

Carles Ariza

La vertiente psicosocial de la salud y la enfermedad

Recepción: 03/09/2017 / Aceptación: 25/10/2017

Resumen

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

La vessant psicosocial de la salut i la malaltia

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

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

Cómo citar este artículo:

Ariza, Carles (2017).

La vertiente psicosocial de la salud y la enfermedad.

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



ISSN 2339-6954

- El manuscrito se estructura en seis partes con el objetivo de dar respuesta a cuáles son las principales características psicosociales de los procesos de salud y enfermedad en el campo de la salud pública y las tareas más importantes (promoción, prevención, atención, rehabilitación) que los profesionales sociales pueden realizar para una atención integrada de la salud y de la enfermedad.

La vertiente psicosocial de la salud y la enfermedad alude a las consecuencias que una y otra tienen en la vida cotidiana de las personas

La vertiente psicosocial de la salud y la enfermedad alude a las consecuencias que una y otra tienen en la vida cotidiana de las personas. Esta vivencia de la salud o enfermedad es lo “internalizado”, es decir, lo psicosocial, puesto que frente a una misma situación social la reacción de los individuos puede ser muy distinta. Tener cuidado de esto es propio de las profesiones sociales en el campo de la salud pública.

El manuscrito plantea también la importancia de los determinantes sociales para explicar los procesos de salud y enfermedad, hecho cada vez más reconocido. Actualmente ya se reconoce su influencia tanto sobre las condiciones de vida como sobre los propios estilos de vida de los individuos y de sus comunidades. Sin olvidar que, tanto desde una visión individual como social, hay que ver la salud de los individuos desde una perspectiva de todo el ciclo vital, ya que los hechos y acontecimientos vividos en unas etapas repercuten en las posteriores o pueden ser consecuencia de las anteriores.

La salud aparece así como recurso para la vida, mientras la promoción de la salud es el paradigma que incorpora a todos los profesionales de la salud, también a los sociales, las estrategias para conservar y extender la salud a todas las políticas, la acción comunitaria, la educación y la reorientación del propio sistema de salud.

Por último, hay que concebir la enfermedad como el final de todo un proceso de exposición a las causas o factores que generan el riesgo de padecerla. Los profesionales sociales se involucran en la atención y cuidado de estos factores para contribuir a la prevención de la enfermedad, con acciones tanto sobre el individuo como sobre la comunidad, pero también abordando todo lo que la enfermedad provoca en la vida cotidiana de las personas. Pero la falta de la salud y los problemas vinculados a esta pérdida no afectan por igual a todos los individuos. Tanto por la desigualdad social, consecuencia de la conculcación de derechos, como por la emergencia de la enfermedad o discapacidad en la vida de las personas, se generarán unos colectivos vulnerables, que piden atención preferencial de las profesiones sociales.

Los profesionales sociales y la salud pública

Las necesidades o problemas psicosociales son las necesidades o problemas que conllevan aspectos relacionados con la salud o enfermedad en la vida diaria de la persona. La realidad psicosocial o interpersonal es la forma es-

trictamente individual y particular en que una persona hace introspección de su contexto interpersonal o social y cómo se relaciona con este contexto (Ituarte, 2002). Los factores psicosociales de la salud y de la enfermedad afectan a la vida cotidiana de las personas a nivel de la familia, el trabajo, las relaciones personales, la autoimagen y el autoconcepto de la persona, la vivencia de la propia salud, la forma de vivir el presente y el futuro, el desarrollo de la función y el sentimiento de utilidad social, las actividades de la vida diaria y la satisfacción personal (Cueto, 2001). Lo que define e identifica al profesional social, ya sea el trabajador social o el educador social, es la comprensión de la realidad psicosocial como lugar de encuentro entre la persona y su contexto (Ituarte, 2009). Para poder aportar este rol en el sistema de atención a la salud, las funciones principales de los profesionales sociales se concentrarán en la atención psicosocial y serán dos, la prevención de los factores psicosociales y el tratamiento de los problemas psicosociales. En el desarrollo de estas funciones, el profesional social actuará a tres niveles: el individuo y su familia, el grupo y la comunidad.



Cueto (2001) considera que los profesionales sociales pueden contribuir a la *prevención de los factores psicosociales*, en la medida en que tengan presencia en los órganos de estudio, planificación y priorización de los planes y políticas para hacer frente a los factores de riesgo psicosocial y en la línea de promover un ecosistema más saludable que evite la aparición de enfermedades. Las acciones preventivas son siempre acciones que se ejercen sobre el conjunto de la comunidad. Las principales actividades preventivas pueden ser de planificación (favoreciendo la creación de ambientes favorables en todos los ámbitos comunitarios: la familia, el barrio, el medio laboral y los espacios de ocio y tiempo libre); de coordinación (interna: acciones promovidas de trabajo en equipo en el propio centro de trabajo; externa (fomento de la cooperación con otras instituciones públicas y privadas); educativas (suministro de información a la población, refuerzo de su motivación y promoción de la adopción de hábitos y habilidades saludables); y de fomento de la participación ciudadana (análisis de las necesidades de salud de la comunidad; establecimiento de las prioridades; y elección de las actuaciones a desarrollar, manteniendo el control de estas actividades).

Los profesionales sociales pueden contribuir a la prevención de los factores psicosociales

Realizado el diagnóstico social y habiendo delimitado claramente cuáles son los principales problemas psicosociales que hay que abordar, el profesional social procura el *tratamiento psicosocial* de estos problemas y tiene siempre como objetivo tanto al individuo como su entorno, principalmente la familia. Las principales medidas de tratamiento psicosocial incluyen el consejo y apoyo emocional (asistencia a los individuos y a sus familias en la toma de decisiones difíciles, especialmente las que plantean problemas éticos como la confidencialidad, planificación familiar, aborto, donaciones, eutanasia...; y ayuda para resolver problemas de comportamiento que impidan tomar estas decisiones); la educación para la salud (comprensión de la historia natural de la enfermedad y de los factores de riesgo relacionados; modificaciones positivas en los hábitos de vida y el cumplimiento terapéutico; información

sobre el uso adecuado del sistema sanitario y de los recursos que lo componen); las acciones encaminadas a la reinserción social (reintegro completo de la persona a su vida habitual en cualquier ámbito: familia, trabajo, ocio..., una vez ya curado de su problema o cuando, realizado el primer abordaje de la enfermedad, el paciente puede hacer una reincorporación a sus obligaciones habituales); la orientación sobre recursos (contacto estrecho con las instituciones y las personas relevantes de la comunidad y del ámbito de los servicios, manteniendo una buena información del sistema sanitario y de los recursos y servicios disponibles, recordando siempre que la intervención psicosocial va mucho más allá de la mera “dispensación” y orientación sobre los recursos); y el asesoramiento a otros profesionales de la salud (ayuda a los demás porque por su capacitación profesional resulta útil a los miembros del equipo cuando, para una mejor atención al paciente, atiende también a las familias, sirve de nexo entre éstas y el equipo sanitario y sirve de apoyo profesional ante situaciones difíciles y estresantes) (Cueto, 2001).

La relevancia de los determinantes sociales de la salud

La salud es un estado de completo bienestar y no meramente la ausencia de enfermedad

La definición de la OMS de 1946 que inaugura el debate actual del concepto de salud (“la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad” WHO, 1947) tiene la ventaja de romper con la separación entre salud y vida cotidiana, por lo que desde el punto de vista científico puede considerarse poco objetiva y, de hecho, subjetiva. También se ha destacado la vertiente positiva que inaugura este concepto. Por otra parte, como limitaciones, se ha considerado que esta definición considera la salud como una calidad estática. Al considerar la salud como estado, entra en contradicción con cualquier fenómeno biológico. Además no permite la introducción de matices en función de situaciones concretas. Un trabajador de una industria química, por ejemplo, encontrándose en una situación de bienestar global, puede estar en desarrollo de un cáncer por la exposición a un carcinógeno industrial derivado de su trabajo (Martí, 1995). El subjetivismo señalado antes también se ha considerado como limitación, tanto para no considerar aspectos objetivos como la capacidad de funcionamiento (“sentimiento de utilidad y de poder hacer lo que caracteriza la realización humana”), señalada por Terris (1987), como para hablar de un estado completo, cuando existen varios grados de bienestar y salud, como también señaló este autor. En último término, respecto a la definición de la OMS, se considera también que su aplicación práctica no evitó que la mayoría de los sistemas sanitarios invirtieran la mayoría de sus recursos en una visión negativa y fragmentada de la salud, que se basa en la enfermedad y la mortalidad.

El paso siguiente fueron las definiciones o conceptos dinámicos, como la del X Congreso de Médicos y Biólogos de lengua catalana de Perpiñán (1976):

“la salud es aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y gozosa”, que tuvo un gran éxito en el entorno catalán, aunque manteniendo un claro subjetivismo. También se las ha criticado como de excesiva desbiologización, para que no quedaran cerradas en el estricto ámbito médico, y de un claro optimismo que radica en considerar la salud como plenitud o bienaventuranza, conceptos más místicos que científicos (Martí, 1995). Pero la propia OMS abandonó la definición utópica y maximalista y adoptó el concepto dinámico de salud en la formulación de los objetivos de la estrategia “Salud para todos en el año 2000”, donde desaparece la palabra “completo” y se acepta que los habitantes de los diferentes países deben tener el nivel de salud suficiente que los permita trabajar productivamente y participar de la vida comunitaria donde viven (Organización Mundial de la Salud, 2000). Otra crítica que formula la epidemiología en estas definiciones es que dificultan medir la salud, sobre todo porque la epidemiología está acostumbrada a medir la enfermedad, pero no sabe estudiar desde una perspectiva cuantitativa qué significa sentirse sano, además de la dificultad que supone para la epidemiología la medida de los nuevos riesgos ambientales (Martí, 1995). Por último, una nueva objeción que se puede hacer a estas definiciones es que no se sitúan en la perspectiva del ciclo vital, ya que no es lo mismo el bienestar físico o la autonomía de una persona en torno a los 20 años o la autonomía de una persona mayor.



El desarrollo de la ecología y la teoría general de sistemas se hizo eco de las limitaciones e insuficiencias de los conceptos dinámicos a principios de los años ochenta y durante toda la década siguiente. Ya algunos sociólogos se habían pronunciado sobre el excesivo rol de las profesiones sanitarias en general, y la médica en particular, en cuanto a la definición de salud y de enfermedad. Se hablaría así de la medicalización del concepto de salud, en tanto que derivaría en la culpabilización de las personas por sus conductas individuales, una cierta “tiranía moral”, ajena a los fenómenos sociales que condicionan la salud y la enfermedad (Fritzgerald, 1994). Illich (1974) lo formularía como “la intensidad con que las personas solucionan o se adaptan a sus problemas internos y condiciones externa “. Esto es lo que conllevará que, de una forma progresiva, no se entienda la salud sin la interacción con el entorno y el advenimiento de la visión socioecológica (“la salud es lo que se crea en los ambientes donde la gente juega, en el lugar de trabajo, en la escuela, en la comunidad y en los entornos más amplios en los que vive el hombre”, Kickbush, 1997). Por lo tanto, no se puede entender la salud sin un individuo en interacción con los otros de su comunidad, por lo que, a partir de ese momento no será posible explicar la salud sin la importancia de las influencias sociales.

No se puede entender la salud sin un individuo en interacción con los otros de su comunidad

Goran Dahlgren y Margaret Whitehead (1992) idearon un modelo (modelo de las capas de influencia) para explicar cómo las desigualdades sociales en la salud son el resultado de interacciones entre diferentes niveles de condiciones causales, desde el individuo a las comunidades y al nivel de políticas de salud nacionales.



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

Los individuos tienen edad, sexo y factores genéticos y están en el centro de la primera capa, la central, ya que todos ellos influyen en su potencial global de salud. Yendo hacia el exterior, la siguiente capa comprende las conductas personales y los estilos de vida. Las personas con menos medios materiales tienen barreras de financiación para poder elegir un estilo de vida saludable y pueden mostrar peor alimentación y también suelen mostrar más factores conductuales negativos como el tabaquismo. Las influencias sociales y comunitarias se representan en la capa siguiente. En la escala social baja hay menos redes y apoyo social, lo que acaba comportando menos prestaciones sociales y facilidades para la actividad de la comunidad. En el nivel social siguiente se encuentran los factores relacionados con las condiciones de vida: trabajo, provisión de alimento y acceso a los servicios más básicos. Son los núcleos más pobres los que muestran más problemas de vivienda, condiciones más peligrosas o estresantes en el trabajo y acceso más limitado a los servicios, y eso crea también riesgos diferenciales sobre su salud. Por encima de todos estos niveles están las condiciones económicas, culturales y medioambientales (posición económica del país, mercado de trabajo...) que producen presión sobre todas las demás capas. A modo de ejemplo, el modo de vida de una sociedad puede influenciar la elección de una vivienda, del trabajo o de determinadas interacciones sociales, así como algunos hábitos del estilo de vida. O, en el ámbito cultural, las creencias sobre el rol de la mujer en la sociedad pueden influir sobre su patrón vital y su posición social (Dahlgren y Whitehead, 1992).

Con el tiempo se han ido precisando algunos de los determinantes sociales más influyentes, que se pueden medir con indicadores precisos (OMS, 2005).

- Gradiente social: determina que a más bajo nivel social, la expectativa de vida es menor y más alta la frecuencia de enfermedad. Los efectos no están confinados a los pobres, sino que el gradiente social en salud atraviesa toda la sociedad, ya que se debe a causas materiales y psicosociales.

- **Estrés:** las circunstancias estresantes que hacen sentir a las personas preocupadas, ansiosas e incapaces de superación son perjudiciales para la salud y pueden conducir a una muerte prematura.
- **Exclusión social:** la pobreza absoluta es la falta de cobertura de las necesidades materiales y básicas de la vida. La exclusión social es particularmente mala durante el embarazo y para los bebés, los niños y las personas mayores.
- **Adicciones:** las personas se introducen a menudo en las adicciones para aminorar el dolor por las condiciones sociales y económicas adversas y la dependencia conduce a la movilidad social descendente.
- **Alimentación saludable:** al estar la alimentación controlada por el mercado global, es un problema político. La calidad de la alimentación está mediada por las condiciones sociales y económicas y contribuye a las desigualdades en salud.
- **Transporte:** el transporte saludable significa conducir menos vehículos, caminar más e ir en bicicleta, a la vez que un mayor uso del transporte público promueve la salud, al aumentar el ejercicio físico, reducir los accidentes, aumentar los contactos sociales y reducir la contaminación atmosférica.



La salud en el ciclo vital

La innovación teórica más grande de la perspectiva del ciclo vital en la salud radica en la integración de explicaciones diversas para los individuos o grupos en salud, incluyendo factores de la personalidad, influencias actuales sobre la salud o las conductas saludables, historia vital individual y la historia vital colectiva de los diferentes grupos sociales (George, 2003). Existe un particular interés en entender cómo la acumulación de ventajas y desventajas a lo largo del ciclo vital afecta al estado de salud en la vida posterior. La posición económica en la niñez y adolescencia se traduce en probabilidades diferentes de acceso a la educación universitaria. La educación superior en mejores escuelas aumenta las probabilidades de acceso a algunas carreras universitarias y también un mejor trabajo en la vida adulta. Un buen trabajo se define como aquel que mantiene o mejora la posición económica conseguida. Se caracteriza por mejores salarios, mejores gratificaciones sociales, más prestigio, más control sobre las demandas y calendario de trabajo y mejor seguridad laboral. Sucesivamente, tener un mejor puesto de trabajo a lo largo de la vida adulta se asocia con mejor salud al final de la adultez, específicamente menor riesgo cardiovascular y menor mortalidad. Un mejor trabajo se asocia a mejor seguro de salud, acceso a mejores cuidados de salud y menor exposición a estrés crónico en el trabajo y otras áreas de la vida (Blane, 2000).

Existe un particular interés en entender cómo la acumulación de ventajas y desventajas a lo largo del ciclo vital afecta al estado de salud en la vida posterior

Ciertos tipos de problemas de salud en la vida adulta tienen relación con las condiciones sociales en la infancia

También existe la evidencia de que ciertos tipos de problemas de salud en la vida adulta tienen relación con las condiciones sociales en la infancia, especialmente las enfermedades asociadas a la nutrición en la infancia (Okasha, 2003). La pobreza en la infancia, especialmente en los años de educación en los gustos y preferencias de los alimentos, se ha relacionado con la dificultad de adquisición de dietas nutricionalmente adecuadas (Wethington, 2005).

El planteamiento de la perspectiva del ciclo vital ayuda a diferenciar algunos problemas de salud que son independientes del momento vital en que se produzcan y que son coyunturales, como por ejemplo una infección gripal, de otros que están claramente vinculados a etapas específicas del ciclo vital y que son más propios de este momento que de otros. Eso puede deberse al programa genético, pero muy a menudo también a las circunstancias sociales y culturales que condicionan las experiencias que la persona vive en cada momento de su vida. Desde la perspectiva del ciclo vital, los momentos más críticos en el desarrollo de la salud a lo largo de la vida son el periodo intrauterino y la infancia (0-12), lo que llamamos salud materno-infantil; la adolescencia (13-18); y la tercera edad o fase de personas mayores (> 65).

En cuanto a la *salud materno-infantil* (SMI), el primer indicador de mortalidad y morbilidad es el bajo peso al nacer. Los principales problemas psicosociales en SMI son la infertilidad, la interrupción voluntaria del embarazo, el embarazo del adolescente, la violencia de género, el abandono de la mujer, el nacimiento prematuro, los niños nacidos con enfermedades crónicas y la mortalidad perinatal. Los profesionales sociales deben garantizar las prestaciones de prevención primaria como la atención en el embarazo y en el parto con cuidados obstétricos, exámenes médicos en la infancia y educación sobre el crecimiento y desarrollo.

La *adolescencia* es un período importante para el desarrollo saludable, porque en ella se completa la maduración cerebral. Los principales problemas de salud de esta etapa son el sobrepeso y la obesidad, la sexualidad, el consumo de drogas y el riesgo de adicciones, los accidentes en vehículo de motor, el “bullying” y la violencia, los trastornos mentales y el suicidio y las comorbilidades (presencia conjunta de más de uno de estos problemas). Los profesionales requieren de la máxima información de estos problemas para su detección. Además deben asegurar a los adolescentes el acceso a los programas preventivos, a los servicios de salud y a la educación para la salud que les proteja de los problemas mencionados.

En cuanto a las *personas mayores*, existe una tendencia al envejecimiento progresivo de la población y se estima que en 2030, el 20% de la población de la mayoría de países desarrollados tendrá más de 65 años. Los principales problemas de salud específicos de las personas mayores derivan de la pérdida de facultades y la consiguiente fragilidad y la presencia de las enfermedades degenerativas. Entre los problemas psicosociales están también la necesidad de ser escuchados, la pérdida de roles sociales, los sentimientos

de soledad y los de aislamiento social. Los profesionales sociales deberían monitorizar todos estos problemas, ayudar al desarrollo de políticas y leyes como la de la autonomía y dependencia, asegurar los cuidados de salud y de atención primaria, proporcionar educación para la salud sobre los problemas mencionados y dar ayuda y apoyo al “cuidador” de las personas con alto nivel de dependencia.



Trabajar por la promoción de la salud

Los profesionales sociales, en el desarrollo de la acción social, necesitan ver la salud como recurso. El paradigma intersectorial que ha desarrollado esta visión es la promoción de la salud. Se entiende por *promoción de la salud* el proceso dirigido a la capacitación de la población para que ésta controle y mejore su nivel de salud (WHO, 1984). Eso representa considerar la salud como un recurso para la vida cotidiana, que a la vez precisa de unos recursos básicos previos: los ingresos, la alimentación y la vivienda; y también como una capacidad, y en sentido positivo, representa reconocer la necesidad de unos recursos personales y sociales que el proceso de la atención de la salud deberá promover de forma adecuada. Se considera que esta estrategia es mediadora entre la gente y sus entornos, sintetizando la opción personal y la respuesta social en la salud (WHO, 1984).

Considerar la salud como un recurso para la vida cotidiana

A partir de aquí, la OMS considera que la promoción de la salud se basa en cinco principios (WHO, 1984):

1. Debe implicar activamente a toda la población en los aspectos de la vida cotidiana, incluyendo, pero sin restringirse, a las personas con riesgo de enfermedades específicas y que entran en contacto con los servicios sanitarios.
2. Debe actuar sobre las causas últimas de las enfermedades y trastornos de salud. Es preciso asegurarse de que el ambiente que está más allá del control de los individuos sea favorable a la salud.
3. Utiliza varias estrategias para la mejora de la salud: información, educación, medidas fiscales, desarrollo y organización comunitarias, acciones legales y desarrollo de la legislación para la protección de la salud.
4. La promoción de la salud depende fundamentalmente de la participación comunitaria. Aspira a la participación efectiva de la población, animando a las personas a contribuir a promocionar la salud de sus comunidades.
5. Los profesionales de la salud, especialmente aquellos que trabajan en la atención primaria, tienen un rol importante en la promoción de la salud.

La promoción de la salud no es sólo una responsabilidad del sector sanitario, sino que requiere de una atención intersectorial

Por lo tanto, la promoción de la salud no es sólo una responsabilidad del sector sanitario, sino que requiere de una atención intersectorial (WHO, 1984).

Un punto de referencia para la visión integradora de la promoción de la salud fue la Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud que tuvo lugar en Ottawa, Canadá, en 1986. Los cinco principios vistos sobre la promoción de la salud se ampliaron en la “Declaración de Ottawa para la Promoción de la Salud”, conocida posteriormente como la carta de Ottawa (WHO, CPHA, 1986). Este documento define lo que significa trabajar para la promoción de la salud, concretando cinco líneas de trabajo como las contenidas en la siguiente tabla.

Tabla 1. Trabajar por la promoción de la salud: la Carta de Ottawa

1. Desarrollar políticas públicas saludables
2. Crear entornos favorables a la salud
3. Reforzar la acción comunitaria
4. Desarrollar las capacidades personales
5. Reorientar los servicios sanitarios hacia la promoción de la salud

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

1) *Desarrollar políticas públicas saludables*

La promoción de la salud va más allá de la mera asistencia sanitaria y quiere que la salud se convierta en motivo de atención de los políticos en todos los sectores de acción. No basta con las políticas sanitarias, se precisan además las políticas públicas saludables: políticas que amplían el espectro de las más saludables y restringen las que lo son menos, en el sector público. Sólo se entiende por política pública saludable aquella que de forma deliberada trata de obtener beneficios en salud (Colomer, 2001).

2) *Crear entornos favorables a la salud*

Ashton (1990) considera que la promoción de la salud tiene en cuenta que, tanto a nivel global como local, la salud humana se construye sobre la manera como tratamos a la naturaleza y a nuestro propio ambiente. Cuando se explota el medio ambiente sin ser sensible a las consecuencias, acaba habiendo efectos adversos a nivel social y de salud. Ya se ha señalado que la promoción de la salud es cercana a una visión socioecológica de la salud. La Conferencia de Ottawa, dentro de esta perspectiva ecológica, considera como cuestión relevante que las organizaciones y empresas tengan la salud de la gente como un asunto propio. Esto supone, por un lado, el control sobre los productos de uso y consumo, la producción de energía y el medio ambiente. Por otro, la creación de un clima de opinión favorable a la salud que las anime en la contribución positiva a la salud, tanto en relación con lo que producen, como en relación a cómo organizan el trabajo (Arias, 1991).

3) *Reforzar la acción comunitaria*

La Carta de Ottawa pone a la comunidad, y a la gente en general, como uno de los recursos más importantes para la promoción de la salud. La gente, tanto individual como colectivamente, esté donde esté, puede actuar para crear condiciones más saludables para ellos mismos, para los demás y para generaciones futuras (Arias, 1991).

Ashton (1990) cree que la promoción de la salud sólo funciona a través de acciones comunitarias efectivas. Las comunidades deben tener su propio poder y ejercer el control de sus propias iniciativas y actividades.

Kickbush (2003) considera que las relaciones sociales son uno de los determinantes de los valores y comportamientos en relación con la salud. Pone como ejemplos algunas de las actividades más importantes y efectivas de la acción comunitaria como son la ayuda mutua, el apoyo social y los grupos comunitarios. La *ayuda mutua* es la acción de prestar un servicio o colaboración entre dos o más personas. Se lleva a cabo a través de los grupos de ayuda mutua (GAM). Puede implementarse de “tú a tú”, en encuentros informales o en reuniones de grupo (Roca, 2001). El *apoyo social* representa la interacción que establece el individuo con su red de contactos sociales e incluye aspectos de apoyo emocional y apoyo material. La falta de apoyo social es un factor de riesgo de mala salud y de aumento de la mortalidad (Cohen, 2000). En la *participación comunitaria*, grupos específicos que presentan necesidades compartidas y que viven en una misma área geográfica toman decisiones y establecen mecanismos para satisfacerlas.

La falta de apoyo social es un factor de riesgo de mala salud



4) *Desarrollar las capacidades personales*

La Carta de Ottawa considera que la promoción de la salud deriva de una concepción de salud que contempla, en primer lugar, la capacidad de los individuos de realizar sus aspiraciones humanas y satisfacer sus necesidades y, en segundo lugar, la capacidad de convivir y cambiar el entorno, es decir, una visión socioecológica de la salud. En esta cuarta línea de trabajo para la promoción de la salud se pone de manifiesto que también la *información*, la *educación para la salud* y la ayuda a la comunidad son medios necesarios para el desarrollo de las habilidades necesarias para conseguir opciones de vida saludables, tanto a nivel personal como social.

Kickbush (1987) señala que la promoción de estilos de vida que lleven a una mejor salud en las diversas dimensiones de la persona (física, mental, emocional, social y espiritual) supone atender a las formas personales de situarse y afrontar los hechos de vida y las diversas etapas de la misma, desde la infancia a la vejez. También las creencias y valores referentes a la salud están condicionados por la perspectiva vital, por la historia de la persona y las condiciones en que ha tenido que vivir. La *educación para la salud* es la combinación de experiencias de aprendizaje planificada,

destinada a facilitar cambios voluntarios de comportamientos saludables. Se inspira en las ciencias de la salud, de la conducta, de la educación y de la comunicación. Los programas de educación para la salud deben inspirarse en modelos teóricos que explican las formas de aprendizaje de las conductas de salud. Los modelos del comportamiento (de creencias de salud, PRECEDE, del aprendizaje de la conducta) se inspiran en las teorías del aprendizaje (de las necesidades de Maslow, del aprendizaje social de Bandura, de la acción razonada). Existen dos perspectivas para la programación en educación para la salud: la tecnológica, basada en la pedagogía por objetivos (diagnóstico de la situación, finalidades, objetivos, actividades de aprendizaje, ejecución y evaluación), y la crítica, basada en la participación de la comunidad.

La promoción de la salud implica mantener y desarrollar la salud en la población, más allá de la responsabilidad de ofrecer atención médica

5) *Reorientar los servicios sanitarios*

La Carta de Ottawa dice que, en el ámbito de los servicios, la promoción de la salud implica una reorientación de los servicios para mantener y desarrollar la salud en la población, más allá de la responsabilidad de ofrecer atención médica. Kickbush (1987), en base a lo que dice la declaración de Ottawa, puntualiza que, mientras que la promoción de la salud es básicamente una actividad del campo de la salud y del campo social, y no un servicio médico, los profesionales de la salud, particularmente los de la atención primaria, tienen un rol importante en el apoyo y consolidación de la promoción de la salud. Ashton (1990) lo formula señalando que la responsabilidad de la promoción de la salud en los servicios sanitarios debe ser compartida entre los individuos, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, el personal auxiliar, las administraciones y los gobiernos. Todos ellos deben trabajar juntos reorientando el sistema hacia una atención que realmente tenga la salud como objetivo.

Los nuevos planteamientos orientados a la promoción de la salud han cambiado la perspectiva de la salud pública. La *salud de la comunidad* (*salud comunitaria*) está determinada por la interacción de factores personales y familiares y por el ambiente socioeconómico, cultural y físico. Las principales acciones se dirigen a entornos como la escuela, los centros laborales, los centros sanitarios y los barrios de las ciudades. La salud en la escuela se da por la interacción de un entorno escolar sano y seguro con las relaciones personales favorables de la comunidad escolar, los servicios de salud de referencia y la educación para la salud. La salud en los centros laborales está regulada parcialmente por la ley de prevención de riesgos laborales. Defiende un trabajo digno y con capacidad de decisión del individuo; busca la detección de las enfermedades profesionales o de las relacionadas con el trabajo, así como la prevención de los accidentes laborales. La salud en los centros sanitarios tiene el reto de desplazar el sistema de salud hacia la salud como centro. Lo hace a través de la humanización de los centros; la promoción de la salud a través de acciones como la educación nutricional, la lucha antitabáquica o los programas de primeros auxilios; y la educación de pacientes y usuarios.

La salud en los barrios sigue un proceso de metodología participativa e implica a los diferentes actores en la búsqueda de los activos de salud de barrio, de cara a la priorización de las intervenciones comunitarias más necesarias para cada territorio.

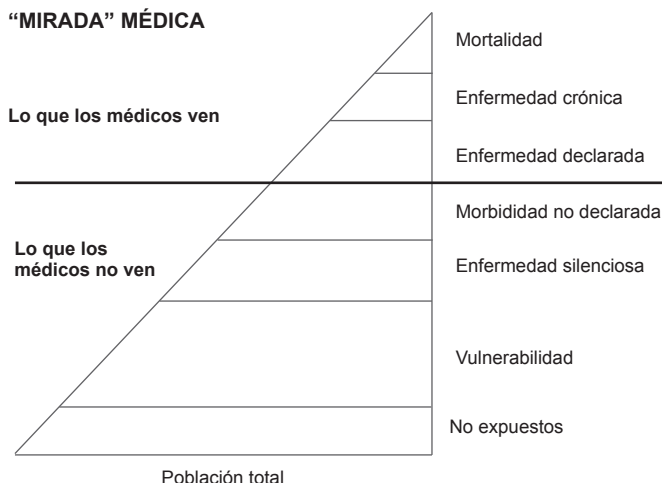
Hacer frente a la vertiente psicosocial de la enfermedad

En el concepto de enfermedad hay tres elementos: en primer lugar, un componente *subjetivo*, en tanto que la enfermedad es una experiencia personal, y resulta complejo comunicar todo lo que el individuo vivencia; en segundo lugar, la *demandas de ayuda*, que es el reconocimiento de que lo que se siente y se experimenta no se puede arreglar por uno mismo; y el tercer aspecto, el más importante desde la perspectiva de la salud pública, es el elemento *social y cultural*, consistente en cómo los seres humanos aprenden a estar enfermos y a reconocerse y a ser reconocidos como enfermos, en base a lo que social y culturalmente es considerado y legitimado como enfermedad. (Martí, 1995). Las enfermedades conocidas por el médico sólo representan la punta del iceberg: las de aquellos que declaran y consultan, los que están enfermos de forma patente y los que mueren (Last, 1988). Existe vulnerabilidad, enfermedad silenciosa y morbilidad no declarada que normalmente no se ve.

Los seres humanos aprenden a estar enfermos y a reconocerse y a ser reconocidos como enfermos, en base a lo que social y culturalmente es considerado como enfermedad



Figura 2. "Iceberg" de la enfermedad de Last (Last, 1988)



Desde la perspectiva de una visión más global de la salud, la atención a la enfermedad no puede limitarse meramente a la atención curativa a aquellos que declaran los problemas y son reconocidos y atendidos clínicamente. Las fases de vulnerabilidad, de exposición a problemas o morbilidad silenciosa y

no declarada crean el espacio para una visión más amplia de los cuidados a la salud que incluye la promoción de la salud, tal como se ha visto en el apartado anterior y la prevención de la enfermedad, que se analizará inmediatamente en este manuscrito. A la conjunción de la atención curadora y rehabilitadora de la enfermedad con la atención de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad se la conoce como *atención integrada de la salud*.

Las posibilidades del paciente y de su familia respecto del cumplimiento terapéutico son también parte del diagnóstico psicosocial

El *diagnóstico psicosocial de la enfermedad* comprende, entre otros, el análisis individual del enfermo en relación con su situación familiar, los sentimientos del paciente y de la familia respecto de la enfermedad, las posibilidades propias y de la familia para seguir las indicaciones terapéuticas y las características de su vivienda (Cueto, 2001). Desde el punto de vista familiar, interesa si el enfermo vive solo o con otros familiares y también si las relaciones familiares son conflictivas o ha habido recientemente la pérdida de familiares cercanos. Los sentimientos del paciente y de la familia respecto de la enfermedad o problema de salud son especialmente importantes desde la perspectiva psicosocial. Hay que explorar cómo es la aceptación de la enfermedad o si hay sentimientos de culpabilidad respecto del proceso, lo que generará ansiedad sobreañadida. Muy a menudo, y de acuerdo con la gravedad de la enfermedad, puede existir miedo a morir o al diagnóstico de una enfermedad grave, que comprometa la calidad y el contenido del futuro vital. Las posibilidades del paciente y de su familia respecto del cumplimiento terapéutico son también parte del diagnóstico psicosocial. Son aspectos a valorar la posibilidad de cumplir con la medicación o con las recomendaciones sobre nutrición o de ejercicio o de control de los factores de riesgo. También puede ser oportuna la valoración sobre si acudirá a las visitas médicas de seguimiento de la enfermedad.

Finalmente, el profesional social, a partir de una visita domiciliaria con el fin de valorar las condiciones de vida del paciente y de su familia y de su nivel de adaptación a este ambiente, está en condiciones de aportar información sobre las características de la vivienda. Entre ellas, puede valorar especialmente las condiciones de habitabilidad y la posible presencia de barreras arquitectónicas.

El análisis detallado de toda esta información obtenida permite la realización de hipótesis diagnósticas y un plan de tratamiento psicosocial. En ocasiones no se aprecia la presencia de problemática psicosocial relevante y el profesional social se limita a asesorar al profesional de la salud sobre cómo planificar mejor el tratamiento. En otros casos con problemática psicosocial específica, actuará de acuerdo con las medidas ya vistas en el primer apartado de este manuscrito. Si es necesario, el profesional social solicita las interconsultas oportunas o deriva al paciente a otro servicio social o sociosanitario.

Desde una perspectiva social y de salud pública, las enfermedades pueden clasificarse en transmisibles (MT) o infecciosas y no-transmisibles y crónicas en la su evolución. Las enfermedades crónicas (MC) son la principal

causa de mortalidad en todo el mundo. Las más frecuentes son las enfermedades cardiovasculares (ECV), el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas. Son enfermedades que tienen un curso prolongado, que no se resuelven espontáneamente y que raramente se curan por completo. Se caracterizan en función de la causalidad y el riesgo, de la evolución y el curso que siguen (duración larga, remisiones y recaídas frecuentes) y de la eficacia de las medidas de control, habitualmente incierta.

La *prevención de la enfermedad* representa una estrategia de la salud pública dentro de la atención integrada de salud. Dependiendo del momento de la intervención, la estrategia preventiva puede ser primaria (antes de que la enfermedad aparezca y destinada a las poblaciones vulnerables), secundaria (en la fase silenciosa o pre-sintomática de la enfermedad) y la terciaria (cuando la enfermedad ya está instaurada). La prevención primaria se focaliza en evitar la aparición de los factores de riesgo y la promoción de los estilos y condiciones de vida saludables. La prevención secundaria va dirigida a combatir los factores de riesgo que ya han aparecido o a realizar el diagnóstico precoz de la enfermedad para tratar de detenerla o curarla. La prevención terciaria se orienta a la prevención de las complicaciones y consecuencias de la enfermedad y a propiciar la reinserción del paciente.

La prevención psicosocial pretende crear un ecosistema social que evite la aparición de las enfermedades. Se lleva a cabo a través de medidas de planificación, coordinación, educación y fomento de la participación, tanto en las MT como en las MC (ECV y cáncer), tal y como se ha visto en un apartado previo del manuscrito.



La prevención psicosocial pretende crear un ecosistema social que evite la aparición de las enfermedades

Vulnerabilidad social y salud

La *vulnerabilidad* es la susceptibilidad de un individuo o un colectivo a ser herido, afectado, dañado o vencido y sufrir un perjuicio. Es una zona intermedia, inestable, que conjuga la precariedad en el trabajo y la fragilidad de las ayudas de proximidad (Castel, 1991). La vulnerabilidad sería, además de un proceso, un resultado de pérdidas y rupturas sucesivas, ya sea del trabajo y de la seguridad social o de los lazos familiares. Además, está vinculada con los itinerarios objetivos y subjetivos y los factores contextuales que impiden hacer uso de las capacidades y disminuyen las posibilidades (Sen, 2000). La vulnerabilidad social es el conjunto de características de una persona o grupo y de su entorno que influencia su capacidad para anticipar, afrontar, resistir y recuperarse del impacto de acontecimientos naturales o sociales (Coy, 2010). O sea que depende, por una parte, de la medida de la amenaza y, por otra, de las estrategias y capacidades de superación de los afectados, con todos los factores que influyen sobre ellos, como por ejemplo, el nivel de ingresos, el género o la edad. La pobreza va, en principio, acompañada de un mayor grado de vulnerabilidad ya que los grupos de nivel socioeconómico

mico más desfavorecido, en general, tienen menos posibilidades de elección y no disponen de recursos suficientes para la prevención. Negri y Saraceno (2003) creen que vulnerabilidad, pobreza y exclusión podrían ser pensadas como un continuum, probablemente consecutivo, pero que no siempre lo es. Una persona puede ver no reconocidos sus derechos o puede faltarle la red de reconocimiento social, lo que no implica necesariamente la escasez de recursos. Asimismo, se puede ser pobre sin estar excluido, como sucede en barrios desfavorecidos donde una mayoría de la gente es pobre. Mientras tanto, la vulnerabilidad sería la entrada de la pobreza y de una posterior exclusión, que estaría al final, en la parte más distal del proceso. Para estos autores, el paso de un estadio a otro se daría en función de las biografías personales y de las opciones socialmente estructuradas que se ofrecen. Eso invita a interesarse por estos itinerarios e intentar conocer los factores de las sucesivas crisis que hacen pasar de la vulnerabilidad a la pobreza y de ésta a la exclusión, y cuáles son las circunstancias que favorecen, limitan u obstaculizan estas transiciones (Negri y Saraceno, 2003).

A partir de aquí, interesa identificar específicamente aquellas poblaciones con vulnerabilidad vinculada con la salud y la enfermedad y las consiguientes dificultades sanitarias y sociales. Según el factor central originario de la vulnerabilidad, se pueden distinguir dos grupos diferentes. Lo podemos ver en la siguiente tabla.

Tabla 2. Algunas de las poblaciones vulnerables desde la perspectiva de salud

Origen de la vulnerabilidad	Principales colectivos vulnerables
Desigualdad y exclusión social	Colectivos afectados por las desigualdades socioeconómicas
	Personas en " situación de sin hogar "
	Población inmigrante
	Mujeres afectadas por la violencia de género (violencia machista)
	Parte de las personas mayores (envejecimiento frágil y dependencia)
Enfermedad o discapacidad	Personas con problemas de salud mental
	Personas con drogodependencias
	Personas con diversidad funcional o discapacidad

a) *La desigualdad y exclusión social*

En este caso, y tal como señala Subirats (2004), el concepto de vulnerabilidad social delimita diversas situaciones que están presididas por un equilibrio social precario que puede transformarse en exclusión social, mediante un proceso de intensificación o aparición de nuevos factores de exclusión que no necesariamente están relacionados con el resto de factores preexistentes. En los tiempos actuales, no se puede seguir hablando de la pobreza y sus efectos como la causa última de las desigualdades y la integración social (Subirats, 2004). Aparecen muchos otros aspectos de desigualdad que van más allá de la esfera económica, como la precariedad laboral, los déficits de formación, la falta de vivienda digna o

de acceso a la misma, condiciones precarias de salud, falta de relaciones sociales estables, rotura de lazos y vínculos familiares... Esto es lo que permite a Subirats (2004) definir la exclusión social como “una situación concreta fruto de un proceso dinámico de acumulación, superposición y/o combinación de varios factores de desventaja o vulnerabilidad social que pueden afectar a personas o grupos, generando una situación de imposibilidad o dificultad intensa de acceder a los mecanismos de desarrollo personal, de inserción sociocomunitaria y a los sistemas preestablecidos de protección social”. Aunque, en la perspectiva de este manuscrito, la mirada predominante es desde la salud, es una ocasión más para enfatizar que la salud debe tener siempre una consideración intersectorial.



Se incluyen en este grupo:

- Los colectivos afectados por *las desigualdades socioeconómicas*: hace referencia a las diferentes oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas de diferentes clase social, género, etnia o territorio.
- La población en *situación de sin hogar*: la ausencia de hogar y trabajo sitúa a este grupo de población en el extremo de la estructura social, al margen de la sociedad y con grados importantes de vulnerabilidad social y sanitaria.
- La población *inmigrante*: una parte importante de este colectivo, a raíz del trabajo que realizan, el barrio donde viven o las condiciones de la vivienda, se encuentra en condiciones de vulnerabilidad, que repercuten en su salud.
- Mujeres afectadas por la *violencia de género*: en este caso se produce una vulneración de los derechos humanos que lleva a un problema de salud pública.
- Las *personas mayores*: un subconjunto de esta población, como consecuencia de una peor evolución del envejecimiento, la pérdida de capacidades y la limitación de recursos económicos, está en condiciones de fragilidad y de vulnerabilidad social.

b) *La enfermedad o la discapacidad*

En esta segunda parte sobre colectivos vulnerables se presenta un segundo grupo en el que la vulnerabilidad está asociada a la enfermedad o a la discapacidad. Estas dos circunstancias, la enfermedad o la discapacidad, aparecen como el principal riesgo al que se enfrenta el sujeto. En las tres situaciones que se incluyen será clave tener en cuenta los aspectos constitutivos de la vulnerabilidad individual para evitar estigmatizar al otro, como si lo que acontece en él nos fuera totalmente ajeno. Se entenderá, por lo tanto, la vulnerabilidad como la *susceptibilidad de las personas a problemas y daños de salud*. Para que haya un daño normalmente se precisa la conjunción de tres hechos: la presencia de un evento adverso; la falta de capacidad de adaptación del sujeto al peligro; y la falta de respuesta del individuo, entendida como la capacidad de lucha

Se entenderá a vulnerabilidad como la *susceptibilidad de las personas a problemas y daños de salud*

y de recuperación, tanto de los individuos como de los grupos, para hacer frente a la situación (Wisner, 1998). Por lo tanto, algunos segmentos de la sociedad son más vulnerables de enfermar y morir que otros. En esto influyen tanto las *características personales* como las *condiciones adquiridas* en el transcurso de la vida. Entre las primeras se incluyen las condiciones, características y situaciones de protección (o de desprotección y riesgo) de los individuos y grupos contra la enfermedad. Entre las segundas están las resultantes del estilo de vida y del desarrollo de estrategias y habilidades para enfrentar traumas y enfermedades. Así, el grado de vulnerabilidad se altera o depende de la modificación en la condición o ambiente social. Un ejemplo de ello se ha establecido con el uso del cannabis en los primeros años de la adolescencia, que hoy se sabe que modera la asociación entre el riesgo genético o vulnerabilidad individual a la esquizofrenia y la maduración cortical de los individuos varones (French, 2015). Estos hallazgos implican los procesos subyacentes a la maduración cortical como mediadores entre el uso del cannabis y su influencia sobre la producción de esquizofrenia (French, 2015).

La vulnerabilidad social asociada a la enfermedad y a la discapacidad se relaciona también con los procesos de exclusión, discriminación o debilitamiento de los grupos sociales y su capacidad de reacción. Baggio (2015) ha observado que las personas que deben frecuentar con asiduidad los servicios de urgencia se sienten discriminadas y con una percepción peor de su salud, independientemente del estado objetivo de salud y de la afección por la que consultan, lo que añade un elemento más a su condición de vulnerabilidad.

Entre los colectivos vulnerables vinculados a la enfermedad o discapacidad se consideran:

1. Las personas con *problemas de salud mental*: la enfermedad o trastorno mental afecta nuclearmente a la calidad de vida, la integración y participación social y genera condiciones de vulnerabilidad.
2. Personas con *drogodependencias*: además de la adicción, cuando ésta se instaura, puede asociarse a comportamientos delictivos y de marginación asociados (prostitución...), que producen una vulnerabilidad específica.
3. Las personas con *discapacidad o diversidad funcional*: una enfermedad o lesión previa lleva a la discapacidad y ésta determina el acceso al trabajo, barreras arquitectónicas y dificultades en la integración social. Son aspectos importantes que se encuentran en el origen de la vulnerabilidad.

Carles Ariza
Jefe del Servicio de Evaluación y Métodos de Intervención
Agencia de Salud Pública de Barcelona
Profesor de la Facultad de Educación Social y Trabajo Social
Pere Tarrés – URL
cariza@peretarres.org

Bibliografía

Arias, A. (1991). “Vers la promoció de la salut: des de la salut com absència de malaltia a una perspectiva socioecològica de la salut”. En: 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”. En: 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”. En: Mortimer, J.; Shanahan, M. eds. (2003). *Handbook of the Life Course*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 671-680.

Illich, I. (1974). *Medical nemesi*. *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”. Ponencia. XI Congreso Estatal de Trabajo Social. Zaragoza.

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 Escuela Universitaria de Trabajo Social.

Negri, N.; Saraceno, C. (2003). *Povertà e vulnerabilità sociale 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.

Organización Mundial de la Salud (2000). "Regional strategy for attaining health for all by the year 2000". Copenhagen: OMS-Oficina Regional per Europa.

Organización Mundial de la Salud (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*. México: 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.

X Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana (1976). Función Social de la Medicina (II Ponencia). Barcelona: Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares.