

Carles Ariza

La vessant psicosocial de la salut i la malaltia

Recepció: 03/09/2017 / Acceptació: 25/10/2017

Resum

La vessant psicosocial de la salut i la malaltia il·lumina aquelles zones de l'exercici dels professionals socials on els principals fenòmens vinculats a la salut i la malaltia incideixen en la vida quotidiana de les persones i el seu entorn familiar i social. Alguns col·lectius vulnerables quant a la salut i la malaltia demanen una atenció preferencial. Treballar per la promoció de la salut és una de les grans eines a l'abast del professional social, per connectar amb la comunitat i apoderar-la, en el descobriment de les seves pròpies respostes.

Paraules clau

Salut, Malaltia, Psicosocial, Promoció de la salut, Vulnerabilitat social

La vertiente psicosocial de la salud y la enfermedad

La vertiente psicosocial de la salud y la enfermedad ilumina aquellas zonas del ejercicio de los profesionales sociales donde los principales fenómenos vinculados a la salud y la enfermedad inciden en la vida cotidiana de las personas y su entorno familiar y social. Algunos colectivos vulnerables en cuanto a la salud y la enfermedad piden una atención preferencial. Trabajar por la promoción de la salud es una de las grandes herramientas al alcance del profesional social, para conectar con la comunidad y apoderarla, en el descubrimiento de sus propias respuestas.

Palabras clave

Salud, Enfermedad, Psicosocial, Promoción de la salud, Vulnerabilidad social

The Psychosocial Aspect of Health and Illness

The psychosocial aspect of health and illness sheds light on those areas of the practice of social professionals in which the principal phenomena associated with health and illness have direct impacts on people's daily lives and also their family and social milieu. Groups that are vulnerable in terms of health and illness often call for preferential attention. Working to promote health is one of the great tools at the disposal of the social professional, as a way of connecting with the community and empowering it in the discovery of its own responses.

Keywords

Health, Illness, Psychosocial, Health promotion, Social vulnerability

Com citar aquest article:

Ariza, Carles (2017).

La vessant psicosocial de la salut i la malaltia.

Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa, 66, 13-32



ISSN 2339-6954

- El manuscrit s'estructura en sis parts amb l'objectiu de donar resposta a quines són les principals característiques psicosocials dels processos de salut i malaltia en el camp de la salut pública i les tasques més importants (promoció, prevenció, atenció, rehabilitació) que els professionals socials poden realitzar per a una atenció integrada de la salut i de la malaltia.

La vessant psicosocial de la salut i la malaltia al·ludeix a les conseqüències que una i altra tenen en la vida quotidiana de les persones

La vessant psicosocial de la salut i la malaltia al·ludeix a les conseqüències que una i altra tenen en la vida quotidiana de les persones. Aquesta vivència de la salut o malaltia és allò “internalitzat”, és a dir, allò psicosocial, atès que enfront d'una mateixa situació social la reacció dels individus pot ser molt diferent. Tenir cura d'això és propi de les professions socials en el camp de la salut pública.

El manuscrit planteja també la importància dels determinants socials per explicar els processos de salut i malaltia, fet cada cop més reconegut. Avui ja es reconeix la seva influència tant sobre les condicions de vida com sobre els mateixos estils de vida dels individus i de les seves comunitats. Sense oblidar que, tant des d'una visió individual com social, cal veure la salut dels individus des d'una perspectiva de tot el cicle vital, ja que els fets i esdeveniments viscuts en unes etapes repercuteixen en les posteriors o poden ser conseqüència de les anteriors.

La salut apareix així com a recurs per a la vida, mentre la promoció de la salut esdevé el paradigma que incorpora tots els professionals de la salut, també els socials, les estratègies per conservar i estendre la salut a totes les polítiques, l'acció comunitària, l'educació i la reorientació del mateix sistema de salut.

Per últim, cal concebre la malaltia com el final de tot un procés d'exposició a les causes o factors que generen el risc de patir-la. Els professionals socials s'involucren en l'atenció i cura d'aquests factors per contribuir a la prevenció de la malaltia, amb accions tant sobre l'individu com sobre la comunitat, però també abordant tot el que la malaltia provoca en la vida quotidiana de les persones. Però la manca de la salut i els problemes vinculats a aquesta pèrdua no afecten de la mateixa manera a tots els individus. Tant a causa de la desigualtat social, conseqüència de la conculcació de drets, com a causa de l'emergència de la malaltia o discapacitat en la vida de les persones, es generaran uns col·lectius vulnerables, que demanen atenció preferencial de les professions socials.

Els professionals socials i la salut pública

Les necessitats o problemes psicosocials són les necessitats o problemes que comporten aspectes relacionats amb la salut o malaltia en la vida diària de la persona. La realitat psicosocial o interpersonal és la forma estrictament

individual i particular en què una persona fa introspecció del seu context interpersonal o social i com es relaciona amb aquest context (Ituarte, 2002). Els factors psicosocials de la salut i de la malaltia afecten la vida quotidiana de les persones a nivell de la família, el treball, les relacions personals, l'autoimatge i l'autoconcepte de la persona, la vivència de la pròpia salut, la forma de viure el present i el futur, el desenvolupament de la funció i el sentiment d'utilitat social, les activitats de la vida diària i la satisfacció personal (Cueto, 2001). Allò que defineix i identifica al professional social, ja sigui el treballador social o l'educador social, és la comprensió de la realitat psicosocial com lloc de trobada entre la persona i el seu context (Ituarte, 2009). Per poder aportar aquest rol en el sistema d'atenció a la salut, les funcions principals dels professionals socials es concentraran en l'atenció psicosocial i seran dues, la prevenció dels factors psicosocials i el tractament dels problemes psicosocials. En el desenvolupament d'aquestes funcions, el professional social actuarà a tres nivells: l'individu i la seva família, el grup i la comunitat.



Cueto (2001) considera que els professionals socials poden contribuir a la *prevenció dels factors psicosocials*, en la mesura que tinguin presència en els òrgans d'estudi, planificació i priorització dels plans i polítiques per fer front als factors de risc psicosocial i en la línia de promoure un ecosistema més saludable que eviti l'aparició de malalties. Les accions preventives són sempre accions que s'exerceixen sobre el conjunt de la comunitat. Les principals activitats preventives poden ser de planificació (afavorint la creació d'ambients favorables en tots els àmbits comunitaris: la família, el barri, l'entorn laboral i els espais de lleure i temps lliure); de coordinació (interna: accions promogudes de treball en equip en el propi centre de treball; externa: foment de la cooperació amb altres institucions públiques i privades); educatives (subministrament d'informació a la població, reforç de la seva motivació i promoció de l'adopció d'hàbits i habilitats saludables); i de foment de la participació ciutadana (anàlisi de les necessitats de salut de la comunitat; establiment de les prioritats; i elecció de les actuacions que cal desenvolupar, mantenint el control d'aquestes activitats).

Els professionals socials poden contribuir a la prevenció dels factors psicosocials

Realitzat el diagnòstic social i havent delimitat clarament quins són els principals problemes psicosocials que cal abordar, el professional social procura el *tractament psicosocial* d'aquests problemes i té sempre com a objectiu tant l'individu com el seu entorn, principalment la família. Les principals mesures de tractament psicosocial inclouen el consell i suport emocional (assistència als individus i les seves famílies en la presa de decisions difícils, especialment les que plantegen problemes ètics com ara confidencialitat, planificació familiar, avortament, donacions, eutanàsia...; i ajuda per resoldre problemes de comportament que impedeixin prendre aquestes decisions); l'educació per a la salut (comprensió de la història natural de la malaltia i dels factors de risc relacionats; modificacions positives en els hàbits de vida i el compliment terapèutic; informació sobre l'ús adient del sistema sanitari i dels recursos que el componen); les accions encaminades a la reinserció so-

cial (reintegrant complet de la persona a la seva vida habitual en qualsevol àmbit: família, treball, lleure..., un cop ja curat del seu problema o quan, fet el primer abordatge de la malaltia, el pacient pot fer una reincorporació a les seves obligacions habituals); l'orientació sobre recursos (contacte estret amb les institucions i les persones rellevants de la comunitat i de l'àmbit dels serveis, mantenint una bona informació del sistema sanitari i dels recursos i serveis disponibles, recordant sempre que la intervenció psicosocial va molt més enllà de la mera "dispensació" i orientació sobre els recursos); i l'assessorament a d'altres professionals de la salut (ajut als altres perquè per la seva capacitat professional resulta útil als membres de l'equip quan, per a la millor atenció al pacient, atén també les famílies, serveix de nexa entre aquestes i l'equip sanitari i serveix de suport professional davant de situacions difícils i estressants) (Cueto, 2001).

La rellevància dels determinants socials de la salut

La salut és un estat de complet benestar i no merament l'absència de malaltia

La definició de l'OMS de 1946 que inaugura el debat actual del concepte de salut ("la salut és un estat de complet benestar físic, mental i social i no merament l'absència de malaltia" WHO, 1947) té l'avantatge de trencar amb la separació entre salut i vida quotidiana, per la qual cosa des del punt de vista científic pot considerar-se poc objectiva i, de fet, subjectiva. També s'ha destacat la vessant positiva que inaugura aquest concepte. D'altra banda, com a limitacions, s'ha considerat que aquesta definició considera la salut com una qualitat estàtica. En considerar la salut com estat, entra en contradicció amb qualsevol fenomen biològic. A més no permet la introducció de matisos en funció de situacions concretes. Un treballador d'una indústria química, per exemple, trobant-se en una situació de benestar global, pot estar en desenvolupament d'un càncer per l'exposició a un carcinogen industrial derivat de la seva feina (Martí, 1995). El subjectivisme assenyalat abans també s'ha considerat com a limitació, tant per no considerar aspectes objectius com la capacitat de funcionament ("sentiment d'utilitat i de poder fer el que caracteritza la realització humana"), assenyalada per Terris (1987), com per parlar d'un estat complet, quan existeixen diversos graus de benestar i salut, com també va assenyalar aquest autor. En darrer terme, respecte a la definició de l'OMS, es considera també que la seva aplicació pràctica no va evitar que la majoria dels sistemes sanitaris invertissin la majoria dels seus recursos en una visió negativa i fragmentada de la salut, que es basa en la malaltia i la mortalitat.

El pas següent foren les definicions o conceptes dinàmics, com la del Xè Congrés de Metges i Biòlegs de llengua catalana de Perpinyà (1976): "la salut és aquella manera de viure que és autònoma, solidària i joiosa", que va tenir un gran èxit en l'entorn català, tot i mantenint un clar subjectivisme.

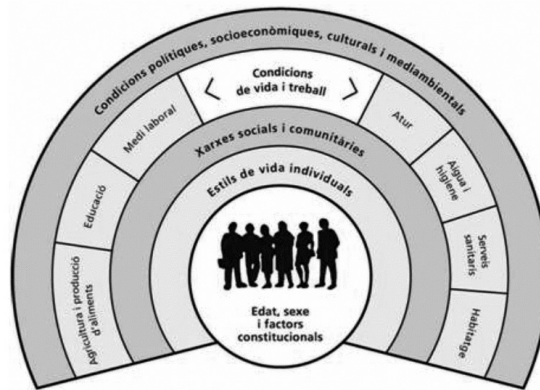
També se les ha criticat com d'excessiva desbiologització, perquè no quedessin tancades en l'estricta àmbit mèdic, i d'un clar optimisme que rau a considerar la salut com a plenitud o benaurança, conceptes més místics que científics (Martí, 1995). Però la mateixa OMS va abandonar la definició utòpica i maximalista i va adoptar el concepte dinàmic de salut en la formulació dels objectius de l'estratègia "Salut per a tots a l'any 2000", on desapareix la paraula "complet" i s'accepta que els habitants dels diferents països han de tenir el nivell de salut suficient que els permeti treballar productivament i participar de la vida comunitària on viuen (Organització Mundial de la Salut, 2000). Una altra crítica que formula l'epidemiologia a aquestes definicions és que dificulten mesurar la salut, sobre tot perquè l'epidemiologia està avesada a mesurar la malaltia, però no sap estudiar des d'una perspectiva quantitativa que vol dir sentir-se sa, a banda de la dificultat que suposa per a l'epidemiologia la mesura dels nous riscos ambientals (Martí, 1995). Finalment, una nova objecció que es pot fer a aquestes definicions és que no se situen en la perspectiva del cicle vital, ja que no és el mateix el benestar físic o l'autonomia d'una persona al voltant dels 20 anys o l'autonomia d'una persona gran.



De les limitacions i insuficiències dels conceptes dinàmics, se'n va fer ressò a inicis dels anys vuitanta i durant tota la dècada següent el desenvolupament de l'ecologia i la teoria general de sistemes. Ja alguns sociòlegs s'havien pronunciat sobre l'excessiu rol de les professions sanitàries en general, i la mèdica en particular, quant a la definició de salut i de malaltia. Es parlaria així de la medicalització del concepte de salut, en tant que derivaria a la culpabilització de les persones per les seves conductes individuals, una certa "tirania moral", aliena als fenòmens socials que condicionen la salut i la malaltia (Fritzgerald, 1994). Illich (1974) ho formularia com "la intensitat amb que les persones solucionen o s'adapten als seus problemes interns i condicions externes". Això és el que comportarà que, d'una forma progressiva, no s'entengui la salut sense la interacció amb l'entorn i l'adveniment de la visió socioecològica ("la salut és allò que es crea en els ambients on la gent juga, al lloc de treball, a l'escola, la comunitat i els entorns més amplis on hom viu", Kickbush, 1997). Per tant, no es pot entendre la salut sense un individu en interacció amb els altres de la seva comunitat, pel que, a partir d'aquest moment no serà possible explicar la salut sense la importància de les influències socials.

No es pot entendre la salut sense un individu en interacció amb els altres de la seva comunitat

Goran Dahlgren i Margaret Whitehead (1992) van idear un model (model de les capes d'influència) per explicar com les desigualtats socials en la salut són el resultat d'interaccions entre diferents nivells de condicions causals, des de l'individu a les comunitats i al nivell de polítiques de salut nacionals.



Font: Dahlgren, G; Whitehead, M. (1992). *Policies and strategies to promote equity in health*.

Els individus tenen edat, sexe i factors genètics i estan en el centre de la primera capa, la central, ja que tots ells influeixen en el seu potencial global de salut. Anant cap a l'exterior, la següent capa comprèn les conductes personals i els estils de vida. Les persones amb menys mitjans materials tenen barreres de finançament per poder triar un estil de vida saludable i poden mostrar pitjor alimentació i també solen mostrar més factors conductuals negatius com el tabaquisme. Les influències socials i comunitàries es representen en la capa següent. A l'escala social baixa hi ha menys xarxes i suport social, fet que acaba comportant menys prestacions socials i facilitats per a l'activitat de la comunitat. En el nivell social següent es troben els factors relacionats amb les condicions de vida: treball, provisió d'aliment i accés als serveis més bàsics. Són els nuclis més pobres els que mostren més problemes d'habitatge, condicions més perilloses o estressants a la feina i accés més limitat als serveis i això crea també riscos diferencials sobre la seva salut. Per sobre de tots aquests nivells estan les condicions econòmiques, culturals i medioambientals (posició econòmica del país, mercat de treball...) que produeixen pressió sobre totes les altres capes. A tall d'exemple, el mode de vida d'una societat pot influenciar l'elecció d'un habitatge, del treball o de determinades interaccions socials, així com alguns hàbits de l'estil de vida. O, en l'àmbit cultural, les creences sobre el rol de la dona en la societat poden influir sobre el seu patró vital i la seva posició social (Dahlgren i Whitehead, 1992).

Al llarg del temps s'han anat precisant alguns dels determinants socials més influents, que es poden mesurar amb indicadors precisos (OMS, 2005).

- Gradient social: determina que a més baix nivell social, l'expectativa de vida és menor i més alta la freqüència de malaltia. Els efectes no estan confinats als pobres, sinó que el gradient social en salut travessa tota la societat, ja que es deu a causes materials i psicosocials.

- **Estrès:** les circumstàncies estressants que fan sentir-se a les persones preocupades, ansioses i incapaces de superació són perjudicials per a la salut i poden conduir a una mort prematura.
- **Exclusió social:** la pobresa absoluta és la manca de cobertura de les necessitats materials i bàsiques de la vida. L'exclusió social és particularment dolenta durant l'embaràs i per als nadons, els infants i la gent gran.
- **Addiccions:** les persones s'introdueixen sovint en les addiccions per minorar el dolor per les condicions socials i econòmiques adverses i la dependència porta a la mobilitat social descendent.
- **Alimentació saludable:** en estar l'alimentació controlada pel mercat global, és un problema polític. La qualitat de l'alimentació està mediada per les condicions socials i econòmiques i contribueix a les desigualtats en salut.
- **Transport:** el transport saludable significa conduir menys vehicles, caminar més i anar en bicicleta, alhora que un major ús del transport públic promou la salut, en augmentar l'exercici físic, reduir els accidents, augmentar els contactes socials i reduir la contaminació atmosfèrica.



La salut en el cycle vital

La innovació teòrica més gran de la perspectiva del cycle vital en la salut rau en la integració d'explicacions diverses per als individus o grups en salut, incloent-hi factors de la personalitat, influències actuals sobre la salut o les conductes saludables, història vital individual i la història vital col·lectiva dels diferents grups socials (George, 2003). Existeix un particular interès a entendre com l'acumulació d'avantatges i desavantatges al llarg del cycle vital afecta l'estat de salut en la vida posterior. La posició econòmica a la infantesa i adolescència es tradueix en probabilitats diferents d'accés a l'educació universitària. L'educació superior en millors escoles augmenta les probabilitats d'accés a algunes carreres universitàries i també a un millor treball a la vida adulta. Una bona feina es defineix com aquella que manté o millora la posició econòmica aconseguida. Es caracteritza per millors salaris, millors gratificacions socials, més prestigi, més control sobre les demandes i calendari de treball i millor seguretat laboral. Successivament, tenir un millor lloc de feina al llarg de la vida adulta s'associa amb millor salut al final de l'adulthood, específicament menor risc cardiovascular i menor mortalitat. Una millor feina s'associa a millor assegurança de salut, accés a millors cures de salut i menor exposició a estrès crònic a la feina i altres àrees de la vida (Blane, 2000).

Existeix un particular interès a entendre com l'acumulació d'avantatges i desavantatges al llarg del cycle vital afecta l'estat de salut en la vida posterior

Certs tipus de problemes de salut a la vida adulta tenen relació amb les condicions socials a la infantesa

També hi ha evidència que certs tipus de problemes de salut a la vida adulta tenen relació amb les condicions socials a la infantesa, especialment les malalties associades a la nutrició a la infància (Okasha, 2003). La pobresa a la infantesa, especialment en els anys d'educació en els gustos i preferències dels aliments, s'ha relacionat amb la dificultat d'adquisició de dietes nutricionalment adients (Wethington, 2005).

El plantejament de la perspectiva del cicle vital ajuda a diferenciar alguns problemes de salut que són independents del moment vital en què es produeixen i que són conjunturals, com per exemple una infecció gripal, d'altres que estan clarament vinculats a etapes específiques del cicle vital i que són més propis d'aquest moment que de d'altres. Això pot ser degut al programa genètic, però molt sovint també a les circumstàncies socials i culturals que condicionen les experiències que la persona viu en cada moment de la seva vida. Des de la perspectiva del cicle vital, els moments més crítics en el desenvolupament de la salut al llarg de la vida són el període intrauterí i la infantesa (0-12), etapa que anomenem salut maternoinfantil; l'adolescència (13-18); i la tercera edat o fase de gent gran (>65).

Pel que fa a la *salut maternoinfantil* (SMI), el primer indicador de mortalitat i morbiditat és el baix pes en néixer. Els principals problemes psicosocials en SMI són la infertilitat, la interrupció voluntària de l'embaràs, l'embaràs de l'adolescent, el maltractament de gènere, l'abandonament de la dona, el naixement prematur, els nens nascuts amb malalties cròniques i la mortalitat perinatal. Els professionals socials han de garantir les prestacions de prevenció primària com l'atenció a l'embaràs i al part amb cures obstètriques, exàmens mèdics a la infantesa i educació sobre el creixement i desenvolupament.

L'*adolescència* és un període important per al desenvolupament saludable, perquè en ella es completa la maduració cerebral. Els principals problemes de salut d'aquesta etapa són el sobrepès i l'obesitat, la sexualitat de risc, el consum de drogues i el risc d'addiccions, els accidents en vehicle de motor, el "bullying" i la violència, els trastorns mentals i el suïcidi i les comorbiditats (presència conjunta de més d'un d'aquests problemes). Els professionals requereixen de la màxima informació d'aquests problemes per a la seva detecció. A més han d'assegurar als adolescents l'accés als programes preventius, als serveis de salut i a l'educació per a la salut que els protegeixi dels problemes esmentats.

Quant a la *gent gran*, hi ha una tendència a l'envelliment progressiu de la població i s'estima que al 2030, el 20% de la població de la majoria de països desenvolupats tindrà més de 65 anys. Els principals problemes de salut específics de la gent gran deriven de la pèrdua de facultats i la consegüent fragilitat i la presència de les malalties degeneratives. Entre els problemes psicosocials estan també la necessitat de ser escoltats, la pèrdua de rols socials, els sentiments de soledat i els d'aïllament social. Els professionals socials

haurien de monitoritzar tots aquests problemes, ajudar al desenvolupament de polítiques i lleis com la de l'autonomia i dependència, assegurar les cures de salut i d'atenció primària, proporcionar educació per a la salut sobre els problemes esmentats i donar ajuda i suport al "cuidador" de les persones amb alt nivell de dependència.

Treballar per la promoció de la salut

Els professionals socials, en el desenvolupament de l'acció social, necessiten veure la salut com a recurs. El paradigma intersectorial que ha desenvolupat aquesta visió és la promoció de la salut. S'entén per *promoció de la salut* el procés adreçat a la capacitat de la població per a que aquesta controlï i millori el seu nivell de salut (WHO, 1984). Això representa considerar la salut com un recurs per a la vida quotidiana, que alhora precisa d'uns recursos bàsics previs: els ingressos, l'alimentació i l'habitatge; i també com una capacitat, i en sentit positiu, representa reconèixer la necessitat d'uns recursos personals i socials que el procés de l'atenció de la salut haurà de promoure de forma adient. Es considera que aquesta estratègia és mediatra entre la gent i els seus entorns, sintetitzant l'opció personal i la resposta social en la salut (WHO, 1984).

A partir d'aquí, l'OMS considera que la promoció de la salut es basa en cinc principis (WHO, 1984):

1. Ha d'implicar activament tota la població en els aspectes de la vida quotidiana, incloent, però sense restringir-se, les persones amb risc de malalties específiques i que entren en contacte amb els serveis sanitaris.
2. Ha d'actuar sobre les causes últimes de les malalties i trastorns de salut. Cal assegurar-se que l'ambient que està més enllà del control dels individus sigui favorable a la salut.
3. Utilitza diverses estratègies per a la millora de la salut: informació, educació, mesures fiscals, desenvolupament i organització comunitàries, accions legals i desenvolupament de la legislació per a la protecció de la salut.
4. La promoció de la salut depèn fonamentalment de la participació comunitària. Aspira a la participació efectiva de la població, animant a les persones a contribuir a promocionar la salut de les seves comunitats.
5. Els professionals de la salut, especialment aquells que treballen en l'atenció primària, tenen un rol important en la promoció de la salut.



Considerar la salut com un recurs per a la vida quotidiana

La promoció de la salut no és només una responsabilitat del sector sanitari, sinó que requereix d'una atenció intersectorial

Per tant, la promoció de la salut no és només una responsabilitat del sector sanitari, sinó que requereix d'una atenció intersectorial (WHO, 1984).

Un punt de referència per a la visió integradora de la promoció de la salut fou la Conferència Internacional per a la Promoció de la Salut que va tenir lloc a Ottawa, Canadà, l'any 1986. Els cinc principis vistos sobre la promoció de la salut es van ampliar en la "Declaració d'Ottawa per a la Promoció de la Salut", coneguda posteriorment com la carta d'Ottawa (WHO, CPHA, 1986). Aquest document defineix el que significa treballar per la promoció de la salut, concretant cinc línies de treball com les contingudes a la següent taula.

Taula 1. Treballar per la promoció de la salut: la Carta d'Ottawa

1. Desenvolupar polítiques públiques saludables
2. Crear entorns favorables a la salut
3. Reforçar l'acció comunitària
4. Desenvolupar les capacitats personals
5. Reorientar els serveis sanitaris vers la promoció de la salut

Font: World Health Organization, Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. WHO Copenhagen.

1) *Desenvolupar polítiques públiques saludables*

La promoció de la salut va més enllà de la mera assistència sanitària i vol que la salut es converteixi en motiu d'atenció dels polítics en tots els sectors d'acció. No n'hi ha prou amb les polítiques sanitàries, es precisen a més les polítiques públiques saludables: polítiques que amplien l'espectre de les més saludables i restringeixen les que ho són menys, en el sector públic. Només s'entén per política pública saludable aquella que de forma deliberada tracta d'obtenir beneficis en salut (Colomer, 2001).

2) *Crear entorns favorables a la salut*

Ashton (1990) considera que la promoció de la salut té en compte que, tant a nivell global com local, la salut humana es construeix sobre la manera com tractem la natura i el nostre propi ambient. Quan s'explota el medi ambient sense ser sensible a les conseqüències, acaben per deixar-se sentir efectes adversos a nivell social i de salut. Ja s'ha assenyalat que la promoció de la salut és propera a una visió socioecològica de la salut. La Conferència d'Ottawa, dins d'aquesta perspectiva ecològica, considera com a qüestió rellevant que les organitzacions i empreses tinguin la salut de la gent com un afer propi. Això suposa, d'una banda, el control sobre els productes d'ús i consum, la producció d'energia i el medi ambient. D'altra banda, la creació d'un clima d'opinió favorable a la salut que les engresqui en la contribució positiva a la salut, tant en relació amb el que produeixen, com en relació a com organitzen el treball (Arias, 1991).

3) *Reforçar l'acció comunitària*

La Carta d'Ottawa posa la comunitat, i la gent en general, com un dels recursos més importants per a la promoció de la salut. La gent, tant individualment com col·lectivament, sigui allà on sigui, pot actuar per crear condicions més saludables per a ells mateixos, per als altres i per generacions futures (Arias, 1991).

Ashton (1990) creu que la promoció de la salut només funciona a través d'accions comunitàries efectives. Les comunitats han de tenir el seu propi poder i exercir el control de les seves pròpies iniciatives i activitats.

Kickbush (2003) considera que les relacions socials són un dels determinants dels valors i comportaments en relació amb la salut. Posa com exemples algunes de les activitats més importants i efectives de l'acció comunitària com són l'ajuda mútua, el suport social i els grups comunitaris. *L'ajuda mútua* és l'acció de prestar un servei o col·laboració entre dos o més persones. Es porta a terme a través dels grups d'ajuda mútua (GAM). Pot implementar-se de "tu a tu", en trobades informals o en reunions de grup (Roca, 2001). El *suport social* representa la interacció que estableix l'individu amb la seva xarxa de contactes socials i inclou aspectes de suport emocional i suport material. La manca de suport social és un factor de risc de mala salut i d'augment de la mortalitat (Cohen, 2000). En la *participació comunitària*, grups específics que presenten necessitats compartides i que viuen en una mateixa àrea geogràfica prenen decisions i estableixen mecanismes per satisfer-les.



La manca de suport social és un factor de risc de mala salut

4) *Desenvolupar les capacitats personals*

La Carta d'Ottawa considera que la promoció de la salut deriva d'una concepció de salut que contempla, en primer lloc, la capacitat dels individus de realitzar les seves aspiracions humanes i satisfer les seves necessitats i, en segon lloc, la capacitat de conèixer i canviar l'entorn, és a dir, una visió socioecològica de la salut. En aquesta quarta línia de treball per la promoció de la salut es posa de manifest que també la *informació*, l'*educació per a la salut* i l'ajuda a la comunitat són mitjans necessaris per al desenvolupament de les habilitats necessàries per aconseguir opcions de vida saludables, tant a nivell personal com social.

Kickbush (1987) assenyala que la promoció d'estils de vida que portin a una millor salut en les diverses dimensions de la persona (física, mental, emocional, social i espiritual) suposa atendre a les formes personals de situar-se i afrontar els fets de vida i les diverses etapes de la mateixa, des de la infantesa a la vellesa. També les creences i valors respecte de la salut estan condicionats per la perspectiva vital, per la història de la persona i les condicions en què ha hagut de viure. *L'educació per a la salut* és la combinació d'experiències d'aprenentatge planificada, destinada a facilitar canvis voluntaris de comportaments saludables. S'inspira en les ciències de la salut, de la conducta, de l'educació i de la

comunicació. Els programes d'educació per a la salut han d'inspirar-se en models teòrics que expliquen les formes d'aprenentatge de les conductes de salut. Els models del comportament (de creences de salut, PRECEDE, de l'aprenentatge de la conducta) s'inspiren en les teories de l'aprenentatge (de les necessitats de Maslow, de l'aprenentatge social de Bandura, de l'acció raonada). Existeixen dues perspectives per a la programació en educació per a la salut: la tecnològica, basada en la pedagogia per objectius (diagnòstic de la situació, finalitats, objectius, activitats d'aprenentatge, execució i avaluació) i la crítica, basada en la participació de la comunitat.

La promoció de la salut implica i desenvolupa la salut en la població, més enllà de la responsabilitat d'oferir atenció mèdica

5) *Reorientar els serveis sanitaris*

La Carta d'Ottawa diu que, en l'àmbit dels serveis, la promoció de la salut implica una reorientació dels serveis per mantenir i desenvolupar la salut en la població, més enllà de la responsabilitat d'oferir atenció mèdica. Kickbush (1987), en base al que diu la declaració d'Ottawa, puntualitza que, mentre que la promoció de la salut és bàsicament una activitat del camp de la salut i del camp social, i no un servei mèdic, els professionals de la salut, particularment els de l'atenció primària, tenen un rol important en el suport i consolidació de la promoció de la salut. Ashton (1990) ho formula assenyalant que la responsabilitat de la promoció de la salut en els serveis sanitaris ha de ser compartida entre els individus, els grups comunitaris, els professionals de la salut, el personal auxiliar, les administracions i els governs. Tots ells han de treballar junts reorientant el sistema vers una atenció que realment tingui la salut com a objectiu.

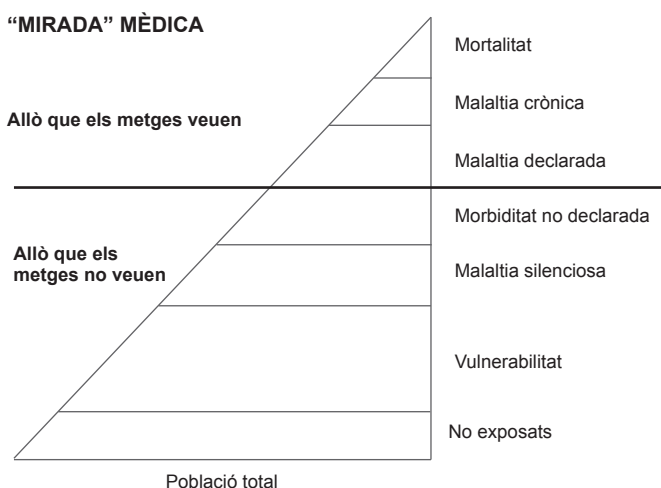
Els nous plantejaments orientats a la promoció de la salut han canviat la perspectiva de la salut pública. La *salut de la comunitat (salut comunitària)* està determinada per la interacció de factors personals i familiars i per l'ambient socioeconòmic, cultural i físic. Les principals accions s'adrecen a entorns com l'escola, els centres laborals, els centres sanitaris i els barris de les ciutats. La salut a l'escola es dona per la interacció d'un entorn escolar sa i segur amb les relacions personals favorables de la comunitat escolar, els serveis de salut de referència i l'educació per a la salut. La salut en els centres laborals està regulada parcialment per la llei de prevenció de riscos laborals. Defensa un treball digne i amb capacitat de decisió de l'individu; cerca la detecció de les malalties professionals o de les relacionades amb el treball, així com la prevenció dels accidents laborals. La salut en els centres sanitaris té el repte de desplaçar el sistema de salut vers la salut com a centre. Ho fa a través de la humanització dels centres; la promoció de la salut a través d'accions com l'educació nutricional, la lluita antibàctica o els programes de primers auxilis; i l'educació de pacients i usuaris. La salut als barris segueix un procés de metodologia participativa i implica els diversos actors en la cerca dels actius de salut del barri, de cara a la prioritització de les intervencions comunitàries més necessàries per a cada territori.

Fer front a la vessant psicosocial de la malaltia

En el concepte de malaltia hi ha tres elements: en primer lloc, un component *subjectiu*, en tant que la malaltia és una experiència personal, que costa de comunicar en la totalitat del que l'individu vivència; en segon lloc, la *demanda d'ajut*, que és el reconeixement de que el que se sent i s'experimenta no es pot arranjar per un mateix; i el tercer aspecte, el més important des de la perspectiva de la salut pública, és l'element *social i cultural*, consistent en com els éssers humans aprenen a estar malalts i a reconèixer-se i ésser reconeguts com a malalts, en base al que socialment i culturalment és considerat i legitimat com a malaltia (Martí, 1995). Les malalties conegudes pel metge només representen la punta de l'iceberg: les d'aquells que declaren i consulten, els que estan malalts de forma palesa i els que moren (Last, 1988). Hi ha vulnerabilitat, malaltia silenciosa i morbiditat no declarada que normalment no es veu.



Figura 2. "Iceberg" de la malaltia de last (last, 1988)



Els éssers humans aprenen a estar malalts i a reconèixer-se i ésser reconeguts com a malalts, en base al que socialment i culturalment és considerat com a malaltia

Des de la perspectiva d'una visió més global de la salut, l'atenció a la malaltia no pot quedar-se merament en l'atenció guaridora a aquells que declaren els problemes i són reconeguts i atesos clínicament. Les fases de vulnerabilitat, d'exposició a problemes o morbiditat silenciosa i no-declarada creen l'espai per a una visió més ampla de les atencions a la salut que inclou la promoció de la salut, tal com s'ha vist en l'apartat precedent i la prevenció de la malaltia, que s'analitzarà immediatament en aquest manuscrit. A la conjunció de l'atenció guaridora i rehabilitadora de la malaltia amb l'atenció de promoció de la salut i de prevenció de la malaltia se la coneix com *atenció integrada de la salut*.

Les possibilitats del pacient i de la seva família respecte del compliment terapèutic són també part del diagnòstic psicosocial

El *diagnòstic psicosocial de la malaltia* comprèn, entre d'altres, l'anàlisi individual del malalt en relació amb la seva situació familiar, els sentiments del pacient i de la família respecte de la malaltia, les possibilitats pròpies i de la família per a seguir les indicacions terapèutiques i les característiques del seu habitatge (Cueto, 2001). Des del punt de vista familiar, interessa si el malalt viu sol o amb d'altres familiars i també si les relacions familiar són conflictives o ha hagut recentment la pèrdua de familiars propers. Els sentiments del pacient i de la família respecte de la malaltia o problema de salut són especialment importants des de la perspectiva psicosocial. Cal explorar com és l'acceptació de la malaltia o si hi ha sentiments de culpabilitat respecte del procés, fet que generarà ansietat sobreafegida. Molt sovint, i d'acord amb la gravetat de la malaltia, pot existir por de morir o del diagnòstic d'una malaltia greu, que comprometi la qualitat i el contingut del futur vital. Les possibilitats del pacient i de la seva família respecte del compliment terapèutic són també part del diagnòstic psicosocial. Són aspectes a valorar la possibilitat de complir amb la medicació o amb les recomanacions sobre nutrició o d'exercici o de control dels factors de risc. També pot ser oportuna la valoració sobre si acudirà a les visites mèdiques de seguiment de la malaltia.

Finalment, el professional social, a partir d'una visita domiciliària amb l'objecte de valorar les condicions de vida del pacient i de la seva família i del seu nivell d'adaptació a aquest ambient, està en condicions d'aportar informació sobre les característiques de l'habitatge. Entre d'elles, pot valorar especialment les condicions d'habitabilitat i la possible presència de barreres arquitectòniques.

L'anàlisi detallat de tota aquesta informació obtinguda permet la realització d'hipòtesis diagnòstiques i un pla de tractament psicosocial. En ocasions no s'aprecia la presència de problemàtica psicosocial rellevant i el professional social es limita a assessorar al professional de la salut sobre com planificar millor el tractament. En d'altres casos amb problemàtica psicosocial específica, actuarà d'acord amb les mesures ja vistes al primer apartat d'aquest manuscrit. Si és necessari, el professional social sol·licita les interconsultes oportunes o deriva el pacient a un altre servei social o sociosanitari.

Des d'una perspectiva social i de salut pública, les malalties poden classificar-se en transmissibles (MT) o infeccioses i no-transmissibles i cròniques en la seva evolució. Les malalties cròniques (MC) són la principal causa de mortalitat en tot el món. Les més freqüents són les malalties cardiovasculars (MCV), el càncer, la diabetis i les malalties respiratòries cròniques. Són malalties que tenen un curs perllongat, que no es resolen espontàniament i que rarament es curen de forma completa. Es caracteritzen en funció de la causalitat i el risc, de l'evolució i el curs que segueixen (durada llarga, remissions i recaigudes freqüents) i de l'eficàcia de les mesures de control, habitualment incerta.

La *prevenció de la malaltia* representa una estratègia de la salut pública dintre de l'atenció integrada de salut. Depenent del moment de la intervenció, l'estratègia preventiva pot ser primària (abans que la malaltia aparegui i destinada a les poblacions vulnerables), secundària (en la fase silenciosa o presintomàtica de la malaltia) i la terciària (quan la malaltia ja està instaurada). La prevenció primària es focalitza en evitar l'aparició dels factors de risc i la promoció dels estils i condicions de vida saludables. La prevenció secundària va adreçada a combatre els factors de risc que ja han aparegut o a fer el diagnòstic precoç de la malaltia per tractar d'aturar-la o guarir-la. La prevenció terciària s'orienta a la prevenció de les complicacions i conseqüències de la malaltia i a propiciar la reinserció del pacient.



La prevenció psicosocial pretén crear un ecosistema social que eviti l'aparició de les malalties. Es fa a través de mesures de planificació, coordinació, educació i foment de la participació, tant en les MT com en les MC (MCV i càncer), tal com s'ha vist en un apartat previ del manuscrit.

La prevenció psicosocial pretén crear un ecosistema social que eviti l'aparició de les malalties

Vulnerabilitat social i salut

La *vulnerabilitat* és la susceptibilitat d'un individu o un col·lectiu a ser ferit, afectat, danyat o vençut de patir un perjudici. És una zona intermèdia, inestable, que conjuga la precarietat en el treball i la fragilitat de les ajudes de proximitat (Castel, 1991). La vulnerabilitat seria, a més d'un procés, un resultat de pèrdues i ruptures successives, ja sigui del treball i de la seguretat social o dels lligams familiars. A més, està lligada als itineraris objectius i subjectius, i als factors contextuals que impedeixen fer ús de les capacitats i en disminueixen les possibilitats (Sen, 2000). La vulnerabilitat social és el conjunt de característiques d'una persona o grup i del seu entorn que influeixen a la seva capacitat per anticipar, fer front, resistir i recuperar-se de l'impacte d'esdeveniments naturals o socials (Coy, 2010). O sigui que depèn, d'una banda, de la mesura de l'amenaça i, de l'altra, de les estratègies i capacitats de superació dels afectats, amb tots els factors que hi influeixen, com per exemple, el nivell d'ingressos, el gènere o l'edat. La pobresa va, en principi, acompanyada d'un major grau de vulnerabilitat ja que els grups de nivell socioeconòmic més desafavorit, en general, tenen menys possibilitats d'elecció i no disposen de recursos suficients per a la prevenció. Negri i Saraceno (2003) creuen que vulnerabilitat, pobresa i exclusió podrien ésser pensades com un continuïum, probablement consecutiu, però que no sempre ho és. Una persona pot veure no reconeguts els seus drets o pot mancar-li la xarxa de reconeixement social i això no implica necessàriament l'escassetat de recursos. Alhora, es pot ésser pobre sense estar-ne exclòs, com succeeix a barris desafavorits on una majoria de la gent és pobra. Mentrestant, la vulnerabilitat seria l'entrada de la pobresa i d'una posterior exclusió, que estaria al final, en la part més distal del procés. Per a aquests autors, el pas d'un estadi a l'altre es donaria en funció de les biografies personals i de les op-

cions socialment estructurades que s'ofereixen. Això convida a interessar-se per aquests itineraris i intentar conèixer els factors de les successives crisis que fan passar de la vulnerabilitat a la pobresa i d'aquesta a l'exclusió, i quines són les circumstàncies que afavoreixen, limiten o obstaculitzen aquestes transicions (Negri i Saraceno, 2003).

A partir d'aquí, interessa identificar específicament aquelles poblacions amb vulnerabilitat vinculada amb la salut i la malaltia i les consegüents dificultats sanitàries i socials. Segons el factor central originari de la vulnerabilitat, es poden distingir dos grups diferents. Ho podem veure a la taula següent.

Taula 2. Algunes de les poblacions vulnerables des de la perspectiva de salut

Origen de la vulnerabilitat	Principals col·lectius vulnerables
Desigualtat i exclusió social	Col·lectius afectats per les desigualtats socioeconòmiques
	Persones en " situació de sense llar "
	Població immigrant
	Dones afectades per la violència de gènere (violència masclista)
	Part de la gent gran (envelliment fràgil i dependència)
Malaltia o discapacitat	Persones amb problemes de salut mental
	Persones amb drogodependències
	Persones amb diversitat funcional o discapacitat

a) *La desigualtat i exclusió social*

En aquest cas, i tal com assenyala Subirats (2004), el concepte de vulnerabilitat social delimita diverses situacions que estan presidides per un equilibri social precari que pot transformar-se en exclusió social, mitjançant un procés d'intensificació o aparició de nous factors d'exclusió que no necessàriament estan relacionats amb la resta de factors preexistents. Actualment, no es pot seguir parlant de la pobresa i els seus efectes com la causa darrera de les desigualtats i la integració social (Subirats, 2004). Apareixen molts altres aspectes de desigualtat que van més enllà de l'esfera econòmica, com la precarietat laboral, els dèficits de formació, la manca d'habitatge digne o d'accés a la mateixa, condicions precàries de salut, manca de relacions socials estables, trencament de llaços i vincles familiars... Això és el que permet a Subirats (2004) definir l'exclusió social com "una situació concreta fruit d'un procés dinàmic d'acumulació, superposició i/o combinació de diversos factors de desavantatge o vulnerabilitat social que poden afectar persones o grups, generant una situació d'impossibilitat o dificultat intensa d'accedir als mecanismes de desenvolupament personal, d'inserció sociocomunitària i als sistemes preestablerts de protecció social". Tot i que, en la perspectiva d'aquest manuscrit, la mirada predominant és des de la salut, és una ocasió més per emfasitzar que la salut ha de tenir sempre una consideració intersectorial.

S'inclouen en aquest grup:

- Els col·lectius afectats per *les desigualtats socioeconòmiques*: fa referència a les diferents oportunitats i recursos lligats a la salut que tenen les persones de diferents classe social, gènere, ètnia o territori.
- La població en *situació de sense llar*: l'absència de llar i feina situa aquest grup de població a l'extrem de l'estructura social, al marge de la societat i amb graus importants de vulnerabilitat social i sanitària.
- La població *immigrant*: una part important d'aquest col·lectiu, arran del treball que realitzen, el barri on viuen o les condicions de l'habitatge, es troba en condicions de vulnerabilitat, que repercuteixen en la seva salut.
- Dones afectades per la *violència de gènere*: en aquest cas es produeix una vulneració dels drets humans que aboca a un problema de salut pública.
- La *gent gran*: un subconjunt d'aquesta població, com a conseqüència d'una pitjor evolució de l'envelliment, la pèrdua de capacitats i la limitació de recursos econòmics, està en condicions de fragilitat i de vulnerabilitat social.



b) *La malaltia o la discapacitat*

En aquesta segona part sobre col·lectius vulnerables es presenta un segon grup en el qual la vulnerabilitat està associada a la malaltia o a la discapacitat. Aquestes dues circumstàncies, la malaltia o la discapacitat, apareixen com el principal risc a què s'enfronta el subjecte. En les tres situacions que s'inclouen serà clau tenir en compte els aspectes constitutius de la vulnerabilitat individual per evitar estigmatitzar l'altre, com si allò que esdevé en ell ens fos totalment aliè. S'entendrà, per tant, la vulnerabilitat com la *susceptibilitat de les persones a problemes i danys de salut*. Per a que hagi un dany normalment es precisa la conjunció de tres fets: la presència d'un esdeveniment advers; la manca de capacitat d'adaptació del subjecte al perill; i la manca de resposta de l'individu, entesa com la capacitat de lluita i de recuperació, tant dels individus com dels grups, per a fer-hi front (Wisner, 1998). Per tant, alguns segments de la societat són més vulnerables d'emmalaltir i morir que d'altres. En això influeixen tant les *característiques personals* com les *condicions adquirides* en el transcurs de la vida. Entre les primeres s'inclouen les condicions, característiques i situacions de protecció (o de desprotecció i risc) dels individus i grups contra la malaltia. Entre les segones hi ha les resultants de l'estil de vida i del desenvolupament d'estratègies i habilitats per enfrontar traumes i malalties. Així, el grau de vulnerabilitat s'altera o depèn de la modificació en la condició o ambient social. Un exemple d'això s'ha establert amb l'ús del cànnabis en els primers anys de l'adolescència, que avui se sap que modera l'associació entre el risc genètic o vulnerabilitat individual a l'esquizofrènia i la maduració cor-

S'entendrà la vulnerabilitat com la *susceptibilitat de les persones a problemes i danys de salut*

tical dels individus barons (French, 2015). Aquestes troballes impliquen els processos subjacents a la maduració cortical com a mediadors entre l'ús del cànnabis i la seva influència sobre la producció d'esquizofrènia (French, 2015).

La vulnerabilitat social associada a la malaltia i a la discapacitat es relaciona també amb els processos d'exclusió, discriminació o afèbliment dels grups socials i la seva capacitat de reacció. Baggio (2015) ha observat que les persones que han de freqüentar amb assiduitat els serveis d'urgència se senten discriminades i amb una percepció pitjor de la seva salut, independentment de l'estat objectiu de salut i de l'afecció per la qual consulten, fet que afegeix un element més a la seva condició de vulnerabilitat.

Entre els col·lectius vulnerables vinculats a la malaltia o discapacitat es consideren:

1. Les persones amb *problemes de salut mental*: la malaltia o trastorn mental afecta nuclearment la qualitat de vida, la integració i participació social i genera condicions de vulnerabilitat.
2. Persones amb *drogodependències*: a més de l'addicció, quan aquesta s'instaura, pot associar-se a comportaments delictius i de marginació associats (prostitució...), que produeixen una vulnerabilitat específica.
3. Les persones amb *discapacitat o diversitat funcional*: una malaltia o lesió prèvia porta a la discapacitat, la qual determina l'accés al treball, barreres arquitectòniques i dificultats en la integració social. Són aspectes importants que es troben en l'origen de la vulnerabilitat.

Carles Ariza
Cap del Servei d'Avaluació i Mètodes d'Intervenció
Agència de Salut Pública de Barcelona
Professor de la Facultat d'Educació Social i Treball Social
Pere Tarrés – URL
cariza@peretarres.org

Bibliografia

Arias, A. (1991). “Vers la promoció de la salut: des de la salut com absència de malaltia a una perspectiva socioecològica de la salut”. A: Arias, A. (comp.) (1995). *El món de l'educació i la salut*. Col·lecció Paideia, núm. 21 Barcelona: Raima.

- Ashton, J.; Seymour, H.** (1990). *La nueva salud pública*. Barcelona: Masson.
- Baggio, S.; Iglesias, K.; Hugli, O.; Burnand, B.; Ruggeri, O.; Wasserfallen, J. B. et al.** (2015). "Associations between perceived discrimination and health status among frequent Emergency Department users". *European Journal of Emergency Medicine*. doi: 10.1097/MEJ.0000000000000311.
- Blane, D.** (2000). "The life course, the social gradient, and Health". A: Marmot, M., Wilkinson, R.G., eds. (2000). *Social Determinants of Health*. Oxford, UK: Oxford University Press; 64-80.
- Castel, R.** (1991). "La désaffiliation: Travail et vulnérabilité relationnelle". Traducció catalana. Barcelona: *Revista Món Laboral*, núm. 3.
- Cohen, S.; Gottlieb, B. H.; Underwood, L. G.** (2000). "Social relationships and Health". A: Cohen, S.; Underwood, L. G.; Gottlieb, B. H. (eds.) *Measuring and intervenint in social suport*. New York: Oxford University Press. p. 3-25.
- Colomer, C.; Álvarez-Dardet, C.** (2001). *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson.
- Coy, M.** (2010). "Los estudios del riesgo y de la vulnerabilidad desde la geografía humana. Su relevancia para América Latina". *Población y Sociedad*, 17:9-28.
- Cueto, A.; García, M.; Gijón, M. T.; Galicia, M. D.** (2001). "Papel del trabajador social en los servicios de salud". A: Piédrola Gil. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona: Masson. 10a edició.
- Dahlgren, G.; Whitehead, M.** (1992). *Policies and strategies to promote equity in health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- French, L.; Gray, C.; Leonard, G.; Perron, M.; Pike, G. B.; Richer, L. et al.** (2015). "Early cannabis use, polygenic risk score for schizophrenia and brain maturation in adolescence". *JAMA Psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry. 2015.1131. Published online August 26, 2015.
- Fritzgerald, F. T.** (1994). *The tyranny of health*. *Lancet*, 331, 196-198.
- George, L. K.** (2003). "Life course research: achievements and potential". A: Mortimer, J.; Shanahan, M. eds. (2003). *Handbook of the Life Course*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 671-680.
- Illich, I.** (1974). *Medical nemesis*. *Lancet*, 1, 918-921.
- Ituarte, A.** (2002). "El acontecer clínico en Trabajo Social". *Trabajo Social Hoy*. 2002 1r. cuatrimestre, 5ª época, 35:42-59.
- Ituarte, A.** (2009). "Sentido del trabajo social en Salud". Ponència. XI Congrés Estatal de Treball Social. Saragossa.
- Kickbusch I.** (1997). "Health promoting environments: the next steps". *Aust N Z J Public Health*. 21:431-434.
- Kickbush, I.** (2003). "The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion". *Am J Public Health*, 93: 383-388.
- Last, J. M.** (1988). "El iceberg: completando una visión clínica en Medicina general". A: *El desafío de la Epidemiología, problemas y lecturas seleccionadas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Martí Casas, O.** (1995). *Introducció a la Medicina Social* (vol.1) Barcelona: ICESB Escola Universitària de Treball Social.



- Negri, N.; Saraceno, C.** (2003). *Povertà e vulnerabilitat social in aree svilupate*. Roma: Carocci.
- Okasha, M.; McCarron, P.; McEwen, J.; Durnin, J.; Davey Smith, G.** (2003). "Childhood social class and adulthood obesity: findings from the Glasgow Alumni Cohort". *Journal of Epidemiology and Community Health*. 57, 508-509.
- Organització Mundial de la Salut** (2000). "Regional strategy for attaining health for all by the year 2000". Copenhagen: OMS-Oficina Regional per Europa.
- Organització Mundial de la Salut** (2005). Commission on Social Determinants of Health. Towards a conceptual framework for analysis and action on the Social Determinants of Health. Discussion Paper for The Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO.
- Roca, F.** (2001). "Grupos de ayuda mutua". A: Colomer, C.; Álvarez-Dardet, C. *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson, p. 77-88.
- Sen, A.** (2000). "Social exclusion. Concept, application and scrutiny". *Social Development Paper*, núm.1. Manila: Asian Development Bank.
- Subirats, J.; Riba, C.; Giménez, L.; Obradors, A.; Giménez, M.; Queralt, D.; Bottos, P.; Rapoport, A.** (2004). *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea*. Colección "Estudios Sociales" núm. 16. Barcelona: Fundació "La Caixa".
- Terris, M.** (1987). *La revolución epidemiológica y la medicina social*. Mèxic: Siglo XXI.
- Wethington, E.** (2005). "An Overview of the Life Course Perspective: Implications for Health and Nutrition". *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 37, 115-120.
- Wisner, B.** (1998). Marginality and vulnerability: Why the homeless of Tokyo don't 'count' in disaster preparations. *Applied Geography*(1) January: 25-33.
- World Health Organization (WHO)**. (1947). Health International Conference, New York, 1946. Constitution of the World Health Organization. Chronicle of the WHO (annex 1): 29.
- WHO Europe.** (1984). Health promotion. A discussion document on the concepts and principles. WHO, Copenhagen.
- World Health Organization (WHO)** (1986). Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association (CPHA). Ottawa Charter for Health Promotion. WHO Copenhagen.
- Xè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana** (1976). *Funció Social de la Medicina (II Ponència)*. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears.