

La vinculació de la salut amb les entitats socials

The link between health and social institutions

M. Mercè Canet Ponsa¹ i Nuria Rodríguez Ávila²

Resum

Encara que antigament la salut i la beneficència estaven íntimament lligades, encara hi ha prestacions sanitàries bàsiques que no estan catalogades en el sistema de salut i que es converteixen en prestacions socials per a les persones amb recursos escassos, per la qual cosa perden la categoria de sanitàries.

A pesar que al nostre país la salut apareix com un dret, perquè poden oferir-se cobertures sanitàries de caràcter universal, les polítiques socials que s'han desenvolupat fins avui sobre aquest tema no han aconseguit eliminar l'exclusió i les desigualtats socials en l'accés a determinades prestacions sanitàries bàsiques.

Paraules clau: Salut, beneficència, estat del benestar i polítiques socials.

Abstract

Although health and charity were inextricably linked in the past, there are still certain basic healthcare services that are not listed within the health system and become social services for people on limited resources, losing the category of health services.

Although in Spain health constitutes a right, because universal health coverage can be offered, the social policies implemented to date on this issue have failed to eradicate exclusion and social inequalities in access to certain basic healthcare services.

Key words: Health, charity, the welfare state and social policies.

Per citar l'article: CANET PONSA, M. Mercè i RODRÍGUEZ ÁVILA, Nuria. La vinculació de la salut amb les entitats socials. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, desembre 2018, n. 214, p. 124-136. ISSN 0212-7210.

¹ Doctora en sociologia.

² Doctora en sociologia.

Introducció

Les necessitats humanes s'han anat diferenciant segons cada societat i cada època històrica, seguint una evolució cap a un determinat nivell de desenvolupament social. Aquestes diferències han configurat les formes organitzatives de les societats, així com els seus valors i les particulars formes de relació de l'individu amb la comunitat.

En l'actualitat, hi ha un consens determinat sobre el concepte de necessitats humanes bàsiques, basat en les accions que comprenen l'alimentació, el descans, la possibilitat de disposar d'un habitatge, l'accés a la sanitat i a l'educació; aquestes necessitats han estat concebudes com a drets fonamentals, que s'adquireixen pel fet de ser membres d'una determinada societat i, per això, han de ser ateses per la comunitat. En els estats moderns la cobertura de les necessitats bàsiques se sustenta mitjançant el repartiment de riquesa que via impostos finança la implementació i el desenvolupament de polítiques socials que permeten la cobertura d'aquestes necessitats, independentment de la situació econòmica de cada persona.

El progrés social s'entén sovint com una conseqüència del desenvolupament econòmic i això ens porta al fet que moltes de les polítiques socials actuals es desenvolupin mitjançant la intervenció política de les forces que lideren el desenvolupament econòmic. Aquestes diferents visions produeixen punts de confrontació sobre el paper que ha d'exercir l'Estat en l'àmbit econòmic i social. Els estrets vincles que uneixen els dos àmbits (política i economia) situen la política social en l'anàlisi de les relacions i conflictes més relacionats amb la distribució de recursos i no tant des del punt de vista de la cobertura de necessitats.

El concepte salut és una de les necessitats bàsiques amb un espectre més ampli, la salut té relació amb la manera en què les diferents cultures conceben les persones i el seu lloc al món, la relació que l'home i les societats mantenen amb l'ambient, els valors morals, les creences, els costums, etc., es relaciona amb idees més vinculades al valor de la vida no només amb les formes de producció i consum; en definitiva, la salut té una relació més estreta amb aspectes culturals i de valors, per aquest motiu es pot afirmar que la salut és un concepte socialment construït i la seva preservació té una relació no només amb el seu cost sinó en com es preserva culturalment i socialment.

Al llarg de la història, la humanitat sempre ha estat més pendent de la malaltia que de la salut i és lògic que sigui així donada la magnitud del problema de supervivència amb què s'enfrontava en temps passats. No va ser fins al segle XX quan la salut orgànica va aparèixer, no només com a alliberament de la malaltia, sinó com un estat positiu, a què cal accedir a través de pràctiques preventives. A partir dels grans descobriments bacteriològics, del desenvolupament de la immunolo-

...cada grup social concep i reacciona davant la malaltia segons la seva posició en l'estructura social i la cultura de la comunitat...

gia, de la medicina preventiva, de la salut pública i altres disciplines, es va descobrir que el que s'entén per salut era una mica més complex que la mera absència de malaltia.

També és important tenir en compte que cada grup social concep i reacciona davant la malaltia segons la seva posició en l'estructura social i la cultura de la comunitat, lluitant contra la malaltia de formes diferents, donant-li més o menys importància, segons quina sigui la naturalesa de la malaltia; per aquest motiu, cada societat institucionalitza el tractament de la malaltia a través d'organitzacions socials tals com centres hospitalaris, professió mèdica, educació sanitària, etc.

El desenvolupament de la conceptualització del sistema sanitari actual

En la majoria de països del món, les necessitats en relació amb els tractaments vinculats amb la salut de les persones depenen de les formes de producció i consum, ja que, de forma directa, tenen una relació vinculant sobre la capacitat de finançar una assegurança o de disposar de mitjans econòmics per solucionar el problema; per això, la lluita contra la malaltia requereix alguna cosa més que l'aplicació del coneixement mèdic i les institucions que proporcionen assistència sanitària, moltes vegades necessiten estar relacionades amb institucions socials d'altres característiques.

El marc conceptual que configura les polítiques públiques actuals en la societat occidental va començar a desenvolupar-se amb l'Informe LALONDE de Canadà el 1974, que va proporcionar un model per analitzar els problemes i determinar les necessitats de salut així com triar els mitjans per satisfer-les, aquest model dividia el concepte "salut" en quatre elements generals:

- La biologia humana (genètica i envelliment).
- Medi ambient (contaminació física, química biològica i sociocultural).
- Estils de vida (conductes pel que fa a la salut).
- Sistemes d'assistència sanitària.

Aquest context va determinar un canvi en el paradigma sobre la concepció de la salut individualista que havia existit fins al moment, afegint-hi aspectes comunitaris que tenien una relació directa amb la implementació de les polítiques públiques en el sector. Posteriorment, la Conferència Internacional sobre Sanitat en Atenció Primària d'Alma Ata de 1978, va emmarcar la definició de salut com: "un estat de benestar total a nivell físic mental i social", no únicament com l'absència de malaltia o incapacitat física. Aquesta nova definició va ratificar un dels drets fonamentals de l'home: el dret a la salut, ja

que una de les metes més importants al món és poder aconseguir el nivell de salut més alt possible. També es va posar en relleu la falta d'igualtat existent en l'estat de salut de la població, tenint en compte especialment que aquesta falta d'igualtat no només es donava en països subdesenvolupats sinó que també es produïa entre països desenvolupats i hi havia la necessitat que la comunitat internacional també es preocupés d'aquesta situació.

El document "Salut per a tots al segle XXI" editat per l'OMS el 1978 ja va proposar quatre línies d'acció en l'àmbit social tals com: "la lluita contra la pobresa, tenir en compte el fenomen salut en tots els entorns, l'harmonització de les polítiques sanitàries sectorials i la introducció de consideracions sobre salut a la planificació i desenvolupament". El que va intentar l'OMS va ser que el concepte de salut fos un element central per al desenvolupament humà, amb la qual cosa va aparèixer el concepte social de pobresa com a element determinant de la bona o mala salut de les persones. Per tant, emmalaltir o combatre la malaltia ja no depèn tant de l'atzar sinó de la relació amb les circumstàncies de vida i els estils de vida de les persones, visualitzant així l'estreta relació de la salut amb el mitjà de vida vist des d'una perspectiva al més àmplia possible.

La necessitat de preservar la salut i combatre la malaltia va donar lloc a la construcció del sistema sanitari com a element bàsic que proporciona salut i perllonga la vida humana, el seu desenvolupament va anar prenent cada vegada formes més complexes sobretot en les societats occidentals. Si en l'antiguitat la relació se subscribia a quatre -metge-pacient i sistema de finançament privat o finançament lligat a la beneficència-, actualment els sistemes de salut tenen tendència a tenir altres factors socials que proporcionen salut a una comunitat. La necessitat vital de sanar enfront de qui té el poder de finançar els serveis de salut va ser el que realment es va plantejar durant els segles XIX i XX com a necessitat bàsica de l'ésser humà i per tant com un dret de la persona, això va ser el que va propiciar al principi les assegurances mèdiques laborals, posteriorment la seguretat social finançada per les cotitzacions laborals i més tard a càrrec dels pressupostos generals de l'Estat. L'aparició de la Seguretat Social va ser el cinquè element que va abastar una part de la població treballadora en la cobertura de les seves necessitats en els moments més vulnerables de la vida -accident, malaltia, vellesa- i és des d'aquesta construcció on apareix el concepte de prestacions sanitàries definida com la prestació de serveis mèdics, farmacèutics i rehabilitadors per restablir i conservar la salut. L'ampliació de la Seguretat Social i, posteriorment, la seva desvinculació de les cobertures sanitàries, en passar a ser finançades pels pressupostos generals de l'Estat, va posar la salut com un dels màxims drets de la persona humana amb necessitat de preservar.

D'altra banda, durant aquests dos últims segles es va seguir desenvolupant la medicina clínica i profilàctica, es van desenvolupar per primera vegada i de forma molt important aspectes tecnològics molt avançats relacionats amb la medicina, sobretot aparells per a la detecció, intervenció i seguiment de malalties així com el desenvolupament de medicaments. La recerca clínica i tecnològica va generar en els dos aspectes una implicació de la indústria molt important encara que en alguns moments es pogués entrar en fases no tan purament curatives sinó més aviat una miqueta consumistes.

Ricardo Moragas, en el seu article "Enfoque sociológico de diversas concepciones de la salud", va dissenyar fa uns anys un esquema sobre els diferents punts de vista pels quals es pot observar el concepte de salut i com aquests diferents aspectes, tots intervinents, permeten poder obtenir dades diferents que al seu torn conflueixen en l'anàlisi de la salut d'una població i en la cobertura de les seves necessitats. Les diverses concepcions de la salut permeten reflexionar sobre la complexitat en què actualment està estructurat el concepte

CONCEPTE	NOTA CARACTERÍSTICA	HISTÒRIA	DISCIPLINA	MÈTODES DE TREBALL
SOMÀTICO FISIOLÒGIC	Salut com a absència de malaltia..	Des dels orígens a la medicina actual.	Medicina clínica.	Exploració del cos, examen de signes i símptomes.
SANITÀRIA	Salut com estat positiu de un col·lectiu. Transmissió social de la malaltia. Prevenció.	Medicina profilàctica.	Medicina preventiva i social.	Epidemiologia. Educació sanitària.
POLÍTIC LEGAL	Salut com a dret universal: – Reconeixement legal. – Participació estatal.	Sistemes d'assegurances socials i seguretat social.	Drets fonamentals a la: – Assistència sanitària. – Seguretat social.	Lleis, constitucions: – Lleis i reglaments de seguretat social. – Programes polítics.
ECONÒMIC	Salut coma condicionant de productivitat: – Preu de la salut. – Cost de la malaltia.	Es planteja a principis del segle XX als països industrialitzats.	Economia sanitària i del treball. Plans de desenvolupament de recursos humans.	Anàlisis de costos de la malaltia i d'alternatives per a les inversions sanitàries.
SOCIAL	Salut coma participació social. Relativitat cultural de la salut i la malaltia.	Posterior a la II Guerra Mundial.	Sociologia de la Salut. Antropologia de la Salut. Treball social sanitari.	Mètodes d'investigació social. Anàlisis de rols i de grups.

Font: Elaboració pròpia a partir de Moragas (1976).

salut i la diversitat de les seves dimensions en les nostres societats.

En l'esquema es pot observar l'entrada amb força dels aspectes politicolegals a causa de la necessitat d'ampliar l'assistència sanitària a un nombre de població més gran mitjançant les assegurances. La preservació de la salut que abans podia ser un luxe reservat a uns pocs s'amplia amb l'aparició del desenvolupament industrial vinculat als serveis sanitaris, es treballa per combatre les malalties produïdes per la indústria amb l'aparició de les vacunes.

S'amplien també els aspectes econòmics. On abans la relació metge pacient només implicava el pagament directe del servei o quan els serveis sanitaris mínims per a persones pobres eren coberts per la beneficència de les institucions religioses o municipals, ara es produeixen les anàlisis de costos de les malalties i la necessitat d'inversions sanitàries a causa de les dimensions que va adquirint l'assistència sanitària.

El camp social també es comptabilitza, perquè la curació o el tractament de les malalties també tenen uns costos socials, ja sigui des del vessant de l'atenció directa a la persona, o quant als costos en les famílies (pèrdua de poder adquisitiu, dedicació a la persona malalta, etc.) que suposen pèrdues de llocs de treball (ja sigui en el pacient o en els seus familiars que han de deixar el treball per passar a ser cuidadors de la persona malalta). La incorporació d'altres disciplines com la sociologia o l'antropologia en treballs de recerca sobre el tema ha contribuït des del vessant teòric a una comprensió millor de determinades problemàtiques i en conseqüència a planificar millor les polítiques socials.

Encara que el concepte de salut actualment vingui determinat pel benestar físic, psicològic i social dels individus (Alma Ata OMS, 1978), en la medicina convencional no s'ha avançat gaire cap a un coneixement més profund de l'home i la societat en relació amb els nivells de salut i malaltia. La medicina actual s'ha convertit, més aviat, en una organització científica modelada per una organització burocràtica que cosifica els tractaments en especialitats, de manera que, moltes vegades, no hi ha una continuïtat, sinó que existeixen parcel·lacions en els tractaments sense tenir gaire en compte una visió holística de l'individu i el seu entorn, problema que motiva múltiples fallades que fins i tot poden propiciar l'aparició de nous problemes de salut. Això implica la necessitat d'acompanyaments en els processos de malaltia i curació, cronicitat i mort del pacient, que permetin obtenir una visió holística de la situació i, alhora, permetin anar restablint les dinàmiques del nucli familiar en funció dels estadis de salut de la persona malalta. El desenvolupament de les ciències socials tals com la psicologia i el treball social va permetre oferir tractaments de rehabilitació social mitjançant tècniques basades en acom-

El concepte de salut actualment ja no és només l'absència de malaltia de l'individu, sinó la recuperació de la seva autonomia, responsabilitat i control del propi cos

panyaments, suport psicològic, teràpies psicològiques, teràpies grupals, etc.

El concepte de salut actualment ja no és només l'absència de malaltia de l'individu, sinó la recuperació de la seva autonomia, responsabilitat i control del propi cos; per tant, tenir més o menys salut dependrà no només del tipus de sistema sanitari, sinó que també dependrà de la conducta de l'individu, de les seves condicions de vida i entorn. Hi ha evidències clares com les exposades per Borrell i Benach, que manifesten que "les persones de classes socials més baixes presenten una salut més deteriorada, també cal tenir en compte que no només influeixen en això els aspectes socioeconòmics, sinó que altres aspectes socials com el gènere i la immigració, les condicions de vida i treball, els estils de vida i les oportunitats que ofereixen els territoris quant a serveis influeixen en aquest tipus de desigualtats" (BORRELL, BENACH, 2003). Per tant, a pesar que existeixen països on la salut apareix com un dret, com que el progrés econòmic ha aconseguit poder oferir cobertures sanitàries de caràcter universal, això no pressuposa que s'hagin aconseguit eliminar les desigualtats socials; és per aquest motiu que en la part preventiva, la participació social en temes de sensibilització i educació sanitària és fonamental en les comunitats, i en aquest aspecte és on el treball social sanitari té actualment un paper important.

Si partim de la base que la cobertura sanitària és universal i el seu finançament és públic, deixa de tenir sentit l'existència de la beneficència, però també és possible pensar que no totes les necessitats sanitàries estaran cobertes pel sistema; en primer lloc, a causa de la limitació dels recursos i, en segon lloc, perquè l'existència d'un finançament públic emergeix com un dels principals obstacles al funcionament del mercat, que alhora creu que el finançament del sistema sanitari redueix la lliure competència i la llibertat d'elecció, conceptes que actualment estan assumint més força amb les crisis i la tendència econòmica liberal actual.

En l'actualitat hi ha més necessitat de cures de la salut, a causa de l'augment de l'esperança de vida i al fet que moltes de les malalties que abans eren incurables avui s'han convertit en malalties cròniques. Aquests canvis produeixen la necessitat d'una cobertura dels aspectes majoritàriament de caràcter curatiu i preventiu perquè l'objectiu és impedir que els problemes de salut s'agreugin. Això suposa entrar en una interrelació amb els aspectes socials que formen part de la cura i la necessitat de desenvolupar la seva cobertura. D'altra banda, en les situacions en què els problemes de salut no disposin de cobertura universal (odontologia, medicació, prestacions orto protèsiques per a la vista i l'oïda, entre altres) es poden donar dues opcions: en primer lloc, que el pacient miri de trobar una solució en la medicina privada i pagar a preu de mercat el servei que necessiti i, en segon lloc,

en cas de no tenir recursos suficients per fer front al dispendi econòmic, que es busquin entitats que a títol benèfic l'ajudin amb el problema.

Per tant es pot observar que als països desenvolupats la beneficència dins de la sanitat no ha desaparegut de forma categòrica i caldria preguntar-nos en quin moment l'accés a determinades prestacions sanitàries deixa de ser-ho per passar a ser prestacions socials subjectes a la graciabilitat de qui les atorga.

Les relacions de la sanitat amb la beneficència i posteriorment amb el sistema de benestar social

Cal tenir en compte que la beneficència té el seu origen en la caritat i és fruit de la desigualtat socioeconòmica entre persones, el component ideològic de la beneficència apareix reflectit en les religions i creences a partir de la necessitat de buscar un reequilibri entre rics i pobres sense que per això desapareguin les desigualtats. Segons Boulding, "l'acte benèfic proporciona a la persona rica una sensació de benestar" (BOULDING, 1976) en donar o repartir una mica de riquesa, ja sigui riquesa personal o de la col·lectivitat a persones necessitades. En canvi, a la persona pobre, el fet de rebre li permet pal·liar algunes de les seves necessitats bàsiques durant un període més o menys llarg de la seva vida, alhora "rebre per necessitat posa a l'individu en situació de dependència podent perdre-hi en part la seva dignitat de persona" (BOULDING, 1976). Encara que existeixen diverses definicions del concepte de beneficència, a grans trets podríem dir que la beneficència no deixa de ser més que "la caritat organitzada", encara que potser la definició que s'ajustaria més seria la de "conjunt d'institucions i organismes que presten serveis i assistència gratuïta a aquelles persones que més ho necessiten perquè no disposen de recursos econòmics".³

La beneficència i la salut sempre van estar íntimament lligades fins al segle XIX, que va ser quan la medicina va realitzar avenços científics espectaculars i va adoptar altres formes desvinculades de l'atenció directa amb el pacient, sense que per això hi hagués una desvinculació directa entre els metges científics i els metges sanadors, molts dels quals vinculats als hospitals de beneficència, ja que per seguir investigant es necessitava l'existència de pacients i, alhora, per guarir pacients hi havia necessitat d'investigar.

El concepte de benestar social no apareix fins a finals del segle XIX i principis del segle XX amb la Primera Guerra Mundial. L'origen del conflicte va venir determinat pel col·lapse

³ Vegeu: <https://www.definicionanc.com/social/beneficencia.php> (consulta: 28 agost 2018).

del capitalisme liberal, que havia instaurat un sistema economicocultural, organitzat econòmicament sobre la base de la institució de la propietat i la producció de mercaderies, fundat culturalment en el fet de relacions d'intercanvi (compra-venda) sense tenir en compte cap altre aspecte de la vida.

Durant els segles XIX i XX el sistema capitalista va trobar a Europa la seva regulació amb l'aparició de la ideologia socialista, situació que va precipitar l'aparició de les assegurances mèdiques per a treballadors mitjançant cotitzacions, la Seguretat Social segons el model Bismarck alemany i, posteriorment, la cobertura sanitària per a la població de forma general, la qual cosa es coneix com a sistema anglosaxó; aquests van ser alguns dels assoliments dels treballadors davant el desenfrenament del capitalisme en aquestes èpoques.

La necessitat de superar aquest tipus de capitalisme cap a una versió més social és el que va donar lloc a l'aparició dels estats democràtics i al seu torn al que avui coneixem com a estat del benestar, però l'estat de benestar es va implantar de forma diferent a cada país en funció de la seva història, la seva economia i els seus valors, que li han permès realitzar transformacions profundes en el seu procés de democratització i en la consecució del seu benestar, per tant, "no podem pensar en un model d'estat del benestar únic sinó més aviat com a resultat de la cerca institucionalitzada de l'experimentació i l'acumulació d'esdeveniments en el marc democràtic de cadascun dels països" (MONTAGUT, 2008).

L'estat de benestar que avui coneixem és el resultat d'una progressiva convergència de les polítiques socials inspirades per ideologies antagòniques: la progressista-socialdemòcrata i la liberal-conservadora. Les polítiques socials han anat evolucionant des de les formes d'assistència caritativa o benèfica pròpies del segle XIX cap a una preocupació per la desocupació i, finalment, als segles XX i XXI, cap a la interdependència de la salut assistencial, els serveis socials i els salaris.

Actualment, el contingut dels nostres drets socials ve determinat per quatre actors. El primer és el mercat, que a nivell socioeconòmic es basa en el dret al treball i a l'habitatge; el segon, l'Estat com a servei públic; en tercer lloc, el tercer sector com a suport a l'Estat, i finalment, les famílies, però dins d'aquest model és l'Estat l'únic que té poder per garantir-los.

Les polítiques socials venen determinades per la intervenció de l'Estat mitjançant les combinacions d'aquestes tres formes d'intervenir: regulació, finançament i provisió de serveis.

Aquesta forma d'Estat es distingeix de les anteriors per un canvi estructural molt important: l'intent de convertir la beneficència (prestació gracieble) en solidaritat com a garant de dret, però en el procés històric actual aquesta solidaritat es va

tornant “freda”, a causa de l’aparició de nous drets civils, polítics, econòmics i socials que l’Estat no té capacitat d’afrontar: “Els moviments socials han forçat l’Estat a ampliar aquesta «lògica freda» de la qual es parla obligant-lo a ampliar el catàleg de drets; això és el que ha fomentat l’aparició d’entitats del tercer sector com a suport a l’Estat per poder cobrir determinades necessitats de la població” (COMÍN, 2011).

En aquest supòsit trobaríem, entre d’altres, les prestacions sanitàries que no són a la cartera de serveis de la sanitat pública, entre elles prestacions tan bàsiques com odontologia, pròtesis auditives i oftalmològiques, entre d’altres, i l’accés a determinats medicaments als quals la població en situacions de vulnerabilitat o exclusió social no té accés.

Com a conseqüència de no disposar de finançament públic apareixen entitats del tercer sector per cobrir-les.

Reflexió sobre un aspecte de les polítiques socials en sanitat dins d’Espanya i Catalunya

Les polítiques públiques dels països desenvolupats s’orienten cada vegada més de forma sistemàtica als que estan “dins”, als que produeixen o tenen capacitat de despesa, als que tenen representació política i poden votar en les consultes electorals, però rarament s’orienten als exclosos del sistema, com deia Mai (2005): “no es fan polítiques per als que no tenen qui els representi davant les decisions polítiques”. Si això és així en general també ho és per a l’àmbit de la sanitat, on observem la permanent absència de programes adequats per als col·lectius més exclosos i vulnerables, les millores que s’introdueixen continuen estant orientades als que són dins del sistema i continuen deixant fora les persones més vulnerables.

Actualment, la necessitat d’aquests tractaments o prestacions, no inclosos en el sistema públic universal de salut, s’han de buscar al mercat privat, cosa que suposa, en molts casos, un esforç econòmic que implica haver de prescindir d’altres necessitats bàsiques o, simplement, deixar de realitzar el tractament o d’adquirir la prestació, cosa que repercuteix en la salut de la persona afectada.

Davant aquest tipus de situacions, l’Estat ha anat delegant a entitats del tercer sector la provisió d’aquests serveis i és en aquest punt on les prestacions “sanitàries” que no estan catalogades en el sistema públic universal de salut per a les persones amb escassos recursos es converteixen en “socials”, sense que existeixi una obligació regulada. Aquesta nova situació implica sortir dels circuits de salut “normalitzats” amb la conseqüent pèrdua de drets i beneficis que se’ls suposa i entrar en situacions de “beneficència”, on els requisits d’admissió són variables, depenent de l’entitat que ho patrocini; d’altra ban-

da, l'Administració no sotmet a controls de qualitat (econòmics i sanitaris) a aquestes entitats encara que algunes d'elles rebin subvencions. També cal tenir en compte que la majoria dels professionals d'aquestes entitats solen ser voluntaris, la qual cosa moltes vegades pot posar en qüestió la continuïtat de l'entitat, la possibilitat dels controls de qualitat anteriorment esmentats o la pèrdua del recurs. En altres casos s'observa amb claredat la reconceptualització de la prestació com a benèfica, deixant al marge la conceptualització sanitària, perquè algunes d'aquestes prestacions es faciliten dins de programes d'inserció social independentment que la majoria d'entitats que presten o financen aquests serveis puguin pensar que aquestes prestacions són sanitàries i que haurien de ser prestades dins d'uns circuits normalitzats.

És de vital importància que les prestacions sanitàries continuïn sent sanitàries en qualsevol context en què es desenvolupin i que puguin tenir la mateixa qualitat i garanties per a totes les persones, tinguin recursos econòmics o no en tinguin. Des de la perspectiva sanitària es podrien detectar amb més facilitat possibles problemes sanitaris epidemiològics i disminuir problemes que, sense tractament, podrien donar origen a un empitjorament de la salut de les persones. En el camp social suposaria per a aquestes persones uns nivells de salut més alts que permetrien escurçar el seu període de reinserció social.

Quant a les entitats que ofereixen prestacions sanitàries (odontològiques o qualsevol tipus de prestació que suposi la intervenció directa d'un professional amb un pacient), suposaria en primer lloc concretar valoracions socioeconòmiques amb uns criteris estandarditzats per a l'accés a aquestes prestacions amb la finalitat de no contravenir amb el mercat, i, en segon lloc, es podria oferir una garantia de més continuïtat del servei "sanitari" amb una possible reducció de les llistes d'espera, si el servei es pogués oferir amb personal contractat i no amb personal voluntari, ja que això permetria els controls de qualitat que poguessin ser necessaris per donar garanties a l'Administració que el servei és ofert amb qualitat i equitat.

Una forma de desigualtat és no disposar d'una cartera de serveis en salut pública més àmplia per a necessitats bàsiques de les persones en situació socioeconòmica vulnerable o en exclusió social; això és així perquè a Espanya s'ha adaptat la cartera de serveis de l'antiga Seguretat Social a l'actual cartera de serveis del Ministeri de Sanitat sense tenir en compte que els beneficiaris de la Seguretat Social disposaven de recursos per finançar-se prestacions sanitàries no cobertes pel sistema i que d'altra banda hi havia una línia paral·lela de beneficència sanitària situada en les corporacions locals que finançava les necessitats bàsiques de salut de les persones amb baixos recursos o en exclusió social, línia que va desaparèixer pel fet

que la sanitat va quedar dins del paraigua del dret a la salut per a tots amb la sanitat universal. Aquesta confusió ha impedit l'aparició de línies sòlides de cobertura de determinades prestacions sanitàries bàsiques a les persones amb baixos recursos o en situacions d'exclusió social.

Una forma de desigualtat és no disposar d'una cartera de serveis en salut pública més àmplia per a necessitats bàsiques de les persones en situació socioeconòmica vulnerable o en exclusió social

Conclusions

1. Es constata que, segons el desenvolupament en què es realitzin les polítiques sanitàries com a facilitadores de l'exercici dels drets d'aquests col·lectius en relació amb la seva salut, es pot contribuir de manera significativa a millorar o empitjorar la seva situació de desigualtat.
2. Tenir algunes prestacions sanitàries bàsiques cobertes (odontologia, pròtesis auditives, oftalmològiques, etc.) permet poder tenir accés a un altre tipus de béns com un lloc de treball, que permeti viure amb dignitat o poder sortir d'una situació de pobresa i marginació.
3. El canvi de paradigma incidiria en la necessitat que l'Estat com a garant del dret proporcionés serveis preventius i curatius bàsics a persones desfavorides directament amb l'ampliació de la seva cartera de serveis, o mitjançant ajuda financera, supervisió, control de qualitat i demanda de rendició de comptes a les entitats que els facilitin.
4. Aquesta situació ens fa pensar, per al cas de Catalunya, en la necessitat de negociar a nivell polític l'ampliació de la cartera de serveis de sanitat o negociar entre els departaments implicats un marc per definir els límits de l'accés i que la provisió de serveis pugui quedar regularitzada quedant així desestigmatitzades les prestacions sanitàries que s'ofereixen a nivell benèfic a persones vulnerables o excloses socialment.

Bibliografia

- BORRELL, C.; BENACH, J. *Les desigualtats en salut a Catalunya*. Barcelona: Mediterrània, 2003. ISBN: 8483344521.
- BOULDING, K. E. *La economía del amor i del temor*. Madrid: Alianza Universidad, 1976. ISBN: 84200621692.
- COMÍN, A. Cómo ser juez i parte i no morir en el intento. El paper del tercer Sector en les polítiques socials, *Revista de Treball Social*, 2011, n. 193, 9-21. ISSN: 0212-7210.
- LALONDE, A. *New Perspective on the Health of Canadians a working document*. Ottawa: Minister of National Health and Welfare, 1974.
- MAY, P. J. et al. Polici Coherence and Component-Driven Policymaking Artic Polici in Canada and the United States, *The Polici Studes Journal*, 2005, n. 33, 37-63.
- MORAGAS, R. Enfoque sociológico de las diversas concepciones de Salud, *Papers: revista de sociología*, 1976, n. 5, 31-54. En: <<http://dx.doi.org/10.5565/rev/papers/v5n0.913>> [Consulta: 23 gener 2017].
- MONTAGUT, T. *Política social: una introducción*. Barcelona: Ariel Sociología, 2008. ISBN: 9788434417113.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUT. *Salut para todos en el año 2000*. Ginebra: Organización Mundial de la Salut, 1978.
- ORGANIZACIÓN NACIONES UNIDAS. *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salut*. Alma-Ata (URSS): ONU, 1978.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión i calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, de la Lei General de la Seguridad Social.