origen en la infancia o en el inicio de la madurez.

**¿Y qué podemos hacer al respecto?** En la OMS decimos que las opciones saludables tienen que ser las opciones fáciles. En la ciudad donde vivo, Copenhague, el medio de transporte más práctico para desplazarse al trabajo es la bicicleta. La alternativa saludable es la opción fácil, así que lo puedo hacer a diario. Pero si intento ir en bicicleta en Atenas, otra ciudad donde también he vivido, la bicicleta, más que una opción saludable, es una opción peligrosa, porque no hay carriles bici y los conductores no respetan ni a ciclistas ni a peatones.

**La forma en que organizamos nuestras ciudades, entonces, tiene una influencia decisiva en los hábitos saludables de la población...** Las ciudades tienen un gran papel. Es fácil hablarle a la gente de en qué consiste una alimentación saludable, o de la importancia del ejercicio físico, pero lo realmente importante es crear muchas oportunidades para que las personas estén activas, por ejemplo, para caminar más, para ir en bicicleta sintiéndose seguras. También hay que construir barrios que faciliten la interacción física y las relaciones interpersonales. Más que del Ministerio de Sanidad, es una cuestión de educación, de planificación y diseño urbanísticos... En las ciudades, se pueden movilizar muchos recursos para promover una forma diferente de vida cotidiana. Si no lo hacemos, la consecuencia es una paradoja: viviremos más pero con numerosas enfermedades crónicas y con una mala calidad de vida.

**En su ponencia, usted hablaba de la importancia del empoderamiento de las personas mayores para fomentar un envejecimiento saludable. ¿Cómo podemos conseguir este empoderamiento en la práctica en nuestros municipios?** Hay muchas cosas concretas que puedes hacer. El empoderamiento es, en primer lugar, información. Las personas mayores deben estar bien informadas, y no de forma unidireccional, hay que escuchar su opinión y tener en cuenta

sus expectativas. También, consiste en potenciar sus redes sociales, y hay formas de fomentarlas, tanto en el entorno físico como en el ámbito social; por ejemplo, dinamizando proyectos intergeneracionales que facilitan su interacción con jóvenes y con personas de otras edades. Por otro lado, necesitamos políticas de empleo para las personas mayores, porque actualmente están siendo excluidas y marginadas. Y la mayoría de las personas mayores están bien: de los mayores de 65 años, sólo un 15% tiene problemas serios de salud. Estas personas quieren disfrutar su vida y una ciudad que también sea para ellas. Es una situación en que todos ganan: además de respetar su dignidad y los derechos humanos, si consideramos su voluntad la comunidad también se beneficia de sus aportaciones.

**¿Qué ejemplos encontramos en Europa de experiencias exitosas en este terreno?** En Inglaterra han creado Consejos de Personas Mayores, que son una oportunidad de encuentro en las ciudades y funcionan como foro para involucrarles en el debate sobre el futuro de la ciudad. De hecho, en inglés hay un término en política para designar a las personas mayores: "the grey power", porque es un grupo numeroso que vota y que tiene poder de reivindicación. En algunas ciudades, como Milán, se han organizado, han creado un partido político y pueden obtener algún escaño. También hay experiencias de apoyo a domicilio que facilitan que las personas mayores mantengan su autonomía. En algunos países, existen equipos formados por psicólogos, arquitectos, ingenieros, trabajadores sociales... que se desplazan a los hogares y deciden cómo adaptar el espacio a sus problemas físicos y de movilidad.

**¿Cómo cree que puede influir la crisis económica en las políticas sociales dirigidas a las personas mayores?** En un momento de crisis es poco sensato reducir en prevención o en promoción de la salud. De hecho, es lo peor que se puede hacer, porque justo en estos momentos es cuando se necesita invertir en más medidas de apoyo para la población. Cuando hay una persona en dificultades económicas, o bien le proporcionas un trabajo, o bien le proteges de los problemas y los efectos colaterales que comporta la situación de pobreza. Así que, en este momento, la inversión en salud pública debe ser una prioridad. De lo contrario, en el futuro podríamos ver peores consecuencias que las que tiene la crisis en el presente.

**¿Cómo percibe la evolución del movimiento europeo de ciudades saludables en su objetivo de luchar por la equidad en salud en todas las políticas locales?** Yo creo apasionadamente en este movimiento. Después de todos estos años, la red está viva y sigue creciendo y, lo que es importante, es capaz de recoger nuevas ideas. Lo mejor de la red de ciudades saludables es que es dinámica. Se basa en la idea de que los municipios y los gobiernos locales tienen un gran papel en lo que respecta a la salud y, en este sentido, ha tenido un éxito tanto político como práctico: político, porque los políticos hoy en día piensan en la salud, cuando antes no lo hacían. Y práctico porque en muchas ciudades podemos encontrar ejemplos concretos del principio de "salud para todos". Hoy en día, es un movimiento global.

# 6

## INFORME DE SÍNTESIS DE LA SESIÓN PARTICIPATIVA

Escenarios de futuro de la equidad en salud en el ámbito local

# Sesión participativa con técnicos y técnicas de la RECS sobre los escenarios de futuro de la equidad en salud en el ámbito local

Como colofón a las Jornadas sobre los determinantes sociales de la salud organizadas por la Red Española de Ciudades Saludables el mes de mayo, el 16 de septiembre de 2010 tuvo lugar una sesión participativa con técnicos y técnicas municipales en la sede de la FEMP.

El objetivo del encuentro era abrir un espacio de reflexión sobre el futuro de la gestión de la equidad en salud y el abordaje de los determinantes sociales de la salud en los municipios, además de plantear un horizonte común a medio plazo y definir objetivos para la actuación sobre las desigualdades en salud desde el ámbito local.

Las personas asistentes a la sesión generaron una serie de propuestas que, junto a las conclusiones de las Jornadas sobre los determinantes sociales, fueron presentadas en el encuentro de la RECS en la Escuela de Verano de Salud Pública.

A continuación, presentamos una síntesis de los resultados de la sesión y describimos la metodología empleada

## METODOLOGÍA Y RESULTADOS

A través de una combinación de dinámicas participativas, la sesión persiguió el intercambio de ideas entre las personas asistentes y la creación de un marco de confianza para la búsqueda común de soluciones.

### 1. ESCENARIOS DE FUTURO

La sesión se abrió con la metodología de escenarios de futuro, que permitía que las personas asistentes pudieran compartir su visión sobre la gestión de la equidad en salud y realizar una

puesta en común de los determinantes sociales de la salud que son prioritarios para los municipios en el contexto actual.

Para ello, se pidió a las y los asistentes que trascendieran el futuro inmediato y se situaran en una fecha hipotética, el año 2029, y visualizaran cómo serían los cambios producidos por efecto de la gestión municipal de la equidad en salud y los determinantes sociales de la salud.

Los escenarios de futuro plantearon una visión optimista, que aporta elementos de mejora en este campo, y una visión pesimista, que esboza los principales problemas o retos existentes.

Éstos son los conceptos clave en torno a los que se estructuraron las visiones de las personas participantes:

| La equidad en salud en los municipios (año 2029) | |
|---|---|
| **Escenario positivo (deseado)** | **Escenario negativo (no deseado)** |
| Se ha producido un cambio cultural general en la concepción de la salud. | La institución y los servicios son estructuras rígidas, con fuertes resistencias al cambio. |
| La salud se ha incorporado en todas las políticas municipales, trabajamos de forma transversal y todos los y las profesionales son sensibles a la equidad. | Se sigue trabajando de forma atomizada, no hay coordinación política ni técnica. |
| Se ha implantado la evaluación del impacto en salud, hay indicadores y compartimos conocimiento. | La salud pública es un asunto menor en la gestión municipal. |
| Planificamos políticas de promoción de la salud, no sólo de asistencia a la enfermedad. | No evaluamos los impactos en salud y se exigen resultados a corto plazo. |
| La ciudadanía es un sujeto activo de su estado de salud y calidad de vida. | Hay un sistema sanitario para los sectores desfavorecidos y otro para los privilegiados. |
| La población está informada, conoce los determinantes sociales y valora la cultura y la salud más que la economía. | La salud está en manos de grandes grupos de poder económico. |
| No existen desigualdades en la esperanza de vida por el nivel de ingresos. | Se han profundizado las desigualdades sociales y la fragmentación de las ciudades. |
| La ciudad es amable y educadora; está diseñada a escala humana. | No se considera a las minorías ni a los grupos vulnerables en materia de salud. |
| La sociedad ofrece igualdad real de oportunidades para todas las personas. | No existe participación de la ciudadanía, el empoderamiento es sólo institucional. |
| | El espacio público está privatizado; no es un espacio de relación y convivencia. |
| | Hay empobrecimiento de ideas y estancamiento de la acción en salud pública. |

## 2. ANÁLISIS DAFO

Una vez compartidas la postura y las expectativas individuales en relación al futuro ideal, pasamos a analizar las herramientas con que ya cuentan los municipios para afrontar los problemas de salud pública y las dificultades que encuentran para abordar las desigualdades en salud considerando los determinantes sociales.

Para ello, empleamos la metodología DAFO, que permite detectar los puntos débiles (debilidades a corregir i amenazas a afrontar) y los puntos fuertes (fortalezas a mantener y oportunidades a explotar). Así pudimos sistematizar los factores internos y presentes (autodiagnóstico de la situación actual de los municipios) y los factores externos del entorno (condicionamientos y situaciones que presionan y pueden afectar en el futuro).

### Puntos débiles

| Debilidades (interno) | Amenazas (externo) |
|---|---|
| Falta de apoderamiento de los responsables de salud técnicos y políticos. | Falta implicación política en la salud. |
| El personal está desmotivado y hay mucha inestabilidad laboral del personal adscrito a los programas. | Los departamentos de salud pública están mal dotados. |
| Compartimentación de la organización municipal, falta transversalidad en la gestión. | Existe un conflicto de competencias entre los ámbitos municipal y autonómico. |
| Comunicamos mal, interna y externamente. | Existe un conflicto de competencias entre el ámbito sanitario y el de la salud pública. |
| No evaluamos el impacto en salud y hay dificultad de obtención de resultados a corto plazo. | Hay poca información epidemiológica aplicada a nivel local y escasa publicación de buenas prácticas. |
| No hay homogeneidad en la cartera de servicios de salud pública entre municipios. | Falta influencia de los municipios en la definición de políticas de salud (normalmente diseñadas a nivel no local). |
| Faltan recursos técnicos y económicos, y formación específica de las y los profesionales en salud pública. | Hay un bajo nivel de participación ciudadana y poca capacidad de análisis crítico. |
| | Asistimos a una crisis de valores en la sociedad: lo individual prima sobre lo colectivo y la globalización neoliberal acentúa la insolidaridad. |

## Puntos fuertes

| Fortalezas (interno) | Oportunidades (externo) |
|---|---|
| Existe una amplia trayectoria municipal de políticas transversales (ej. planes de salud, planes de igualdad, planes de drogodependencias...). | Hay un interés general en la salud, y lo saludable como "marca" está de moda. |
| Hay equipos multidisciplinares y capacidad para el trabajo en red en los ayuntamientos.<br>La salud cautiva y motiva a los equipos.<br><br>Tenemos conocimiento: metodología de evaluación, evidencia sobre DSS y experiencias prácticas en equidad. | Existen estructuras supramunicipales que permiten la trasferencia de buenas prácticas.<br>El anteproyecto de Ley de Salud Pública permite aclarar competencias.<br>Tenemos el SESPAS. |
| Los municipios tienen competencias en salud pública y son la institución más próxima a la ciudadanía. | Hay tejido asociativo; el ayuntamiento puede ejercer un liderazgo en salud junto con las entidades ciudadanas sensibilizadas. |
| Existe la RECS para compartir buenas prácticas y apoyo mutuo. | La imposibilidad de mantener el gasto público en el sistema sanitario actual.<br>La crisis económica abre posibilidades de repensar la sociedad.<br>Hay un movimiento mundial sobre los DSS. |

## 3. DEFINICIÓN DE OBJETIVOS

En base a los escenarios de futuro definidos en la lluvia de ideas inicial, las personas asistentes plantearon las estrategias de actuación que pueden ayudar a los municipios a alcanzar el escenario ideal.

Para ello, empleamos una matriz de definición de estrategias, con que las y los participantes podían considerar los puntos internos (debilidades y fortalezas) y externos (amenazas y oportunidades) y, reflexionando sobre las intersecciones entre estos cuatro elementos, identificar los tipos de estrategias posibles.

De este modo, para responder a la pregunta: ¿Qué objetivos nos deberíamos marcar en la gestión municipal para afrontar las desigualdades en salud existentes y situar los determinantes sociales de la salud en el centro de la agenda política local? las personas participantes propusieron acciones realistas y asumibles a corto plazo, que nos permiten avanzar superando nuestras debilidades, esquivando las amenazas, potenciando las fortalezas y aprovechando las oportunidades.

**Estrategias de potenciación**

**(fortalezas + oportunidades)**

Crear una comisión estable en los ayuntamientos, vinculada a una concejalía de peso, que trabaje en salud con personal de diferentes áreas.
Diseñar un plan estratégico municipal que recoja y subraye el trabajo que se ha venido haciendo hasta ahora en salud pública, a partir de la evidencia científica sobre los determinantes sociales de la salud.
Crear en SESPAS un espacio para la investigación en salud pública aplicada al ámbito local.
Potenciar la participación ciudadana y formar al tejido asociativo para que funcione como una red multiplicadora de agentes de salud.
Estimular que otros técnicos municipales demanden la utilización de la etiqueta "saludable" para valorar y definir las actuaciones municipales.

**Estrategias de reorientación**

**(debilidades + oportunidades)**

Potenciar la formación específica de las y los profesionales y la I+D en salud pública.
Calcular el coste de la actuación en salud pública, para determinar el dinero que nos falta para cumplir las competencias que tenemos asignadas.
Crear un instrumento de coordinación municipal que englobe y coordine los diferentes planes municipales sectoriales existentes y que tratan de forma fragmentada temas de salud.
Formarnos en técnicas de comunicación y plantear una estrategia de comunicación para los planes municipales.
Establecer lazos con las universidades para realizar estudios aplicados a nivel local sobre aquello que no sabemos cómo evaluar.

## Estrategias defensivas

### (fortalezas + amenazas)

Crear un espacio físico o virtual para comunicar las buenas prácticas existentes y facilitar su difusión.

Reforzar la importancia de nuestro trabajo en salud pública como actuaciones ya consolidadas, y no como un campo de permanentes "programas nuevos".

Potenciar el valor de lo colectivo frente a la individualidad en ferias y actos públicos (enfatizar que el apoyo mutuo comunitario es mucho más saludable y eficiente).

## Estrategias de supervivencia

### (debilidades + amenazas)

Aprovechar los recursos disponibles y, en lugar de proponer nuevas acciones de promoción de la salud, transformar lo que ya se está haciendo en saludable.

Destinar una partida presupuestaria per cápita a promoción de la salud, equiparada a la que destina el municipio a otras áreas.