

La vinculación de la salud con las entidades sociales

The link between health and social institutions

M. Mercè Canet Ponsa¹ y Nuria Rodríguez Ávila²

Resumen

Aunque antiguamente la salud y la beneficencia estuvieron íntimamente ligadas, aún existen prestaciones sanitarias básicas que no están catalogadas en el sistema de salud y que se convierten en sociales para las personas con escasos recursos perdiendo la categoría de sanitarias.

A pesar de que en nuestro país la salud aparece como un derecho, debido a que se pueden ofrecer coberturas sanitarias de carácter universal, las políticas sociales que se han ido desarrollado hasta hoy sobre este tema no han conseguido eliminar la exclusión y las desigualdades sociales en el acceso a determinadas prestaciones sanitarias básicas.

Palabras clave: Salud, beneficencia, estado del bienestar y políticas sociales.

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.

Para citar el artículo: CANET PONSA, M. Mercè y RODRÍGUEZ ÁVILA, Nuria. La vinculación de la salud con las entidades sociales. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, diciembre 2018, n. 214, p. 124-136. ISSN 0212-7210.

¹ Doctora en sociología.

² Doctora en sociología.

Introducción

Las necesidades humanas se han ido diferenciando según cada sociedad y cada época histórica, realizando una evolución hacia un determinado nivel de desarrollo social. Estas diferencias han configurado las formas organizativas de las sociedades, así como sus valores y las particulares formas de relación del individuo con la comunidad.

En la actualidad, existe un consenso determinado sobre el concepto de necesidades humanas básicas, basado en las acciones que comprenden el comer, dormir, disponer de una vivienda, tener acceso a la sanidad y a la educación, estas necesidades han sido concebidas como derechos fundamentales, que se adquieren por el hecho de ser miembros de una determinada sociedad y por ello deben ser atendidas por la comunidad. En los estados modernos la cobertura de las necesidades básicas se sustenta mediante el reparto de riqueza que vía impuestos financia la implementación y el desarrollo de políticas sociales que permiten la cobertura de estas necesidades, independientemente de la situación económica de cada persona.

El progreso social se entiende a menudo como una consecuencia del desarrollo económico y esto nos lleva a que muchas de las políticas sociales actuales se desarrollen mediante la intervención política de las fuerzas que lideran el desarrollo económico, estas distintas visiones producen puntos de confrontación sobre el papel que debe desempeñar el Estado en lo económico y lo social. Los estrechos vínculos que unen a los dos ámbitos (política y economía), sitúan a la política social en el análisis de las relaciones y conflictos más relacionados con la distribución de recursos y no tanto desde el punto de vista de la cobertura de necesidades.

El concepto salud es una de las necesidades básicas con un espectro más amplio, la salud tiene relación con el modo en que las diferentes culturas conciben a las personas y su lugar en el mundo, la relación que el hombre y las sociedades mantienen con el ambiente, los valores morales, las creencias, costumbres, etc., se relaciona con ideas más vinculadas al valor de la vida no solamente con las formas de producción y consumo, en definitiva la salud tiene una relación más estrecha con aspectos culturales y de valores, por este motivo se puede afirmar que la salud es un concepto socialmente construido y su preservación tiene no solo una relación con su coste sino en cómo culturalmente y socialmente se preserva.

A lo largo de la historia, la humanidad siempre ha estado más pendiente de la enfermedad que de la salud y es lógico dada la magnitud del problema de supervivencia con que se enfrentaba en tiempos pasados. No fue hasta el siglo XX cuando la salud orgánica apareció, no solo como liberación de la enfermedad, sino como un estado positivo, al que hay que acceder a través de prácticas preventivas. A partir de los grandes

...cada grupo social concibe y reacciona ante la enfermedad según su posición en la estructura social y la cultura de la comunidad...

descubrimientos bacteriológicos, del desarrollo de la inmunología, de la medicina preventiva, de la salud pública y otras disciplinas se descubrió que la salud era algo más complejo que la mera ausencia de enfermedad.

También es importante tener en cuenta que cada grupo social concibe y reacciona ante la enfermedad según su posición en la estructura social y la cultura de la comunidad, luchando contra la enfermedad de formas distintas, dándole más o menos importancia, según sea la naturaleza de la enfermedad, por este motivo cada sociedad institucionaliza a través de organizaciones sociales tales como centros hospitalarios, profesión médica educación sanitaria, etc., el tratamiento de la enfermedad.

El desarrollo de la conceptualización del sistema sanitario actual

En la mayoría de países del mundo, las necesidades en relación con los tratamientos vinculados con la salud de las personas dependen de las formas de producción y consumo ya que, de forma directa, los mismos tienen una relación vinculante sobre la capacidad de financiar un seguro o de disponer de medios económicos para solucionar el problema; por esto, la lucha contra la enfermedad requiere algo más que solo la aplicación del conocimiento médico y las instituciones que proporcionan asistencia sanitaria, muchas veces necesitan estar relacionadas con instituciones sociales de otras características.

El marco conceptual que configura las políticas públicas actuales en la sociedad occidental empezó a desarrollarse con el Informe LALONDE de Canadá en 1974, que proporcionó un modelo para analizar los problemas y determinar las necesidades de salud así como elegir los medios para satisfacerlas, dicho modelo dividía el concepto “salud” en cuatro elementos generales:

- La biología humana (genética i envejecimiento).
- Medio ambiente (contaminación física, química biológica y sociocultural).
- Estilos de vida (conductas con respecto a la salud).
- Sistemas de asistencia sanitaria.

Este contexto determinó un cambio en el paradigma sobre la concepción de la salud individualista que había existido hasta el momento, añadiéndose aspectos comunitarios que tenían una relación directa con la implementación de las políticas públicas en el sector. Posteriormente, la Conferencia Internacional sobre Sanidad en Atención Primaria de Alma Ata de 1978, enmarcó su definición de salud como: “un estado de bienestar total a nivel físico mental y social”, no únicamente como la ausencia de enfermedad o incapacidad física. Esta

nueva definición ratificó uno de los derechos fundamentales del hombre: el derecho a la salud, ya que una de las metas más importantes en el mundo es poder alcanzar el mejor nivel de salud posible. También se puso de relieve la falta de igualdad existente en el estado de salud de la población, teniendo en cuenta especialmente que esta falta de igualdad no solamente se daba en países subdesarrollados sino que también se producía entre los países desarrollados y existía la necesidad de que la comunidad internacional también se preocupara de esta situación.

El documento "Salud para todos en el siglo XXI" editado por la OMS en 1978 ya propuso cuatro líneas de acción a nivel social tales como: "la lucha contra la pobreza, tener en cuenta el fenómeno salud en todos los entornos, la armonización de las políticas sanitarias sectoriales y la introducción de consideraciones sobre salud en la planificación y desarrollo". Lo que intentó la OMS fue que el concepto de salud fuera un elemento central para el desarrollo humano, apareciendo el concepto social de pobreza como elemento determinante en la buena o mala salud de las personas. Por lo tanto, enfermar o combatir la enfermedad ya no depende tanto del azar sino de la relación con las circunstancias de vida y los estilos de vida de las personas, visualizando así la estrecha relación de la salud con el medio de vida visto desde una perspectiva lo más amplia posible.

La necesidad de preservar la salud y combatir la enfermedad fue dando lugar a la construcción del sistema sanitario como elemento básico que proporciona salud y prolonga la vida humana, su desarrollo fue tomando cada vez formas más complejas sobre todo en las sociedades occidentales. Si en la antigüedad la relación se suscribía a cuatro -médico-paciente y sistema de financiación privada o financiación ligada a la beneficencia-, actualmente los sistemas de salud tienen tendencia a tener otros factores sociales que proporcionan salud a una comunidad. La necesidad vital de sanar frente a quien tiene el poder de financiar los servicios de salud fue lo que realmente se planteó durante los siglos XIX y XX como necesidad básica del ser humano y por lo tanto como un derecho de la persona, esto fue lo que propició al principio los seguros médicos laborales, posteriormente la seguridad social financiada por las cotizaciones laborales y más tarde financiada a cargo de los presupuestos generales del Estado. La aparición de la Seguridad Social fue un quinto elemento que abarcó a una parte de la población trabajadora en la cobertura de sus necesidades en los momentos más vulnerables de la vida -accidente, enfermedad, vejez- y es desde esta construcción donde aparece el concepto de prestaciones sanitarias definida como la prestación de servicios médicos, farmacéuticos y rehabilitadores para restablecer y conservar la salud. La ampliación de la Seguridad Social y posteriormente su desvinculación de las coberturas sanitarias pasando a ser estas financiadas por los presupuestos generales del Estado puso la salud como uno de

los máximos derechos de la persona humana con necesidad de preservar.

Por otra parte durante estos dos últimos siglos se siguió desarrollando la medicina clínica y la profiláctica, se desarrollaron por primera vez y de forma muy importante aspectos tecnológicos muy avanzados relacionados con la medicina sobre todo aparatos para la detección, intervención y seguimiento de enfermedades así como el desarrollo de medicamentos. La investigación clínica y tecnológica en ambos aspectos generó una implicación de la industria muy importante aunque en algunos momentos se pudiese entrar en fases no tan puramente curativas sino más bien un tanto consumistas.

Ricardo Moragas, en su artículo "Enfoque sociológico de diversas concepciones de la salud", diseñó hace unos años un esquema sobre los distintos puntos de vista por los que se puede observar el concepto salud y cómo estos diferentes aspectos, todos intervinientes, permiten poder obtener datos distintos que a su vez confluyen en el análisis de la salud de una población y en la cobertura de sus necesidades. Las diversas con-

CONCEPTO	NOTA CARACTERÍSTICA	HISTORIA	DISCIPLINA	MÉTODOS DE TRABAJO
SOMÁTICO FISIOLÓGICA	Salud como ausencia de enfermedad.	Desde sus orígenes a la medicina actual.	Medicina clínica.	Exploración del cuerpo, examen de signos y síntomas.
SANITARIA	Salud como estado positivo de un colectivo. Transmisión social de la enfermedad. Prevención.	Medicina profiláctica.	Medicina preventiva y social.	Epidemiología. Educación sanitaria.
POLÍTICO LEGAL	Salud como derecho universal: – Reconocimiento legal. – Participación estatal.	Sistemas de seguros sociales y seguridad social.	Derechos fundamentales a la: – Asistencia sanitaria. – Seguridad social.	Leyes, constituciones: – Leyes y reglamentos de seguridad social. – Programas políticos.
ECONÓMICO	Salud como condicionante de productividad: – Precio de la salud. – Coste de la enfermedad.	Se plantea a principios del siglo XX en los países industrializados.	Economía sanitaria y del trabajo. Planes de desarrollo de recursos humanos.	Análisis de costos de la enfermedad y de alternativas para las inversiones sanitarias.
SOCIAL	Salud como participación social. Relatividad cultural de la salud y la enfermedad.	Posterior a la II Guerra Mundial.	Sociología de la salud. Antropología de la salud. Trabajo social sanitario.	Métodos de investigación social. Análisis de roles y de grupos.

Fuente: Elaboración propia en base a Moragas (1976).

cepciones de la salud permiten reflexionar sobre la complejidad en que actualmente en nuestras sociedades está estructurado el concepto salud y la diversidad de sus dimensiones.

En el esquema se puede observar la entrada con fuerza de los aspectos político-legales debido a la necesidad de ampliar la asistencia sanitaria a un mayor número de población mediante los seguros. La preservación de la salud que antaño pudiera ser un lujo reservado a unos pocos se amplía con la aparición del desarrollo industrial vinculado a los servicios sanitarios, se trabaja en combatir las enfermedades producidas por la industria con la aparición de las vacunas.

Se amplían también los aspectos económicos, en donde antiguamente la relación médico paciente solo implicaba el pago directo del servicio o cuando los servicios sanitarios mínimos para personas pobres eran cubiertos por la beneficencia de las instituciones religiosas o municipales, ahora se producen los análisis de costos de las enfermedades y la necesidad de inversiones sanitarias debido a las dimensiones que va adquiriendo la asistencia sanitaria.

El campo de lo social también se contabiliza debido a que la curación o tratamiento de las enfermedades también tienen unos costes sociales ya sea desde la vertiente de la atención directa a la persona, a los costes en las familias (pérdida de poder adquisitivo, dedicación a la persona enferma, etc.) que suponen pérdidas de puestos de trabajo (ya sea en el paciente o en sus familiares que deben dejar el trabajo para pasar a ser cuidadores de la persona enferma). La incorporación de otras disciplinas como la sociología o la antropología en trabajos de investigación sobre el tema ha contribuido desde la vertiente teórica a una mejor comprensión de determinadas problemáticas y en consecuencia a una mayor planificación de las políticas sociales.

Aunque el concepto de salud actualmente venga determinado por el bienestar físico, psicológico y social de los individuos (Alma Ata OMS, 1978), en la medicina convencional no se ha avanzado mucho hacia un conocimiento más profundo del hombre y la sociedad en relación con los niveles de salud y enfermedad. La medicina actual se ha convertido, más bien, en una organización científica moldeada por una organización burocrática que cosifica los tratamientos en especialidades de forma que en múltiples ocasiones no existe una continuidad, sino que existen parcelaciones en los tratamientos sin tener demasiado en cuenta una visión holística del individuo y su entorno, problema que motiva múltiples fallos que incluso pueden propiciar la aparición de nuevos problemas de salud. Esto implica la necesidad de acompañamientos en los procesos de enfermedad y curación, cronicidad y muerte del paciente que permitan obtener una visión holística de la situación y a su vez, permitan ir restableciendo las dinámicas del núcleo familiar en función de los estadios de salud de la

El concepto salud actualmente ya no es solamente la ausencia de enfermedad del individuo, sino la recuperación de su autonomía, responsabilidad y control de su propio cuerpo

persona enferma. El desarrollo de las ciencias sociales tales como la psicología y trabajo social permitió ofrecer tratamientos de rehabilitación social mediante técnicas basadas en acompañamientos, soporte psicológico, terapias psicológicas, terapias grupales, etc.

El concepto salud actualmente ya no es solamente la ausencia de enfermedad del individuo, sino la recuperación de su autonomía, responsabilidad y control de su propio cuerpo, por lo tanto tener más o menos salud dependerá no solamente del tipo de sistema sanitario, sino que también dependerá de la conducta del individuo, de sus condiciones de vida y entorno. Existen evidencias claras como las expuestas por C. Borrell y J. Benach en que manifiestan que “las personas de clases sociales más bajas presentan una salud más deteriorada, también cabe tener en cuenta que no solo influyen en ello los aspectos socioeconómicos, sino que otros aspectos sociales tales como el género y la inmigración, las condiciones de vida y trabajo, los estilos de vida y las oportunidades que ofrecen los territorios a nivel de servicios influyen en este tipo de desigualdades” (BORRELL, BENACH, 2003). Por lo tanto a pesar de que existan países donde la salud aparece como un derecho, debido a que el progreso económico ha conseguido poder ofrecer coberturas sanitarias de carácter universal, esto no presupone que se hayan conseguido eliminar las desigualdades sociales; es por este motivo que en la parte preventiva, la participación social en temas de sensibilización y educación sanitaria es fundamental en las comunidades, y en estos aspectos es donde el trabajo social sanitario tiene actualmente un papel importante.

Si partimos de la base de que la cobertura sanitaria es universal y su financiación es pública, deja de tener sentido la existencia de la beneficencia, pero también es posible pensar que no todas las necesidades sanitarias van a estar cubiertas por el sistema; en primer lugar, debido a la limitación de los recursos y, en segundo lugar, porque la existencia de una financiación pública emerge como uno de los principales obstáculos al funcionamiento del mercado, que a su vez cree que la financiación del sistema sanitario reduce la libre competencia y la libertad de elección, conceptos que actualmente están asumiendo una mayor fuerza con las crisis y la tendencia económica liberal actual.

En la actualidad existe una mayor necesidad de los cuidados de la salud, debido al aumento de la esperanza de vida y a que muchas de las enfermedades que antaño eran incurables actualmente se han convertido en enfermedades crónicas. Estos cambios producen la necesidad de una cobertura de los aspectos mayoritariamente de carácter curativo y preventivo debido a que el objetivo es impedir que los problemas de salud se agraven. Esto supone entrar en una interrelación con los aspectos sociales que forman parte del cuidado y la necesidad

de desarrollar su cobertura. Por otra parte, en las situaciones en que los problemas de salud no dispongan de cobertura universal (odontología, medicación, prestaciones orto protésicas para la vista y el oído, entre otras) se pueden dar dos opciones: en primer lugar, que el paciente trate de encontrar una solución en la medicina privada y pagar a precio de mercado el servicio que necesite y, en segundo lugar, en caso de no tener recursos suficientes para hacer frente al dispendio económico, se busquen entidades que a título benéfico lo ayuden con el problema.

Por lo tanto se puede observar que en los países desarrollados la beneficencia dentro de la sanidad no ha desaparecido de forma categórica y cabría preguntarnos en qué momento el acceso a determinadas prestaciones sanitarias deja de serlo para pasar a ser prestaciones sociales sujetas a la graciabilidad de quien las otorga.

Las relaciones de la sanidad con la beneficencia y posteriormente con el sistema de bienestar social

Hay que tener en cuenta que la beneficencia tiene su origen en la caridad y es fruto de la desigualdad socio-económica entre personas, el componente ideológico de la beneficencia aparece reflejado en las religiones y creencias a partir de la necesidad de buscar un reequilibrio entre ricos y pobres sin que por ello desaparezcan las desigualdades. Según K. E. Boulding, “el acto benéfico proporciona a la persona rica una sensación de bienestar” (BOULDING, 1976) al dar o repartir algo de riqueza, ya sea riqueza personal o de la colectividad a personas necesitadas. En cambio, a la persona pobre, el hecho de recibir le permite paliar algunas de sus necesidades básicas durante un periodo más o menos largo de su vida, a su vez “recibir por necesidad pone al individuo en situación de dependencia pudiendo perder en algo su dignidad de persona” (BOULDING, 1976). Aunque existen varias definiciones del concepto de beneficencia, a grandes rasgos podríamos decir que la beneficencia no deja de ser más que “la caridad organizada”, aunque quizás la definición que se ajustaría más sería la del “conjunto de instituciones y organismos que prestan servicios y asistencia gratuita a aquellas personas que más lo necesitan porque no disponen de recursos económicos”.³

La beneficencia y la salud siempre estuvieron íntimamente ligadas hasta el siglo XIX, que fue cuando la medicina realizó avances científicos espectaculares y adoptó otras formas desvinculadas a la atención directa con el paciente, sin que por ello hubiera una desvinculación directa entre los médicos

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

científicos y los médicos sanadores, muchos de ellos vinculados a los hospitales de beneficencia, ya que para seguir investigando se necesitaba la existencia de pacientes y a su vez para curar pacientes había necesidad de investigar.

El concepto de bienestar social no aparece hasta finales del siglo XIX y principios del siglo XX con la Primera Guerra Mundial debido a que el origen del conflicto vino determinado por el colapso del capitalismo liberal, que había instaurado un sistema económico-cultural, organizado económicamente en base a la institución de la propiedad y la producción de mercancías, fundada culturalmente en el hecho de relaciones de intercambio (compra-venta) sin tener en cuenta ningún otro aspecto de la vida.

Durante los siglos XIX y XX el sistema capitalista encontró en Europa su regulación con la aparición de la ideología socialista, situación que precipitó la aparición de los seguros médicos para trabajadores mediante cotizaciones, la Seguridad Social según el modelo Bismarck alemán y, posteriormente, la cobertura sanitaria para la población de forma general, lo que se conoce como sistema anglosajón, estos fueron algunos de los logros de los trabajadores ante el desenfreno del capitalismo en estas épocas.

La necesidad de superar este tipo de capitalismo hacia una versión más social es lo que dio lugar a la aparición de los estados democráticos y a su vez a lo que hoy conocemos como estado del bienestar, pero el estado de bienestar se fue implantado de forma distinta en cada país en función de su historia, su economía y sus valores, que le han permitido realizar transformaciones profundas en su proceso de democratización y en la consecución de su bienestar, por lo tanto, “no podemos pensar en un modelo de estado del bienestar único sino más bien el resultado de la búsqueda institucionalizada de la experimentación y la acumulación de acontecimientos en el marco democrático de cada uno de los países” (MONTAGUT, 2008).

El estado de bienestar que hoy conocemos es el resultado de una progresiva convergencia de las políticas sociales inspiradas por ideologías antagónicas: la progresista-socialdemócrata y la liberal-conservadora. Las políticas sociales han ido evolucionando desde las formas de asistencia caritativa o benéfica propias del siglo XIX hacia una preocupación por el desempleo y, por último, en los siglos XX y XXI, hacia la interdependencia de la salud asistencial, los servicios sociales y los salarios.

Actualmente, el contenido de nuestros derechos sociales viene determinado por cuatro actores. El primero de ellos es el mercado, que a nivel socio-económico se basa en el derecho al trabajo y a la vivienda; el segundo, el Estado como servicio público; en tercer lugar, el tercer sector como apoyo al Estado, y por último, las familias, pero dentro de este modelo es el Estado el único que tiene poder para garantizarlos.

Las políticas sociales vienen determinadas por la intervención del Estado mediante las combinaciones de estas tres formas de intervenir: regulación, financiación y provisión de servicios.

Esta forma de Estado se distingue de las anteriores por un cambio estructural muy importante: el intento de convertir la beneficencia (prestación graciable) en solidaridad como garante de derecho, pero en el proceso histórico actual esta solidaridad se va volviendo “fría”, debido a la aparición de nuevos derechos civiles, políticos, económicos y sociales que el Estado no tiene capacidad de afrontar: “Los movimientos sociales han forzado al Estado a ampliar esta «lógica fría» de la que se habla obligándole a ampliar el catálogo de derechos; esto es lo que ha fomentado la aparición de entidades de tercer sector como soporte al Estado para poder cubrir determinadas necesidades de la población” (COMÍN, 2011).

En este supuesto se encontrarían entre otras, las prestaciones sanitarias que no están en la cartera de servicios de la sanidad pública, entre ellas prestaciones tan básicas como odontología, prótesis auditivas y oftalmológicas, entre otras, y el acceso a determinados medicamentos a los que población en situaciones de vulnerabilidad o exclusión social no tienen acceso.

Como consecuencia de no disponer de financiación pública aparecen entidades del tercer sector para cubrirlas.

Reflexión sobre un aspecto de las políticas sociales en sanidad dentro de España y Cataluña

Las políticas públicas de los países desarrollados se orientan cada vez más de forma sistemática a los que están “dentro”, a los que producen o tienen capacidad de gasto, a los que tienen representación política y pueden votar en las consultas electorales, pero raramente se orientan a los excluidos del sistema, como decía May (2005) “no se hacen políticas para aquellos que no tienen quien les represente ante las decisiones políticas”. Si esto es así en general también lo es para el ámbito de la sanidad, en donde observamos la permanente ausencia de programas adecuados para los colectivos más excluidos y vulnerables, las mejoras que se introducen siguen siendo orientadas a los que están dentro del sistema y siguen dejando fuera a las personas más vulnerables.

Actualmente la necesidad de estos tratamientos o prestaciones, no incluidos en el sistema público universal de salud, se tienen que buscar en el mercado privado, suponiendo en muchos casos un esfuerzo económico que implica tener que prescindir de otras necesidades básicas o, simplemente, dejar de realizar el tratamiento o de adquirir la prestación, repercutiendo en la salud de la persona afectada.

Ante este tipo de situaciones el Estado ha ido delegando a entidades del tercer sector la provisión de estos servicios y es en este punto donde las prestaciones “sanitarias” que no están catalogadas en el sistema público universal de salud para las personas con escasos recursos se convierten en “sociales”, sin que exista una obligación regulada. Esta nueva situación implica salir de los circuitos de salud “normalizados” con la consecuente pérdida de sus derechos y beneficios que se les supone y entrar en situaciones de “beneficencia”, donde los requisitos de admisión son variables, dependiendo de la entidad que lo patrocine; por otra parte, la Administración no somete a controles de calidad (económicos y sanitarios) a estas entidades aunque algunas de ellas reciban subvenciones. También hay que tener en cuenta que la mayoría de los profesionales de estas entidades suelen ser voluntarios, lo cual muchas veces puede poner en cuestionamiento la continuidad de la entidad, la posibilidad de los controles de calidad anteriormente nombrados o la pérdida del recurso. En otros casos se observa con claridad la re-conceptualización de la prestación como benéfica, dejando al margen la conceptualización sanitaria, debido a que algunas de estas prestaciones se facilitan dentro de programas de inserción social independientemente que la mayoría de entidades que prestan o financian estos servicios puedan pensar que estas prestaciones son sanitarias y que deberían ser prestadas dentro de unos circuitos normalizados.

Es de vital importancia que las prestaciones sanitarias sigan siendo sanitarias en cualquier contexto en que se desarrollen y que puedan tener la misma calidad y garantías para todas las personas, tengan o no recursos económicos. Desde la perspectiva sanitaria se podrían detectar con más facilidad posibles problemas sanitarios epidemiológicos y disminuir problemas que, sin tratamiento, podrían dar origen a un empeoramiento de la salud de las personas. En el campo de lo social supondría para estas personas unos mayores niveles de salud que permitirían acortar su periodo de reinserción social.

En cuanto a las entidades que ofrecen prestaciones sanitarias (odontológicas o cualquier tipo de prestación que suponga la intervención directa de un profesional con un paciente), supondría en primer lugar concretar valoraciones socioeconómicas con unos criterios estandarizados para el acceso a estas prestaciones con la finalidad de no contravenir con el mercado y, en segundo lugar, se podría ofrecer una garantía de mayor continuidad del servicio “sanitario” con una posible reducción de las listas de espera, si el servicio se pudiera ofrecer con personal contratado y no con personal voluntario, ya que esto permitiría los controles de calidad que pudieran ser necesarios para dar garantías a la Administración de que el servicio es ofrecido con calidad i equidad.

Una forma de desigualdad es no disponer de una cartera de servicios en salud pública más amplia para necesidades básicas de las personas en situación socioeconómica vulnerable o en exclusión social; esto es debido a que en España se ha adaptado la cartera de servicios de la antigua Seguridad Social a la actual cartera de servicios del Ministerio de Sanidad sin tener en cuenta que los beneficiarios de la Seguridad Social disponían de recursos para financiarse prestaciones sanitarias no cubiertas por el sistema y que por otra parte existía una línea paralela de beneficencia sanitaria ubicada en las corporaciones locales que financiaba las necesidades básicas de salud de las personas con bajos recursos o en exclusión social, línea que desapareció al quedar la sanidad dentro del paraguas del derecho a la salud para todos con la sanidad universal. Esta confusión ha impedido la aparición de líneas sólidas de cobertura de determinadas prestaciones sanitarias básicas a las personas con bajos recursos o en situaciones de exclusión social.

Una forma de desigualdad es no disponer de una cartera de servicios en salud pública más amplia para necesidades básicas de las personas en situación socioeconómica vulnerable o en exclusión social

Conclusiones

1. Se constata que, según el desarrollo en que se realicen las políticas sanitarias como facilitadoras del ejercicio de los derechos de estos colectivos con relación a su salud, se puede contribuir de forma significativa a mejorar o empeorar su situación de desigualdad.
2. Tener algunas prestaciones sanitarias básicas cubiertas (odontología, prótesis auditivas, oftalmológicas, etc.) permite poder tener acceso a otro tipo de bienes como un puesto de trabajo, que permita vivir con dignidad o poder salir de una situación de pobreza y marginación.
3. El cambio de paradigma incidiría en la necesidad de que el Estado como garante del derecho proporcionase servicios preventivos y curativos básicos a personas desfavorecidas directamente con la ampliación de su cartera de servicios, o mediante ayuda financiera, supervisión, control de calidad y demanda de rendición de cuentas a las entidades que los faciliten.
4. Esta situación nos hace pensar, para el caso de Cataluña, en la necesidad de negociar a nivel político la ampliación de la cartera de servicios de sanidad o negociar entre los departamentos implicados un marco para definir los límites del acceso y que la provisión de servicios pueda quedar regularizada quedando así desestigmatizadas las prestaciones sanitarias que se ofrecen a nivel benéfico a personas vulnerables o excluidas socialmente.

Bibliografía

- BORRELL, C.; BENACH, J. *Les desigualtats en salut a Catalunya*. Barcelona: Mediterrània, 2003. ISBN: 8483344521.
- BOULDING, K. E. *La economía del amor y del temor*. Madrid: Alianza Universidad, 1976. ISBN: 84200621692.
- COMÍN, A. Cómo ser juez y parte y 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. Policy Coherence and Component-Driven Policymaking Arctic Policy in Canada and the United States, *The Policy Studies Journal*, 2005, n. 33, 37-63.
- MORAGAS, R. Enfoque sociológico de las diversas concepciones de salud, *Papers: revista de sociologia*, 1976, n. 5, 31-54. En: <<http://dx.doi.org/10.5565/rev/papers/v5n0.913>> [Consulta: 23 enero 2017].
- MONTAGUT, T. *Política social: una introducción*. Barcelona: Ariel Sociología, 2008. ISBN: 9788434417113.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Salud para todos en el año 2000*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1978.
- ORGANIZACIÓN NACIONES UNIDAS. *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Alma-Ata (URSS): ONU, 1978.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, de la Ley General de la Seguridad Social.