



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

**DESIGUALTAT SOCIOECONÒMICA I SALUT MENTAL:
LA PROPOSTA D'UNA RENDA BÀSICA PER A PROTEGIR I
PROMOURE LA SALUT MENTAL**

Tesi doctoral

Sergi Raventós Panyella

Directors

Jordi Mundó Blanch

Josep Espluga Trenc

Programa de Doctorat en Sociologia

Departament de Sociologia. Universitat Autònoma de Barcelona

Bellaterra, novembre 2015

Per a la Dolors i la Laia

Sea grande o pequeña una casa, mientras las que la rodean son también pequeñas cumple todas las exigencias sociales de una vivienda, pero, si junto a una casa pequeña surge un palacio, la que hasta entonces era casa se encoge hasta quedar convertida en una choza. La casa pequeña indica ahora que su morador no tiene exigencias, o las tiene muy reducidas; y, por mucho que, en el transcurso de la civilización, su casa gane en altura, si el palacio vecino sigue creciendo en la misma o incluso en mayor proporción, el habitante de la casa relativamente pequeña se irá sintiendo cada vez más desazonado, más descontento, más agobiado entre sus cuatro paredes.

Karl Marx

La vida carece de valor si no nos produce satisfacciones. Entre éstas, la más valiosa es la sociedad racional, que ilustra la mente, suaviza el temperamento, alegra el ánimo y promueve la salud

Thomas Jefferson

Agraïments

Aquesta tesi es va iniciar després de la gran crisi mundial del 2008. El que va ser una intuïció, malauradament, s'està confirmant: els efectes devastadors de la crisi en la salut mental són i seran molt elevats. Investigar això, llegir i tractar de pensar en una possible resposta política que doni solució a aquest greu problema ha requerit d'uns anys.

En aquest recorregut ha hagut gent que m'ha ajudat en diversa mesura i es mereix un reconeixement. Intentaré fer un recordatori de tothom, cosa que no és fàcil.

Compaginar una tesi amb la feina, l'activitat social i política, la família i tots els compromisos de la vida, requereixen de molt temps i dedicació que no hagués estat possible sense la comprensió, el suport i l'ajut de la meua parella des de fa anys i mare de la meua filla: Dolors Fernàndez, qui ha estat una persona clau en aquest trajecte llarg de la tesi i com en tantes altres ocasions. Li vull donar el meu agraïment més sincer.

La Laia, filla meua, ha vist com a estudiant universitària que és i a punt de graduar-se en Psicologia el que suposa fer un treball d'aquestes característiques. També li vull reconèixer la seva preocupació per la tesi i el seu recolzament en diferents ocasions durant tot aquest temps.

En aquest recorregut algunes persones han estat del tot imprescindibles per tirar endavant aquesta tesi, concretament han estat els meus directors de tesi: en Pep Espluga i en Jordi Mundó. El suport d'en Pep ha estat determinant per a arribar fins al final d'aquest recorregut. La seva generositat i persistència han estat constants. El meu agraïment no acaba en aquestes breus línies.

En Jordi Mundó ha estat una gran influència acadèmica des de molt abans d'iniciar aquest treball. Les seves classes de doctorat i els seus ensenyaments són ben recordats. Durant el decurs de la tesi sempre m'ha mostrat el seu suport, dedicació i amabilitat. La seva precisió en els comentaris i observacions del treball no les puc deixar de mencionar. La meua gratitud amb ell és molt gran.

Els meus germans Jaume, Xavier i Dani són persones importants a la meva vida i, d'una manera o altra, també han estat presents durant aquest temps. En el cas del Dani, no vull deixar passar l'ocasió de reconèixer que la seva llarga defensa de la Renda Bàsica i els seus treballs i investigacions han estat en moltes ocasions inspiradors i imprescindibles en aquest treball.

En Joan Benach, mestre, investigador i activista per la salut pública, sempre ha estat una persona referent, tant pels seus treballs acadèmics (força citats en aquesta tesi), com en el seu suport, consells i ànims per les evolucions de la tesi. També en Lluís Torrens, nou amic i treballador infatigable, qui ha estat especialment amable i curós en enviar-me un bon grapat d'articles imprescindibles pel meu treball i en interessar-se per la meva evolució. La Julie Wark ha estat una persona amable i generosa que en les darreres setmanes d'aquesta recta final m'ha fet arribar alguns articles que m'han estat molt útils i vull agrair el gran ajut que m'ha donat amb l'anglès. El Paco Ramos i el Borja Barraguer, companys de la Xarxa Renda Bàsica i amb els que he coincidit en alguns simposis, em van facilitar les seves brillants tesis doctorals per si em podien ser d'utilitat i a ben segur que ho han estat.

En Lluís Vallés, bon amic i company de feina i sempre disposat a ajudar-me. Aquest cop, amb un treball magnífic de maquetat de tesi que li vull agrair.

Hi ha d'altres persones que no voldria deixar de mencionar, ja sigui pels seus consells docents o d'amic o pels ànims que m'han donat en un o altre moment d'aquest llarg procés i que sempre han estat d'agrair: en Pep Adelantado, l'Àlex Boso, en David Casassas, el José Luis Rey, la Montserrat Cervera, Jordi Arcarons, l'Edgar Manjarin, el Jurgen De Wispelaere, en Lluís Olivé, l'Hèctor Sin, l'Hugo de Campos, la Sandra Martín i l'Empar Pérez.

A tots i totes, els meus agraïments

ÍNDEX

<i>Agraïments</i>	v
Introducció.....	11
Estructuració del text.....	12
Objectius, hipòtesis i metodologia.....	14
Objectius específics.....	14
Hipòtesis de treball	15
Metodologia	16
Primera part: La salut mental i les desigualtats socials	19
Capítol 1. Salut i malaltia (mental)	20
Introducció.....	20
1.1. Salut i malaltia. Algunes definicions	20
1.2. Salut mental	23
1.3. Malaltia mental	25
1.4. El concepte de trastorn mental.....	28
1.5. Les classificacions dels trastorns mentals i els diagnòstics	30
1.6. Altres classificacions dels trastorns mentals	34
1.7. La salut mental com un procés.....	36
1.8. Condicions de vida i malaltia. Els determinants socials de la salut.....	37
1.9. Determinants de la salut mental i del benestar psicològic	38
1.10. Enfocaments i concepcions sobre la salut i la malaltia mental	39
1.11. Salut, malaltia i evolució.....	45
1.12. Ment, problemes mentals i evolució	46
1.13. Relació de la pobresa i les desigualtats socials amb l'ansietat i la depressió.....	53
1.14. Conclusions	54
Capítol 2. Desigualtats socials: algunes definicions i evidències del seu augment.....	57
Introducció.....	57
2.1 Definicions i conceptes sobre les desigualtats	59
2.2 Les causes de la desigualtat.....	60

2.3 Formes de mesurar les desigualtats	62
2.4 Les desigualtats socials en el món	64
2.5. Desigualtats al Regne d'Espanya	66
2.6. Les desigualtats socials a Catalunya.....	68
2.7. Conclusions	70
Capítol 3. Les desigualtats socials i la salut.....	72
Introducció.....	72
3.1. Desigualtats socials en salut.....	73
3.2. Els estudis històrics sobre les desigualtats en la salut.....	78
3.2.1. El Black Report.....	82
3.2.2. Informe de la comissió dels determinants socials de la OMS (2008)	84
3.3. La mesura de les desigualtats en salut	90
3.4. Els models dels determinants de la salut i les vies que porten a les desigualtats en salut ...	91
3.5. Els eixos principals de la desigualtat social en la salut: la classe social, el gènere, immigració i territori.....	95
3.5.1. Classe social.....	95
3.5.2. Gènere.....	97
3.5.3. Immigració	98
3.5.4. El territori	99
3.6. Les causes de les desigualtats socioeconòmiques de la salut	100
3.6.1. Com repercuteixen les desigualtats socials en la salut mental.....	105
3.7 Explicacions sobre les desigualtats socials i la salut mental.....	106
3.7.1. Les desigualtats perjudiquen: R.G.Wilkinson i altres	107
3.7.2. L'enfocament neomaterialista: Muntaner i d'altres.....	115
3.8. Conclusions	118
Capítol 4. Les desigualtats socials, la crisi i la salut mental.....	122
4.1. Desigualtats socials i crisi al Regne d'Espanya	123
4.2. La salut mental abans de la crisi	127
4.3. La crisi econòmica actual i la salut mental	129
4.4. Crisi i suïcidis.....	131
4.5. Altres patologies mentals derivades de la crisi.....	135
4.6. Aturats, treballadors precaris i la salut mental	138
4.7. Pobresa i salut mental.....	149

4.8. L'emergència de l'habitatge	151
4.9. Conclusions	152
Segona part: La salut mental i les polítiques socials	155
Capítol 5. Polítiques i salut mental.....	156
Introducció.....	156
5.1. Les orientacions per a reduir les desigualtats en salut	160
5.2. Les polítiques de salut mental	163
5.2.1. Un repàs històric de les polítiques de tractament de la salut mental.....	164
5.2.2. Les estratègies pel que fa a la salut mental i la lluita contra la malaltia mental.....	169
5.3. Orientacions polítiques sobre la protecció social i la salut mental al segle XXI	171
5.3.1. El Pla d'acció sobre salut mental 2013-2020	172
5.3.2. L'informe de la Comissió dels determinats socials de la OMS	174
5.3.3. El llibre verd de la salut mental de la Unió Europea.....	175
5.3.4. L'estratègia espanyola del Sistema Nacional de Salut.....	177
5.3.5. El Pla Integral d'atenció a les persones amb trastorns mentals i addiccions 2014-2016 de Catalunya.....	179
5.3.6. La Comissió per a reduir les desigualtats en salut a Espanya.....	180
5.4. Conclusions	182
Capítol 6. Estats del benestar: història, teoria i crítica.....	184
Introducció.....	184
6.1. L'Estat de benestar i les polítiques socials	187
6.2. Concepte de protecció social i relació de prestacions a Catalunya.....	189
6.3. L'Estat del benestar i la protecció social a Catalunya.....	191
6.4. La despesa pública en protecció social	192
6.5. El sistema de protecció social espanyol de garantia d'ingressos	193
6.5.1. El sistema de prestacions per desocupació.....	194
6.6. La Renda Mínima d'inserció.....	202
6.6.1. Crítiques i limitacions al sistema de rendes mínimes d'inserció	207
6.7. Les polítiques europees en la reducció de les desigualtats en salut	208
6.8. La importància de la protecció social per a la salut. Alguns exemples històrics i actuals...	214
6.9. Propostes pel futur de l'Estat del Benestar després de la crisi	221

6. 10. Conclusions	222
Capítol 7. Seguretat econòmica i salut (mental). La Renda Bàsica universal com a garantia d'ingressos incondicional.	225
Introducció.....	225
7.1. La proposta de la Renda Bàsica: protecció social al llarg de la vida	227
7.2. Algunes aplicacions de RB i els seus efectes en la pobresa, en les desigualtats socials i en la salut (mental).....	230
7.3. Altres experiències d'ingressos i la seva repercussió en la salut mental	240
7.4. La RB aplicada a l'àmbit de Catalunya.....	245
7.5. Crisi, repartiment del treball i renda bàsica.....	248
7.6. La proposta del repartiment del treball	251
7.7. Una altra proposta de protecció social però només pels pobres: la Renda Garantida Ciutadana (RGC).....	253
7.8. Avantatges d'una Renda Bàsica respecte una Renda Garantida Ciutadana.....	255
7.9. Crítiques a la proposta de la Renda Bàsica.....	256
7.10. Una RB com a mesura preventiva per a la salut mental	261
7.11. Conclusions	267
Capítol 8. Conclusions	270
Bibliografia.....	278

Introducció

Aquesta tesi doctoral va ser iniciada fa més de 6 anys, poc després de l'inici de la gran crisi de l'any 2008. Des de la presentació del projecte de tesi el 2009, el plantejament del treball de recerca ha sofert diverses modificacions. Entre moltes d'altres, vaig incorporar-hi un capítol específic sobre les conseqüències que ha tingut la crisi i les polítiques d'ajustament estructural en la salut de la població. En aquells temps, quan manifestava la meva principal motivació en fer-la apuntava: “(...) és un intent de fer coincidir diversos interessos i preocupacions que han tingut una certa importància en la meua vida des de fa un grapat d'anys. En primer lloc, l'existència de grans desigualtats socials i la divisió entre rics i pobres en el nostre món. Rics i pobres en un sentit clàssic, els qui tenen l'existència material garantida i els qui han de dependre d'un altre per a poder existir. Aquestes desigualtats socials, insisteixo, han estat un motiu de preocupació i inquietud des de jove.” A dia d'avui, i com quedarà prou de manifest al llarg d'aquesta tesi, aquestes grans desigualtats s'han agreujat encara més amb la gran crisi i els seus efectes han estat, entre d'altres repercussions nefastes, prou devastadors també pel que fa a la salut mental de la població.

La meua experiència professional també ha format part del meu bagatge per a investigar i realitzar aquesta tesi. Fa aproximadament 20 anys que vaig començar a treballar en l'àmbit sociosanitari de la salut mental. Ha estat en aquest temps que he pogut observar, en el dia a dia professional a través de les persones que he conegut, les diverses formes de patiment mental, la transcendència dels diagnòstics mèdics en l'etiquetatge social, la pressió de les corporacions farmacèutiques en aquest sector, el no poder accedir a un treball remunerat per l'estigma de la malaltia mental, el percebre pensions d'una quantia molt inferior al llindar de la pobresa, el treballar en feines poc gratificants i mal pagades, per citar-ne algunes realitats massa freqüents. També he conegut les diverses expressions de la salut mental, els processos de recuperació mental de les persones, la bona feina dels diversos serveis públics, la importància del coneixement interdisciplinari, el paper determinant de les polítiques socials, laborals i sociosanitàries en la salut mental, entre molts d'altres aspectes.

Vull destacar també la gran influència que ha tingut per a mi, en aquest treball, les aportacions d'altres disciplines, tant de les ciències socials com de les naturals, per a trobar mecanismes explicatius de la realitat social que giren al voltant d'un tema de gran complexitat, per la quantitat de factors que hi intervenen, com és el de la salut mental. Concretament vull esmentar les aportacions dels àmbits de la Teoria Sociològica, l'Epidemiologia social i la Teoria evolutiva.

Fa molt temps que les investigacions que tenen més impacte i més ressonància en el món acadèmic, pel que fa a l'àmbit de la salut mental, han estat les que provenen majoritàriament de les ciències biomèdiques i de la genètica. A les ciències socials ens calen estudis que contribueixin, juntament i sense desconexió de la resta de ciències adjacents, a esbrinar les explicacions del per què hi ha aquest augment tan gran en les nostres societats de patiment psíquic i mala salut mental. Una de les meves motivacions principals a l'hora de proposar-me fer aquesta tesi també ha estat la de poder tractar la salut mental des d'una perspectiva social i política, per tal de poder establir connexions i relacions entre les formes de la vida social i la salut mental.

En aquests darrers anys també he escrit diversos articles i he participat en la redacció d'alguns capítols de llibres que m'ha permès definir, madurar i anar estructurant millor alguns dels temes treballats en aquesta tesi, com són la relació entre la crisi econòmica i la salut mental, els efectes de les polítiques de protecció social en la salut, la crisi i els suïcidis, els determinants socials de la salut, els diagnòstics psiquiàtrics, i d'altres.

Sóc partidari de la proposta de la Renda Bàsica des de fa temps –de fet, des de molt abans de la present investigació–, i un dels aspectes que més m'interessaven de la mateixa era demostrar adequadament quina podria ser la seva repercussió en la salut mental de la població. A mesura que he anat investigant i entenent la connexió entre el fer o no fer polítiques de protecció social i els seus efectes en la salut he comprès que la garantia d'ingressos incondicional d'una Renda Bàsica podria ser un mecanisme de prevenció i protecció de la salut mental d'un abast important. Els diversos estudis i experiències internacionals de garantia d'ingressos i els efectes prou beneficiosos que han comportat entre la salut (mental) de la població han establert una evidència empírica prou prometedora del que podria suposar l'aplicació d'una Renda Bàsica.

Estructuració del text

La primera part d'aquesta tesi està compresa per quatre capítols i estudia la relació entre la desigualtat socioeconòmica i la salut. El primer capítol està dirigit a introduir-se en el laberíntic i complex món de la salut mental i a clarificar alguns dels conceptes i definicions al voltant d'aquest àmbit de coneixement. El segon és un capítol específic dedicat a la desigualtat socioeconòmica i algunes de les seves definicions, formes de mesurar-la i una mostra d'aquestes desigualtats al Regne d'Espanya i a Catalunya. El tercer analitza la relació existent entre la desigualtat socioeconòmica i

la salut i els diversos tipus de desigualtats. En aquest capítol també es desenvolupen les principals explicacions teòriques, models dels determinants de la salut i eixos de les desigualtats en la salut. El quart capítol aporta l'evidència més clara entre les desigualtats socials, la gran crisi econòmica i les repercussions en la salut mental. La segona part de la tesi inclou tres capítols i està orientada a les diverses polítiques i estratègies en la reducció de les desigualtats socials i en la prevenció de la salut mental, analitzades críticament per les seves limitacions i pels resultats obtinguts, i on s'aborda la importància de la protecció social per a la salut. El cinquè fa un recull documentat de les principals directrius i línies programàtiques de les institucions mundials i regionals sanitàries en matèria de protecció social i salut mental, i repassa el tractament històric i l'atenció a la salut mental i a les malalties mentals. El sisè capítol desgrana els sistemes de protecció dels Estats de benestar i les seves insuficiències pel que fa a dos dels seus principals instruments per a reduir les desigualtats socials: el sistema de prestacions per desocupació i les rendes mínimes d'inserció. S'hi fa una comparativa de diversos sistemes de protecció social i del seu impacte en la salut. En el setè capítol es descriu la proposta alternativa de la Renda Bàsica justificant-ne el seu disseny institucional des de diverses perspectives: ètica, política, econòmica i socialment, sobretot pel que fa als possibles efectes potencials per a la prevenció, protecció i millora de la salut mental. S'hi analitzen diversos experiments i casos internacionals on s'observa el vincle entre seguretat d'ingressos i efectes benefactors en la salut mental.

Les conclusions finals volen ser un intent d'explicar i integrar ordenadament els arguments i les idees principals de tot el treball acadèmic, tot donant resposta als objectius i hipòtesis de treball plantejades.

Objectius, hipòtesis i metodologia

Objectiu general

L'objectiu general d'aquesta tesi doctoral és esbrinar en quina mesura (i/o de quina manera) els sistemes de garanties d'ingressos poden funcionar com una política pública per a la millora de la salut mental. Amb aquesta finalitat, s'ha dut a terme una anàlisi en profunditat de la bibliografia que relaciona la salut mental amb les desigualtats socials, els negatius resultats de les polítiques d'ajustament estructural, les polítiques de promoció de la salut mental i les polítiques de garantia d'ingressos, en particular la proposta d'una Renda Bàsica. En aquest sentit, a partir de l'anàlisi de casos en els que s'han aplicat polítiques de garantia d'ingressos incondicionals, es pretén observar com aquest tipus de polítiques poden incidir en la prevenció de les patologies mentals i en la millora de la salut mental.

Objectius específics

- 1- Elaborar un marc conceptual integrat a partir de la pluralitat de definicions teòriques de “salut mental” i de “malaltia mental”, que permeti identificar el conjunt de factors que influeixen en la producció de patologies mentals.
- 2- Explorar les relacions entre les desigualtats socials i la salut mental.
- 3- Descriure l'evolució històrica de les polítiques de lluita contra la malaltia mental i de promoció de la salut mental, amb la pretensió d'identificar els seus supòsits sobre la realitat en la que pretenen incidir.
- 4- Explorar en quina mesura les polítiques de protecció social poden ser amortidores de les desigualtats socials i, en conseqüència, dels trastorns de salut mental.
- 5- Analitzar les polítiques de garantia de rendes existents i avaluar-ne els seus punts forts i punts febles.
- 6- Reflexionar sobre els punts forts i punts febles de les actuals polítiques de promoció de la salut mental, així com sobre les aportacions que suposarien les polítiques de garantia d'ingressos com la Renda Bàsica.
- 7- Analitzar quins efectes podria tenir una Renda Bàsica en la reducció de les desigualtats socials i, en conseqüència, dels trastorns de salut mental.

Hipòtesis de treball

S'observa que els problemes de salut mental tendeixen a incrementar-se durant les darreres dècades en el nostre context socioeconòmic. Per tal d'afrontar aquesta problemàtica, els poders públics han aplicat una sèrie de polítiques preventives i de promoció de la salut basades en els estils de vida i (en menor mesura) en la creació d'entorns saludables que, tot i suposar aportacions importants, s'han revelat força limitades en un context de creixent pressió laboral, inestabilitat contractual i incertesa econòmica de les persones i famílies.

Recerques recents indiquen que l'augment de les desigualtats socials contribueixen a empitjorar la salut mental de la població però, malgrat les advertències de les institucions internacionals (OMS, UE, etc.), les polítiques estatals i locals rarament es proposen actuacions en aquest àmbit. Aquí es vol argumentar que les polítiques de garantia de rendes, principalment en forma de Renda Bàsica, poden contribuir a amortir la incertesa vital dels individus, incrementar les seves capacitats i, per tant, ajudar a prevenir un ampli rang de problemàtiques relacionades amb la salut mental.

Tot això es pot expressar amb les següents hipòtesis operatives:

Hipòtesi 1: Les definicions de salut mental i de malaltia mental han evolucionat al llarg del temps, de tal manera que actualment hi ha consens a atribuir les seves causes a un conjunt de 'determinants socials'. Tanmateix, hi ha una part de les malalties mentals que tenen un origen genètic-biològic-psíquic, on els determinants socials actuen com a variables moderadores més que no pas causals.

Hipòtesi 2: Hi ha suficients evidències en la bibliografia que mostren com els augments de les desigualtats socials van acompanyats de l'augment de diverses patologies mentals.

Hipòtesi 3: Les polítiques de lluita contra la malaltia mental i en favor de la salut mental han estat dominades per una concepció biomèdica de la malaltia i de la salut. Malgrat les recents recomanacions de diverses institucions internacionals (UE, OMS, etc.) sobre la conveniència de dissenyar i implementar polítiques que actuïn de manera preventiva sobre els determinants socials de la salut, en la pràctica no s'han dut a terme amb gaire amplitud.

Hipòtesi 4: Tot i que no hi ha una relació automàtica, les polítiques de protecció social contribueixen a amortir les desigualtats socials i, de manera indirecta, tenen un efecte preventiu sobre l'aparició de patologies mentals d'origen social.

Hipòtesi 5: Malgrat que existeixen diferents tipus de polítiques de garantia de rendes, no totes elles tenen el mateix potencial preventiu de trastorns mentals i de promoció de la salut mental. Les polítiques més universalistes i incondicionals, que consideren la prestació econòmica garantida com un dret de ciutadania, tenen major potencial preventiu que les polítiques selectives i condicionades adreçades a persones en situacions molt precàries econòmicament.

Hipòtesi 6: Una Renda Bàsica garantida i universal contribueix a reduir les situacions de pobresa, reduir la dependència i reforçar l'autonomia de les persones, cosa que pot suposar un efecte preventiu de malalties mentals i promotor de la salut mental.

Metodologia

La metodologia utilitzada es basa en la revisió bibliogràfica i l'anàlisi documental de dades secundàries (Valles, 1997). D'aquesta manera, el disseny de recerca no ha anat encaminat a la generació d'informació de primera mà, sinó a propiciar la recollida d'informació preexistent tot garantint que no es deixava de banda cap aspecte important. Per a fer-ho, s'han dut a terme les següents accions:

- En primer lloc, s'ha realitzat una revisió exhaustiva de la bibliografia nacional i internacional sobre les relacions entre desigualtats socials i salut, amb particular atenció a les problemàtiques de salut mental.
- En segon lloc, s'ha dut a terme una cerca de textos legals, recomanacions polítiques i programes d'intervenció elaborats per les principals institucions encarregades de gestionar la salut mental a Catalunya, Espanya i Europa, a més de l'OMS.

- En tercer lloc, s'ha procurat una recollida de dades estadístiques sobre diversos dels temes clau de la tesi: malalties mentals, desigualtats socials, rendes, etc.
- En quart lloc, s'ha realitzat una revisió d'algunes experiències internacionals de garantia d'ingressos i els seus efectes sobre la salut.

L'anàlisi i articulació de tot aquest material ha permès aportar evidències (basades en fonts secundàries) per a donar raó de les hipòtesis plantejades. Cal afegir que una de les tasques més laborioses ha estat l'elaboració de les hipòtesis a partir de la revisió de la bibliografia (estat de la qüestió) sobre el tema. En tot cas, la metodologia utilitzada no permet contrastar les hipòtesis en el sentit clàssic de verificar les relacions entre les seves variables dependents i independents, sinó que el màxim que podem fer és aportar evidències d'altres fonts que permetin estimar la seva versemblança. La contrastació empírica requeriria d'un altre disseny metodològic que aquí no s'ha fet.

Aquest disseny metodològic té una sèrie d'avantatges i inconvenients (Valles, 1997: 129). Entre els avantatges es poden citar els següents:

- El baix cost d'una gran quantitat de material informatiu.
- La no reactivitat. A diferència de la informació obtinguda directament per l'investigador, mitjançant tècniques d'observació o de conversa (entrevistes, qüestionaris, etc.), el material documental es produeix en un context en el que la presència de l'investigador no hi ha influït (s'han evitat les reaccions de les persones quan saben que són investigades). Cal tenir present, no obstant això, que als textos analitzats ja hi ha la presència d'aquestes reaccions, però són més fàcils de controlar interpretant els textos en el context dels autors que els han redactat.
- Historicitat: L'anàlisi documental permet una visió històrica del fenomen estudiat, ja que la revisió de textos de diferents èpoques permet construir l'evolució d'un tema i interpretar-lo de manera més acurada.

La metodologia emprada també comporta unes limitacions:

- Selectivitat: En els articles i documents analitzats hi ha el risc que els autors hagin seleccionat la informació adequada als seus propòsits, tot introduint un biaix a l'hora d'entendre el fenomen de manera global.
- La pròpia naturalesa secundària del material documental (numèric, escrit, etc.). Es tracta d'una limitació seriosa que en alguns casos pot dificultar seriosament la investigació d'un tema. El caràcter secundari significa que es tracta d'informació produïda amb propòsits diferents als de la investigació en curs, i per tant presenten dificultats per a ser utilitzats i interpretats correctament.
- La crítica etnometodològica a la informació provinent de fonts oficials (estadístiques, informes públics, etc.). Es considera que aquesta informació ha estat socialment produïda, i que per tant respon a la naturalesa de la institució respectiva. Qualsevol institució tendeix a ocultar les dades que la perjudiquen i a difondre els que l'afavoreixen.

En definitiva, l'ús de la informació secundària i documental ha d'anar acompanyada del reconeixement dels seus límits, els quals, com els avantatges, són sempre relatius, en funció dels objectius de la recerca i del disseny metodològic. En la present investigació s'ha procurat analitzar críticament tota la informació recopilada, triangulant entre dades i amb la informació al llarg del temps, per tal de no extralimitar-nos en la interpretació de les mateixes.

Primera part: La salut mental i les desigualtats socials

Capítol 1. Salut i malaltia (mental)

Introducció

En aquest capítol inicial ens proposem abordar la pluralitat de definicions al voltant de conceptes tant complicats de definir com salut, salut mental, malaltia mental, trastorn mental, entre d'altres. Poder aclarir algun concepte i copsar el seu contingut ens ajudarà a introduir-nos en la complexitat del camp de la salut mental. Una complexitat que es fa més palesa per la separació de les diverses disciplines científiques, fet que dificulta la integració del coneixement. Farem una aproximació als corrents principals de l'estudi de la malaltia mental i valorarem críticament alguns d'ells. Aquest exercici és un pas previ per poder avançar més endavant en els determinants socials de la salut mental i poder entendre com les desigualtats socials repercuteixen en la salut mental.

1.1. Salut i malaltia. Algunes definicions

Una de les dificultats més importants quan ens introduïm en el camp de la salut és poder definir-la. Malgrat que el concepte de salut hauria de ser un dels més estudiats i desenvolupats per les ciències que s'ocupen de la vida humana, ens trobem que ha estat poc estudiat i teoritzat (Martí, 1995).¹

“Salut” i “malaltia” no són independents, són indissociables, però la malaltia no és el contrari de la salut (Canguilhem, 1966). Malgrat que el sentiment popular defineix la salut per allò que no és, la definició de salut com absència de malaltia impedeix integrar els aspectes socials o contextuals de la salut (Puyol, 1999:114).

Encara hi ha molt debat al voltant del què és la salut. La salut és una qualitat fonamental de l'esser humà. S'admet que tot ésser humà és simultàniament i de manera indissociable: a) un ésser biològic i únic; b) un ésser social en interacció permanent amb altres essers humans, situat en un temps i espai i depenent del seu medi ambient i actuant sobre aquest; c) un ésser d'emocions, de sensacions, de desitjos, d'intencions; i d) un ésser de coneixement, de racionalitat, de reflexió. Aleshores, la salut s'expressarà en cadascuna d'aquestes quatre dimensions (Contandriopoulos, 1999).

¹El llibre d'Oriol Martí, *Introducció a la medicina social* ofereix una bona relació de definicions sobre la salut de les diferents escoles funcionalistes, ecològiques, conflictivistes, etc.

En paraules de Amartya Sen: “La salut és una de les condicions més importants de la vida humana i un component fonamental de les possibilitats humanes que tenim per valorar. Cap concepció de la justícia social que accepti la necessitat d’una distribució equitativa i d’una formació eficient de les possibilitats humanes pot ignorar el paper de la salut en la vida humana” (Sen, 2002: 303). Aquesta concepció de la salut com un “bé especial” vindria donada per dues raons: en primer lloc per considerar la salut com un element constitutiu directe del benestar de les persones i en segon lloc pel fet que la salut permet a una persona funcionar com un agent (CDS, 2005).

El concepte de salut ha experimentat una revisió constant des de mitjans del segle XX i sobretot els darrers anys després de l’aparició de l’informe dels determinants socials de la salut de l’Organització Mundial de la Salut (OMS). Avui hi ha força investigació feta per saber que la salut i la qualitat de vida estan molt relacionades amb les condicions generals de vida de les persones (Palomino et al. 2014). És un concepte que contempla moltes dimensions: biològica, psicològica, social, ambiental, relacional, històrica, econòmica, política.

És important recordar que de la malaltia tenim més constància històrica des de fa més temps que no pas de la salut. Un bon exemple del que estem dient sobre el coneixement ancestral de la malaltia ens l’aporta López Piñero quan explica que la investigació paleopatològica ha demostrat que la malaltia ha aparegut paral·lelament amb la vida en tots els seus nivells. Les malalties han estat inseparables de l’existència de la humanitat (López i Terrada, 2000). Malgrat tot, les malalties també podem considerar-les com abstraccions que canvien històricament a mesura que tenim més coneixement. Definir una malaltia és complicat, doncs això té nombroses implicacions sanitàries, econòmiques, legals, ètiques i socials. En alguns casos no podem parlar ni de malalties, en tot cas s’hauria de parlar de malalties imaginàries, vinculades a la pèrdua d’aspectes o facultats que considerem valuosos en la vida humana, com per exemple: la menopausa, la calvície, la disfunció sexual masculina o l’envelliment, doncs és ben sabut com afirmen diversos autors que les indústries farmacèutiques estan molt interessades en crear, difondre i justificar malalties noves amb les que fer bons negocis (Frances 2014; González, H. i Pérez, M., 2007).

En el mateix sentit, les malalties són processos naturals però el seu reconeixement com a problemes mèdics depèn no només de coneixements, sinó també, en part, de judicis de valor. Per exemple, l’obesitat, l’alcoholisme i les addiccions a les cartes o la cocaïna van arribar a ser símbols d’estatus socials (Bunge, 2012). Tanmateix, mentre la detecció de la malaltia és molt antiga i les definicions

d'aquest estat són múltiples, la necessitat de definir científicament la salut és molt recent; sorgeix a finals de la primera meitat del segle XX i està relacionada amb un canvi d'actitud pel fet d'entreureure la possibilitat de controlar col·lectivament la producció de la malaltia (Martí, 1995).

H. Sigerist, un dels més importants historiadors de la Medicina del segle vint, el 1941, enmig de la Segona Guerra Mundial deia que “Salut no és únicament absència de malaltia, sinó una cosa positiva, una actitud d'acceptació alegre de les responsabilitats que la vida imposa als éssers humans” (Sigerist, 1941).

Després de la Segona Guerra Mundial, l'estructuració de l'OMS i la posada en marxa de les polítiques de l'estat del benestar en els països del centre i Nord d'Europa, fan extensiva la cobertura sanitària a tota la població d'aquestes zones. És en aquest context que neix una altra definició que és la que dona l'OMS en el 1946: “un estat de complet benestar físic, mental i social”. Laín Entralgo va jutjar críticament aquesta definició, en considerar que proclama una utopia inabastable a la pràctica, pel fet que passa per alt que el malestar físic i mental no és incompatible amb la salut (López i Terrada 2000). A aquesta crítica cal afegir-hi també el fet que benestar i malestar són sensacions subjectives i que, per tant, una persona pot sentir-se bé i tenir hipertensió, o sentir-se malament gaudint de bona salut (Bunge, 2012).

La definició de Jordi Gol, metge, també ha estat molt utilitzada posteriorment quan va afirmar en el conegut Congrés de Metges i Biòlegs en llengua catalana, celebrat a Perpinyà el 1976, que salut era “aquella manera de viure que és autònoma, solidària i joiosa”. Gol assenyalava que la salut i la malaltia no s'han de separar, són un continu i que es pot estar malalt de forma sana i es pot estar sa de forma insana (citat a Martí, 1995).

D'altres definicions han posat l'accent en la capacitat dels individus per adaptar-se i afrontar adequadament les diverses situacions vitals. En qualsevol cas, aquestes definicions no ens poden fer oblidar que la salut té un component social, econòmic i polític molt important (Benach i Muntaner, 2005). Convindrem aquí que la salut individual i la condició social s'entrellacen, i que la pobresa, la massificació, la contaminació ambiental i la seguretat del treball són alguns factors claus pel benestar de l'individu (Bunge, 2012).

Amb la salut podem analitzar les fites socials aconseguides per una societat i també per entendre les injustícies socials que aquesta pateix. És evident que la salut és una de les condicions més importants de la vida humana i un component fonamental de les possibilitats humanes que tenim motius per a valorar. Adoptar una concepció de la salut basada en les diferents dimensions (biològica, psicològica, social) i en els factors que influeixen sobre ella (els seus determinants) és important, doncs pot condicionar les polítiques orientades a promoure, mantenir o recuperar la salut.

1.2. Salut mental

El concepte de *salut mental* és força més complicat de definir. Per *salut mental* podem entendre, segons la definició de la OMS, que és la més seguida segurament per la comunitat científica, “un estat de benestar complet, en el que l’individu és capaç de desenvolupar plenament les seves capacitats, superar les tensions de la vida, treballar de manera productiva i profitosa i contribuir amb les seves aportacions a la comunitat”(WHO, 2001). Encara que aquesta definició pugui pecar d’ambiciosa té la virtut d’abraçar i capturar tot el que pot ser un concepte tan difícil de definir i ampli com el de salut mental. Ara bé, d’aquesta definició podríem inferir que la salut mental de les nostres societats en aquests moments tindria molts dèficits, tenint en compte que una part important de la societat ha quedat exclosa de treballar de manera productiva i profitosa, i sense poder contribuir amb les seves aportacions a la comunitat. I aquelles o aquelles que ho fan també seria convenient saber en quines condicions desenvolupen la seva feina, doncs com veurem més endavant treballar en segons quines condicions perjudica o empitjora la salut (Benach et al. 2014; Raventós, 2010).

Un bon exemple de la diversitat de definicions del concepte de salut mental és la que podem trobar en el *Manual de Psiquiatria* de Costa i Molinari (1994): a) Skottowe considera que el tret fonamental de la salut mental és la capacitat d’adaptar-se al medi; b) Macklin creu que és la capacitat de reaccionar favorablement als canvis de l’entorn; c) Lewinson i Ginsberg la defineixen com la capacitat de dominar l’entorn o de guanyar-se la vida; d) La Federació Mundial de la Salut Mental la defineix com el millor estat possible, ateses les condicions existents; e) Menger creu que és un control raonable dels instints, la capacitat de donar i rebre cordialment i una plena participació en la vida familiar i social.

Martos (2004) malgrat reconeix que no és fàcil definir la salut mental, creu que hi ha una sèrie d'indicis que senyalen o apunten quan hi ha salut mental: absència de símptomes, reaccions proporcionades, funcions i instints bàsics, control de la realitat i adaptació al medi. L'OMS també descriu la salut mental com la capacitat d'establir unes relacions harmonioses amb els altres i la participació constructiva en les modificacions de l'ambient físic i social. En aquest sentit, la salut mental és la base pel benestar i funcionament efectiu d'un individu i d'una comunitat.

Una aproximació que intenta captar el que portem dient sobre la complexitat de la salut mental podria ser aquesta: una personalitat madura, segons M. Jahoda (1996) citada a Costa i Molinari (1994) és aquella que ha assolit un òptim nivell de salut i té les següents característiques:

- 1) Autopercepció, és a dir amb capacitat per tenir esment de la pròpia personalitat, desigs, sentiments, necessitats, recursos i capacitats, amb possibilitats de satisfer-los o d'emprar-los, sempre que sigui raonablement possible.
- 2) Ajustament, o capacitat d'adequar la conducta a les normes del grup social.
- 3) Autonomia, amb un comportament segons allò que considera just i convenient, sense restriccions imposades per pors, temors, inhibicions o altres limitacions irracionals. La possibilitat d'actuar amb una àmplia independència personal és una condició bàsica. La personalitat madura té una elevada capacitat de ser feliç i productiva.
- 4) Sentit de la realitat, no distorsionada per actituds o conflictes personals.
- 5) Integració a l'ambient i a les persones, amb les quals pot establir relacions d'afecte, cooperació i ajuda.
- 6) Autoactualització, amb possibilitat d'aprendre coses noves, d'introduir canvis en la seva conducta i de mostrar adequada flexibilitat per situar-se al dia.

En aquest conjunt de característiques sobre el que és una personalitat madura, es pot apreciar que hi hauria un munt de conceptes que podran trobar millor o pitjor expressió en funció del context social.

Si bé la salut mental és més que l'absència de la malaltia mental clínicament definida, hi ha un debat considerable sobre què constitueix els elements necessaris per parlar de salut mental positiva o benestar mental. Tanmateix la salut mental és un element fonamental de resiliència, de capacitats i

adaptació positiva² per fer front a l'adversitat i desenvolupar les capacitats i els potencials humans. També s'equipara salut mental amb el benestar psicològic com a part integral i fonamental per a portar una vida plena i per mantenir relacions socials, estudiar, treballar, prendre decisions, etc. (WHO, 2012).

Relació de la salut mental amb les desigualtats socials

La salut mental és també important per entendre l'impacte de les desigualtats en salut que analitzarem més endavant. Hi ha abundància de recerca que confirma la relació dels efectes de les desigualtats socials i de la jerarquia social i els efectes que té en les emocions i la cognició. La distribució dels recursos socials i econòmics i la inseguretat econòmica són variables explicatives que han tingut en els darrers anys molta importància en la relació amb la salut mental. La importància de la dimensió social i psicològica de la privació material ha guanyat molt terreny en la literatura dels informes internacionals. És per això que cal avançar en la comprensió de la importància de la privació material i de la injustícia social i la seva repercussió en el benestar psicològic, més enllà de la patologia individual (WHO, 2009).

Finalment, i per acabar en algun lloc, convé recordar que el camp de la salut mental s'ha focalitzat principalment en aquelles persones que patien malalties molt severes. Ha estat en els darrers anys que s'ha començat a parlar de prevenció i promoció de la salut mental en un sentit més ampli i dirigit al conjunt de la població, i no només focalitzades a aquelles persones amb greus patologies mentals.

1.3. Malaltia mental

“Malaltia mental” és el terme que es refereix a tots aquells trastorns (o desordres) mentals diagnosticats. El concepte té dos aspectes: el primer fa referència als pensaments, sentiments i comportaments que són disruptius i no tenen sentit per la persona que observa i el segon s'originaria en alguna disfunció de la persona, es tracta d'algun aspecte de la ment i organisme de la persona que no funciona com hauria de funcionar (Mechanic, 1999).

² Sobre aquest aspecte cal ser curosos i no caure en determinades versions sobre el voluntarisme científic de l'anomenat “pensament positiu” que en anys de crisi s'ha volgut vendre com una “oportunitat de creixement”, “la crisi és una oportunitat”, “tu ets el que decideixes” o “llegir pensaments positius canvia la realitat”. Sobre aquest tema molt recomanable: Ehrenreich (2012) i Valverde (2011)

Els trastorns mentals són aquelles condicions de salut que estan caracteritzades per alteracions en el pensament, humor, comportament (o una combinació diversa) associades a un funcionament perjudicial. Per exemple, la depressió seria un trastorn mental en gran mesura marcat per alteracions de l'estat d'ànim però que depassen el pla purament afectiu per abraçar vessants físiques, cognitives i assertives (Smith, 2010). L'esquizofrènia és una malaltia mental caracteritzada per una pèrdua del judici de la realitat i una àmplia desorganització de la personalitat. Està considerada una de les més greus. Malgrat tot, no existeix un concepte d'esquizofrènia acceptat per unanimitat. S'aprecien una sèrie de fets que de forma descriptiva definirien el trastorn: resulta altament incapacitant, és relativament independent dels contextos culturals (universalitat del trastorn), pot afectar a quasi totes les funcions i àrees de comportament humà (pensament, motricitat, afectivitat, adaptació al medi, hàbits de vida, percepció, etc.) (Jarne i Talarn, 2012).

El dèficit d'atenció per hiperactivitat³ seria un exemple de trastorn marcat per alteracions en el comportament i en el pensament. És una síndrome conductual d'origen neuronal que s'inicia a l'edat infantil, i que afecta entre un 3 i 7% de nens i joves en l'edat escolar. Es caracteritza per un nivell d'impulsivitat, activitat i atenció no adequats a l'edat del desenvolupament. Aquests símptomes han de manifestar-se i causar el deteriorament funcional abans dels 7 anys.

De la malaltia mental se n'ha escrit molt i des de disciplines molt diverses com la Medicina, Psiquiatria, Psicologia, Sociologia, Neuropsiquiatria, Psicopatologia, etc. No és pretensió aquí fer cap contribució a un debat conceptual que encara no està resol del tot.

Sense voler fer un repàs històric exhaustiu de l'existència de la malaltia mental i del seu tractament val la pena apuntar que s'ha fet alguna troballa arqueològica de trepanacions de cranis d'èpoques prehistòriques, però no està clar el seu significat (Jarne i Talarn, 2012).⁴

Rojo (1995) recorda que les primeres descripcions sistemàtiques de les malalties mentals es troben en el paper d'Ebers (tractat de Medicina del 1500 a.n.e.), encara que altres autors citen com a primera referència al deteriorament senil del príncep Ptah-hotep, de l'any 3.000 a.n.e. Ara bé, l'abordatge més seriós el varen iniciar els grecs, que consideraven que les malalties mentals eren la conseqüència de les alteracions corporals, concretament dels líquids humorals. És a partir d'Homer que els

³ Aquest trastorn ha estat motiu de forta polèmica pel gran augment de diagnòstics que s'han donat en els darrers anys (Frances, 2014)

⁴ Per a una exhaustiva anàlisi històrica i sociològica de la malaltia mental veure: Rosen (1974). També un itinerari històric molt informatiu el trobem a Porter (2002).

escriptors grecs van reflectir una gran varietat de comportaments estranys i anormals i mereixedors d'una explicació especial. Heròdot registra en la seva *Historia* alguns d'aquests casos. Dos d'ells relaten les accions i experiències del rei persa Cambises (530-522 a.n.e.) i de Cleòmenes I, rei d'Esparta (al voltant de 520-490 a.n.e.). Ambdues són d'especial interès pel fet que aclareixen les opinions gregues sobre la malaltia mental i indiquen alguns dels medis que s'usaven per tractar als que les patien (Rosen, 1974).

La medicina grega a través d'Hipòcrates de Cos, encara que sobretot posterior a ell, doncs la majoria daten del segle IV a.n.e., va desenvolupar un ampli i holístic sistema explicatiu de la salut i la malaltia, en el que s'inclouïa la bogeria. La vida humana, el mateix en la salut que en la malaltia, havia de ser entesa en termes naturalistes, com ho exposa un dels textos hipocràtics: “Els homes han de saber que és del cervell, i només del cervell que provenen els nostres plaers, alegries, riures i bromes; el mateix que els nostres pesars, penes, congoixes i llàgrimes. Concretament, és a través d'ell que pensem, veiem, escoltem i distingim el que és lleig del bonic, el dolent del que és bo, el que dóna plaer del que és desagradable. (...) I és aquest mateix el que ens torna bojós o delirants, ens inspira temor o por, ja sigui de nit o de dia, produeix insomni, ansietats sense sentit, distraccions i actes contraris al costum.” (Porter, 2002).

L'antecedent de la definició de malaltia mental el trobem en el segle VI, en un autor anomenat Aeci d'Amida, que en la seva obra *Tetrabiblon* va distingir tres classes de frenitis⁵: les que afectaven la memòria, les que afectaven la raó i les que afectaven la imaginació (Rojo, 1995).

Posteriorment, a l'Edat mitjana es produeix un període d'obscurantisme que es correspon a les teories sobrenaturals o màgiques i caldrà esperar al Renaixement per vincular a les malalties mentals amb la resta de malalties. Correspon a Thomas Willis (1621-1675) i Thomas Sydenham (1624-1689) la introducció del terme de malaltia mental, amb la qual cosa s'inicien els esforços per dur a terme una classificació en un domini separat de la resta de malalties corporals. El terme “neurosi”, per exemple, el va introduir William Cullen cap a 1785, com una malaltia qualsevol del sistema nerviós (després amb Freud això canviaria) i consistent en un trastorn funcional sense lesió sensible de les seves estructures. Un segle després, durant el XIX, té lloc la incorporació de la psiquiatria al model

⁵ La “frenitis”, consistia en estats delirants aguts, es caracteritzava per la presència de febre.

de la medicina somàtica. Això pressuposava que les malalties mentals eren malalties cerebrals, ja fos primàriament o secundàriament. Griesinger, a l'any 1857 va afirmar que les malalties mentals eren malalties del cervell. En aquest marc arribem a Kraepelin, qui va postular que a cada factor etiològic li ha de correspondre un quadre clínic peculiar, un curs determinat, un final comú i una anatomia patològica precisa (Jarne i Talarn, 2012).

Wing (1978) va distingir entre dos significats del terme malaltia mental. El primer és un concepte ampli que inclou totes les desviacions i anormalitats que porten al pacient a acudir a un professional i que resulta de la conjunció de dos processos: desviació estadística i atribució social. L'altre és més específic i exigeix l'existència d'un síndrome (conjunt de símptomes que apareixen agrupats) i d'un trastorn biològic subjacent. El "model biològic" de la salut mental manté aquest significat, que els trastorns psiquiàtrics són veritables malalties i que han de ser diagnosticades com a tals (Guimón, 2007).

1.4. El concepte de trastorn mental

Spitzer (1978), impulsor dels manuals de psiquiatria DSM americans va establir la diferència entre els termes de "malaltia" i "trastorn". El primer es refereix a entitats amb alteracions corporals observables, com els síndromes cerebrals orgànics i el retard mental. Per a la majoria de categories aquest autor va incloure en el Manual diagnòstic i estadístic (DSM les sigles en anglès) de l'Associació Psiquiàtrica Americana un altre terme: el de trastorn mental.

El trastorn mental és un altre concepte complicat, canviant, heterogeni i difícil de definir. Un dels autors del DSM IV considera que "he revisado docenas de definiciones de trastorno mental (y yo mismo he escrito una en el DSM IV) pero no he encontrado ninguna que sea mínimamente útil para determinar qué condiciones deberían considerarse trastornos mentales y cuáles no, o para decidir quién está enfermo y quién no." (Frances, 2014: 37).

Els trastorns mentals són molt diversos i cadascun s'acompanya de diferents símptomes. Es caracteritzen per una combinació de pensaments, emocions, comportaments i relacions socials anormals. Aquests trastorns es descriuen en el capítol V ("trastorns mentals i del comportament") de la Classificació Estadística Internacional de Malalties i Problemes Relacionats amb la Salut (CDI-10). Allà es classifiquen de diferents tipus: Trastorns mentals orgànics, inclosos els trastorns simptomàtics; Trastorns mentals i del comportament causats per consum de substàncies

psicoactives; Esquizofrènia, trastorns esquizotípics i trastorns delirants; Trastorns de l'humor (afectius); Trastorns neuròtics, trastorns relacionats amb l'estrès i trastorns somatomorfs; Síndromes del comportament associats amb alteracions fisiològiques i factors físics; Trastorns de la personalitat i del comportament en adults; Retard mental; Trastorn del desenvolupament psicològic; Trastorns emocionals i del comportament que apareixen habitualment en la infància i en la adolescència i trastorn mental no especificat (OMS, 2013).

En aquest terreny, però, segueixo la definició de trastorn mental del filòsof Jerome Wakefield que crec que té un sentit prou precís: “un trastorn mental existeix quan algun sistema psicològic intern no funciona tal qual està dissenyat per aquesta funció i aquesta disfunció està definida com a inapropiada en un context particular” (Horwitz, 2002). Resulta important destacar aquests dos elements: “disfuncions internes” i “socialment inapropiada”. Només si són disfuncions internes i que estan definides com a inapropiades socialment serien pròpiament trastorns mentals. Així, per exemple, no podem establir l'existència d'un trastorn mental només per la consideració d'un comportament social (o polític) com a inapropiat, com ha estat el cas en determinats règims polítics al llarg de la història.

Aquestes realitats reflecteixen la combinació entre les disfuncions internes (de caràcter universal) i els valors del context social i cultural. Per exemple, no entrarien en la categoria de trastorns mentals les respostes esperades de les conseqüències de les condicions socials producte de l'estrès intens pel fet d'estar a l'atur o de quedar-se sense habitatge.

Els problemes de salut mental els hem de considerar no només com les situacions patològiques més greus com l'esquizofrènia, la psicosis, la paranoia, els trastorns bipolars, les fòbies, etc., sinó també degut als profunds malestars i dificultats psicològiques no necessàriament patològiques que es poden presentar en el transcurs de la vida de las persones.

Encara que la vulnerabilitat genètica estigui present en algunes malalties mentals, no pot explicar per sí sola l'enorme augment d'aquestes patologies en les darreres dècades (Wilkinson, 2009:87). És important poder delimitar conceptualment el que són els trastorns mentals greus o severos, que formen part d'un dels grups de població més vulnerables, estigmatitzats i exclòsos socialment, i aquells problemes de salut mental que respondrien a situacions socials de forta tensió i estressants, i per tant a una reacció que no deixaria de ser lògica i pròpia del nostre organisme davant d'una

situació que ho requereix. El que seria anormal més aviat seria que el nostre estat d'ànim no s'alterés en aquest tipus de situacions de risc o pèrdua de treball o d'habitatge. Una falta de reacció a una situació d'aquest calibre s'assemblaria més a la d'un organisme del regne vegetal i no a la dels éssers vius més sofisticats cognitivament del regne animal que som.

Cal tenir molt present aquest canvi de lògica de convertir els problemes quotidians en categories diagnòstiques. Els problemes quotidians però no es van començar a patologitzar amb el DSM, sinó amb el psicoanàlisi i la seva psicopatologització de la vida quotidiana (González i Pérez, 2007:29).

1.5. Les classificacions dels trastorns mentals i els diagnòstics

El concepte de trastorn mental és un dels fonaments de la Psiquiatria com a especialitat mèdica, constitueix el nucli de les discussions erudites i públiques sobre quins estats mentals han de ser considerats patològics i quins com a situacions de patiment normal o problemes de la vida. Un dels grans problemes de la Psiquiatria és que no disposa d'una bona categorització de les malalties mentals: les disponibles són fonamentalment simptomàtiques. Així, no es disposa de biomarcadors de les malalties mentals. Moltes de les malalties mentals tenen els mateixos símptomes, es confonen, es diagnostiquen de forma diferent en diferents països (Gonzalez i Pérez, 2007:75) i es pot donar el cas que es tractin amb la mateixa píndola (Bunge, 2012).

Des d'Hipocràtes al *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, més conegut per les seves sigles: DSM-V de l'actualitat, les malalties mentals s'han volgut sempre classificar.⁶ Cal recordar que tota classificació és arbitrària i pot ser canviada sense que això canviï la realitat, com recorda Costa i Molinari (1994). Ara bé, el pensament científic necessita d'una classificació. Malgrat que els fets psicopatològics els podem agrupar en classes, hi ha tot un territori neutral entre elles, una zona fronterera que permet una certa permeabilitat i manca de precisió.

Cap sistema classificador ha arribat a definir completament i satisfactòria la malaltia mental.

Si consultem els manuals psiquiàtrics dels trastorns mentals en vigor, com són el DSM V (nordamericà) o el CIE-10 (europeu) veurem que ni tan sols existeix una definició satisfactòria que

⁶ El DSM són les inicials en anglès del Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals de la American Psychiatric Association. S'han fet diverses edicions i revisions d'aquestes categoritzacions. Actualment (des del 2013) ja s'ha arribat a la Va. edició, essent fortament criticat per determinats autors. Veure: Frances (2014).

especifiqui els límits precisos del concepte de trastorn mental. Cal advertir que moltes de les decisions que apareixen en els DSM (III, III-R, IV, IV-TR, V) segons alguns autors (Gonzalez i Pérez, 2007) són el fruit de pactes i de consensos polítics i això dóna lloc a un problema epistemològic molt greu. Els trastorns mentals inclosos en el DSM V no han adquirit estatus oficial després d'un procés racional d'eliminació. S'han incorporat al sistema i han sobreviscut gràcies a “necessitats pràctiques, accidents històrics, adicions graduals, precedents e inèrcia, no gràcies a haver complert una sèrie de criteris definidors independents, abstractes i universals” (Frances, 2014:38).

A favor d'aquests manuals estaria el fet que el seu llenguatge classificador ha contribuït a que tothom sàpiga de què es parla quan es parla de depressió, esquizofrènia o trastorn bipolar, per citar-ne només alguns.⁷ El problema dels DSM, segons Sanjuán (2000), és que tenen una forta dependència del model mèdic i del tractament farmacològic, ens ha creat la il·lusió que estem parlant d'entitats biològiques reals. I a hores d'ara no comptem amb cap marcador biològic que tingui la suficient especificitat com per ser inclòs dintre dels criteris diagnòstics en cap trastorn psiquiàtric. O sigui, que la principal crítica al model mèdic-biològic ve de la pròpia Biologia.

Actualment, el *National Institute of Mental Health*, l'agència d'Investigació biomèdica del govern dels EUA –i considerada la major proveïdora de fons d'investigació en salut mental de tot el món– ha anunciat que deixarà de fer ús de la classificació del DSM. Segons el seu director, aquesta decisió s'ha pres pel fet que no té validesa i “els pacients amb trastorns mentals es mereixen quelcom millor” (Infocop, 2013).⁸ Aquest manual sempre ha anat acompanyat de polèmica des dels seus inicis. No és un llibre qualsevol. És la guia que estableix quins són els trastorns mentals i la consegüent necessitat de tractament. Tenint en compte l'intens creixement present de les malalties mentals, aquest fet és extraordinàriament rellevant.

La primera classificació internacional de les malalties mentals la publica l'OMS (ICD-6) el 1948. La CIE és la classificació europea i és la que també utilitza la OMS. Els criteris diagnòstics del DSM i de la CIE representen a l'actualitat els principals paràmetres per a decidir què és normal i

⁷ Per fer-se una aproximació a les dificultats de conèixer les causes de l'esquizofrènia és molt recomanable veure el capítol 4 del llibre de Riddley (2003) on es descriuen fins a 7 ó 8 possibles explicacions de les causes d'aquesta malaltia, entre les que hi haurien gens, virus, problemes de desenvolupament, de sinapsis, manca d'omega-3, etc.

⁸ Segons informació apareguda al butlletí d'informació de www.infocop.es. (Darrera consulta: 8/11/13)

què és patològic en la pràctica clínica i en les investigacions. Un dels grans problemes del DSM és que no assenyalava mecanismes ni causes, només es limita a símptomes i síndromes. És un document purament descriptiu, no especifica les causes de les malalties o dels trastorns mentals. Així doncs, caldria passar de la “transició de caixes negres a translúcides.” Cal revelar mecanismes, passar de la descripció a l'explicació (Bunge, 2013: 113).

En l'àmbit de la salut mental un dels aspectes més problemàtics i font de disputes és el del diagnòstic: abusos potencials, l'aplicació de categories que no es corresponen, el problema que suposa per aquestes persones el risc de patir els efectes perjudicials del diagnòstic psiquiàtric que el poden arrossegar durant molts anys, i molts d'altres. I a l'inrevés: persones que pateixen depressió o esquizofrènia i no reben tractament. Hi ha dues terceres parts de les persones amb depressió greu als EUA que no reben tractament i moltes de les que pateixen esquizofrènia són a la presó (Read, Mosher i Bentall, 2006).

Entre aquests efectes, juntament amb la pèrdua de la llibertat personal i tractaments psiquiàtrics determinats, hi ha la possibilitat de quedar “etiquetat” per sempre i patir desavantatges socials i legals, des de la pèrdua d'un lloc de treball fins a la declaració d'incapacitat civil. La seva importància és considerable, doncs tenir un diagnòstic o un altre pot suposar rebre prestacions d'invalidesa o no, disposar de serveis de salut mental, tractaments, professionals especialitzats, adoptar un fill o no, pilotar un avió, etc.

Un altre aspecte a destacar és el fet que ha anat augmentant el nombre de diagnòstics a mesura que van passant els anys: en el DSM-I, l'any 1952 hi havia 106 diagnòstics, en el DSM-II es va passar a 182, en el III ja eren 265, en el DSM-III-Revisat, 292 i en el DSM-IV-TR de l'any 2000, quasi 400. En el DSM V ja se supera aquesta xifra amb escreix. Si l'any 1880 només hi havia 8 categories de malaltia mental, l'augment des d'ençà ha estat molt considerable. Alguns autors ho han atribuït sobretot a la pressió de la indústria psicofarmacèutica i a determinats grups de pressió de la societat per a fer augmentar els trastorns mentals i el seu corresponent tractament. La indústria farmacèutica és realment gran i increïblement rentable. Les vendes mundials superen els 700.000 milions de dòlars anuals, la meitat a Nord-Amèrica i la quarta part a Europa (Frances, 2014).

La inflació diagnòstica planteja un dilema de salut pública i de política pública que cal resoldre urgentment. Alguns exemples: el trastorn bipolar infantil en els darrers quinze anys ha augmentat

40 vegades, l'autisme 20, el dèficit d'atenció per hiperactivitats s'ha triplicat i el trastorn bipolar adult s'ha doblat (Frances, 2014:134). Un exemple paradigmàtic del que estem dient seria la creació del “Trastorn d'estrès posttraumàtic”, categoria creada des de fa uns anys en el DSM-IV. Degut a la pressió dels veterans del Vietnam, les formulacions psiquiàtriques, els arguments judicials i la pressió política, va fer que finalment es reconegués la problemàtica dels veterans del Vietnam d'adaptació a la vida civil, amb els seus problemes de depressió, ansietat, por, esquizofrènia, insomni, alcoholisme, etc. Malgrat aquests problemes ja estaven tipificats, la societat no es feia càrrec dels veterans de la mateixa manera que ho feia amb els que tenien *traumes físics*, i calia crear un nou diagnòstic de *trauma psicològic* degut als actes de servei en la guerra. A partir d'aleshores, aquest “quadre psiquiàtric” acull, redueix i canalitza la diversitat de problemes presentats pels veterans de la guerra del Vietnam.

Un altre exemple que citen Héctor González. i Marino Pérez al seu llibre *La invención de los trastornos mentales* (2007) podria ser el de “fòbia social”. La tímidesa clàssica seria vista com un problema que requereix d'ajut. La tímidesa ha passat a ser un “Trastorn d'ansietat social” en el DSM-III a “fòbia social” en el DSM-IV. De ser una característica personal i amb complicacions episòdiques d'alguna gravetat ha passat a la categoria de trastorn psiquiàtric reconegut. Com assenyalen aquests autors, no es tracta de pensar que hi ha una “mà negra” que mou els fils. Es tracta més aviat d'un sistema de màrqueting⁹. La lògica subjacent consistiria en què per promoure un medicament s'ha de promoure un trastorn. Un exemple d'això el tenim amb la companyia Glaxo-SmithKline, que va contractar una agència de publicitat, Cohn & Wolfe, per a promoure el trastorn d'ansietat social com una condició greu (González i Pérez, 2007:69)

El DSM V ha vingut acompanyat d'una gran polèmica. La inclusió de determinats trastorns molt discutibles i el fet que incrementarà les taxes de malaltia mental a uns nivells altíssims seran segurament els principals problemes associats. En definitiva, s'acosta una gran pandèmia de trastorns mentals. En un llibre recent (Frances, 2014), el que va ser president del grup de treball del DSM IV ha carregat molt durament contra l'actual DSM V per considerar que s'ha excedit considerablement amb els diagnòstics psiquiàtrics, acusant-lo de provocar una epidèmia diagnòstica amb el que suposa de sobredosi de medicació. Aporta algunes xifres impressionants: un de cada

⁹ Sobre la importància de la indústria farmacèutica i l'augment del mercat dels psicotròpics és molt recomanable llegir el llibre de Frances (2014) *¿Somos todos enfermos mentales?*, on es donen un munt de dades i s'exposa “el saló de la vergonya” de la indústria farmacèutica, concretament en les pàgines 124 i 125 on s'exposen un gran nombre de fàrmacs que operen en el mercat sense indicació mèdica, es promouen sense indicació, etiquetat fraudulent, preus il·legals, informació falsa, etc.

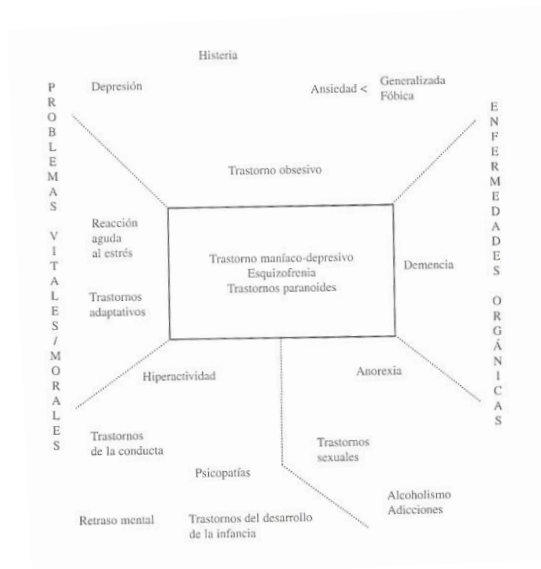
cinc adults dels EUA consumeix almenys un fàrmac per tractar algun problema psiquiàtric o que hi ha més visites als serveis d'urgència i més morts a causa dels medicaments que a causa de les drogues il·legals comprades al carrer. Aquest autor considera que hi ha una tendència a ignorar que els símptomes aïllats o lleus no defineixen un trastorn psiquiàtric; han de perdurar en el temps d'una manera determinada i provocar una aflicció i una incapacitat significativa. Creu que es diagnostiquen erròniament com a trastorns psiquiàtrics el que en realitat són símptomes lleus, transitoris i sense significació clínica (Frances, 2014:113).

1.6. Altres classificacions dels trastorns mentals

Fulford (2001) proposa un “mapa” conceptual analític (veure figura 1) dels trastorns mentals, elaborat de la següent manera: a la dreta apareixen les anomenades malalties orgàniques; a la part esquerra apareixen els “problemes de la vida”. Segons aquest autor, alguns trastorns mentals, com la demència, es troben pròxims a la malaltia orgànica, mentre que d'altres, com els trastorns de conducta, es troben pròxims als problemes morals. Per tant l'àmplia varietat de trastorns mentals aniria del món mèdic al món moral. Aquest mapa, fet des de la Filosofia analítica i de les neurociències, consta d'una part central que està ocupada per l'esquizofrènia, els trastorns paranoïdes i el trastorn bipolar; a la seva esquerra se situen la depressió, les reaccions agudes a l'estrès, els trastorns adaptatius, els trastorns de conducta i el retard mental. A la dreta col·loca la demència, l'anorèxia, els trastorns sexuals i les addiccions. La histèria, la neurosi obsessiva i l'ansietat fòbica apareixen per sobre de l'esquizofrènia i en una posició central.

El que és força suggerent d'aquest plantejament és l'establiment d'una continuïtat o *continuum* que enllaça els problemes morals i les malalties orgàniques. Aquest autor emfatitza, doncs, la condició equívoca del trastorn mental, a cavall entre la medicina i la moral. Cal recordar, per exemple, que en la història de les classificacions dels trastorns mentals, l'homosexualitat va ser considerada durant un temps com una malaltia fins l'any 1973, mentre que ara es considera com una elecció o opció sexual.

Figura 1: Mapa conceptual dels trastorns mentals de Fulford.



Font: Fulford (2001)

Alguns trastorns mentals (com la demència) es troben conceptualment propers a la malaltia orgànica, mentre que d'altres (com els trastorns de la conducta) ho estan als problemes morals. L'àmplia varietat de trastorns mentals constitueix doncs un pont entre el món mèdic i el moral.

Després del que portem dit fins ara, sembla raonable advocar per la necessitat d'un canvi de paradigma que doni una nova conceptualització a les malalties mentals. Per tal de fer això, un autor com Sanjuan (2000) aporta alguns requisits prou suggerents:

- 1) Hauria de donar explicació sobre l'origen i funcionament de la ment normal.
- 2) Hauria de ser compatible amb les dades epidemiològiques, clíniques i biològiques dels trastorns mentals.
- 3) Hauria de traçar algun mecanisme de connexió entre els enfocaments biològics, psicològics, socials i familiars.
- 4) Ha de permetre la integració d'enfocaments terapèutics que s'han demostrat empíricament útils.

Aquests requisits serien la base per a poder integrar les diferents aportacions de les diverses disciplines que operen a l'entorn de la malaltia mental.

1.7. La salut mental com un procés

Una discussió important al voltant de la salut mental és si aquesta és *contínua* o *discreta*. Amb altres paraules: es tracta d'un interval on la gent es situa entre els dos extrems de la salut i la malaltia i on hi ha diversos gradients? O es tractaria de pols oposats? La visió de la salut mental entesa com a dos pols oposats seria més pròpia del model mèdic. Aquesta controvèrsia sobre el *continuum* o sobre entitats específiques no està resolta. De fet, la separació taxativa entre salut mental i malaltia mental recorda la separació entre salut física i salut mental, o entre cos i ment com dues coses completament separades i que, com s'ha pogut provar en els darrers anys per diversos autors, la interrelació entre ment i cos ha estat provada. De la mateixa manera que sabem, per exemple, que la memòria és una funció del cervell i per tant física, o com també sabem que alguns trastorns mentals també tenen canvis físics en el cervell (Kandel, 1998). El que sí és que evident és que la salut mental va més enllà que la mera absència de malaltia o trastorn.

En aquest treball es defensarà la salut mental com un procés i no com un estat. Ens referim al fet que una persona amb mala salut mental pot evolucionar o empitjorar en funció de determinades circumstàncies vitals i dels recursos disponibles d'una societat (atenció mèdica, serveis de rehabilitació, psicoteràpia, recursos socials, oportunitats d'ocupació...), a diferència de determinades discapacitats físiques o sensorials de caràcter permanent.

A diferència del plantejament mèdic tradicional, el plantejament provinent de la psicologia evolucionista conceptualitza les malalties mentals dintre d'un *continuum*.¹⁰ Per exemple, algunes formes de la depressió formarien part d'un *continuum* amb la tristesa, depenent de la seva vulnerabilitat, dels estressors vitals, del suport social, dels tractaments disponibles, etc. També algunes formes o símptomes de psicosis apareixerien dintre d'un *continuum* amb la normalitat (Sanjuan, 2000).

¹⁰ En aquest treball s'utilitzarà indistintament la paraula evolucionista o evolucionària, per referir-nos a aquella Psicologia que integra el coneixement de la Psicologia cognitiva i la Teoria de l'evolució.

1.8. Condicions de vida i malaltia. Els determinants socials de la salut

Són les condicions de vida les que han canviat de forma profunda a partir de les condicions en què l'humà va evolucionar, especialment en els darrers segles, i no cap adaptació genètica de gran abast. És per això que la majoria de malalties no contagioses es deuen a canvis en les condicions de vida i el comportament associats a la industrialització i a la societat de serveis (Mckeown, 2006). Alguns autors han arribat a fer alguna llista que pot semblar sorprenent per la quantitat de malalties i altres problemes de salut, de les que hi ha raons per a creure que són causades o agreujades per desajustos evolutius o que els éssers humans no estan ben adaptats a les noves circumstancies ambientals que desenvolupen algun paper en la causa que es produeixin. Algunes d'elles serien: glaucoma, peus plans, asma, hipertensió, gota, miopia, raquitisme, emfisema, diabetis (tipus 2), osteoporosis, caries, cirrosi, dolor lumbar, fascitis plantar, trastorn obsessiu compulsiu, depressió (Lieberman, 2013: 198).

A part del que s'anomenen les “causes properes” de salut o malaltia, hem de considerar l'impacte d'altres causes socials, el que s'anomenen els *determinants socials de la salut*. Els determinants socials, més enllà dels condicionants biològics i psicològics, afecten a la nostra biologia i a la nostra salut. Per determinants socials entenem, seguint el que la OMS ha senyalat en la Comissió sobre determinants socials en salut (CSDH), tres components principals: 1) el context socioeconòmic i polític 2) els determinants estructurals i la posició socioeconòmica i 3) els factors intermediaris (més propers). (Comisión para reducir las desigualdades sociales en Salud en España, 2010).

El context socioeconòmic i polític es refereix als factors que afecten de forma important a l'estructura social i la distribució de poder i recursos dins d'aquesta estructura. S'hi inclouen el govern en el sentit ampli: la tradició política, la transparència, la corrupció, el poder dels sindicats, etc. i els actors econòmics i socials com els bancs, les grans corporacions, etc. Tots dos determinen les polítiques macroeconòmiques com les polítiques fiscals, les polítiques que regulen el mercat de treball, les polítiques de l'estat del benestar (sanitat, ensenyament, protecció social). Aquests factors estructurals tindrien a veure amb les eleccions i prioritats dels governs, les empreses i les diverses forces socials i polítiques dels governs, les empreses, sindicats i altres forces que tinguin a veure amb la presa de les decisions polítiques (Benach i Borrell 2014).

La desigual distribució dels problemes de salut no és un producte de l'atzar o natural, sinó el resultat de la combinació de les polítiques socials i econòmiques que es realitzen en un determinat lloc (Benach et al. 2012).

1.9. Determinants de la salut mental i del benestar psicològic

La definició de salut mental que fa la OMS incorpora i està influenciada no només per les característiques de l'individu o els seus atributs, també per les circumstàncies socioeconòmiques i l'entorn on les persones viuen i es desenvolupen. La salut mental d'un individu pot estar influïda pels factors genètics i biològics però la capacitat per desenvolupar-se estarà profundament relacionada amb el seu entorn immediat (família, amics, companys) i les circumstàncies en les que viu, les oportunitats d'aprendre que tingui, l'alimentació saludable que pugui tenir, l'educació que rebi, els ingressos econòmics, etc. (Veure taula 1). Tots aquests determinants individuals, socials i econòmics i ambientals interactuen uns amb els altres de forma dinàmica i que poden perjudicar o protegir la salut mental.

Taula 1 Determinants de salut mental

Nivell	Factors adversos	Factors protectors
Atributs individuals	Baixa autoestima Immaduresa cognitiva/emocional Dificultats en la comunicació Malaltia mèdica, abús de substàncies	⇔ Autoestima ⇔ Habilitat per resoldre problemes i maneig de l'estrès o adversitat. ⇔ Habilitats comunicatives ⇔ Salut física, exercici físic
Circumstàncies socials	Solitud, dol Conflicte familiar Exposició a la violència/abusos Baixos ingressos i pobresa Fracàs escolar Estrès a la feina/atur	⇔ Suport familiar/amics ⇔ Bones relacions familiars ⇔ Seguretat física ⇔ Seguretat econòmica ⇔ Assoliment escolar ⇔ Satisfacció i èxit en el treball
Factors ambientals	Falta d'accés a serveis bàsics Injustícia i discriminació Desigualtats socials i de gènere Exposició a guerra o desastre	⇔ Igualtat d'accés a serveis bàsics ⇔ Justícia social, tolerància, integració ⇔ Igualtat social i de gènere ⇔ Seguretat física

Font: Elaboració pròpia, basada en WHO (2012)

1.10. Enfocaments i concepcions sobre la salut i la malaltia mental

Els éssers humans som animals biopsicosocials i el seu comportament té orígens en complexes i contínues interaccions entre individus i els seus ambients en els quals vivim. Els individus són un producte dels seus gens, processos de desenvolupament biopsicosocials i experiències de vida. Som producte de les interaccions entre potencialitats biològiques, vulnerabilitats individuals, condicions ambientals, estressors socials, xarxes i suports socials, orientacions psicològiques i el comportament après. Malgrat la importància de la genètica en determinats trastorns com l'esquizofrènia o els trastorns bipolars, els gens rarament determinen comportaments específics.

No és aquí el lloc, ni tinc les competències per fer un anàlisi de les principals corrents de les ciències que s'han aproximat a la comprensió i explicació de la malaltia mental, però sí que intentaré apuntar quines han estat algunes de les seves principals contribucions i mancances per a poder aproximar-nos a explicar quines són les causes i els orígens de la malaltia mental.¹¹

En bona part, algunes de les mancances tenen a veure amb la no integració de les disciplines científiques. Les dificultats en les limitacions de cada camp (psicologia, biologia, sociologia...) per si soles fan que convingui pensar en intervencions conjuntes (Mechanic, 1999). Una mancança força freqüent i massa habitual en aquest terreny és la no incorporació de la teoria de l'evolució per donar llum a com s'han anat configurant evolutivament determinades característiques en la nostra espècie que són cabdals per aproximar-nos a entendre la complexitat de la salut mental.

Farem un breu repàs de les principals corrents i teories que han abordat algun aspecte de la salut/malaltia mental, malgrat que en aquest treball considerarem sobretot les aportacions de l'epidemiologia social, la teoria sociològica i les contribucions de la psicologia evolutiva.

Sense poder entrar en el desenvolupament d'aquestes contribucions faré només uns breus apunts de les més rellevants.¹²

¹¹ Algun autor com Ionescu ha arribat a seleccionar 14 enfocaments diferents per apropar-se a la psicopatologia. Cadascuna d'aquestes escoles preten explicar i proposar un tractament per cada trastorn mental concret. Veure a Sanjuán (2000).

¹² Per a més informació de les diverses escoles i corrents que s'han format en psicopatologia, veure Jarne i Talam (2012).

a) *La psicoanàlisi*

Malgrat ser una teoria que s'ha basat en la comprensió de la ment humana en instints innats (sexe i mort) s'ha mantingut apartada dels aspectes biològics de la naturalesa humana. La psicoanàlisi considera com a mètodes la introspecció i la interpretació. És una metodologia contrària a l'observació naturalista. Segons alguns autors, aquesta doctrina no té base neurocientífica ni confirmació experimental i és aliena a la natura humana. Mai s'ha documentat per exemple l'existència de mascles amb complex d'Edip, ni l'orgasme vaginal, ni personalitats anals o orals (Bunge, 2012). La teoria psicoanalítica i la seva terapèutica es basa en el llenguatge. El que és essencial és l'anàlisi del discurs del pacient. L'eix de les teràpies es basa en la hipòtesi que els pensaments irracionals són els que originen les patologies. La psicoanàlisi té una confiança quasi absoluta en el poder de la paraula.

Una de les aportacions però més importants que ha fet la psicoanàlisi és la noció de *Mecanismes de defensa*. Són aquelles estratègies inconscients que es fan servir per protegir-se de l'ansietat. Tothom en fem servir però hi ha considerable variació en com s'utilitzen i com es pot arribar a distorsionar la realitat (negació, afirmació, repressió).

A part de Freud (1975), d'altres autors com C. G. Jung (1970) van desenvolupar les teories psicoanalítiques, malgrat que aquestes es van quedar encapsulades en els seus propis constructes. Per diverses raons que no podem desenvolupar en aquesta recerca, la psicoanàlisi es va anar apartant de la Biologia i també de la teoria de l'evolució, tot i que cal dir que hi ha tot un seguit d'autors que han intentat fer aproximacions de la teoria de Freud amb la de Darwin, com Badcock (1995), Stevens (1996), Price (1967) i al Regne d'Espanya hi hauria l'obra de Rof Carballo (1972). Un altre autor molt destacat que va aproximar-se a la teoria evolutiva va ser Bowlby (1998), amb formació psicoanalítica, va estudiar la importància del vincle en el desenvolupament infantil aplicant teories etològiques i evolutives als trastorns mentals (Sanjuan, 2004).

b) *El conductisme*

L'altre gran corrent de la Psicologia ha estat el *conductisme*, que malgrat va ser una teoria de la conducta que s'inspirava en models d'experimentació animal, curiosament no va prestar atenció a la teoria de l'evolució i ha estat tradicionalment menyspreador amb la Biologia. El fundador del conductisme americà, John B. Watson (1936) va estudiar amb un evolucionista com John Dewey, però Watson va xocar amb el seu mestre. Els motius d'aquesta manca d'atenció podrien ser dos: donava igual el que hi hagués a la caixa negra, el què importava era poder predir la conducta de

qualsevol organisme a partir de l'anàlisi del comportament. En segon lloc, sempre es va considerar que no hi havia conducta instintiva, tot era aprenentatge. Coneguda és aquella expressió de Skinner quan va afirmar: "rates, gossos, humans, tant hi fa! Tot és aprenentatge!" (Sanjuan, 2004). Posteriorment, el conductisme va evolucionar al reconèixer la importància del llenguatge, amb el que s'ha conegut com enfocament cognitiu-conductual que si ha tingut més trajectòria en diversos tractaments i teràpies en determinades psicopatologies.

c) La Psiquiatria

Neix com a disciplina científica a principis del segle XIX impulsada pel positivisme i amb la intenció d'integrar-se dintre de la medicina, encara que això impliqués posar les bases biològiques dels trastorns mentals. La tasca inicial dels psiquiatres va ser la de descriure i classificar als pacients. Però a hores d'ara la psiquiatria encara no ha definit amb precisió les coordenades que permeten ubicar els estats mentals anormals (Bunge, 2012). Una altra limitació de la psiquiatria i malgrat que els pares fundadors de la psiquiatria com Kraepelin, Bleuler, Jaspers, Schneider i altres estaven convençuts de les bases biològiques del que descrivien, no van establir relacions amb la Teoria de l'evolució. Ha estat molt sorprenent el nul interès que han tingut la majoria de les escoles psiquiàtriques pel pensament evolucionista. En això la psiquiatria ha estat seguint també el corrent oficial de la Medicina. Tindria a veure amb aquest fet que escoles com la psiquiatria nord-americana i d'altres països van estar dominades entre 1940 i 1990 per la psicoanàlisi. Quan van arribar els fàrmacs la psiquiatria va guanyar prestigi, però es van quedar orfes de base teòrica i sense un bon aparell conceptual (Bunge, 2012).

Un dels greus problemes de la psiquiatria ha estat que ha vingut practicant els diagnòstics simptomàtics, validats a vegades per la clínica en forma de síndromes, però que poden venir de diversos factors causals. Les categories proposades per les classificacions (DSM i CIE) són poc específiques i han estat escassament validades tant per estudis biològics com per les respostes al tractament, i distingeixen malament els graus de gravetat (Guimón 2007: 191). De fet és l'únic àmbit de la medicina que ho fa. Es tractaria com a disciplina que pogués remuntar dels símptomes fins als mecanismes, dels efectes a les causes; en definitiva, passar de la descripció a l'explicació.

d) L'antipsiquiatria

Els autors d'aquest corrent consideren que la societat és el principal factor de bogeria. El tenir consciència del pes de la societat en la gènesi de la bogeria i de la intolerància respecte d'aquesta

com a factor de cronicitat, és el que va servir de base als moviments de la desinstitucionalització i de l'antipsiquiatria. Aquests dos corrents precedeixen de nombroses fonts: des de les diferents escoles californianes als experiments de Laing i Cooper al Regne Unit, de la sectorització psiquiàtrica concebuda a França per Bonnafé, Daumezon, Tosquelles i d'altres fins a la revolució de Basaglia a Itàlia, en concret a Trieste i Roma (Zarifian, 1990). Això sense oblidar la influència d'autors com T. Szasz (1976) o M. Foucault (2006) en la defensa dels drets dels malalts mentals.¹³

Malgrat les influències positives que van tenir algunes idees d'aquest moviment reformant i tancant els manicomis i qüestionant el poder psiquiàtric¹⁴, també han aparegut moltes simplificacions, com les que consideren que la malaltia mental no és més que una invenció social (Szasz, T , 1976) i ho resolen negant l'existència de malalties i afirmant que els bojos són uns disconformes socials. Frances (2014:39) és prou clarificador en la seva crítica a l'antipsiquiatria quan apunta que: “el trastorn psiquiàtric és una realitat massa dolorosa pels qui la pateixen i pels que l'atenen”.¹⁵ Qualsevol dels extrems seria erroni: ja sigui un concepte expansiu de trastorn mental que elimini la normalitat o un concepte expansiu de normalitat que elimini el trastorn mental.

e) La perspectiva Biològica

El cos i la ment són un sistema biològic que evoluciona en un determinat context. No podem separar l'aspecte social i el biològic si volem entendre la malaltia mental. La investigació en Biologia intenta entendre com les famílies transmeten vulnerabilitats psicològiques i de quina manera les variacions intrauterines, les malalties físiques congènites, els traumes i altres esdeveniments ambientals tenen resultats en disfuncions biològiques o vulnerabilitats genètiques. La majoria de científics creuen que la vulnerabilitat genètica és un producte de diversos gens (poligenètica). Els estudis genètics mostren que els gens comporten vulnerabilitat a la malaltia mental, però també en la majoria de trastorns mentals severes aquestes vulnerabilitats seran expressades sota determinades circumstàncies socials i ambientals. La simplificació que una malaltia és un gen finalment ha caigut en la majoria d'investigacions rigoroses que s'han fet. Determinats diagnòstics associats a una base genètica com l'esquizofrènia o els trastorns bipolars no es poden reduir a la troballa d'un únic gen (Read, Mosher i Bentall, 2006). Més aviat es tracta de com les experiències, les relacions personals,

¹³ Basaglia considerava a la psiquiatria com l'abraçada mortal entre la medicina i la justícia. (Ventura, 2008)

¹⁴ Un llibre que fa un exhaustiu repàs de la història de l'atenció psiquiàtrica i del tracte que s'ha donat a Catalunya als malalts mentals durant l'època contemporània és el de Ventura (2008).

¹⁵ Aquest autor també crítica a la Psiquiatria comunitària per considerar que els seus mètodes com bàsicament els de la psiquiatria tradicional: el control social mitjançant procediments ostensiblement mèdics (Szasz, 1976).

els factors socials, l'entorn, poden modificar la trajectòria dels nostres gens. L'epigenètica representaria l'eslavó que explicaria com l'entorn influeix en els nostres gens (Blech, 2012: 47).

Els avanços científics i tecnològics i metodològics estan posant a prova determinats mecanismes de funcionament biològic. Desenvolupaments en investigació genètica, avanços en biologia molecular, en neurociència i determinades tecnologies d'emissió de positrons o de ressonància magnètica nuclear poden permetre fer progressos en aquest terreny els propers anys. Seria també el cas dels estudis psicobiològics que han aportat evidència de com determinats nivells d'estrès crònics que actuen *sota la pell* a través dels sistemes neuroendocrins, cardiovasculars i immunitaris poden influir a l'hormona cortisol, als nivells de colesterol, a la pressió sanguínia, etc. El que es fa evident és la necessitat, malgrat el tradicional escepticisme i de vegades menyspreu de les disciplines científiques socials i biològiques, de treballar conjuntament per tal d'entendre l'extraordinària complexitat del funcionament de l'individu en el context social (Mechanic, 1999).

f) La perspectiva epidemiològica

L'Epidemiologia no és només un mètode d'investigació, és també una perspectiva de pensament sobre com les malalties ocorren en les poblacions i els factors que influeixen en la seva aparició i persistència. És una útil aproximació per descriure els patrons de malaltia mental en una comunitat i també per a estudiar hipòtesis causals. L'epidemiologia ofereix molts exemples de com la prevalença de la malaltia mental varia segons l'edat, el sexe, l'àrea geogràfica, l'ètnia, la classe social, l'ocupació, etc. També és un bon instrument per estudiar les interaccions entre variables biològiques i socials. Les aportacions a les desigualtats socials en salut per part d'aquesta disciplina ha estat una gran contribució al coneixement dels mecanismes de les diferències en salut existents en les societats.

L'enfocament dels determinants socials és també una contribució força important que devem a l'Epidemiologia social i que en aquest treball també serà utilitzat profusament. També cal dir que ha rebut crítiques per difondre índex exagerats de trastorns mentals entre la població, ja sigui per les dificultats en el treball de camp, per desconeixement de l'especificitat de la malaltia, per possibles biaixos, etc. "Els epidemiòlegs són bons comptadors però no són clínics" (Frances, 2014:113).¹⁶

¹⁶ Dos exemples ben clars serien les xifres molt elevades els darrers anys de trastorns de dèficit d'atenció i de l'autisme.

g) La perspectiva sociològica

Hi ha diverses concepcions sociològiques de la malaltia mental. La *Teoria Sociològica clàssica* s'ha centrat sobre les grans dimensions de la vida social que influencien la salut mental: integració, estratificació i sistemes culturals (Horwitz, 2008). Des de la Teoria Sociològica també cal esmentar les grans aportacions d'alguns clàssics que han enriquit considerablement els estudis de la Sociologia de la malaltia mental. Des del clàssic estudi de Durkheim sobre el suïcidi i la importància que tenen en aquest les relacions socials i de suport social (Durkheim, 1992), fins al treball de Marx i el concepte d'alienació (Marx, 1992) que comporta la societat capitalista i les relacions jeràrquiques i les distribucions desiguals de poder. Una llarga tradició de recerca confirma les observacions de Marx sobre la importància de les condicions de treball i la dominació sobre les repercussions en la salut mental.

Avui en dia quan es parla de la salut mental poca gent pot estar en desacord amb el plantejament del *model biopsicosocial* que va exposar Engel a la revista *Science*, en un article l'any 1977. Aquest article va suposar una crítica al reduccionisme del model biomèdic i la necessitat d'una visió en la que s'inclouin aspectes biològics, psicològics i socials en la nostra comprensió de la malaltia mental. Recordar aquesta importància de considerar que en qualsevol trastorn influeixen aspectes biològics, psicològics i socials ens ajudarà a introduir el tema següent per a poder explicar els orígens i possibles causes, no només els símptomes, de bona part dels problemes de salut mental de les nostres societats.

h) Els enfocaments de la psicologia, la psiquiatria i la medicina evolucionista

Un enfocament que ens cal per tal de saber quines són les explicacions de com els éssers humans hem arribat a ser qui som i amb les nostres característiques específiques, ha estat l'enfocament evolucionista. Al llarg dels darrers 20 anys s'ha anat desenvolupant una psicologia, una medicina i una psiquiatria evolucionista per tal de poder cercar els orígens de la nostra ment i per tant també de les nostres malalties (mentals).

La Teoria de l'Evolució podria ser el marc integrador dintre de la batalla doctrinal dels enfocaments biològics, psicològics i socials (Sanjuan, 2000). Aquesta teoria postula que tots els éssers vius provenen d'un ancestre primitiu o d'uns pocs. Una teoria que segons diu Sampedro "es pot considerar demostrada per sobre de qualsevol dubte raonable" (Sampedro, 2002: 24). L'altra teoria que conformaria el Darwinisme és la teoria de la selecció natural, un mecanisme gradual per

explicar no només l'evolució, sinó el fet que els éssers vius tinguin estructures que semblin dissenys intel·ligents (ulls, mans, cervells...) sense necessitat que els hagi projectat un dissenyador intel·ligent. Darwin va formular la segona (selecció natural) per donar força a la primera (l'evolució) (Sampedro, 2002).

La següent idea pot donar una perspectiva temporal del que estem dient respecte a l'evolució humana: qualsevol cosa que nosaltres pensem sobre la història humana de qualsevol civilització passada o actual, ja sigui l'agricultura, els cossos policials, els governs, els cultes religiosos, les associacions de veïns o l'ensenyament reglat és el resultat de l'evolució social d'uns pocs centenars o pocs milers d'anys (Mundó i Raventós, 2000). L'evolució cultural de pocs milers d'anys no és independent de l'evolució biològica de molts milions d'anys. Els membres de l'espècie *Homo Sapiens* som el producte també de l'adaptació progressiva pel mecanisme de la selecció natural. Aquesta idea de Darwin que tots els éssers vius som producte de l'evolució, va provocar un canvi en el nostre pensament, una gran revolució científica, de l'alçada de la *revolució copernicana*. Darwin va proporcionar una pauta per explicar el per què del disseny dels organismes, incloent les propietats de les ments de tots els animals, també de l'humà.

1.11. Salut, malaltia i evolució

La salut i la malaltia reflecteixen la interacció entre el ser humà i el seu entorn. I per entendre una interacció cal comprendre els components de la mateixa (Wilkinson, 2000). És per això que hem de conèixer l'entorn però també com hem estat dissenyats per la nostra herència evolutiva comuna. L'organisme humà actual ha estat dissenyat i modelat al llarg de milions d'anys. El nostre disseny va haver d'evolucionar per a respondre als canvis en el medi. Qualsevol modificació de les condicions del medi en el que vivim els éssers humans pot alterar alguna de les funcions de l'organisme i ocasionar una malaltia. Tot el que som és el resultat de milions d'anys d'evolució: “La forma del nostre cos, l'estructura dels ossos, el mecanisme dels músculs, el funcionament dels nostres òrgans digestius, la filtració de l'orina, la circulació de la sang, l'activitat del cervell, el nostre metabolisme, els enzims que treballen dintre de les nostres cèl·lules, el calci que s'acumula en els nostres ossos; tot això és el resultat de l'evolució biològica, un procés complex que permet el canvi i la diversificació dels organismes a través del temps” (Campillo Alvarez, 2007:39).

Cada cop es va posant de manifest que aquells avantpassats nostres de fa només 10.000 anys ja reunien totes les mateixes qualitats cerebrals i fisiològiques que tenim nosaltres avui dia. Fins i tot alguns autors com R. Nesse i G. C. Williams (2000) asseguren que si poguéssim “transportar màgicament nadons d’aquella època i criar-los en famílies modernes, podríem esperar que es convertissin en advocats, atletes, grangers o addictes a la cocaïna perfectament actuals”. Estem molt ben adaptats a les condicions ecològiques i socioeconòmiques de societats tribals, en un entorn semi àrid característic de l'Àfrica Subsahariana. És probablement en un entorn com aquest on la nostra espècie es va originar i va viure durant milers d'anys i on ha transcorregut el 90% de la nostra història. Un entorn molt diferent de bona part de la població actual. Durant els darrers centenars de generacions, els humans moderns han inventat l'agricultura, l'escriptura, les ciutats, els motors, els antibiòtics, els ordinadors, etc. El ritme i l'àmbit de l'evolució cultural supera avui en molt el ritme i l'àmbit de l'evolució biològica (Lieberman, 2013: 175).

1.12. Ment, problemes mentals i evolució

Cal destacar que malgrat la teoria de l'evolució ha estat acceptada per la comunitat científica, quan parlem del cervell hi ha una resistència a acceptar que la ment humana és producte de l'evolució. I encara que siguin dues coses diferents, si volem analitzar la ment humana, caldrà analitzar també l'evolució del cervell. I és que el cervell humà no és qualsevol òrgan, és “l'òrgan suprem de l'organisme” (Mora, 2001: 48). Si tenim en compte que el 50% del genoma humà està dedicat a la construcció del cervell i que el cervell humà té unes 100.000 milions de neurones i un milió de bilions de sinapsis podem intuir la importància i complexitat d'aquest òrgan.

L'explicació darwiniana ens dona una elegant explicació causal de la relació existent entre els problemes adaptatius i els dissenys efectius dels organismes. Sampedro és clar quan diu: “El cerebro humano está exquisitamente adaptado para esa avanzada función cognitiva y, como sabemos, la única teoría que puede explicar la adaptación es la selección natural darwiniana” (Sampedro, 2002: 195). Malgrat que aquest autor en el seu llibre *Deconstruyendo a Darwin* oposa crítiques a la teoria ortodoxa de la selecció, en aquest aspecte no ofereix dubte: “Este libro es una crítica del darwinismo contemporáneo, pero tengo la convicción de que la evolución del cerebro humano sólo puede comprenderse a la luz de la selección natural darwiniana” (Sampedro, 2002: 195).

Però quina importància pot tenir això per a les ciències socials i el seu vincle amb la malaltia mental? Si hi ha algun aspecte rellevant pel que sigui important que siguem hereus biològics dels nostres avantpassats, és el de la ment humana. Es tractaria del fet que la nostra ment seria el producte d'un procés evolutiu de milers i milers d'anys i que responia a unes necessitats de caça i recol·lecció en grups de no més de 150 membres. Això té unes implicacions evidents que anirem veient tot seguit, doncs és del tot rellevant saber quins mecanismes psicològics han evolucionat per resoldre problemes adaptatius i quina relació hi ha entre l'estructura d'aquests mecanismes i la cultura humana.

La ment seria també producte de l'evolució: “Els mecanismes psicològics que defineixen la nostra naturalesa també es van desenvolupar per selecció natural i els factors ambientals que van condicionar la selecció natural van ocórrer en el Pleistocè i no en les circumstàncies actuals. El cervell humà no va caure del cel, ni és un artefacte inescrutable d'origen desconegut i ja no hi ha cap raó sensata per estudiar-lo deixant de costat el procés causal que li donà origen” (Cosmides i Tooby, 2002: 133).

Un cita que reforça aquesta idea que estem defensant és aquesta: “...si hay un dispositivo biológico que apesta a adaptación darwiniana por todos los poros, ése es precisamente la mente humana. Nuestra consciencia, nuestra inteligencia y nuestra creatividad, en parte heredadas de los primates, y en parte amplificadas en cadena por la invención evolutiva del lenguaje, constituyen un caso escandaloso de adaptación para el manejo casi instantáneo de informaciones muy complejas sobre el mundo y sobre los demás individuos, una habilidad que sin duda ha resultado crucial en el pasado de nuestro linaje.” (Sampedro 2002:212). L'estreta relació entre gens i ambient és molt evident en les malalties mentals com l'esquizofrènia o la psicosis maniacodepressiva, doncs els processos mentals són la màxima expressió del joc interactiu entre l'individu (gens) i tot allò que l'envolta (medi ambient) (Mora, 2001).

Un exemple força suggeridor per esbrinar el rastre del que podrien arribar a ser alguns dels orígens dels nostres problemes mentals ens el dona Mora (2004). Ens fa imaginar un dia en el que un babuí mascle, en el seu hàbitat natural a Kenia, s'aïlla del grup i baixa a un estany del seu entorn a beure. I quan està bevent, és atacat per un lleopard i resulta ferit. Probablement, l'animal ferit, mentre es restaura de les seves ferides, estarà relacionant en el seu cervell aigua i lleopard com una amenaça perillosa per a la seva supervivència. Fins aquí tot normal, per a la majoria de babuïns que han

tingut aquesta desagradable experiència això no els porta més enllà de canviar la seva conducta i estratègia a l'hora de beure. Però pot donar-se el cas que un dia un babuí amb aquesta mateixa experiència no sigui capaç de superar aquest fet i persisteixi ansiós i preocupat en aquesta relació lleopard-aigua-mort. Aquest babuí podria desenvolupar un trastorn obsessiu entorn a la relació aigua, entorn i perill de supervivència. El corol·lari pot ser un seriós trastorn de conducta que el faci comportar-se de mode diferent a la resta de babuïns de la colònia cada cop que el grup s'apropi a un estanyol a beure. Aproximadament, segons Mora, això és el que ens passa als éssers humans. Però en aquest cas, s'amplien d'una manera desmesurada, probablement pel fet que la nostra capacitat d'associació no la tenen els babuïns. "Els éssers humans poden projectar i desenvolupar les seves fòbies no només en relació a la immediatesa del problema sinó a tota una sèrie d'associacions en aparença alienes i distants. A tot allò que signifiqui aigua i a objectes o recipients que puguin contenir-la, encara que estiguin a prop o lluny" (Mora, 2004: 39).

Algunes aportacions de la medicina evolucionària ens donen pistes de com va poder aparèixer, per exemple, l'ansietat.¹⁷ Per exemple, Nesse i Williams (2001) apunten que la capacitat d'experimentar ansietat ha evolucionat per a protegir-nos dels perills futurs i altres tipus d'amenaques o la capacitat d'experimentar tristesa davant una pèrdua s'hagi desenvolupat per evitar més pèrdues. Els casos més extrems i poc adaptatius d'ansietat, tristesa i altres emocions adquireixen major sentit quan comprenem els seus orígens evolutius, així com les normals funcions adaptatives. En definitiva, les nostres emocions podrien ser adaptacions modelades per la selecció natural. Recorda López (2007) que l'humà és tant raó com sentiment.¹⁸ "Les emocions vindrien primer i els sentiments després per què l'evolució va donar primer les emocions i després els sentiments". (Damasio, 2005:34). I és amb el sentiment que l'home s'humanitza. És per això que conèixer la naturalesa dels sentiments i de les emocions relacionades pot contribuir al tractament efectiu d'algunes de les principals causes del patiment humà, entre elles la depressió, el dolor o l'addició a les drogues. Amb els sentiments l'ésser humà desenvolupa les connexions del sistema emocional profund a tal grau que porta a l'escorça cerebral al màxim de les seves connexions cognoscitives i mentals (Damasio, 2005).

Les nostres capacitats emocionals haurien estat dissenyades per situacions que van ocórrer repetidament en el decurs de l'evolució i que resultaven importants per l'adaptació. Els atacs dels

¹⁷ Un llibre força recomanable i amb gran abundància d'exemples a l'entorn de la medicina evolutiva i el paper que ha tingut l'evolució en la salut i la malaltia és el de Lieberman (2013). També molt suggerent és el de Nesse i Williams (2001).

¹⁸ Un llibre on s'explica les diferències entre les emocions i els sentiments és el de Damasio (2005)

depredadors, les amenaces d'exclusió del grup i les oportunitats d'aparellar-se eren prou freqüents i importants com per haver modelat pautes especials de preparació, com el pànic, el temor social i l'excitació sexual. I és que el nostre cervell posseeix els mecanismes que d'una manera única ens alerten i ens preparen o defensen davant situacions que tenen que veure amb la nostra supervivència, sigui individual o de l'espècie. Les emocions diu Mora: “serien els mecanismes que ha posat en marxa l'esser humà per mantenir-se viu” (Mora, 2001:90).

Els resultats empírics de les darreres dècades de la biologia evolucionària, la intel·ligència artificial, la psicologia del desenvolupament i la lingüística, entre d'altres, han cristal·litzat en la psicologia evolucionària (Mundó, 2006). Aquesta psicologia apunta un pont o una connexió causal entre la biologia evolucionària i els complexos fenòmens socials i culturals estudiats pels sociòlegs, antropòlegs, historiadors i economistes (Barkow, 1992). Les realitats socials i culturals no s'expliquen només per causes socials o culturals. La socialitat i la cultura són generades de formes molt complexes per mecanismes de processament de la informació que estan situades en les ments humanes. Aquests mecanismes són el producte de milers d'anys de procés evolutiu. Sobre aquest tema complex apunta Mosterín: “En el món biològic els canvis merament fenotípics no es transmeten genèticament i en general es perden. No obstant això, els continguts culturals (que des d'un punt de vista biològic són part del fenotip estès) sí que es transmeten, encara que no genèticament, sinó per aprenentatge social. Els canvis genètics són aleatoris, succeeixen a l'atzar, en absència de qualsevol intencionalitat. No obstant això, els canvis culturals amb freqüència (encara que no sempre) responen a un disseny intencional dels seus inventors o introductors.” I també ens apunta que “En qualsevol cas, l'evolució cultural, com la biològica, és un fenomen històric, depenent de mil contingències imprevisibles. No podem predir-la amb cap grau de precisió ni seguretat”. (Mosterín, 2006: 243).

Cal comprendre l'arquitectura de la nostra cognició. La promesa de la Psicologia evolucionària és la connexió causal entre el món biològic i el psicològic i entre aquest i el social. Un programa que implica connexió, com ja hem apuntat més amunt, entre els camps social i natural. L'auge de la Psicologia evolucionària ha estat espectacular, abordant diverses temàtiques des de la perspectiva darwiniana com les preferències d'aparellament, les pautes d'homicidi, la naturalesa dels zels, etc. (Foley, 1995).

És prou evident que aquesta disciplina no ha rebut l'atenció que és mereix en molts àmbits. Com diu Pinker (1997: 41): “Aquesta al·lèrgia a l'evolució en les ciències socials i cognitives ha estat, en la meua opinió, un obstacle pel coneixement.” Bona part de les seves implicacions considero que tenen un impacte directe sobre molts dels fonaments en els que ens movem els científics socials. No caldria recordar un cop més que bona part dels principis socials descansen i estan limitats pels principis naturals. O molt millor dit amb les paraules d'un evolucionista com Alexander (1994: 77): “L'acceleració independent de la taxa de canvi cultural en relació amb la de l'evolució gènica i la possibilitat resultant d'alterar el medi ambient social i de desenvolupament mercès al coneixement dels mecanismes de la seva història són més que suficients per desconnectar la cultura i els gens. No obstant, sense un coneixement conscient de les causes de la nostra història social, ni tan sols una innovació ambiental a gran escala pot ser suficient per eliminar les connexions entre el canvi gènic i el cultural”. Aquest enfocament de la psicologia evolucionista tindria principalment quatre premisses:

- 1) Hi ha una conducta humana universal més enllà de les diferències culturals.
- 2) Els mecanismes psicològics que defineixen la naturalesa humana es van desenvolupar, a l'igual que les altres espècies, per selecció natural.
- 3) Els factors ambientals que van condicionar l'esmentada selecció natural van ocórrer en el Pleistocè i no en les circumstàncies actuals.
- 4) La ment funciona de forma modular.

Aquestes 4 premisses també són fonamentals en les altres disciplines com la Medicina i la Psiquiatria evolucionaria.

Intentaré fer un breu resum del que significa cada premissa d'aquestes. Pel que fa la primera dir que la nostra espècie ha estat sotmesa a pressions evolucionàries intenses que han promogut una especial agudesia perceptiva i una insòlita capacitat per l'associació, el raonament i la inferència. Les pressions selectives a la sabana probablement varen comportar l'increment de trets afavoridors de l'autonomia, les tendències socials (potser per protecció) i també de les seves capacitats cognitives, potenciant les capacitats d'associació simbòlica i posant les bases definitives per el llenguatge, el pensament i la intercomunicació.¹⁹ Això vol dir que l'entorn ha anat seleccionant els patrons de conducta que resulten més adaptatius per a la nostra espècie. La universalitat de l'espècie humana

¹⁹ Idea desenvolupada a l'article de Mundó i Raventós (2000).

la trobaríem reflectida al nivell dels mecanismes psicològics i no dels seus comportaments culturals (Barkow, 1992).

Respecte a la segona premissa o com els mecanismes psicològics es van desenvolupar per selecció natural, apuntar a que estem especialment predisposats a reconèixer perills en senyals o animals (per exemple: serps, aranyes) que no constitueixen perill en el moment actual, però que si van ser riscos vitals importants en períodes ancestrals. Sobre aquest aspecte és important aturar-se una mica doncs ens pot ajudar a entendre alguns dels aspectes que tractarem més endavant.

Així doncs ens trobaríem que hi ha molts tipus de fòbies que tindrien a veure amb una explicació evolucionària. Posarem alguns exemples més que poden fer entendre millor el que són trets i pors persistents de l'evolució però que ja no són necessàriament adaptatius en l'actualitat, o el que en llenguatge més evolucionista s'anomena entre "conductes adaptatives" i "conductes conservades" per selecció natural. Alguns exemples: la por a les aranyes i serps seria per la seva picada verinosa. La por a les alçades per evitar caigudes. L'agorafòbia per evitar llocs on no hi ha refugi o escapatòria. El pànic seria una resposta d'alarma davant d'un perill general. La por a la separació seria per la necessitat de protecció dels pares. O, per acabar en algun lloc, la por a la sang per evitar als depredadors:

Pel que fa a la tercera, un concepte clau en la Psicologia evolucionària és el "retard en el genoma" o *genoma lag*. La càrrega genètica que condicionaria els nostres instints i reaccions emocionals més primàries va aparèixer adaptada als ambients ancestrals i no a la nova situació que ha generat la cultura i la civilització actuals. La selecció natural actua en períodes molt més llargs de temps. El nostre cervell seria aproximadament quasi el mateix que el dels nostres avantpassats. Segons això, la velocitat de canvi social que s'ha multiplicat exponencialment en aquest segle pot accentuar aquest fenomen de desajust entre adaptació genètica-cerebral a ambients ancestrals i el món accelerat actual (Sanjuan, 2000). La qual cosa, de ser certa, ens pot fer predir un augment en el futur de les conductes desajustades o del que anomenem trastorns mentals i que malauradament les diverses agències de salut com l'OMS ja ho estan pronosticant, com apuntàvem al començament.

Sobre el genoma i la seva importància diu Mosterín que "els misteris de la vida, els secrets de la mort, els trucs de la supervivència, heretats d'un llarg llinatge de supervivents, que arriba fins als procaris primigenis de fa 3800 milions d'anys, tot això i molt més està en el genoma" (Mosterín,

2006: 133). Ara bé, Robert M. Sapolsky parlant de la influència de la genètica en la salut mental, és prou clarificador quan esmenta que “les anormalitats neuroquímiques (influïdes per la genètica) de la depressió no són les culpables del fet que estem deprimits. Ens fan més vulnerables als factors d'estrès presents en l'ambient, que ens empenyen a concloure que estem indefensos en circumstàncies en les que realment no ho estem” (Sapolsky, 2007: 31). Aprofundint en aquesta idea: si malgrat les malalties són el resultat de la interacció entre gens i ambient i si no podem modificar els nostres gens, la forma més eficaç de prevenir malalties per desajust és modificant el nostre entorn (Lieberman, 2013: 401).

La velocitat del canvi social, que s'ha multiplicat exponencialment, des de fa 10.000 anys i sobretot en el segle XX i XXI, pot accentuar encara més aquest desajustament entre l'adaptació cognitiva de base genètica i el món actual. Els aproximadament 10.000²⁰ anys que han passat des que vam fer-nos sedentaris, cultivem la terra i s'inicia la història i la civilització, són pocs per a què la selecció natural modifiqui les característiques essencials d'un organisme. Segons els genetistes, només un 0,005 per 100 del nostre genoma ha canviat en aquest curt període de temps. Aquest desajust entre la nostra biologia paleolítica i la nostra forma de vida actual fomentaria el desenvolupament de diverses malalties (Spotorno, 2005; Lieberman, 2013).

És important, pel tema que treballarem, la diferència que la Psiquiatria evolucionària estableix entre la *patologia veritable* i la *pseudopatologia*. La primera serien aquelles malalties que ja eren desadaptatives²¹ en els ambients ancestrals, per exemple: La Corea de Huntington.²² Altres, serien conductes recents provocades per canvis socials i ambientals que resulten desadaptatives, com l'anorèxia nerviosa. També trobaríem aquelles conductes que eren adaptatives en el passat, però ara ja no, com la fòbia a les serps. De malalties per desajust hi ha moltes, però totes tenen la seva causa en canvis ambientals que alteren les funcions del cos. En termes generals, la majoria de les malalties per desajust es produeixen quan un estímul comú augmenta o disminueix més enllà dels

²⁰ Malgrat aquests períodes llargs de temps siguin necessaris per l'evolució genètica, pel que fa als animals amb cervell, hi hauria un mecanisme ràpid d'aprenentatge que s'anomena *Efecte Baldwin*, en honor al psicòleg nord-americà James Mark Baldwin (1861-1934). Aquest efecte es pot resumir dient que el que s'aprèn es fa instint. O quan un cervell aprèn alguna cosa, el resultat d'aquest aprenentatge acaba, generacions després, formant una estructura innata en el cervell dels nadons. Seria un mecanisme poderós en els animals amb cervell, amb certa flexibilitat neuronal i amb certa capacitat d'aprenentatge. (Sampedro, 2002). Posteriorment la teoria dels *mems* també ha desenvolupat aquest tema. El terme «mem» és un neologisme introduït el 1976 per Richard Dawkins per designar les unitats de reduplicació o de transmissió cultural.

²¹ És convenient observar (Lieberman, 2013:193) que no tots els ambients i comportaments nous reaccionen negativament amb el cos que hem heretat, sino que a vegades són beneficiosos. Per exemple prendre café o rentar-se els dents. Tampoc totes les adaptacions promouen la salut: estem adaptats a prendre sal però un excés és perjudicial.

²² La Corea de Huntington és una malaltia que presenta una demència presenil als 35-40 anys d'edat. És una alteració del cromosoma 4 i una malaltia degenerativa.

nivells als que el cos està adaptat, o quan l'estímul és completament nou i el cos no està adaptat a ell en absolut. En definitiva: els desajustos adaptatius són causats per estímuls que són massa alts, massa baixos o massa nous (ex: per menjar massa greix, per menjar massa poca o per nous tipus de greix que el cos no pot digerir) (Lieberman, 2013:194).

Sobre la quarta hipòtesi del “funcionament modular de la ment” formulada per primera vegada per Fodor, consisteix en què els mòduls en els que està implicada la ment son limitats. En canvi, Tooby i Cosmides consideren que ha d'haver múltiples mòduls, cadascun d'ells acomplint una funció específica del cervell i que es conserven per què tenen un caràcter adaptatiu per a l'individu. Aquests mòduls guarden relació amb funcions bàsiques com escollir la parella adequada, cercar menjar, protegir a la prole, defensar el grup social, etc. La ment humana no seria una tabula rasa on es podria escriure al llarg de la vida sinó que hi hauria uns programes funcionals per a processar informació sobre el món i sobre els altres éssers humans (Barkow,1992; Pinker, 2002).

Encara que només sigui fer un breu apunt voldria fer esment sobre les darreres evidències i descobriments de les moltes diferències en el cervell entre l'home i la dona²³. Hi ha també dades epidemiològiques de la major freqüència d'aquests trastorns depressius i d'ansietat entre la dona i aquesta diferència també és constant, amb petites variacions, entre les cultures (Piccinelli i Wilkinson, 2000).

1.13. Relació de la pobresa i les desigualtats socials amb l'ansietat i la depressió.

La depressió no és transmissible i pot afectar a qualsevol: a gent jove i a grans i és una de les malalties de més àmplia distribució. Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS) s'estima que actualment hi ha uns 350 milions de persones afectades a nivell mundial i, segons alguns estudis, una de cada deu persones presenta depressió major i gairebé una de cada cinc tindrà el trastorn en algun moment durant la seva vida (OMS, 2011).

La depressió es presenta habitualment amb estats d'ànim molt baixos, pèrdua d'interès, sentiments de culpa, baixa autoestima, alteracions de la son i la gana, mala concentració, etc. S'acompanya també d'estats d'ansietat. Aquests trastorns es poden tornar crònics i portar a dificultats serioses

²³ En els darrers anys han aparegut alguns llibres sobre les diferències i semblances entre el cervell de les dones i dels homes. Un bon exemple és el llibre *Sexo, cerebro y género* de Nogués (2003).

per a poder realitzar les tasques diàries. És molt important saber que la recuperació d'aquesta malaltia és possible i assolible encara que en alguns països els mitjans disponibles són escassos i les retallades sanitàries ho estan dificultant considerablement. Hi ha, és clar, també diferents significats de depressió. Alguns autors han arribat a parlar de sis: el col·loquial, el d'estat d'ànim anormal, el tipus de personalitat, el símptoma, el síndrome i finalment com la malaltia, amb una etiologia, uns mecanismes desencadenants, un pronòstic i un tractament (Smith, 2010:11).

La situació econòmica ha portat en els països desenvolupats a un augment de la desocupació, els deutes i la inseguretat econòmica, la qual cosa està resultant en un increment considerable de la depressió en la població (Gili et al. 2012; Meltzer et al. 2012; Bartoll et al. 2013; Reeves et al., 2014; Sammamed, 2014). Així doncs, cada vegada hi ha més evidència a partir de diverses crisis anteriors (dels EUA, Àsia, l'antiga URSS) i també ja amb la gran crisi actual que hi ha una associació entre les crisi econòmiques i la psicopatologia i particularment entre la depressió i el suïcidi (Levy i Sidel, 2009; Stuckler i Basu, 2013).

La diferència entre una tristesa normal i la depressió és important. De manera que davant de circumstàncies adverses com la mort d'un ésser estimat, la pèrdua d'estatus social, la humiliació, les pèrdues econòmiques, etc. s'espera una resposta psicològica adaptativa.

Les persones que viuen a prop de la línia de pobresa i amb baixos ingressos estan sotmeses a un gran estrès psicosocial. També sabem que a través de la influència dels pares es pot arribar a afectar a la salut mental dels nens, la qual cosa pot portar a dèficits en el desenvolupament cognitiu, emocional i físic dels mateixos (Fernández i Gonzalez, 2013; Noble, 2015). En un estudi molt detallat sobre els costos de la depressió realitzat per la Generalitat de Catalunya (2010) s'apunta que hi ha una clara associació entre depressió i ansietat, la probabilitat d'estar a l'atur i un ús més freqüent de serveis, i això pot associar-se a un cost més elevat. Així mateix la depressió es relaciona amb la pobresa, l'atur i altres factors com les desigualtats socials (Wilkinson i Pickett, 2009).

1.14. Conclusions

Les dificultats en poder fer una precisa definició de la salut sempre ha estat prou considerable i els diversos intents no han estat del tot satisfactoris, ja sigui per destacar una dimensió més biològica, psicològica o social. El que no podem oblidar quan parlem de salut és la component social, econòmica i política. A partir de la salut existent a la societat podem entendre les injustícies socials

i les fites socials aconseguides per una societat. Prendre en consideració una concepció de la salut basada en les diferents dimensions i en els factors que influeixen en la mateixa (els determinants) pot afavorir unes polítiques orientades a promoure, mantenir o recuperar la salut.

Si el concepte de salut és difícil, el concepte de salut mental encara és més complicat de definir. Podem entendre-la com “un estat de benestar complet, en el que l’individu és capaç de desenvolupar plenament les seves capacitats, les tensions de la vida, treballar de manera productiva i profitosa i contribuir amb les seves aportacions a la comunitat” però també sabem que és una definició que peca d’ambiciosa i si ens basem en la mateixa definició textual les nostres societats farcides d’atur involuntari i pobresa tindrien molts dèficits de salut mental. Sempre ha estat més fàcil definir pròpiament les malalties que no pas arribar a un acord sobre el concepte de salut. El fet que la salut o la malaltia siguin considerats estats o processos també ha estat motiu de debats i discussions en determinats àmbits. Aquí s’ha optat per considerar la salut mental com un *continuum* i no pas com un estat permanent.

Des de la creació del manual de psiquiatria DSM ja es va establir la diferència entre malaltia mental (entitat amb alteracions corporals observables) i trastorn mental. La definició que he seguit pel que fa a trastorn mental és la del filòsof Jerome Wakefield: “un trastorn mental existeix quan algun sistema psicològic intern no funciona tal qual està dissenyat per aquesta funció i aquesta disfunció està definida com a inapropiada en un context particular” (Horwitz, 2002). En aquest cas no entrarien en la categoria de trastorns mentals les respostes esperades a les condicions socials producte de l’estrès intens pel fet d’estar a l’atur o quedar-se sense habitatge. És per això que a part de les “causes properes” de salut o malaltia, tenen cabdal importància les causes socials, el que es coneix com els *determinants socials de la salut*.

Tampoc han reeixit del tot els grans sistemes classificatoris (CIE, DSM) de les malalties i trastorns mentals que, si bé han ajudat a classificar-los i a poder organitzar-los, també han estat qüestionats sovint per respondre a pressions i a determinats interessos econòmics i conflictes de valors que no han ajudat gaire a separar ciència i ideologia. No és tampoc menyspreable el fet que aquests sistemes classificatoris hagin deixat en un segon pla l’etiologia precisa de les malalties i els trastorns. És raonable sostenir que el pes de determinats corrents i escoles mèdiques i psicològiques també hi han tingut un paper rellevant en la configuració del que s’entén per malaltia mental o salut mental.

Els problemes de salut mental els hem de considerar més enllà que únicament els diagnòstics més patològics com poden ser l'esquizofrènia, la psicosis, la paranoia, els trastorns bipolars o les fòbies. Alguns dels tipus de patiment mental que es produeixen poden ser producte de les precàries circumstàncies socials o econòmiques en les que vivim i per tant també és entendre cabdalment que la salut mental és un procés que pot evolucionar positivament o negativament i variarà per una comunió de factors com les polítiques públiques que es porten a terme, el suport familiar, els recursos econòmics i socials, les xarxes d'amistats, el tipus de tractament mèdic, entre d'altres.

Una mancança habitual en l'àmbit de la salut mental és la parcel·lació del coneixement i habitualment el sectarisme entre disciplines científiques. Una prova d'això és la no incorporació de la teoria de l'evolució per a comprendre com determinades característiques evolutives de la nostra espècie (entre elles la ment) són fonamentals per aproximar-nos a la complexitat de la salut mental i a com s'ha configurat aquesta. El desenvolupament dels determinants socials de la salut mental i l'enfocament evolucionista en els darrers anys han aportat nou coneixement i han contribuït a la reflexió sobre la necessitat de la integració causal entre disciplines i han coadjuvat a la comprensió de la complexitat de la salut mental, encara poc coneguda. D'altres aportacions més recents de les neurociències i les ciències socials també estan aportant noves dades que contribuiran a aquesta integració del tot necessària pel coneixement científic de la salut mental.

En el proper capítol analitzarem com les desigualtats socials i algunes de les seves manifestacions socioeconòmiques (atur, pobresa, desnonaments, etc.) poden perjudicar i alterar considerablement la salut mental.

Capítol 2. Desigualtats socials: algunes definicions i evidències del seu augment.

Introducció

En aquest capítol donarem algunes definicions de les desigualtats socials i també veurem com en els darrers 40 anys han augmentat considerablement segons diverses fonts. Aquestes desigualtats socials, juntament amb d'altres factors biològics i psicològics (com ja hem explorat en el capítol anterior), interactuen en els diferents àmbits socials en els que els humans desenvolupem les nostres vides: treball, ciutat, família, escola, etc. i tenen múltiples conseqüències: mort prematura, mala salut, inseguretat, ansietat, pobresa, impotència, discriminació, subjugació, etc. (Therborn, 2015: 11).

L'estudi de les desigualtats és important per diversos motius. En primer lloc, perquè l'accés als recursos està relacionat amb les condicions de vida de la gent. La vida de les persones que no assolixen els recursos vitals mínims com uns ingressos mínims, l'alimentació o l'habitatge, és més difícil i plena d'entrebancs, i això té repercussions en la seva salut. En segon lloc, també les desigualtats en l'accés d'alguns recursos com l'educació o la realització d'una activitat laboral dificulten la vida i la salut de les persones (Benach i Muntaner, 2005; Wilkinson i Pickett, 2009; Therborn, 2015). Així mateix, l'estudi de les desigualtats també permet analitzar les dinàmiques d'identificació col·lectiva que es generen entre les classes i els grups socials que tenen unes condicions de vida semblants (Miguélez, 1996). En els darrers anys s'han publicat diversos treballs econòmics centrats en la desigualtat de renda i riquesa com els treballs d'Anthony Atkinson, Branko Milanovic i Thomas Piketty (2014). Un altre treball exhaustiu i imprescindible sobre la desigualtat com l'origen de la gran crisi del 2008 és el de Galbraith (2012) però la sociologia clàssica no es va interessar gaire per la desigualtat fins els anys seixanta amb Lenski i posteriorment amb Smelser, essent a partir d'aquests i altres treballs que l'estudi de la desigualtat ocupa el lloc que li correspon a les investigacions sociològiques com recorda Therborn (2015:12).

En el nostre context socioeconòmic, és pertinent referir-se a alguns informes anuals com el d'Intermon-Oxfam, que han contribuït a posar de manifest com la desigualtat extrema ens perjudica a tots i com, per exemple, en un país molt desigual els fills d'una persona que neixi pobre tenen una alta probabilitat d'acabar essent pobres també. Les societats més desiguals pateixen en

major mesura problemes socials com la delinqüència i la violència que perjudiquen a rics i a pobres. La desigualtat va en contra dels principis ètics, així com d'un sentit de la justícia compartit per la majoria de ciutadanes que preferirien que la distribució de la renda i la riquesa fos més equitativa del que és (Oxfam 2014:42).

Ha estat l'economista Amartya Sen qui ha traslladat la discussió més filosòfica que va iniciar John Rawls als anys setanta a l'àmbit de la filosofia moral i, per extensió, de les ciències socials,²⁴ i en canvi el debat empíric més ampli prové del camp de l'epidemiologia, en el que destaquen autors com Michael Marmot o Richard Wilkinson. La preocupació per l'equitat en salut no es pot reduir a la desigualtat en salut o a aspectes referits a la distribució sanitària, ha de prendre també en consideració com es relaciona la salut amb d'altres característiques a través d'una assignació de recursos i dels acords socials. L'equitat en salut ha d'abordar-se des de l'àmbit més ampli de la imparcialitat i la justícia dels acord socials, inclosa la distribució econòmica i prestant l'atenció necessària al paper de la salut en la vida i la llibertat humanes (Sen, 2002: 302).

És interessant constatar que la preocupació per la distribució de la riquesa està estesa per tot el món, i que en les diferents cultures i societats hi ha una preferència humana bàsica per societats justes i igualitàries. En aquest sentit, disposem de bones teories desplegadas a través de valuosos treballs empírics antropològics, sociològics, econòmics i fins i tot matemàtics dels darrers anys (Gintis, 2000; Fehr et al. 2004; Gintis i Bowles, 2011; Nowak, 2012). Segons una enquesta realitzada per Oxfam a sis països (Espanya, Brasil, Índia, Sudàfrica, Regne Unit i EUA), la majoria de la població considerava que les diferències entre els rics i els pobres és massa gran. En una altra investigació en la que es comparaven les opinions de la població sobre la distribució ideal de la riquesa, una majoria considerable va mostrar preferència per una societat més igualitària (Oxfam, 2014:59).

Per arribar a saber com impacten i afecten les desigualtats socials en la salut mental que veurem més endavant cal fer un cert recorregut dels aspectes més macro de la realitat social, siguin econòmics i/o sociològics, fins arribar als aspectes micro, com són els que trobem en àmbits específics de la psicologia i/o la biologia. Farem, per tant, un repàs d'algunes de les definicions i

²⁴ A risc de simplificar, Rawls suggereix que ens imaginem que estem coberts per un "vel d'ignorància" i que no sabem res sobre les distintes dotacions, socials o naturals, amb què naixem. Quins serien els principis d'una bona societat amb els que estariem d'acord? Un dels principis més convinents que sorgeix d'aquest exercici seria que les desigualtats econòmiques i socials han d'estar disposades de tal manera que les societats: a) serveixin al màxim benefici possible als menys afavorits (el principi de diferència), i b) comptin amb càrrecs i llocs accessibles a tots els seus membres en condicions de justa igualtat d'oportunitats.

apunts sobre el concepte de desigualtat, aportarem algunes dades de les desigualtats, en veurem algunes mesures, així com els diferents tipus de desigualtats que s'han investigat en relació a la salut.

2.1 Definicions i conceptes sobre les desigualtats

Podem entendre per desigualtat social la diferència d'accés que trobem entre els ciutadans d'una mateixa comunitat, en quantitat i qualitat, als recursos i béns socials (Sánchez, C. 2005). Rousseau ja distingia dos tipus de desigualtat: la natural i la moral:

“Concibo en la especie humana dos maneras de desigualdad: una que llamo natural o física por cuanto se halla establecida por la naturaleza, y que consiste en la diferencia de edad, de salud, de las fuerzas del cuerpo y de las condiciones de espíritu, o del alma, y otra que puede llamarse desigualdad moral o política, porque depende de una especie de convención, y se halla establecida, o al menos autorizada, por el consenso de los hombres. Consiste ésta en los distintos privilegios de que gozan unos en detrimento de otros, como ser más ricos, más distinguidos, más poderosos o incluso el disponer de autoridad sobre los demás” (Jean Jacques Rousseau, *Discurso sobre el origen y los fundamentos de la desigualdad entre los hombres*. [1775] (1979:149-150).

En un sentit semblant s'expressa Nussbaum quan diu que és important distingir la igualtat en poders i capacitats de la igualtat moral. Tots els éssers serien iguals des del punt de vista moral i cal establir una connexió entre les dos desigualtats: si els éssers humans són realment més o menys iguals en poders i capacitats, sembla més aviat arbitrari que uns tinguin moltes més potestats i oportunitats que els altres (Nussbaum, 2007). També Van Parijs apunta que:

“(…) gran parte (si no todo) de nuestro interés en los hechos relacionados con la desigualdad se deriva en último término de la presunción general de que las desigualdades son injustas” (Van Parijs, 1996: 51).

Si convencionalment es considera que la desigualtat és un concepte senzill, el terme iniquitat té més complexitat i inclou judicis normatius relacionats amb justícia i equanimitat. Si desigualtat i igualtat són conceptes mesurables, iniquitat i equitat són conceptes polítics que expressen un compromís moral amb la justícia social (Harper, King, Meersman, Reichman, Breen, Lynch, 2014: 294).

Equitat en salut significa que tothom ha de tenir les mateixes oportunitats d'assolir el seu ple potencial de salut segons Amartya Sen (2002) Iniquitats en salut són aquelles diferències en salut que són innecessàries, evitables, indesitjables o injustes per a Whitehead (1990). L'equitat en salut ens ha de preocupar si considerem que tots els éssers humans són moralment iguals i que, per tant, mereixen el mateix respecte a la seva vida i dignitat. És a dir, el que una societat justa hauria de garantir és que totes les persones tinguin les mateixes oportunitats d'assolir un bon estat de salut.

2.2 Les causes de la desigualtat

L'increment de la desigualtat econòmica és el resultat de decisions econòmiques i polítiques deliberades. Piketty (2014) en el seu recent i influent llibre *El capital en el segle XXI* mostra com l'economia de mercat tendeix a concentrar la riquesa en mans d'una petita minoria fent que la desigualtat augmenti. No obstant, els governs poden prendre mesures per a corregir aquest defecte establint límits als mercats a través de regulacions i fiscalitat. La pobresa i la desigualtat no són inevitables ni accidentals, són el resultat de les eleccions polítiques deliberades. La desigualtat està també fortament associada a la concentració i capacitat d'exercici del poder.²⁵ Les classes i els grups socials que es troben en una posició dominant dins la societat tenen un control més gran dels recursos per fer valer els seus interessos. El segrest democràtic del poder i la influència per part de les elits econòmiques, com les empreses, provoca una desigualtat encara més gran, ja que tant les mesures polítiques com el debat polític es configuren per adaptar-se als interessos dels més rics de la societat (Oxfam, 2014:62).

Per què ens ha d'importar l'estudi de les desigualtats més enllà de l'exposició de les xifres i dades sobre la concentració de riquesa i ingressos que s'està donat al món? En els darrers anys han aparegut importants llibres²⁶ i informes d'organismes internacionals amb cert impacte que aporten força evidències de com les desigualtats socials tenen conseqüències importants sobre la majoria dels àmbits de la vida social dels individus.²⁷ Barragué creu que a l'entorn de les desigualtats cal preguntar-se el següent:

²⁵ Entenem aquí per poder, weberianament, com la capacitat d'influir en tercers sense que aquests tinguin una capacitat equivalent de contrarestar-ho.

²⁶ Un dels llibres importants i que ha tingut força ressò mediàtic seria el de Wilkinson i Pickett (2009)

²⁷ Un dels informes més destacats sobre les desigualtats al món és el que publica Oxfam cada any.

“(…) los datos pueden ser más o menos informativos de cuál es la situación de la desigualdad global o nacional en un determinado momento, pero muy poco sobre los motivos que hacen que esos números nos provoquen (si es que lo hacen) cierto rechazo: ¿es porque la desigualdad es mala en sí misma, esto es, porque tiene verdaderas malas consecuencias (menor esperanza de vida, por ejemplo) sobre quienes están peor? ¿O es porque, al margen de sus consecuencias, la desigualdad es injusta y, por consiguiente, deberíamos aspirar a la igualdad no por motivos prácticos sino por otras razones, típicamente de carácter moral?”
Barragué (2015:11).

Aquest autor creu que hi ha diverses raons per les quals ens hauria d'importar l'estudi i la investigació sobre les desigualtats, malgrat que les dades descriptives ens ajudin a mostrar que la desigualtat s'ha incrementat, que hagi beneficiat als estrats superiors en detriment dels inferiors i que obeeixi a causes sobre les que podem actuar. Aquestes raons creu que són d'eficiència i de justícia. Per una banda, les raons que addueix vinculades a l'eficiència es basen en el fet que els nivells de desigualtat no només estan conduint a un major creixement econòmic sinó que ben al contrari, estan perjudicant aquest creixement. Això ho ha posat de manifest el propi Fons Monetari Internacional (Costas, 2015; Oxfam, 2014) després de constatar durant dècades que la desigualtat no només obstaculitza la funció de creixement com element reductor de la pobresa, sinó que també redueix la fortalesa del propi creixement. El mateix FMI ha documentat que una major equitat pot fer que els períodes de creixement siguin més llargs i que la desigualtat mateixa va ser un factor que va contribuir a la crisi financera del 2008 (Oxfam 2014:46). En la sèrie dels anys 1917-2008 la major concentració d'ingressos en el decil superior de la distribució es van registrar en els períodes de 1928 i 2007. Això ocorregué just abans de les dues majors crisis econòmiques dels darrers temps, confirmant així la hipòtesi de la relació entre desigualtat i crisis econòmiques.

D'altra banda, les raons lligades a la noció de justícia que dona Barragué, per les quals les desigualtats ens haurien d'importar, tindrien a veure amb el fet que l'absència de justícia perjudica la igualtat d'oportunitats. Això implica que en una societat meritocràtica com la nostra, en la que la mobilitat intergeneracional resulta molt rellevant, l'evidència de què quan s'incrementa la desigualtat (mesurat amb el coeficient Gini) es constata una menor mobilitat social intergeneracional. Una altra raó que dona és la referida a la influència política de la ciutadania: amb elevats índex de desigualtat econòmica es faria difícil garantir el principi d'igual influència política de la ciutadania, com mostra diversa literatura científica al respecte (Kenworthy 2015); en aquesta

mateixa direcció ho argumenta Costas (2015) quan diu que les polítiques dels governs estan responnent més a les preferències dels més rics que a les de la resta de la societat.

A mesura que la desigualtat ha anat augmentant al llarg de les tres darreres dècades, la capacitat d'influència i acumulació de recursos dels més rics també han augmentat. També en l'informe d'Oxfam del 2014 s'afegeix que:

“Les conseqüències de les desigualtats són destructives per a tot el món. La desigualtat extrema corromp la política, frena el creixement i redueix la mobilitat social. A més, fomenta la delinqüència i els conflictes violents, desaprofita el talent i el potencial de les persones i debilita els ciments de la societat”(Oxfam, 2014:7).

Malgrat que Göran Theborn es lamenti en el seu darrer llibre, *La desigualdad mata* (2015), del poc cas que els acadèmics han prestat a la desigualtat (exceptuant els treballs d'Atkinson, Piketty i Milanovic, i pocs més), cal dir que en els darrers anys hi ha hagut una producció notable de literatura sobre la desigualtat, i que en el cas d'alguns autors fins i tot s'ha posat de moda. El mateix llibre de Theborn hi ha contribuït aportant tres dimensions de la desigualtat social: la desigualtat *vital* que diferencia els grups d'edat en què es descomposa el cicle biogràfic; la desigualtat *existencial*, que segrega als diferents grups d'estatus per gènere, casta, ètnia, raça, religió, identitat, etc., i la desigualtat de *recursos*, que discrimina a les classes socials pel seu diferencial d'accés relatiu al poder i la riquesa. I aquestes tres fonts de desigualtat estructural s'activarien en funció de quatre mecanismes: la *distància* o grau de desavantatge comparatiu; *l'exclusió*, que bloqueja les oportunitats d'accés; la *jerarquia*, que subordina la distribució dels incentius, i *l'explotació*, que polaritza la dominació asimètrica. Tots quatre mecanismes, com molt bé reconeix l'autor, actuen sobre la salut i l'esperança de vida, sobre l'autonomia, el reconeixement, el respecte, l'economia i altres recursos (Theborn, 2015:69).

2.3 Formes de mesurar les desigualtats

La mesura precisa i periòdica de la desigualtat resulta particularment difícil en el pla polític, i en bona part per això acostuma a ser considerada com un objectiu no prioritari, sobretot en els països en vies de desenvolupament. La dependència d'enquestes de llars i declaracions fiscals fa que es subestimïn sistemàticament els ingressos i la riquesa de les persones més riques de la societat, que

són les que acostumen a tenir mecanismes per evadir o eludir els impostos, i és estrany o impossible que estiguin incloses a les enquestes o estudis de desigualtats (DDAA, 2005; Oxfam 2014). La desigualtat en termes de renda, riquesa i altres béns com la terra, s'han mesurat amb el *coeficient de Gini*. Aquest mètode de mesura de la desigualtat estableix una puntuació de 0 on reflexa la igualtat total i l'1 en el que una persona ho posseeix tot. Habitualment és un dels més utilitzats i en diversos moments d'aquest treball el trobarem. Una de les crítiques que ha rebut és que està massa influït pel 50% mig de la població. La *ràtio de Palma* tracta de superar aquest defecte mesurant la ràtio entre el percentatge de renda del 10% més ric de la població i el 40% més pobre. En els darrers temps, aquest indicador ha guanyat partidaris, com el cas del premi Nobel Joseph Stiglitz. Aquesta ràtio és fonamental per a mesurar l'augment de la concentració dels ingressos i la riquesa en mans dels més rics.

També tenim la *ràtio 80/20*, que estableix una relació entre el 20% de la població que més ingressa i el 20% de la que menys ingressa. Els valors més alts indiquen major desigualtat. Es tracta d'un indicador bastant utilitzat per Eurostat, l'oficina estadística de la Comissió Europea, que produeix dades sobre la Unió Europea i promou l'harmonització dels mètodes estadístics dels estats membres. També les declaracions fiscals han estat utilitzades amb força èxit per enregistrar de forma més precisa les rendes més altes. La base de dades de les majors rendes del món, fundada entre d'altres per Thomas Piketty, inclou 26 països amb informació sobre el percentatge dels ingressos abans d'impostos que va a parar a mans de l'1% més ric des de la dècada de 1980 (Oxfam 2014). Cal dir que les fonts de dades sobre les desigualtats presenten marges d'error entre una font i una altra. Els models de distribució nacional actuals es basen en enquestes de pressupostos familiars (o de llars) que tenen un marge d'error similar al de les enquestes d'opinió política. Tenen grans dificultats en accedir als més rics i als més pobres. Les comparacions internacionals també tenen dificultats de comparabilitat. Encara que la majoria de les enquestes que es realitzen recopilen dades de renda (ingressos), moltes nacions utilitzen dades de consum. La renda i el consum, o els ingressos i despeses, proporcionen estimacions molt diferents de desigualtats, encara que ambdues xifres es presenten juntes en els mateixos quadres de la ONU o del banc mundial.

Malgrat que convencionalment s'assumeix que les mesures de desigualtat són lliures de valor, els judicis sobre si una determinada distribució de salut és justa, equànime o socialment acceptable poden orientar en la interpretació de les dades. Cal tenir en compte que moltes mesures de desigualtats contenen judicis normatius implícits, i això fa que tinguin importants conseqüències

en relació a la interpretació i a les respostes a les desigualtats en salut (Harper, King, Meersman, Reichman, Breen, Lynch, 2010). Algunes dades rellevants sobre desigualtats que han aparegut en els darrers temps en diferents informes i articles ens proporcionen informació empíricament molt valuosa per a una adequada comprensió de l'empitjorament de la situació en els darrers anys.

2.4 Les desigualtats socials en el món

Tocqueville creia que la igualtat en el món aniria progressivament en augment, a diferència de Marx que observava una societat que evolucionava cada cop de forma més desigual. Simon Kuznets (1955), economista rus-nordamericà, de manera molt prudent (i equivocada com s'ha vist) pensava que la indústria moderna, mitjançant el creixement econòmic, primer crearia desigualtat per a tendir a la igualtat posteriorment. El que ha resultat inqüestionable, com constata Therbörn (2015:85), és que des de la dècada dels vuitanta, en els centres del capitalisme s'ha produït una aclaparadora tendència (pràcticament universal) cap a una major desigualtat. El llegat final del segle XX ha estat un retorn a la desigualtat.

En quasi tot el món ric de l'OCDE (exceptuant el Regne d'Espanya) la desviació de la corba de desigualtat de renda des del final de la Segona Guerra Mundial es va produir al voltant de 1980, que és quan té el punt més baix de desigualtat.

Una de les principals raons va ser la desindustrialització, iniciada a la segona meitat de la dècada dels seixanta i aguditzada amb la crisi del petroli dels setanta, el debilitament de la força laboral i del sindicalisme, que va tenir la seva màxima influència en la dècada dels vuitanta. Una altra raó va ser el capitalisme financer, després d'abandonar l'ordre monetari imposat per Bretton Woods al final de la guerra, després de l'onada de desregularització financera dels vuitanta. I una tercera causa podria ser la mundialització del capitalisme, amb la seva expansió a la Xina, Vietnam, Europa Oriental, etc. (Therbörn, 2015:101).

La desigualtat té múltiples dimensions (demogràfiques, econòmiques, socials, institucionals, salut, etc.). Un dels factors explicatius de l'actual procés de globalització té a veure amb la desigualtat, entre països i regions i a l'interior dels països. No farem aquí un recull exhaustiu de les dades que hi ha sobre desigualtats en el món, sinó una mostra prou reveladora: A l'Europa i a l'Amèrica del Nord, on viu només un 18,5% de la població mundial, s'hi concentra més dels dos terços (64,3%)

de la riquesa mundial. A l'Àfrica, que té quasi el 15% de la població, només hi ha l'1,1% de la riquesa, i Llatinoamèrica, amb el 5,6% de la població, té el 3,8% de la riquesa (Beneyto, 2015).

Enmig d'una de les crisi més importants del capitalisme, la llista Forbes (la llista dels milionaris que tenen més de 1000 milions de dòlars que publiquen cada any) anunciava que el 2012 el nombre de rics inclosos havia augmentat un 17% respecte l'any anterior. Hi havia 1.426 individus que tenen més de 1.000 milions de dòlars. L'any 2014 ja eren 1.645 (Oxfam, 2014). Una llista que encapçalava el multimilionari mexicà Carlos Slim amb més de 73.000 milions de dòlars. Des de l'inici de la crisi el nombre de mil milionaris s'ha duplicat.

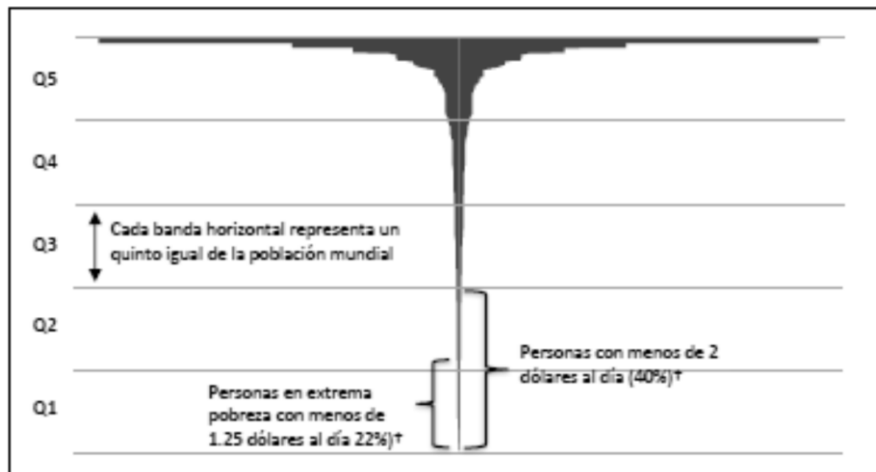
Actualment les 85 persones més riques del planeta acumulen tanta riquesa com la meitat de la població més pobra del planeta. Paral·lelament, el nombre d'esclaus en 1.860 era de 25 milions i el 2013 era de més de 27 milions. Hi ha més esclaus per tant ara que fa 150 anys (Oxfam, 2014).

La desigualtat econòmica extrema s'ha disparat a tot el món durant els darrers 30 anys. La desigualtat entre països s'ha incrementat molt ràpidament entre 1980 i el 2002, però per la salut de les persones el més important és la desigualtat dintre dels propis països. Set de cada 10 persones viuen en un país on la desigualtat entre rics i pobres és més gran ara que fa 30 anys i en tots els països del món la minoria rica està augmentant més la seva participació en la renda nacional (Oxfam, 2014:9). Però quan parlem de la minoria rica podem filar més prim i saber gràcies al *World Ultra Wealth Report del 2011* que hi ha uns individus que els anomenen Ultra High Net Worth Individuals (UHNWI), es dir, individus amb altíssim valor net, que tenen actius superiors als 30 milions de dòlars. Sense comptar la primera residència, els béns consumibles, els béns col·leccionables i els béns de consums duradors. Es tracta d'avaluar en aquest informe el que tenen els rics en efectiu i en actius que es poden convertir en líquid ràpidament. Segons aquest informe, hi havia en el món 185.795 UHNWI amb una riquesa global de 25 bilions de dòlars. D'aquests individus, 57.860 estaven als EUA i 54.325 a Europa. En el 2009 eren 93.100 persones amb una riquesa de 13,8 bilions de dòlars. En dos anys s'han duplicat tant els individus com les riqueses. Cal recordar que 25 bilions de dòlars és una quantitat molt superior al PIB de la UE dels 27. I això està concentrat en un 0,002% de la humanitat²⁸.

²⁸ Malgrat el que puguin ofendre aquestes xifres de gran opulència, tradicionalment eren més aviat amagades o portades de forma molt discreta. Des de fa uns anys ja comencen a ser més públiques.

El gràfic 2 (conegut per la “copa de xampany” i elaborat per UNICEF) posa de manifest que la major part dels ingressos mundials es concentra en mans dels més rics, mentre que la immensa majoria de la població té un percentatge dels ingressos comparativament escàs, seria l'equivalent al “peu” de la copa.

Gràfic 2: Distribució dels ingressos mundials per percentil de població en dòlars (dades d'Unicef, 2007)



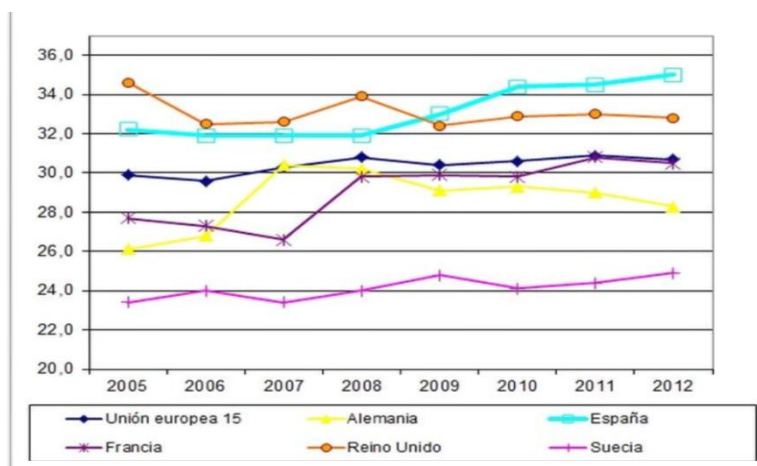
Font: Ortiz y Cummins, 2012.

2.5. Desigualtats al Regne d'Espanya

Al Regne d'Espanya trobem, segons aquest informe, 1.875 individus UHNWI (Raventós, 2014). Darrerament s'ha publicat que el nombre de rics al Regne d'Espanya ha augmentat el 2014 un 10% respecte l'any passat, i pel que fa a milionaris es va arribar a 465.000²⁹. Aquesta és una proporció de més del doble respecte a l'increment a nivell europeu que és del 4%. Des del 2008, a l'inici de la crisi el nombre de persones riques ha crescut un 40% malgrat la recessió econòmica del país. Si ens fixem en el gràfic 1, el coeficient de Gini a l'inici de la crisi al Regne d'Espanya és més alt que el de la majoria de països europeus. I per entendre les greus desigualtats també apuntarem que 770.400 llars no tenen cap tipus d'ingrés, segons l'EPA del primer trimestre del 2015. El 16,1% de les famílies declaren tenir molta dificultat per arribar a final de mes. Aquest percentatge en el cas de Ceuta és del 32,9% a diferència de Navarra que és només del 4,2% segons l'Enquesta de condicions de vida del INE del 2014.

²⁹ Veure més detalladament a <http://www.elboletin.com/nacional/118234/numero-ricos-aumenta-espana-doble-europa.html>

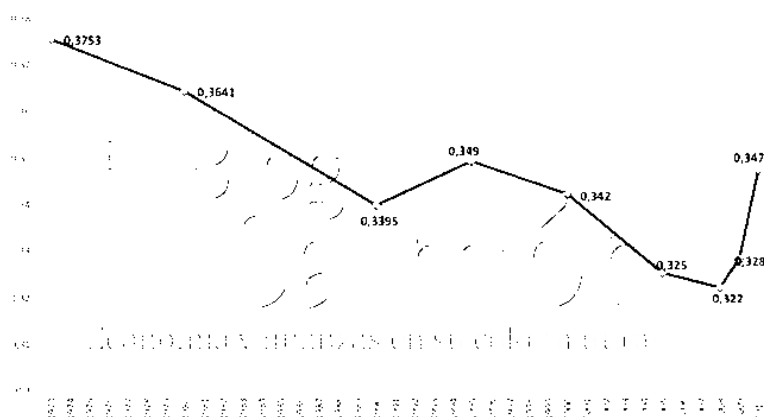
Gràfic 1: Evolució del coeficient de Gini (2005-2012)



Font: www.eldiario.es disponible en: http://www.eldiario.es/agendapublica/impacto_social/desigualdad-dentro-relato-Rajoy_0_205779517.html (darrera consulta: 2/11/15)

La distribució dels ingressos a l'interior d'un país repercuteix considerablement sobre les oportunitats de futur de la població. Com posa de manifest l'informe d'Oxfam del 2014, Bangladesh i Nigèria tenen rendes similars; encara que Nigèria és una mica més ric, és menys igualitari que Bangladesh. Un nen nascut a Nigèria té 3 vegades més possibilitats de morir abans de complir els 5 anys que un nen nascut a Bangladesh. La desigualtat mesurada amb l'índex de Gini ha crescut al Regne d'Espanya en els darrers anys de la crisi, com es pot veure en el gràfic 3.

Gràfic 3: Índex de Gini a Espanya (1973-2010)



Font: Navarro (2011)

Tal com podem veure en el gràfic superior, 2009 i 2010 han estat dos anys en què les desigualtats a Espanya han augmentat d'una manera important, atès que el nostre índex de Gini a Espanya es troba actualment als nivells de 1995, perdent tots els avenços d'igualtat que s'havien portat a

l'economia en aquests 20 anys. Les dues raons principals possiblement són: en primer lloc, l'atur i la pèrdua generalitzada de renda disponible de les llars i, en segon lloc, el pervers efecte que està tenint la crisi sobre els salaris.

2.6. Les desigualtats socials a Catalunya

Un dels estudis de desigualtats més interessants que s'han fet a Catalunya és el que realitza la Fundació Bofill des de fa 12 anys mesurant les desigualtats de forma longitudinal. Les onze onades del Panel de Desigualtats a Catalunya-PaD són molt útils per analitzar la societat catalana des dels inicis dels anys 2000 fins a l'actualitat. Més de 10.000 persones i de 3.500 llars han passat pel PaD, i de mitjana per onada hi ha uns 4.800 individus i 1.760 llars. Les bases de dades del PaD permeten anàlisis transversals, comparatives i longitudinals amb una alta fiabilitat estadística.

Algunes de les dades d'aquests 12 anys, des del 2001 al 2012, mostren l'augment progressiu del nivell educatiu de la població: mentre augmenta el percentatge de persones que han assolit un ensenyament superior (universitat o formació professional/cicle formatiu de grau superior), la quantitat de persones amb estudis primaris o sense estudis va disminuint gradualment. Però no tot són dades positives: la taxa del risc d'incórrer en situació de pobresa o exclusió social (taxa AROPE) és un indicador dels objectius de l'Europa 2020 –i per tant seguit per la UE–, i complementa l'indicador de risc a la pobresa, ja que es considera també el nombre de persones que viuen en llars amb intensitat d'ocupació molt baixa i el de persones amb privació material severa. Aquest indicador es va presentar per primera vegada l'any 2011. Les xifres no poden ser més contundents: l'any 2008 la taxa era del 18,71%, passant a un 25,52% el 2011, segons l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat). A Catalunya, segons la mateixa font, es considera pobre a més del 20% de la població (després de les transferències socials) i puja fins a més d'un 46% abans de fer les transferències. L'Idescat calcula que el 67,2% de les llars catalanes (d'un total de 1.986.000 en nombres absoluts) que reben prestacions socials, el 54% serien de pensions i de supervivència. Respecte al 2013 la cobertura de les prestacions només ha augmentat 1,2 punts. Darrerament la pobresa energètica ha augmentat considerablement, arribant al 9,5% dels catalans l'any 2014. Es tracta de famílies que no poden adequar la temperatura de la seva llar i no poden fer front als consums de llum i gas. A més, quatre de cada deu catalans no poden fer front a despeses imprevistes, segons les dades de l'Idescat del segon trimestre del 2015.

A Catalunya hi ha 756.000 persones a l'atur segons l'Enquesta de Població Activa del 4rt trimestre del 2014 (Idescat) que representa més d'un 20% de la població activa, dels quals quasi un 60% és de llarga durada (més d'un any) i el 37% de molt llarga durada (més de dos anys). En aquest sentit, convé fer esment d'una dada menys difosa que les anteriors: des del 2008 al 2014 s'han perdut 659.770 llocs de treball a temps complet. Segons el mateix estudi (CCOO, 2014), a Catalunya hi ha més de 161.000 persones que treballen a temps parcial per no haver trobat una feina a temps complet. Aquesta substitució de treball a temps complet per treball a temps parcial s'ha produït durant la crisi també a d'altres llocs, com als Estats Units (Magdoff i Bellamy Foster, 2015).

Pel que fa a altres indicadors, a Catalunya tampoc són gens favorables en termes d'igualtat: els ingressos mitjans nets de les llars catalanes al 2014 van ser de 26.418 euros, un 5,4% menys que l'any anterior. Les llars amb ingressos anuals inferiors a 14.000 euros han augmentat un 9% i representen el 24% de la població. Molts dels llocs de treball que es creen són temporals i parcials i no generen ingressos suficients ni bones condicions laborals. Caldrà observar els efectes de la darrera reforma laboral al Regne d'Espanya en la taxa de risc a la pobresa. Un altre indicador de pobresa que ha augmentat en els darrers anys a Catalunya és el dels "treballadors pobres" (ECAS, 2014). A dia d'avui hi ha un nou col·lectiu de treballadors amb uns ingressos que no superen el llindar de la pobresa. Són, per tant, treballadors pobres. En el 2013 aquesta taxa era del 12% (CCOO, 2014) superior al Regne d'Espanya i a la UE.

Una altra dada catastròfica és que la incidència del risc de pobresa s'acarnissa especialment en els menors de 16 anys, on se situa ni més ni menys que en el 29,4% amb dades del 2012. Però no a tothom li ha anat tan malament, ni molt menys durant la crisi a Catalunya. Concretament als executius catalans que ocupen alts càrrecs als consells d'administració de les empreses de l'IBEX-35 (Altarriba, 2015a) els ha anat prou bé, doncs de mitjana els seus salaris han crescut un 15,4% en dos anys. En canvi, els salaris bruts dels treballadors han caigut de mitjana un 3,17%. Val a dir també que la retribució mitjana d'aquests directius ha estat de 531.492 euros, uns 1.456 al dia.

Més enllà de les dades estructurals sobre quant ingressen i quant gasten les llars a Catalunya, és important també saber com valoren la seva situació econòmica els ciutadans. Els efectes de la crisi són clars: el 20-25% de llars que consideraven que la seva posició econòmica respecte l'any anterior era pitjor o molt pitjor, durant els anys 2001/02 a 2008, augmenta aproximadament un 10% per any, situant-se en més del 50% per a l'any 2012. La crisi ha provocat que un 38% de les llars hagi

disminuït els seus ingressos al 2009 respecte el 2003. Al mateix temps, un 21% ha augmentat els seus ingressos i un 41% s'ha mantingut estable. L'estabilitat més alta es troba en els extrems, en les llars que guanyen més i en les que guanyen menys. S'aprecia també l'empobriment de les capes mitjanes ja que un 47% ha vist disminuir els seus ingressos de 2003 a 2009 (Observatori de les Desigualtats, 2015).

2.7. Conclusions

En aquest capítol s'han fet algunes definicions del què són les desigualtats socials per diversos autors i com està fortament associada a la concentració i a la capacitat d'exercici del poder; les classes socials i els grups socials que es troben en una posició dominant dins la societat tenen un control dels recursos per fer valer els seus interessos. També hem pogut analitzar la importància que té l'estudi de les desigualtats per tres motius fonamentals: en primer lloc, perquè l'accés als recursos està relacionat amb les condicions de vida de la gent i qui no té uns ingressos mínims, una alimentació adequada o un habitatge digne, tindrà conseqüències en la seva salut. En segon lloc, perquè les desigualtats d'accés de recursos com l'educació o una ocupació laboral dificulten la vida i la salut de les persones. I finalment l'estudi de les desigualtats també ens permet analitzar les dinàmiques que es generen entre les classes i grups socials que viuen en una mateixa societat.

Les desigualtats socials interactuen en els diferents àmbits socials en els que desenvolupem les nostres vides i tenen múltiples conseqüències per a la salut, ja sigui pels efectes perjudicials que causa la pobresa, la discriminació, l'explotació o la inseguretats econòmica.

Si considerem a tots els éssers humans com a moralment iguals i per tant amb el mateix respecte a la vida i la dignitat, ens ha de preocupar l'equitat en salut o disposar de les mateixes oportunitats d'assolir el ple potencial de salut. L'estudi de les desigualtats socials durant anys ha estat certament descuidat per algunes disciplines científiques però en els darrers anys ha cobrat un renovat interès i podem dir sense por a equivocar-nos que és un dels temes de moda acadèmica amb els treballs d'autors com Atkinson, Picketty i d'altres que han fet notables contribucions.

És important també poder mesurar les desigualtats i segons les diferents mesures (Coeficient de Gini, ràtio 80/20 i la ràtio de Palma entre d'altres) podem captar millor les desigualtats de renda o d'ingressos. Les desigualtats en termes de renda, riquesa i altres béns s'ha mesurat amb el coeficient de Gini, Però per saber la concentració dels ingressos i la riquesa en mans dels més rics farem ús

de la *ràtio de Palma*. I amb la *ràtio 80/20* sabrem la relació entre el 20% de la població que més ingressa i el 20% de la que menys.

Malgrat algun autor com Tocqueville pensava que la igualtat avançaria progressivament en el decurs dels anys o el mateix Kuznets que creia que a través del creixement econòmic es tendria a la igualtat, altres com Marx observaven que la societat evolucionava de forma desigual. El que ha resultat evident és que des de la dècada dels vuitanta, en el capitalisme s'ha produït una tendència a una major desigualtat com recorda Therbörn (2015:85). La desigualtat s'ha incrementat en tot el món en els darrers 30 anys tant entre països com dintre dels mateixos països. Aquesta desigualtat dintre dels països és més important per a la salut de les persones. El cas de Nigèria i Bangladesh és un bon exemple de països que amb rendes similars i malgrat Nigèria és una mica més ric, és menys igualitari que Bangladesh, i un nen nascut a Nigèria té tres vegades més possibilitats de morir abans de complir els 5 anys que un nen nascut a Bangladesh. Aquesta tendència a una major desigualtat està arribant a una situació amb devastadores conseqüències per a la salut i la vida de les persones, com estan posant de manifest diverses investigacions. La concentració de riquesa en poques mans és un dels efectes més evidents d'aquesta extrema desigualtat. Que 85 persones acumulin tanta riquesa com la meitat de la població més pobre ja indica de quin grau de desigualtat estem parlant.

Les desigualtats socials i econòmiques es donen arreu, i hi ha pocs països en què el seu índex de Gini no hagi augmentat en els darrers anys de crisi. Però en el cas del Regne d'Espanya aquest indicador és especialment elevat i ha augmentat notablement els darrers anys. Des del 2008 el nombre de persones riques ha crescut un 40%, malgrat la greu recessió econòmica i la proporció de milionaris ha estat més del doble en mig de la crisi respecte Europa. La major part dels ingressos mundials es concentra en mans dels més rics com posen diversos informes (Oxfam, 2014). La desigualtat té múltiples dimensions: demogràfiques, econòmiques, socials, institucionals, i de salut, entre d'altres. És sobre els efectes de les desigualtats socials en la salut i concretament en la salut mental que centrarem l'atenció en el proper capítol.

Capítol 3. Les desigualtats socials i la salut

Introducció

Una vegada explorats els universos conceptuals i empírics de la desigualtat, convé ara examinar amb cert detall què entenem per desigualtats en salut com a pas previ per a l'anàlisi de la relació que hi ha entre les desigualtats econòmiques i la salut. Comprendre les relacions existents entre la desigualtat social i la desigualtat de la salut és bastant més complex que constatar les diferències que hi ha entre els individus de l'escala social o entre les nacions riques i pobres. Com la massa de gel submergida d'un iceberg, les característiques de les desigualtats queden ocultes i invisibles (Benach i Muntaner, 2005).

És bo recordar quan parlem de les desigualtats en salut que els aspectes socials han anat guanyant terreny en el món de l'epidemiologia fins arribar a l'informe de la Comissió dels determinants socials de l'OMS del 2008.

L'aliança entre la sociologia i la medicina o entre les ciències socials i les mèdiques es produeix a partir de la segona guerra mundial, afavorida pels estudis en el camp de la salut mental que van mostrar les connexions entre els factors socials i els trastorns mentals als EUA i per la definició de salut de l'OMS de l'any 1948 que reconeix els aspectes psicològics i socials de les malalties. Tot això afavorit també pel desenvolupament dels estats de benestar posteriors a la Segona Guerra Mundial i les seves polítiques universalitzadores en sanitat. En aquest període la sociologia de la salut experimenta un desenvolupament important, sobretot a partir dels anys seixanta, trencant amb la visió dominant del paradigma biomèdic (Pérez, 2006). En els darrers anys han aparegut diverses investigacions i publicacions que han posat en evidència el fet que la desigualtat repercuteix negativament en el benestar i la cohesió socials. El llibre de Wilkinson i Pickett (2009) demostra que els països amb majors nivells de desigualtat d'ingressos pateixen índexs més elevats de problemes sanitaris i socials, i que la desigualtat està associada a vides més curtes, menys sanes i amb menys felicitat, així com a majors taxes d'obesitat, embarassos adolescents, delictes violents, malalties mentals, penes de presó i addiccions.

3.1. Desigualtats socials en salut

Què són les desigualtats en salut? Segons la definició ja clàssica de Margaret Whitehead de l'any 1990: les desigualtats en salut són aquelles diferències en salut que són innecessàries i evitables, i que a més són injustes (Borrell, 2007). Una visió molt similar és la que considera les desigualtats en salut com aquelles disparitats de salut en un país i entre diferents països que es consideren improcedents, injustes, evitables i innecessàries (no irremediabls) i que afecten sistemàticament a poblacions que han estat fetes vulnerables per les estructures socials subjacents i per les institucions polítiques, econòmiques i legals (Krieger, 2002). Les desigualtats en salut són el resultat de la interacció de múltiples factors, en la seva majoria socials. Per tant, per entendre i reduir les desigualtats en salut cal saber com s'originen i quins són els seus vincles amb la salut (Solé i Rodríguez, 2008:190)

Cal dir que no totes les desigualtats en salut són injustes i poc equitatives. Per exemple, la diferència en l'esperança de vida entre homes i dones. És prou conegut que les dones viuen més temps que els homes. Es tracta d'una diferència biològica entre els sexes i no constitueix una desigualtat poc equitativa. Ara bé, si trobem dones que tinguin una esperança de vida igual o menor que els homes, o que les condicions socials influeixin en la reducció del benefici de la longevitat "natural" de les dones, aquesta desigualtat sí que és una marca d'iniquitat greu (Sen, 2003). Un altre exemple podria ser el càncer de mama, que no necessàriament és més comú entre els més desfavorits, i per tant no es pot dir que tingui una relació directa amb la desigualtat (Wilkinson i Pickett, 2009:46).

Uns nivells de desigualtat elevats tenen conseqüències negatives per a tota la societat tant per rics com pobres, i les societats amb majors desigualtats econòmiques tenen menor esperança de vida, pitjor salut, majors índexs de mortalitat infantil, menors nivells de confiança, més delinqüència, etc. Com diuen Benach i Muntaner, el concepte de desigualtat és relacional.³⁰ "Només podem establir fins a quin punt és injusta la limitada tinença de determinats béns o recursos quan tenim la capacitat de comparar el distint accés que tenen els individus" (2005: 19). Seguint amb aquests autors en el que es refereix a les desigualtats en salut, observem que les conclusions de la seva investigació exhaustiva porten a distingir cinc elements clau en les desigualtats: són enormes, graduals, creixents, adaptatives i històriques (Benach i Muntaner 2005; Benach, Vergara, Muntaner, 2008).

³⁰ Aquests autors mostren en el seu llibre *Aprender a mirar la salud* (2005) com la desigualtat social és la principal responsable de la mala salut en el món. És un llibre imprescindible per a l'objecte d'aquesta recerca.

a) *Les desigualtats són enormes*

La desigualtat mata. A l'Àfrica subsahariana 1 de cada 9 nens mor abans de complir els 5 anys. En els llocs més saludables del món com el Japó o els països nòrdics només són 3 de cada 10.000 nens els que tenen aquest destí fatal. Entre 1990 i 2008 l'esperança de vida dels habitants dels EUA blancs sense títol universitari es va reduir tres anys, i en el cas de les dones blanques amb un baix nivell educatiu aquesta reducció va superar els cinc anys. I quan es combinen les desigualtats de raça i educació la vida dels més desfavorits es redueix en dotze anys (Olshansky et al., 2012). El retorn al capitalisme de l'antiga Unió Soviètica va provocar un espectacular augment de la desigualtat i un empobriment massiu. El coeficient Gini de desigualtat de renda es va elevar a Rússia del 27 a l'any 1990 al 46 en el 1993; en el cas d'Ucraïna va passar del 25 el 1992 a 41 el 1996, i va continuar augmentant fins el 52 i 46 respectivament (Unicef 2004, cf. Therborn, 2015).

Si ens referim a l'esperança de vida dels barris de la ciutat de Barcelona, podem observar que els residents a Pedralbes, barri de la zona rica de Barcelona, tenen una esperança de vida en néixer de 86 anys, mentre que al barri de Torre Baró és de 75 anys. Estem parlant de fins a 11 anys menys d'esperança de vida per viure a un barri o un altre! (ASPB, 2014).

La salut dels que estan millor social i econòmicament i la dels que viuen en les àrees més privilegiades dels països o les ciutats és molt millor que la de la població més desfavorida. Dit més cruament: les persones pobres viuen menys, ja sigui al Regne Unit, a Afganistan o a Catalunya. Un exemple molt il·lustratiu de les grans desigualtats socials existents també el podem trobar a la ciutat de Barcelona observant el mapa de Índex de renda familiar disponible dels diferents barris de la ciutat. Si prenem una mitjana de 100 de renda per tot Barcelona, trobem que al barri alt de Pedralbes aquesta renda se situa al voltant de 243, al Putxet de 142, al Poble Sec de 71 i a Roquetes de 50 (ASPB, 2014). Segons Wilkinson i Pickett (2009:46) el que importa és el grau de desigualtat *dins* de la societat. Aquesta desigualtat de renda en una societat ens proporciona informació sobre el paral·lelisme entre la jerarquia socioeconòmica i el grau d'incidència de nombrosos problemes socials. Si els desnivells en salut i en problemes socials reflecteixen diferències d'estatus en cultura i comportament, tot sembla indicar que la desigualtat material és un factor decisiu en la gestació d'aquestes diferències.

Les desigualtats econòmiques agreugen també les desigualtats de gènere. Els homes copen els segments de majors ingressos, mentre que les dones són majoria en els segments d'ingressos més baixos. La majoria de feines pitjor remunerades i més precàries les ocupen dones. La diferència

salarial entre homes i dones és de mitjana un 10-30% inferior per les dones en totes les regions i sectors. Segons algunes estimacions, per aconseguir una igual retribució per igual treball assalariat per les dones caldrien, si segueix tot igual, aproximadament uns 75 anys (Oxfam, 2014:48).

b) Les desigualtats són graduals

Les desigualtats s'estenen al llarg de tota l'escala social. A mesura que anem descendint en l'escala social en nivell de riquesa o educació, la salut de les persones també empitjora gradualment. Diversos estudis han mostrat que a menor renda, major mortalitat. Un estudi clàssic sobre els funcionaris anglesos anomenat Whitehall que es va iniciar l'any 1967 i es va allargar durant deu anys, mostrava que, malgrat que cap dels treballadors era pobre ni es trobava en situació de privació material important, hi havia una diferència de mortalitat tres vegades superior entre els que estaven en la situació econòmica més desfavorable (missatgers, subalterns) i els que estaven en millor posició (administradors, directius). Hi ha quelcom en la jerarquia i en la desigualtat que danya la salut. Alguns autors han assenyalat que el que més compta per a la salut no són els nivells de renda i benestar, sinó la renda relativa i l'estatus social; n'atribueixen l'explicació al factor psicosocial: “resulta difícil creer que los ingresos relativos están relacionados con la salud, a menos que los afectados tengan una cierta percepción de su renta relativa o de su posición social” (Wilkinson 2000: 24). I per cada país i moment històric els factors de risc s'expressen en malalties diferents en cadascun dels grups socials. Per exemple: a França, Finlàndia i Europa Oriental les desigualtats en salut es manifesten sobretot en accidents i malalties relacionades amb l'alcohol; el consum de tabac i les males dietes es concentren en els grups socioeconòmics més baixos als EUA i al nord d'Europa (Wagstaff, 2002); i a Gran Bretanya les malalties cardiovasculars tenen més incidència en els grups socials més baixos (Benach i Muntaner, 2005: 55).

c) Les desigualtats persisteixen o augmenten

Si bé durant el segle XX les taxes de mortalitat dels països (sobretot els rics) s'han reduït notablement, les desigualtats en mortalitat per classe social entre països i classes socials han augmentat (Davey Smith et al., 1996). La societat pot canviar, les malalties varien i els serveis sanitaris fins i tot poden arribar a millorar, però el gradient de les desigualtats en salut pot arribar a persistir i augmentar.

d) *Les desigualtats són adaptatives*

Els grups socials més privilegiats es beneficien abans i en major proporció de les accions i intervencions socials i sanitàries dirigides a millorar la salut. El que també es coneix en determinats ambients com la “lleï inversa de l’atenció sanitària”. Com més grans són les necessitats, menys i pitjor atenció. Un cas clar el tenim amb el RD16/2012 del govern espanyol del PP amb l’eliminació de l’atenció sanitària als estrangers extracomunitaris en situació irregular, les persones comunitàries que no treballen o no són beneficiàries d’un treballador, els estudiants estrangers que només disposen de permís d’estudiants, les persones ascendents amb permís de reagrupament familiar i totes aquelles que no cotitzin, estrangeres o espanyoles i amb ingressos superiors 100.000 euros anuals. I pel que fa a Catalunya, la Instrucció 10/2012 del CatSalut de la Generalitat també va deixar sense cobertura a certes persones que tenien un empadronament de menys de tres mesos, les no empadronades i les que, amb residència legal estaven excloses pel RD 16/2012 (Martínez i Vergara, 2014:57).

e) *Les desigualtats són “històriques”*

Les desigualtats en salut canvien al llarg del temps, es modifiquen segons les circumstàncies molt complexes que només es poden entendre quan s’estudia històricament la seva evolució. Avui en dia, les més grans desigualtats les trobem entre els països més pobres amb una mortalitat elevada i la resta de països. Per exemple: l’esperança de vida mitjana mundial està en uns 68 anys, però arriba als 80 en els països rics i és de menys de 40 a Zàmbia. I, segons algunes estimacions, en molts països es reduirà, com ha ocorregut a Zimbabwè o Uganda, que en determinades zones ja s’ha reduït en 16 anys per l’impacte de la Sida. Des de fa anys, nombrosos estudis mostren com la pobresa, la desigualtat, l’explotació i la injustícia estan en els orígens de la mala salut i mort prematura que pateixen una gran quantitat de persones (Wilkinson, 1990, 1992; CAPS, 2002; Regidor, 2002; López, 2005; Wilkinson i Pickett, 2009). Les malalties no cauen del cel, estan profundament determinades per l’estructura social, política i econòmica en la que vivim. L’estudi de la distribució de la mortalitat, la morbiditat segons classe social, nivells d’educació, gènere, ètnia... ens permeten desvetllar els determinants socials de la malaltia i posar en evidència la debilitat científica de la ideologia dominant segons la qual emmalaltir o morir estaria condicionat principalment per la nostra herència genètica³¹, els

³¹ Sense anar més lluny, encara es recorda l’escandalós comentari del 25 d’octubre del 2011 quan el conseller de sanitat del govern de Catalunya de Convergència i Unió, Boi Ruiz, va manifestar en una entrevista que “la salut és un bé privat i depèn d’un mateix i no de l’Estat, ja que aquesta depèn del codi genètic, dels seus antecedents familiars i dels seus hàbits”, veure a: <http://www.diaridegirona.cat/tema-dia/2011/10/26/boi-ruiz-considera-que-salut-no-depen-lestat-privat-cadascu/524969.html> (darrera consulta: 22/08/15). La tempesta que va desencadenar va ser majúscula i fins i tot Amnistia Internacional va emetre un comunicat recordant que el dret al més alt nivell possible de salut, tant física com mental, és un dret contingut en nombrosos instruments internacionals de drets humans, dels quals l’Estat espanyol n’és part, i per tant, està obligat a complir-los.

nostres hàbits de salut “lliurement” escollits (fumar, beure, fer exercici, menjar bé...), el descobriment d’una nova tecnologia mèdica, etc. (Segura del Pozo, 2013).

Les paraules d’un dels estudiosos de les desigualtats socioeconòmiques en la salut com es Vicente Ortún no admeten tampoc gaires dubtes:

“La situación socioeconómica de una persona, su clase social, medida a través de la renta, la educación, la profesión o alguna combinación de las anteriores, crea mayores diferencias en el estado de salud (mortalidad y morbilidad) entre las personas que cualquier otro factor de riesgo conocido (como el tabaco).” (Ortún, 2000: 65).

L’OMS, en l’informe Whitehead (1990), considera les següents situacions a partir de la interacció de diversos factors i que es concreten en set determinants de la salut: 1) la variació natural biològica que fa diferents als individus i que no es considera desigualtat; 2) el comportament perjudicial per a la salut, identificat en l’estil de vida que pel fet de ser escollit “lliurement” tampoc es considera desigual; 3) l’anomenat “avantatge sanitari”, que es refereix a l’adopció de comportaments saludables per part d’un grup, front a d’altres que no els adopten malgrat que en tenen l’oportunitat. Aquesta última situació tampoc es considera indicativa de desigualtat.

Els quatre darrers si que s’identifiquen com a generadors de desigualtat en la salut, i són els següents: 4) els comportaments que atempten contra la salut i no depenguin de l’elecció de l’individu, ja que la seva capacitat està restringida; 5) l’exposició a condicions de vida i treball poc saludables i estressants; 6) la manca d’accés a la sanitat i a altres àmbits públics bàsics; 7) la selecció natural o mobilitat social relacionada amb la salut, que provoqui la tendència de les persones amb disminució o discapacitat a perdre nivell social. Es pot veure que aquesta classificació presenta un component d’elecció individual, al que segons alguns autors no s’hauria de donar resposta des de les institucions públiques, ja que forma part de les parcel·les d’intimitat de l’individu. I aquí també entrariem a analitzar fins a quin punt les opcions de comportament respecte a la salut poden estar restringides a condicionants socials i econòmics (Pérez, 2006) i no a una “lliure” voluntat.

El que és greu i pot qualificar-se d’injustícia, com assenyala també Amartya Sen (2002), és que alguns no poden tenir l’oportunitat d’aconseguir una bona salut degut a acords socials, i no a una decisió personal de no preocupar-se particularment per la seva salut. Una malaltia que no és

previnguda per motius socials (per exemple, per la pobresa) i no per motius personals té una repercussió particularment negativa en la justícia social. Quan les tres quartes parts de la humanitat no disposen de l'opció d'escollir amb llibertat factors tan directament relacionats amb la salut com una alimentació adequada, viure en un ambient saludable o tenir un treball digne, podem dir que en un sentit molt precís la salut no l'escull qui vol, sinó qui pot (Benach et al. 2008). El nivell de salut i/o malaltia d'una població depèn en gran mesura del desenvolupament econòmic, dels avenços mèdics i de la prestació de l'atenció sanitària, i mai com fins ara ha existit un món tan ric, amb tants coneixements sanitaris i, malgrat tot, les desigualtats dels individus en salut i atenció sanitària van augmentant progressivament. I això no es produeix per atzar, sinó que hi ha una sèrie de determinants socials que comporten una mala salut: el tipus de treball, el context ambiental, l'exclusió social, la situació econòmica, la discriminació racial, etc. (Bleda, 2005).

La desigualtat en salut es considera, per tant, un concepte amb implicacions ètiques i morals. I “si una diferència és innecessària, evitable i injusta es tracta de desigualtat, i per tant si es considera com a meta ideal la igualtat en salut, observarem els resultats que ens identifiquen desigualtats i ens encaminarem a la seva reducció” (Pérez, 2006: 17). Però parlar de reducció en desigualtats seria parlar de polítiques, i de polítiques en parlarem en el capítol cinquè. Abans però farem un repàs dels principals estudis històrics sobre les desigualtats socials en salut.

3.2. Els estudis històrics sobre les desigualtats en la salut

Farem un breu repàs històric sobre l'estudi de les influències de les circumstàncies socials i econòmiques dels individus sobre la salut, malgrat que, segons Regidor:

“el progrés en el coneixement d'aquesta àrea s'ha produït fonamentalment en els darrers 25 anys degut a les investigacions realitzades en els països desenvolupats durant aquest període. Totes les investigacions assenyalen que els individus que pertanyen als estrats socioeconòmics baixos tenen major freqüència de problemes de salut i major risc de mortalitat per a la majoria de causes de mort que els individus que pertanyen als estrats socioeconòmics alts” (Regidor 2002: 9).

Hipòcrates (Grècia, 460-332 a. n. e.) és una de les primeres referències que va relacionar les malalties amb el mitjà en el què vivim. En el seu tractat *Sobre els aires, aigües i llocs* deia que “qui

desitgi estudiar correctament la ciència de la medicina haurà de procedir de la següent manera: (...) informar-se sobre la situació geogràfica de les ciutats respecte els vents, l'efecte del canvi de les estacions, la qualitat de les aigües, els costums dietètics dels seus habitants, etc. (...)”. El gran mèrit d’Hipòcrates va ser desenvolupar un sistema racional basat en l’observació i l’experiència per a l’estudi de les malalties, les causes de les quals les atribuïa a fenòmens naturals i no a intervencions divines o a fenòmens de tipus màgic o religiós. Van ser els hipocràtics, ens recorda Martí (1995), els que varen constatar el desigual repartiment de les malalties: els nobles escites que passaven la vida muntats a cavall patien impotència, malaltia rarament constatada fora dels membres de la noblesa.

Caldrà avançar un grapat de segles, fins el segle XVIII, per a trobar-nos estudis que relacionin les malalties amb el treball i la professió, com va ser el cas de Bernardo Ramazzini (considerat el pare de la salut laboral) que en el 1700 a Florència va publicar “*De morbis artificum diatriba*”, en el que examina les malalties professionals de 41 tipus d’ocupacions, ressaltant el paper dels factors socials en la creació de malaltia³². L’any 1790, Johan Peter Frank, en una dissertació anomenada *De populorum miseria: morborum genitrice* (la misèria del poble, mare de les malalties) apuntava que les classes socials emmalalteixen de forma diferent segons les condicions de vida, i que la salut està molt relacionada amb el sistema econòmic i l’ordre social en què es viu, afirmant que per a canviar aquesta situació calen reformes socials i econòmiques (Benach i Muntaner, 2005:33).

Als segles XVIII-XIX, en plena Revolució industrial, es fa palesa la relació que hi ha entre l’aparició de malalties infeccioses i la concentració demogràfica de grans masses de població treballadora, vingudes del camp a la ciutat, i vivint en condicions de massificació, explotació i insalubritat. Apareixen alguns estudis importants com el de Louis Villermé a França sobre les condicions de vida dels nens a les fàbriques de l’any 1840, o el de Edwin Chadwick a Gran Bretanya el 1842. Villermé observa l’excés de mortalitat en les famílies d’obers assalariats en les fàbriques de teixits i filats de cotó a Mulhouse en comparació amb les famílies dels gerents de les fàbriques. Chadwick va observar com a Liverpool l’esperança de vida era diferent per a l’aristocràcia, els comerciants o els obrers, i va identificar la insalubritat com la font de malalties i va proposar una política de sanejament.

³² Veure a Segura del Pozo (2013) un llibre on s’ofereix una breu història dels antecedents històrics de la preocupació per les desigualtats socials en la salut

Rudolf Virchow va investigar els brots de malalties infeccioses a l'Alta Silèsia i a Berlín, i va concloure que la pobresa i les condicions de vida de la classe obrera, incloent l'alimentació, l'habitatge, l'accés a l'aigua potable i el clavegueram, són les responsables de les diferències en salut. A Catalunya també es va produir un interessant moviment higienista. L'higienisme va ser un corrent de pensament mèdic del segle XIX que estudiava la relació que hi ha entre els aspectes socials, culturals i econòmics i la seva influència sobre l'estat de salut de les persones. Una figura molt interessant i relativament poc coneguda a Catalunya va ser l'higienista català Pere Felip Monlau (1808-1871), de coneixements enciclopèdics, qui va ser director del departament psiquiàtric de l'Hospital de la Santa Creu i va contribuir a treure les cadenes dels bojos³³.

F. Engels va escriure l'any 1845 un gran llibre d'Antropologia i d'epidemiologia social: *La situació de la classe obrera a Anglaterra* (Engels, 1977) en el que descriu, després d'un treball de camp i d'observació, els riscos per a la salut dels obrers anglesos de mitjans del segle XIX.³⁴

Posteriorment, durant el segle XX, es va desenvolupar la revolució bacteriològica, amb Robert Koch com a descobridor del microbi de la tuberculosi, i això va infondre la idea que l'atenció mèdica a través del progrés de la farmacopea i la tecnologia sanitària, acabaria amb les principals malalties. La preocupació per les condicions de vida, pel sanejament dels barris obrers, l'exposició a tòxics en els llocs de treball o la jornada laboral ja no era un tema de la Medicina, era ja un assumpte polític de primer ordre, de lluites de classes socials.

La revolució bacteriològica va fer creure que amb vacunes i antibiòtics s'acabarien les principals malalties, però l'avançament de les malalties no infeccioses va posar en crisi el paradigma imperant.

³³ Per a un bon resum de la seva vida veure: <http://www.raco.cat/index.php/Gimbernat/article/view/44048/54063> (darrera consulta: 17/10/15).

³⁴ Crec que és prou il·lustrativa la dedicatòria del llibre com a exemple de treball d'observació:

“A LAS CLASES OBRERAS DE GRAN BRETAÑA

Trabajadores!

A vosotros dedico una obra en la que he intentado describir a mis compatriotas alemanes un cuadro fiel de vuestras condiciones de vida, de vuestras penas y de vuestras luchas, de vuestras esperanzas y de vuestras perspectivas. He vivido bastante tiempo entre vosotros, de modo que estoy bien informado de vuestras condiciones de vida; he prestado la mayor atención a fin de conocerlas bien; he estudiado los diferentes documentos, oficiales y no oficiales, que me ha sido posible obtener; este procedimiento no me ha satisfecho enteramente; no es solamente un conocimiento *abstracto* de mi asunto lo que me importaba, yo quería veros en vuestros hogares, observaros en vuestra existencia cotidiana, hablaros de vuestras condiciones de vida y de vuestros sufrimientos, ser testigo de vuestras luchas contra el poder social y político de vuestros opresores. He aquí cómo he procedido: he renunciado a la sociedad y a los banquetes, al vino y al champán de la clase media, he consagrado mis horas de ocio casi exclusivamente al trato con simples *obrer*os; me siento a la vez contento y orgulloso de haber obrado de esa manera...”

Malalties com el càncer, la diabetis, l'infart de miocardi, etc. no podien ser explicades des del model de l'únic agent responsable de la malaltia.

L'epidemiologia dominant va proporcionar el model de la multicausalitat. La teoria de la multicausalitat propugnava que les malalties cròniques tenien múltiples factors. El problema d'aquesta teoria és que no explicava la relació entre els factors i la seva jerarquia causal. Els factors socioeconòmics com la pobresa o l'atur eren situats al mateix nivell que els hàbits individuals de fumar o del sedentarisme, o de les característiques fisiològiques (hipertensió arterial, obesitat, colesterol...). Tots els factors individuals eren mesurats i posats en la caixa, on la relació entre uns i altres no era considerada important i era desconeguda (caixa negra). El que sortia de la caixa era la malaltia que era mesurada i comparada amb les mesures dels factors de risc individuals (Segura del Pozo, 2013:31).³⁵

El desenvolupament de mètodes estadístics d'anàlisi multivariant i de la informàtica van afavorir aquests estudis complexos. S'afavoreix una cultura epidemiològica centrada en el domini dels mètodes i es promou una fascinació per la matemàtica i l'estadística.

El pensament causal i l'aplicació del coneixement per a intervenir sobre les causes socials que generen la malaltia en la comunitat, es consideraven com elements aliens al camp de l'epidemiologia. El risc era concebut com individual (originat en cada individu, i no en el grup o la societat) i no es qüestionaven els mecanismes de producció de la malaltia, o sigui: les relacions entre les desigualtats econòmiques, l'explotació o els mecanismes de dominació amb els factors socioeconòmics; i d'aquests amb els hàbits de salut o les característiques fisiològiques, bioquímiques o immunitàries.

Als anys 60 i 70 del segle XX van aparèixer alguns autors que s'han considerat els epidemiòlegs socials. En el món anglosaxó destaquen gent com Susser, Graham, Rose o Syme. Molts d'ells van incorporar models i mètodes provinents del camp de la Sociologia o de l'Antropologia. Un llibre destacat del mateix Susser va ser *Sociology in Medicine* (1962) en el que es fa un esforç d'aproximar

³⁵ La metàfora de la "Caixa negra" en Epidemiologia representa un model amb el que es representa un fenomen en el que els processos interns estan ocults a l'observador, i suggereix que l'Epidemiologia ha de limitar-se a cercar aquelles parts en les que és possible intervenir efectivament, trencant la cadena causal i fent innecessari conèixer tots els factors intervinents en l'origen de la malaltia. Actualment aquest és el model predominant en Epidemiologia (López, Garrido i Hernández, 2000)

les ciències socials a les mèdiques. Posteriorment a aquests autors han aparegut autores com Nancy Krieger, deixeble de Susser, que fa anys que es dedica als estudis de desigualtats socials en salut, especialment enfocats a integrar classe i gènere (La Parra, 2002).

3.2.1. El Black Report

L'informe Black (Black report) està considerat en Epidemiologia social un abans i un després. Cal recordar que va acabar sent un *best-seller*, fet força curiós tractant-se d'un informe oficial de l'administració pública. L'estudi va ser encarregat pels laboristes britànics l'any 1977, però el va rebre l'any 1980 la primera ministra conservadora Margaret Thatcher. Pel fet de qüestionar de forma directa l'equitat del sistema de salut i de les polítiques públiques, va provocar un terrabastall entre la societat britànica. La finalitat de l'informe era analitzar l'evidència nacional i internacional sobre desigualtats socials en salut i recomanar polítiques públiques al govern. Quines van ser les conclusions d'aquest informe? Es va concloure que al Regne Unit hi havia unes diferències marcades en les taxes de mortalitat de les classes ocupacionals en ambdós sexes i en totes les edats. El risc de morir segons la classe és major en les classes socials més baixes. Què deia el grup de treball de l'informe? Que els factors socioeconòmics com ingressos, atur, medi ambient, educació, habitatge, transport i estils de vida, que afecten a la salut, havien quedat fora de l'àmbit de les polítiques de salut. Per tant, l'enfocament sobre les desigualtats de la salut estava basat en una explicació estructuralista.

Una de les recomanacions era que les millores de salut no depenien només de l'acció del sistema sanitari: es recomanava millorar les condicions materials de vida (millora dels ingressos, més guarderies, millora dels habitatges, de les condicions de treball, etc.) i dels grups més pobres (especialment dels grups de nens, discapacitats i vells). Les reaccions conservadores van ser que les propostes no eren realistes, i es van posar en dubte les conclusions de l'estudi, qüestionant-ne la metodologia.

La novetat de l'estudi era que el sistema basat en l'estat del benestar social construït després de finalitzar la Segona Guerra Mundial estava permetent dinàmiques de desigualtats que es reflectien en la salut. Havien millorat les taxes de mortalitat de les classes altes, però menys les de les classes baixes. La taxa de mortalitat del Regne Unit havia passat de ser la cinquena millor l'any 1960 a ser la 15a. el 1978, per darrera de Hong-Kong i Singapur. Les implicacions del Black Report són diverses: es destaquen diferents desigualtats socials en salut utilitzant com a indicador la classe

social ocupacional. I s'arriba a la conclusió que la mortalitat dels estrats socials més baixos era més de dues vegades superior a la dels estrats socioeconòmics més alts. Aquesta enorme prevalença en la població més pobra es trobava en totes les causes de mort (amb algunes excepcions, com el càncer de mama).

El Black Report proposava quatre explicacions possibles als resultats obtinguts: 1) problemes en la construcció d'indicadors, 2) processos naturals i socials de selecció, 3) elements culturals o conductuals i 4) factors materials i estructurals. Resulta instructiva l'anàlisi de cadascun dels factors. Pel que fa als problemes en la construcció d'indicadors, de manera que la classe social es els autors consideren la possibilitat que els resultats es deguin en part, però mai completament, a errors de tipus metodològic relacionats amb la pròpia qualitat de les dades. Quant als processos naturals i socials de selecció, s'invertirien els factors explicatius, convertiria en la variable dependent i la salut en la variable independent. La idea defensada és que hi hauria desigualtats en salut degut al fet que la gent amb pitjor salut tendeix a descendir en l'escala social, mentre que les persones saludables milloren la seva posició. Els autors del Black Report van assenyalar que, malgrat que en part això pogués ser així, aquest aspecte només explicaria una mínima fracció de les desigualtats trobades. D'altra banda, també seria difícil distingir entre la selecció directa provocada per la salut (o sigui, la mobilitat social provocada únicament per motius de salut) o la selecció indirecta en la que la mobilitat social s'explica per factors relacionats amb la salut i la classe social, com seria el cas de l'educació. Ara bé, malgrat que els processos de selecció no semblen explicar sinó una part petita de les desigualtats socials en salut, no deixa de ser un aspecte clau quan es tracta de donar compte dels processos de mobilitat social, al qual els investigadors no han prestat suficient atenció. L'empobriment de les persones pot lligar-se a motius de salut, en especial en aquells països en els que no existeixen xarxes de protecció per part de l'Estat o en els que la família no proporciona un teixit integrador suficientment sòlid.

Respecte al tercer aspecte que fa referència als estils de vida, el Black Report es refereix a la importància dels aspectes culturals i conductuals en la salut. L'estil de vida d'una persona afecta als riscos d'emmalaltir i morir. Fumar, beure alcohol, el tipus d'alimentació i la realització d'exercici han estat apuntats com a factors molt directament relacionats amb la salut. Les desigualtats socials en salut s'explicarien segons aquesta línia degut a que els diferents grups socials tenen diferents conductes de risc determinades fonamentalment pel seu nivell educatiu. Les classes baixes tendeixen a fumar més, a beure més, a tenir una dieta menys equilibrada i a realitzar menys exercici

físic.³⁶ Una altra tendència pel que fa als estils de vida és la propensió a considerar-los factors estrictament culturals. Això s'hauria d'esmenar en la mesura que l'exercici d'un estil de vida depèn també del fet que estiguin disponibles els mitjans materials per a poder exercir-lo. Per exemple, la composició de la dieta pot dependre de factors tan estructuralment marcats com el volum de renda familiar, la disponibilitat de temps o l'oferta de productes que es tingui al barri. Les persones que tenen poc temps lliure degut als llargs horaris laborals, familiars o d'estudis tindran més tendència a menjar aliments de ràpida preparació.

Sobre els factors materials i estructurals, segons els autors és la que gaudeix de més força explicativa. Els autors de l'informe indiquen que malgrat que el creixement econòmic ha augmentat l'estàndard de vida de la població, encara hi ha grups socials que es veuen enfrontats a problemes d'escassetat, i per tant el creixement econòmic no ha acabat amb les diferències de classe social, i la pertinència a una determinada classe social condiciona les oportunitats materials disponibles, i per tant el nivell de salut.

Posteriorment a l'informe Black Report anglès, d'altres informes a Anglaterra han obtingut resultats similars. Al Regne d'Espanya se n'han realitzat alguns, destacant de forma particular l'informe de Navarro i Benach sobre desigualtats en salut (1996).

3.2.2. Informe de la comissió dels determinants socials de la OMS (2008)

Entre els anys 2005 i 2008 a l'OMS va funcionar una comissió sobre els determinants socials de la salut que va realitzar estudis i recomanacions per tal d'incorporar les desigualtats en salut en l'agenda central dels països, i de la pròpia OMS (Ortiz et al, 2007). A partir dels treballs d'aquesta comissió es va publicar el conegut informe.

En l'Informe de la Comissió de Determinants Socials de l'OMS del 2008 -que va tenir un impacte mundial molt considerable- es va posar de manifest que "l'acumulació tòxica de factors socials injustos i evitables, com la desigualtat econòmica, la precarietat laboral, la contaminació ambiental, la inseguretats alimentària, no tenir un habitatge digne o la manca de participació i democràcia danya

³⁶ Cal recordar que això està fet a la societat anglesa de fa trenta anys, doncs a Barcelona per exemple, les dones de classe alta fumen més que les de classe baixa i els homes de classe alta i baixa no tenen diferències en el consum excessiu d'alcohol (Borrell et al, 1999).

la salut i crea iniquitats” (OMS, 2008b). La Comissió esmenta com a "causes de les causes" de la salut i la iniquitat en salut a determinants com: l'existència de sistemes de pensions, el nivell educatiu, les desigualtats entre homes i dones (el treball reproductiu i en especial la violència contra les dones) i la participació social i política.

La realització pràctica de la justícia social no és només una qüestió ètica o de filosofia política, sinó de vida i mort. "La combinació nefasta de pobres polítiques socials i circumstàncies econòmiques injustes està matant la gent a gran escala", va afirmar el president de la Comissió de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), Sir Michael Marmot, en la presentació de l'Informe sobre Determinants Socials de la Salut. Després de tres anys de treball i d'elaboració de molts treballs preliminars, reunions i discussions es va presentar l'informe final d'aquest organisme on es reflecteixen les seves principals conclusions i recomanacions. El document recull que "no hi ha raons biològiques" perquè l'esperança de vida variï fins a més de 40 anys d'un país a un altre, o en diverses desenes d'anys en una mateixa ciutat depenent del barri on visqui una persona. Les condicions socials en les quals la gent neix, viu i treballa són el determinant més important per tenir una bona o mala salut, o una llarga vida productiva o una de curta i miserable. El document entén per determinants de la salut "les circumstàncies en què les persones neixen, creixen, viuen, treballen i envelleixen, així com els sistemes establerts per combatre les malalties" (OMS, 2008b:1).

El nombre de persones que ha intervingut en aquest informe ha estat molt nombrós: científics, experts de l'OMS i altres organismes de l'ONU, polítics i també membres de diferents ONG. El director de la Comissió, l'epidemiòleg britànic d'origen australià Michael Marmot, ha estat acompanyat per un ampli grup de comissionats del món de la política i la ciència entre els quals s'inclou l'expresident de Xile Ricardo Lagos, el senador italià Giovanni Berlinguer i el Premi Nobel d'Economia Amartya Sen. També han jugat un paper molt important les anomenades "xarxes de coneixement" o grups d'investigació que han realitzat el treball de resumir el coneixement científic disponible en àrees específiques com les relacions d'ocupació, el gènere, l'urbanisme, l'exclusió social, etc., així com de suggerir recomanacions polítiques que puguin ser avaluades pel director de la Comissió i els comissionats per escriure l'informe final.

a) *La desigualtat en salut és la pitjor epidèmia del nostre temps*

L'impacte de la desigualtat social en la salut és terrible. En l'informe hi ha molts exemples sobre desigualtats socials en el món.³⁷ En citarem alguns: una nena de Lesotho, a Sudàfrica, té una esperança de vida que és la meitat de la d'una nena nascuda al Japó. El risc que una dona sueca mori durant l'embaràs o el part és d'un entre 17.400, mentre que el d'una afganesa és d'un entre vuit. A Uganda, 200 de cada 1.000 nens nascuts a les llars més pobres moriran abans del seu cinquè aniversari, mentre que als països rics només moriran set de cada 1.000. Si tot el planeta aconseguís arribar al nivell de mortalitat infantil que té Islàndia (la més baixa del món l'any 2002), cada any podria evitar la mort d'uns 12 milions de nens. Les diferències també s'aprecien clarament dins d'un mateix país. Així, a Bolívia la taxa de mortalitat infantil dels nadons de mares que no han cursat estudis supera els 100 per 1.000, mentre que la dels nadons de mares que tenen almenys educació secundària és inferior al 40 per 1.000. A Austràlia, l'esperança de vida dels aborígens és de 59,4 anys per als homes i de 64,8 per a les dones, edats molt inferiors a la dels australians no aborígens (76,6 i 82 anys, respectivament). També els problemes de salut mental apareixen correlacionats amb la precarietat en l'ocupació (contractes de treball temporal, treball sense contracte i treball a temps parcial) i l'estrès laboral està relacionat amb el 50 % de les cardiopaties coronàries.

b) *Orígens de la Comissió*

Al maig de 2004 la 57a. Assemblea Mundial de la Salut, òrgan decisorí suprem de l'OMS, va analitzar els principals problemes de salut de la humanitat: malalties com les cardiopaties, la diabetis, el càncer o l'obesitat, la manca d'accés a serveis de salut, el tabaquisme, els accidents de trànsit, els problemes de salut mental, el control del VIH / SIDA, o la possible eradicació de diverses malalties infeccioses. Al costat de la posada en marxa de moltes estratègies i resolucions, el llavors director general de l'OMS, el coreà Lee Jong-Wook va anunciar també la creació d'una "Comissió sobre determinants socials de la salut" que reunís l'evidència existent sobre les causes socials (per exemple, polítiques i econòmiques) que generen les desigualtats en salut i sobre les possibles formes de reduir-les. Els principals objectius de la Comissió es podrien enunciar així: recollir i resumir la informació científica disponible sobre la manera en què factors socials com les relacions d'ocupació, la globalització, els serveis sanitaris, l'exclusió social, el gènere, l'ambient urbà o el desenvolupament infantil generen desigualtats de salut en el món sencer. Un altre objectiu no menor seria poder fer recomanacions polítiques per a la seva reducció.

³⁷aquest informe es pot consultar a http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf (darrera consulta: 12/09/15)

c) Les causes de la salut i la desigualtat són múltiples

Per a la que podem denominar "ideologia biomèdica dominant" les principals causes que en l'actualitat produeixen els problemes de salut –i per extensió la desigualtat en salut– tenen a veure amb les causes genètiques, però hi ha poques malalties purament genètiques i només afecten a un percentatge de la població molt reduït. La predisposició genètica quasi mai produeix efectes inevitables i els factors biològics interactuen amb l'ambient, de manera que un desavantatge inicial de tipus genètic pot ser habitualment compensat mitjançant polítiques socials o sanitàries adequades. Les "eleccions personals", com les pràctiques dietètiques o l'hàbit de fumar, no vénen de les eleccions estrictament personals i lliures. Uns 4.500 milions d'éssers humans no disposen de l'opció d'escollir lliurement la seva alimentació, viure en un ambient saludable o tenir un treball gratificant. Com hem esmentat anteriorment, la salut no l'escull qui vol, sinó qui pot (Benach et al. 2008).

En un altre pla, convé assenyalar que, malgrat la importància de l'accés i qualitat dels serveis sanitaris, tampoc són els serveis sanitaris el factor fonamental que genera les desigualtats en salut. Les causes fonamentals es troben en una altra part: en el complex entramat de factors econòmics i polítics presents a cada comunitat³⁸. En general, afecta sobretot als grups més explotats, oprimits o exclosos de la societat. És a dir, als treballadors i treballadores més pobres, a les classes i sectors socials més explotats (per exemple, en situació d'atur i de precarietat laboral). Les desigualtats es produïrien perquè les classes socials més baixes estarien més exposades a situacions menys saludables que les classes socials altes. Les classes socials més baixes treballen en ocupacions que estan més sotmeses a factors de riscos físics, químics i psicosocials, resideixen en habitatges de menys qualitat i viuen en àrees amb més contaminació ambiental (Davey Smith et al. 1996). I és també entre els sectors socials més oprimits, per exemple en els casos de les dones pobres aturades que viuen soles amb els seus fills, en els aturats sense recursos, o en els immigrants il·legals més pobres als que se'ls nega el treball; també és entre els exclosos, persones sense sostre o en situació de greu marginació social, on es troben els pitjors indicadors de salut, com posa de manifest l'informe.

³⁸ Carles Muntaner i Joan Benach són directores de la Red de Condiciones de Empleo y Desigualdades en Salud, que forma part de la Comissió de Determinants Socials de Salut de la OMS.

d) Crida urgent als governs

Els autors de l'informe insten els governs, a la societat, a l'OMS i a altres organitzacions a unir-se per adoptar mesures encaminades a millorar la vida dels ciutadans i plantegen l'objectiu d'aconseguir l'equitat sanitària en el lapse d'una generació. Però si continuem com fins ara, no tenim cap possibilitat d'aconseguir-ho. Plantegen que s'han de millorar, com a primera mesura, les condicions de vida i lluitar de manera decidida contra la distribució desigual del poder, els diners i els recursos. En l'informe es constata que uns 200 milions de nens al món no es desenvolupen plenament. I això té enormes conseqüències per a la salut. “Una bona alimentació és fonamental i comença a l'úter matern, el que exigeix que la mare s'alimenti correctament. El desenvolupament de la primera infància determina de forma decisiva les oportunitats en la vida d'una persona i la possibilitat de gaudir de bona salut” (OMS, 2008b:5).

D'altra banda, el lloc on viu la gent afecta la seva salut i les seves possibilitats de tenir una vida pròspera. Per això, plantegen que “per assolir l'equitat sanitària és essencial que hi hagi comunitats i barris que tinguin accés a béns bàsics, gaudeixin de cohesió social i hagin estat concebuts per promoure el benestar físic i psicològic i protegeixin el medi ambient”. Actualment, quatre de cada cinc persones al món no disposa de cap sistema de seguretat social. Els autors recorden que l'atenció sanitària “és un bé comú, no un producte comercial”, de manera que recomanen finançar el sistema sanitari “mitjançant impostos o una assegurança universal obligatòria” (OMS, 2008b:12). La combinació tòxica de factors socials, mostra la Comissió, danya la salut de les persones en pitjor situació social i agreuja també altres factors de risc ja que, per exemple, les classes socials més pobres tenen menys recursos i oportunitats d'alimentar adequadament, fumen i beuen en excés amb més freqüència a causa del seu estrès, els seus serveis sanitaris són més incomplets i de menor qualitat. Tot això fa mal a la seva biologia, genera malaltia i augmenta el risc de morir. La investigació de la Comissió també mostra com la hipercolesterolèmia o la diabetis són més freqüents entre les classes socials pobres i com també es produeixen amb més freqüència entre elles les alteracions genètiques que produeixen un major nombre de càncers i malalties.

e) Perspectives de l'informe

Tot i les dades aclaparadores que s'exposen a l'informe i la rellevància que pugui tenir aquest treball quant a reconèixer que hi ha desigualtats en salut que es produeixen fonamentalment per causes econòmiques i polítiques, així com que també podem actuar políticament per canviar aquesta realitat, és difícil poder pensar que en un context com l'actual de crisi hipotecàries i financeres, de

dedicació de milers de milions al rescat de la banca, de tancament o ajustos d'empreses i de pèrdues de milers de llocs de treball, aquest informe acabi tenint un paper molt important en l'agenda política de la majoria de governs.

L'impacte que pugui tenir un informe com aquest dependrà de molts factors, òbviament, però cal reconèixer que en comparació amb molts informes anteriors de l'OMS, en aquest s'arriben a dir algunes coses bastant clares, sense tantes ambigüitats (molt característic d'aquests informes), com per exemple: “Aquesta distribució desigual d'experiències perjudicials per a la salut no és, en cap cas, un fenomen "natural", sinó el resultat d'una nefasta combinació de polítiques i programes socials deficientes, arranjaments econòmics injustos i una mala gestió política”. I les orientacions també són concises: “la comercialització de béns socials essencials com l'educació i l'atenció mèdica genera iniquitat sanitària. La prestació d'aquests béns socials essencials ha d'estar regida pel sector públic i no per la llei del mercat”. O també, podem trobar-hi més endavant: “A mesura que augmenta la globalització i la interdependència entre els països, els arguments a favor d'una estratègia mundial en matèria d'impostos cobren més pes”. Ara bé, “sense transformar l'estructura econòmica i política a nivell nacional i internacional, és a dir les desigualtats de poder i de recursos econòmics que tenallen el planeta, no serà possible reduir les desigualtats en salut. Per això cal començar per augmentar la igualtat social amb un repartiment més equitatiu de la riquesa i una redistribució més igualitària del poder internacional. (...) Necessitem per tant polítiques fiscals progressives i polítiques socials que redueixin l'atur, la precarietat laboral i la marginació i que incrementin l'accés i la qualitat de l'educació, l'habitatge i els serveis sanitaris entre els que més ho necessiten (...) si el que es vol aconseguir és que la població millori substancialment el seu nivell de salut i es redueixi la desigualtat, inevitablement caldrà fer front a interessos molt poderosos i canviar de forma dràstica la majoria dels sistemes polítics i econòmics actuals”. Unes paraules que exposen clarament quin és el camí per on hauran d'anar de veritat les millores per a la població. Una opció que no sembla que sigui la prioritat dels representants polítics, que han preferit optar pels rescats milionaris de la banca en detriment dels interessos dels més febles.

Sobre aquest informe i el seu impacte hi ha hagut algunes reaccions que cal examinar, doncs tenint en compte que ha estat un dels documents de més importància de les darreres dècades no ha deixat indiferent. L'informe ha rebut des de grans lloances fins a crítiques despietades i molt poques crítiques raonables. Aquí farem referència només a les crítiques; per simplificar, exposarem les que vénen de la dreta i les provinents de l'esquerra. Les valoracions més negatives de la dreta han estat

recollides en publicacions neoliberals i de pensament conservador del món acadèmic. Algunes de les crítiques s'han basat en: a) no tenir en compte el paper fonamental del creixement econòmic; b) s'han realitzat desqualificacions acadèmiques; c) es desacredita una de les conclusions de l'informe quan defensa la protecció social i la regulació de l'ocupació i el comerç; d) es crítica que no es plantegi la responsabilitat personal sobre la salut o el debat sobre les llibertats individuals.

La visió més d'esquerres, tot i valorar el treball exhaustiu de l'informe per reunir evidències dels determinants i les desigualtats, fer visibles les relacions entre desigualtats socials i desigualtats en salut, defensar serveis públics i a l'abast de tothom, etc. considera que no aporta grans novetats ni idees molt originals, com li critiquen des de la salut col·lectiva llatinoamericana o canadenca. També que, malgrat ser multidisciplinari l'enfocament, no queda prou clara la relació complexa entre els determinants, les causes i els factors. Es troba a faltar un anàlisi històric i geogràfic dels fenòmens i problemes tractats. Els processos explicats apareixen d'una forma "ahistòrica i asocial". Manca una referència a la crisi ecològica, la guerra i el militarisme i la classe social. Tampoc s'analitzen els processos polítics i de participació social, es nota a faltar un anàlisi més polític, el paper de "les causes de les causes de les causes" (Benach et al., 2012).

3.3. La mesura de les desigualtats en salut

Dues són les tradicions d'investigació científica utilitzades en l'estudi de les desigualtats en salut: una és la que pren com unitat d'anàlisi als individus i l'altra la que analitza grups de població circumscrits a àrees geogràfiques determinades. Amb la primera es poden estudiar els estats de salut de les diferents classes socials utilitzant una enquesta de salut. En el segon cas, a partir de l'associació entre estadístiques i altres indicadors socials es poden estudiar les desigualtats entre determinades regions pel que fa per exemple a esperança de vida o mortalitat. En cada tipus d'investigació cal precisar els aspectes metodològics: el disseny de l'estudi i la dimensió temporal; els indicadors sanitaris i socials, mitjançant els quals podrem concretar conceptes tant difícils com la salut o les característiques dels grups socials; i els mètodes de mesura, mitjançant els quals quantifiquem les desigualtats en salut (Navarro i Benach, 1996). Pel que fa a la dimensió temporal, en aquest camp poden ser estudis de tipus de transversal (enquestes de salut o ecològiques on s'observen al mateix temps les característiques socials i sanitàries) o longitudinals, en els que s'estudia l'evolució de la salut d'una població o cohort, composta per grups socials de característiques diferents, al llarg del temps.

Els indicadors de salut poden agrupar-se en les categories d'estat de salut (mortalitat, morbiditat o percepció subjectiva de salut), els hàbits i conductes relacionades amb la salut; i l'ús, accés i qualitat dels serveis sanitaris. Entre els més utilitzats en relació a la mortalitat hi haurien els de mortalitat estandarditzada i comparativa, la raó d'anys potencials de vida perduts, les taxes específiques per edat i sexe, l'esperança de vida, l'esperança de vida lliure d'incapacitat; quant a la morbiditat: la valoració subjectiva de l'estat de salut, el fet de patir malalties cròniques o limitacions en l'activitat quotidiana, o l'haver patit malalties de tipus agut. Entre els hàbits i conductes relacionats amb la salut hi haurien els hàbits de fumar, beure alcohol, la pràctica d'esport o el tipus de dieta; pel que fa als serveis sanitaris: nombre de visites als metges, al dentista, ingressos a l'hospital, etc. La mesura de les desigualtats pot centrar l'atenció en la pròpia salut o fer-ho en l'ús i el finançament dels serveis sanitaris. No obtindrem segurament els mateixos resultats si ens orientem a la reducció de l'alcoholisme o el tabaquisme que a la construcció d'un hospital per exemple. El més comú és que les intervencions es centrin en grups d'edat, en reduir les desigualtats de malalties determinades o en millorar la qualitat dels serveis de salut. La metodologia emprada per a detectar les desigualtats o les necessitats dels més desfavorits condicionarà les estratègies (Solé i Rodríguez, 2008).

3.4. Els models dels determinants de la salut i les vies que porten a les desigualtats en salut

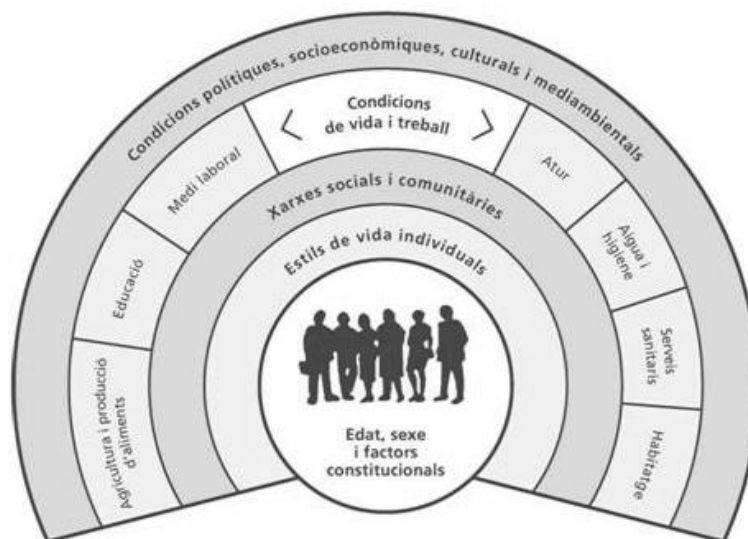
Diversos autors han proposat models conceptuals en els que integren el conjunt de factors que incideixen en la salut. En els darrers anys se n'han elaborat alguns on es fan explícits els nexes entre els diferents tipus de determinants socials de la salut. Aquests models no sols pretenen demostrar l'associació entre els determinants socials i la salut, sinó també intervenir sobre aquests determinants per millorar la salut de la població. Alguns models força influents han estat el de Dahlgren i Whitehead (1991), el de Diderichsen i Hallquist (1998, posteriorment adoptat per Diderichsen, Evans i Whitehead a l'any 2001), Mackenbach (1994) i el de Marmot i Wilkinson (1999). Es tracta de models que han tingut cert èxit en mostrar com els determinants socials de la salut contribueixen a generar les desigualtats de salut entre grups en la societat. Existeixen diferències importants entre els models: alguns passen per alt l'efecte invers de la salut sobre la posició socioeconòmica, mentre que d'altres ho incorporen explícitament.

El model de Dahlgren i Whitehead (veure figura 3), amb les influències distribuïdes en capes, explica com les desigualtats socials són el resultat de les interaccions entre distints nivells de condicions causals, des de l'individu fins a les comunitats, arribant al nivell de les polítiques

públiques. Les persones es troben en el centre del diagrama amb les seves especificitats de sexe, edat i factors genètics que influeixen sobre el seu potencial de salut.

A mesura que ens allunyam del centre, ens trobem en els comportaments (estils de vida) personals. La gent més desafavorida tendeix a presentar una prevalença més gran de factors conductuals com fumar i una alimentació més deficiente. En la següent capa es representen les influències socials i de la comunitat. Aquestes interaccions socials i pressions influeixen sobre els comportaments personals. En el següent nivell trobem factors relacionats amb les condicions de vida i de treball, els subministres, l'accés a serveis essencials, etc. En aquest nivell és important el tipus d'habitatge, l'exposició a condicions de treball més estressants, l'accés als serveis, etc. Les condicions econòmiques, ambientals, culturals de la societat abasten els demés nivells. Aquestes condicions, com la situació econòmica i laboral del país, estan relacionades amb la resta de les capes.

Figura 3: Model dels determinants de la salut de Dahlgren i Whitehead (1991)



Font: Dahlgren i Whitehead (1991). Modificat per l'ASPB

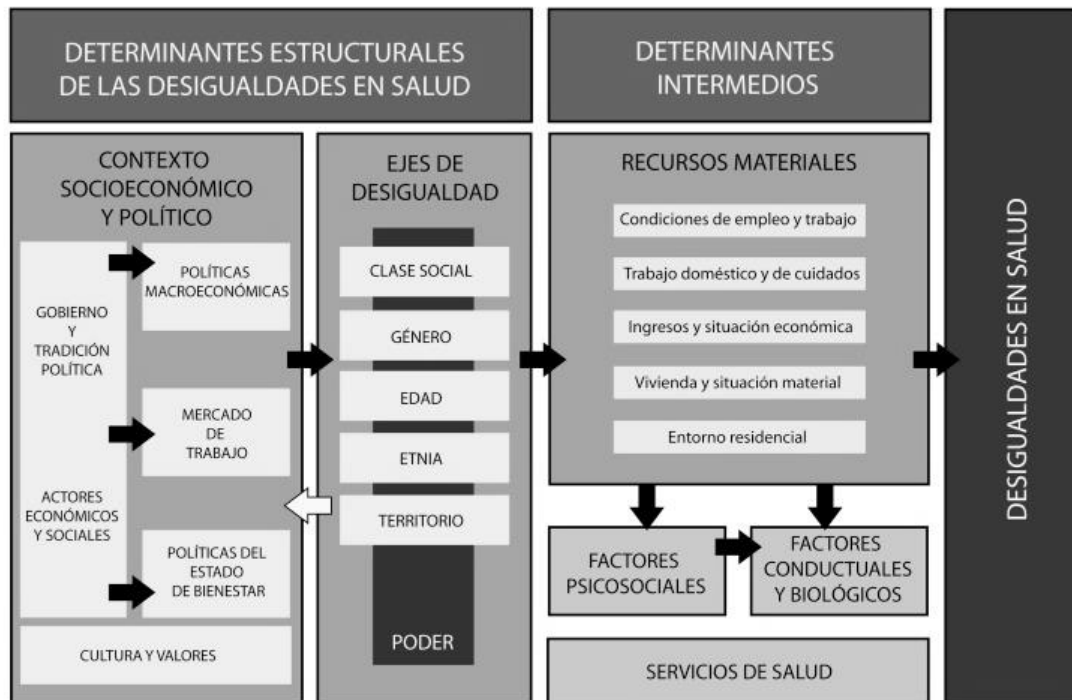
A part dels models que hem esmentat més amunt, existeixen altres models per explicar les causes o factors determinants de les desigualtats en salut. El model proposat per Orielle Solar i Alec Irwin per a la Comissió dels determinants socials de la salut de l'OMS té un marcat interès per aconseguir: a) recollir i integrar els mecanismes pels quals els determinants socials generen desigualtats socials; per b) indicar com els determinants principals es relacionen entre sí; c) proporcionar un marc per avaluar quins són els determinants socials de la salut que són més importants abordar; i d) projectar nivells específics d'intervenció i punts d'accés de polítiques per a l'acció en torn als determinants socials de la salut.

És important destacar en aquest marc conceptual els determinants estructurals on hi trobem les polítiques dels governs (més igualitàries, més conservadores, amb o sense corrupció, etc.) del país respectiu, el mercat de treball configurat en cada moment històric, els actors que disputen aquestes polítiques i les seves relacions de força (empresaris, bancs, sindicats, partits, moviments socials...), els valors de la societat, la cultura, etc.; i que a través dels eixos de desigualtat i poder (classe, gènere, edat, ètnia, territori) i dels determinants intermedis com les condicions de feina (tipus de contracte, control de la feina, horaris...), l'habitatge, el treball domèstic, els ingressos i la situació econòmica (que serien les vies que porten de les causes inicials a les desigualtats en salut), i juntament amb els factors psicosocials i biològics i el sistema sanitari, comportarà unes determinades desigualtats en salut.

La importància d'aquest model (veure la següent figura) és justament mostrar que la posició socioeconòmica té una influència en la salut, però que aquest efecte no és directe. La posició socioeconòmica té una influència sobre la salut a través dels determinants més específics o intermediaris. Aquests factors intermediaris són les condicions materials, com la situació laboral i l'habitatge (les condicions on es viu i treballa, l'ubicació, el barri, el veïnat...); circumstàncies psicosocials, com els factors estressants psicosocials (episodis negatius, deutes, mancances de suport social...); i també factors conductuals (estils de vida), com la dieta, l'exercici físic, fumar o beure. No podem oblidar els serveis sanitaris que també són un determinant important, i sobretot en èpoques de crisi com l'actual. Tot i així cal ponderar la importància de cadascun d'aquests determinants. L'impacte dels diversos determinants socials sobre l'estat de salut de la població s'ha arribat a estimar en percentatges: pel que fa als factors biològics i genètics, suposaria una importància d'un 15%; l'ambient físic d'un 10%; el sistema de salut un 25%, i l'ambient social i econòmic al voltant d'un 50% (O'Hara, 2005).

També cal tenir present les *diferències d'exposició* en magnitud, freqüència i modalitat que afecten a la salut. Aquesta pot ser important i crítica en determinats períodes com la infància i a la vegada s'acumula en el temps. Trobem les *diferències en la vulnerabilitat* en termes de condicions de salut, accés a recursos, serveis bàsics, etc. La vulnerabilitat social es presenta en etapes crítiques del cicle vital i s'acumula. I les *diferents conseqüències* de les mateixes exposicions i vulnerabilitats en l'àmbit social, econòmic i sobre la salut mateixa entre els distints grups socials.

Figura 4: Model dels determinants de la salut d'Orielle Solar i Alec Irwin



Font: Comisión para reducir las desigualdades en salud en España, 2010

El model suposa que les persones més properes a l'extrem inferior de l'escala social adopten amb més freqüència comportaments perjudicials per a la salut i amb menor freqüència comportaments que promouen la salut en comparació amb els més privilegiats (CDS, 2005). També cal recordar que les persones que pateixen mala salut ascendeixen en l'escala social amb menor freqüència, i en general descendeixen en l'escala social més que les persones sanes.

El conjunt de factors estructurals i intermedis s'anomenen els “determinants socials de la salut”; aquestes causes determinen –en el sentit que condicionen causalment de forma molt robusta– els estils de vida o les conductes de consum, ja sigui accés a bons o mals aliments o abusar de l'alcohol. Per tenir aquesta gran importància en la determinació de la salut de la població també se'ls anomena “les causes de les causes de les causes” (Benach i Borrell, 2014), o dit d'altra manera estem parlant del paper de la Política.

Per les polítiques determinades que es desenvolupen en un país concret finalment tindrem uns resultats en salut o uns altres, a través –com acabem d'esmentar- de la cadena causal i de tots els

mecanismes (tenir una bona feina o no, un habitatge en condicions, tenir deutes econòmics, viure en un barri contaminat, disposar d'un sistema públic o no de salut etc.) que hi intervenen.

3.5. Els eixos principals de la desigualtat social en la salut: la classe social, el gènere, immigració i territori.³⁹

Una exploració de totes les dimensions de la desigualtat social sobrepassaria amb escreix l'objectiu d'aquest treball de mostrar la relació, en general, entre les formes de vida social i la salut mental i, més en particular, del vincle fort entre les desigualtats socials i la salut mental. És per això que hem decidit circumscriure l'anàlisi a quatre eixos cabdals, que tot i no esgotar el problema són suficientment reveladors: la classe social, el gènere, la immigració i el territori. Ho fem assumint que hi ha d'altres eixos, com poden ser l'edat i l'ètnia, que poden jugar també un paper molt important, ja sigui pel que fa a les etapes primerenques de la vida (patir maltractaments, desnutrició, etc.) i, en el cas de l'ètnia (particularment en el cas de procedir de països pobres), per patir condicions més precàries en la majoria de les esferes vitals: el treball, l'habitatge o la vida en barris degradats, per citar-ne només algunes.

3.5.1. Classe social

Malgrat que no existeix un únic indicador que reflecteixi el concepte de classe social adequadament, la classe social és la categoria més important per explicar les desigualtats en salut a nivell individual (Navarro, Benach, 1996). La classe social és una de les millors mesures d'estratificació social, però per al seu ús en els estudis de desigualtats socials en salut el que hi figura és l'ocupació o el nivell educatiu o els ingressos, doncs no estem assignats a una classe social específica administrativament (Segura del Pozo, 2013).

Respecte a la classe social, l'estudi de l'estructuració de la societat a partir de les desigualtats existents entre les persones de diferents classes socials ha estat molt utilitzat en l'anàlisi sociològica de les relacions socials de les societats nascudes amb la Revolució Industrial. Entre els diversos significats de *classe* cal destacar els següents: en primer lloc, la classe es pot utilitzar per descriure els

³⁹ En el llibre de Benach i Borrell (2003:18) *Les desigualtats en la salut a Catalunya*, conegut en diferents àmbits com el Black Report català, es desenvolupen diversos eixos i estudis sobre les desigualtats socials i salut, malgrat es diu a la introducció que "els principals eixos de l'estudi són classe, gènere i territori".

grups situats en un ordre jeràrquic; en segon lloc, la classe pot ser usada per indicar prestigi o el nivell social; un tercer ús es basaria en la descripció de la desigualtat material; en quart lloc, per descriure la situació dels grups socials en funció de les seves desigualtats pel que fa a l'ocupació, nivell d'ingressos, etc. I, finalment, les classes han estat identificades com a forces socials potencials o reals amb capacitat per transformar la societat (Crompton, 1993).

Segons Marta Harnecker: “las classes sociales són grups socials antagònics en què un s'apropia del treball de l'altre a causa del lloc diferent que ocupa en l'estructura econòmica d'un medi de producció determinat, lloc que està determinat fonamentalment per la forma específica en què es relaciona amb els mitjans de producció” (Harnecker, 1975). L'indicador de classe social més utilitzat en els estudis empírics sociològics ha estat el de l'ocupació. Com recorden Borrell i Benach (2003), s'ha de diferenciar entre els esquemes que es basen en la descripció de l'estructura de classes dels esquemes conceptuals que intenten mesurar les relacions de classe. Entre els primers, hi hauria la classificació del *British Registrar General* i pel que fa als segons, destaquem la classificació de Goldthorpe, que es basa en la categorització de Max Weber, i la d'E.O. Wright que es basa en l'anàlisi històrico-conceptual de Marx.

L'enfocament de Weber sobre la classe social considera les classes com grups que comparteixen creences, valors i circumstàncies (oportunitats de vida). La posició de classe no està determinada principalment per les relacions de producció sinó per les oportunitats en el mercat lliure. Estudia els fenòmens de distribució (béns, habilitats i capacitats) més que de producció del sistema capitalista. L'estatus social dels grups es defineix pel seu “prestigi social” més enllà de les circumstàncies econòmiques. Aquí, els indicadors d'oportunitats de vida serien l'educació, l'ocupació i els ingressos.

Un dels autors que ha treballat més la relació que hi ha entre pertànyer a una determinada classe social i gaudir de més o menys salut mental és Carles Muntaner (2000, 2003, 2004). Aquest autor, des de perspectiva d'anàlisi de classe marxista d'E.O.Wright,⁴⁰ ha analitzat les relacions de control, autoritat, disciplina, dominació i demés que es donen en el lloc de treball entre els que hi prenen les decisions i els subordinats, i ha mostrat fefaentment com això acaba tenint conseqüències en la

⁴⁰ E.O. Wright ha renovat l'anàlisi marxista de classe social explicant com l'explotació contemporània té una especial complexitat, doncs gira al voltant de tres tipus de propietat: la dels mitjans de producció, els béns d'organització i els béns de qualificació. Investigadors destacats com Carme Borrell i Joan Benach, entre d'altres, també han desenvolupat en alguns articles aquest associació de classe social i salut mental. Veure: Muntaner, Borrell, Benach, Pasarin i Fernandez (2003)

salut mental, amb un augment de trastorns d'ansietat i més risc de depressions (Muntaner et al., 2004). Més endavant analitzarem amb algun detall algunes de les seves principals tesis.

3.5.2. Gènere

Com diu Izabella Rohlfis (Borrell i Benach, 2003: 182), la paraula gènere “s’ha utilitzat de manera indiscriminada, tant en la seva accepció correcta (per definir les relacions socials entre els sexes) com també com a sinònim *políticament correcte* de la paraula sexe”. Hi ha la constatació que a la majoria de societats, amb algunes variacions, es produeix una distribució desigual en funció del gènere entre el món de la producció i el món de la reproducció (àmbit domèstic-familiar) que és discriminatori per a les dones. Això implica que majoritàriament els homes realitzen el treball productiu fora de la llar (que és més reconegut socialment) i les dones s’encarreguin fonamentalment de les tasques relacionades amb la cura de les persones, un tipus d’activitats que no tenen tant valor social. Històricament, els sistemes econòmics han mantingut aquesta dualitat.

A la majoria de les societats occidentals la desigualtat es tradueix en una segregació laboral molt forta en funció del gènere en dos sentits: en sentit horitzontal (que es manifesta en el fet que les dones es concentren en uns pocs sectors de l’activitat econòmica, sobretot als serveis) i vertical, que provoca que les dones ocupen la majoria de les feines menys qualificades. D’altra banda la progressiva incorporació de les dones al món laboral no domèstic es realitza sense que puguin renunciar al treball i responsabilitats de les tasques de la llar, cosa que produeix tensió i conflicte. La necessària conciliació dels dos àmbits recau en les dones i els exigeix desenvolupar diferents formes d’adaptació, resistència i eleccions diverses (tant en l’àmbit domèstic familiar com el mercat laboral), situació que necessàriament tindrà conseqüències per a la seva salut (Borrell i Benach, 2003).

Les desigualtats en la salut sovint operen en el sentit perjudicial per a les dones, encara que també hi ha homes que pateixen aquests desavantatges. Les desigualtats de gènere no tenen efectes aïllats i interaccionen amb altres factors (classe social, ètnia, religió, etc.), cosa que implica que no totes les dones o tots els homes d’una societat determinada experimenten les desigualtats en salut de la mateixa manera. En els darrers anys s’han fet algunes investigacions que han mostrat clarament

aquestes diferències de salut i gènere;⁴¹ recentment també s'ha pogut determinar la seva relació amb la classe social en estudis (Malmusi, Vives, Benach, Borrell, 2015) que també mostren la prevalença d'una pitjor salut mental entre les dones ocupades que els homes (Enquesta salut de Barcelona, 2000).

3.5.3. Immigració

La immigració originada per causes econòmiques constitueix un factor productor de desigualtats, en particular si prenem com a referència els patrons de la població del país d'acollida. L'immigrant arriba al seu destí amb un nivell de salut que pot perdre progressivament en funció de les situacions que hagi d'afrontar⁴². Com apunta Beneduce (2002): “la vulnerabilitat de què és objecte l'immigrant no és un valor intrínsec a l'individu sinó una conseqüència de la seva condició de vida vinculada a limitacions socials, culturals, lingüístiques, polítiques, humanes, psicològiques, afectives i econòmiques entre altres”.

Segons Josep M. Jansà i Patricia García de Olalla, autors del capítol sobre “Desigualtats en la salut i la immigració” (Borrell i Benach, 2003), alguns indicadors permeten obtenir aproximacions sobre la mesura de les desigualtats en la salut dels immigrants estrangers. Sobresurten els següents: a) les pròpies particularitats de la zona d'origen que, en general, cal entendre com a diferències i no com a desigualtats; b) les conseqüències de les desigualtats socials i econòmiques entre els països (major prevalença d'algunes malalties infeccioses, dèficits en salut bucodental, pautes incompletes de vacunació, etc.); i c) trastorns vinculats al fet migratori (desnutricions o deshidratacions, esgotament físic i emocional, estrès, depressions i d'altres)⁴³. En una segona etapa poden aparèixer alteracions relacionades amb deficiències socials i econòmiques i limitacions en l'accés o l'ús dels serveis de salut (per exemple: evolució a malaltia d'infeccions latents com la tuberculosi, trastorns relacionats amb dèficits o descompensacions nutricionals, compliment de tractaments farmacològics, visites de control de l'embaràs, trastorns psico-afectius, entre d'altres). A partir de les evidències dels estudis realitzats, des de fa temps sabem que quan parlem de població immigrada necessàriament

⁴¹ En el llibre de *Les desigualtats en la salut a Catalunya*, coordinat per Carme Borrell i Joan Benach (2003), hi ha un capítol dedicat a les desigualtats de salut i gènere on es fa un recull de temes com l'esperança de vida, la morbiditat, les ocupacions, la salut sexual i reproductiva, etc.

⁴² La incertesa d'aquest col·lectiu sobre la situació laboral, sumada als baixos salaris, pot incrementar l'estrès i el risc de patir trastorns mentals, segons Porthé (2007).

⁴³ Sobre les conseqüències del fet migratori en la salut mental, darrerament en el nostre país per part d'alguns investigadors com el professor Joseba Achotegui s'està fent un treball considerable. Aquest autor ha posat un nom a un síndrome específic pels immigrants: *Síndrome d'Ulises* que seria un síndrome amb estrès crònic, múltiple i extrem. Veure Achotegui (2005)

hem de parlar també de la salut mental com un dels elements fonamentals en l'anàlisi de la salut d'aquestes poblacions. Per alguns autors com Achotegui (2000), les consideracions sobre el dol migratori, els aspectes transculturals i la mentalitat de cada individu constitueixen elements essencials. Segons aquest autor, per part de l'immigrant hi hauria fins a set tipus de dols o pèrdues bàsiques generadors de trastorns emocionals i psicològics inevitables: la pèrdua de contacte amb els familiars i amics del país d'origen; la pèrdua de la llengua materna; la pèrdua de la pròpia cultura; dels paisatges i la terra; la pèrdua del seu estatus social; la pèrdua del contacte amb el seu propi país entès com a grup o unitat poblacional i la sensació de pèrdua de la seguretat física. En un estudi sobre la salut mental dels immigrants, es detectaven puntuacions que denotaven una salut mental dolenta en el 28% dels immigrants. D'una utilització dels serveis de salut del 52% de la població immigrada, es mostraven un nombre de trastorns crònics elevats: depressions declarades en un 58% dels casos, 33% de mal d'esquena, un 37% de migranya, etc., que constituïen prevalences superiors a la les de la població autòctona de Barcelona (Enquesta de Salut de Barcelona, 2000).

3.5.4. El territori

Des de fa uns anys s'ha reforçat la importància del territori com a factor important de salut. Estudis de naturalesa ben diversa han evidenciat el paper del context geogràfic i la seva influència la salut independentment dels atributs personals dels individus. Les característiques socioeconòmiques que configuren i que alhora són un reflex d'un determinat àmbit geogràfic afecten les formes de treballar, de viure i de relacionar-se de les persones que hi habiten. Són factors que es tradueixen en nivells de salut diferents. Les persones que viuen en regions més empobrides d'un país, als municipis que tenen un nivell d'atur més elevat o als barris d'una ciutat on hi ha els habitatges de més mala qualitat tenen més factors de risc, menys oportunitats socials i laborals i més problemes vitals que aquelles persones que viuen en zones amb unes condicions més bones (Borrell i Benach, 2003). També en alguns informes de l'OMS s'ha posat de manifest que la meitat de la població urbana dels països amb ingressos baixos i mitjans viu en la pobresa, i dotzenes de milions d'adults i nens no tenen llar (OMS, 2004).

A escala planetària cal tenir en compte que darrerament ja més de la meitat de la població viu en zones urbanes. Entre els anys 1950 i 2000 la proporció de la població urbana d'Àsia, Àfrica, Amèrica Central i Amèrica del Sud va augmentar del 16% al 50%. Això no vol dir que a les zones rurals no hi hagi problemes, doncs l'aïllament, l'escassetat de recursos, la manca de transports i

comunicacions, i l'escassetat d'oportunitats educatives i econòmiques és considerable; amb l'afegit que la concentració de serveis de salut mental a les zones urbanes deixa sense assistència psiquiàtrica a la gent de les zones rurals.

Algunes de les condicions de vida (contaminació, manca d'aigua potable, de sanitaris, massificació i altres deficiències) en les que viuen milions de persones, en zones de misèria i abocadors, provoquen la mort i greus problemes de salut entre aquestes poblacions. Darrerament, alguns informes ben documentats de l'OMS ho han posat de manifest (OMS 2004, WHO 2007). Un estudi fet en un context urbà miserable com el de Mumbai Slum mostra com degut a les males condicions de vida, les pobres infraestructures, els desplaçaments, les demolicions de cases i demés, es generen greus problemes de desesperança, decepció, desmoralització, d'addiccions, depressió, hostilitat, violència i criminalitat, per esmentar alguns dels efectes perniciosos⁴⁴.

3.6. Les causes de les desigualtats socioeconòmiques de la salut

La determinació de l'etiologia de la desigualtat en salut és complexa. Amb tot, dels estudis realitzats sembla versemblant extreure'n conclusions científiques d'interès. Hi ha quatre grans aproximacions teòriques destacades sobre les causes de les desigualtats socioeconòmiques en la salut: 1) la selecció social; 2) les explicacions del comportament i/o culturals; 3) les explicacions materials o estructurals i 4) els factors psicosocials.⁴⁵

Pel que fa a la primera, la de la selecció social, aquest enfocament suggereix que les desigualtats socials es poden explicar a partir d'un procés de selecció, segons el qual el nivell de salut determina el canvi en la posició social, i no a l'inrevés (Borrell i Benach, 2005). Dit d'una altra manera, aquesta teoria ve a dir que la gent amb mala salut tendeix a moure's cap a les classes socials baixes, a descendir en l'escala social i la gent amb bona salut cap a les altes. Aquesta mobilitat social pot passar dins d'una generació (selecció intrageneracional) o entre dues generacions (selecció intergeneracional). La selecció intergeneracional pot ser directa o indirecta. La directa és quan l'estat

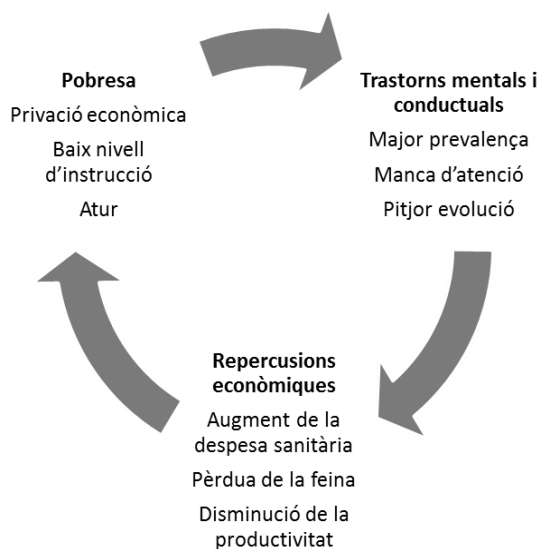
⁴⁴ *Slum* seria traduït per habitatge miserable, barraquisme...Mumbai Slum és un gran suburbi de l'Índia de més de 15 milions d'habitants que viuen entre la misèria (Parker, 2003).

⁴⁵ Segons el llibre de Benach i Borrell (2003), hi hauria aquests enfocaments teòrics, però en un informe de l'octubre del 2007 que ha publicat la Comissió dels determinants de salut de la OMS parla de la *Materialista/estructuralista*, la *Psicosocial*, el model de *Producció social de salut* i la *Teoria Ecosocial* que integraria el model psicosocial i el de producció social de salut amb una interacció amb la biologia i el medi ambient (WHO, 2007a).

de salut determina la posició econòmica. La indirecta és quan alguns factors ocorreguts en la infantesa (la privació en la infantesa, l'educació,...) determinen tant la salut com la mobilitat social en els adults (Borrell, 1998). Els processos de selecció explicarien una petita part de les desigualtats socials en la salut sobretot en aquells països que no hi ha una bona xarxa de protecció per part de l'Estat.

Una crítica i argumentació contra la idea de selecció entesa com a explicació de les desigualtats entre classes socials es pot trobar en el cas de la població jubilada. Aquest col·lectiu, degut a l'estabilitat de les pensions no experimenta canvis substancials en la seva situació social, però en canvi dintre d'aquest grup d'edat les desigualtats en salut en funció de la classe social tenen una gran magnitud (La Parra, 2002). Pel que fa a la relació entre pobresa i salut mental i a la determinació de quina és la causant de l'altra, s'ha trobat que hi ha més prevalença de trastorns mentals i del comportament, inclosos els associats a substàncies psicotròpiques, entre la gent pobre. Això ha provocat també la discussió sobre quin és el mecanisme responsable. Hi hauria un mecanisme causal més vàlid pels trastorns depressius i d'ansietat originats per la pobresa, mentre que la teoria de la transició a la pobresa podria explicar sobretot la major prevalença de trastorns psicòtics lligats a toxicomanies entre els pobres. Però aquests mecanismes no s'exclouen mútuament (veure següent figura 4): els individus poden estar predisposats als trastorns mentals degut a la seva situació social, i aquells que pateixen aquests trastorns poden patir més encara les privacions com a conseqüència de la malaltia. Aquestes poden ser nivells d'instrucció més baixos, atur o fins i tot la manca de llar.

Figura 4. El cercle viciós de la pobresa i els trastorns mentals



Font: Elaboració pròpia segons OMS, 2004

La segona teoria, la que fa referència a les explicacions culturals (o estils de vida) es basa en el fet que el comportament i les conductes individuals relacionades amb la salut (tabac, dieta, activitat física, entre d'altres) comporten desigualtats socials. Així per exemple, en l'estudi Whitehall II es va detectar com les categories professionals més baixes fumaven més, feien menys exercici físic en temps de lleure i la seva dieta era menys correcta, però en canvi presentaven poques diferències en tensió arterial i colesterol (Marmot et al. 1984). Diferents estudis han trobat desigualtats socials en salut independentment de les conductes. En l'estudi de Whitehall es van descriure desigualtats importants en la mortalitat cardiovascular pel nivell socioeconòmic que no s'explicaven per les desigualtats en el consum del tabac, la tensió arterial, el colesterol, la intolerància a la glucosa (Borrell, 1998).

Cal dir també que l'estil de vida també depèn del fet que estiguin disponibles els mitjans materials per a poder exercir-lo. Per exemple, la composició de la dieta dependrà de factors estructuralment marcats com el volum de renda familiar, la disponibilitat del temps o l'oferta disponible del barri. Es fa molt difícil –en realitat és gairebé impossible en segons quins barris– obtenir producte fresc i de primera qualitat, sense oblidar que és un producte que tendeix a ser més car. Aquest presenta una gran diferència amb el producte de poca qualitat i més barat, amb tot el que comporta de malnutrició i augment de l'obesitat entre la població més pobre (Antentas i Vivas, 2014).

Pel que fa a la tercera explicació, les teories estructurals o materialistes fan referència sobretot a les condicions de vida i de treball de la gent, al seu entorn social. Els partidaris d'aquest tipus d'explicació de desigualtats socials en salut es poden dividir en dos grups. Un primer grup, més estructuralista, entén que les classes socials segueixen estant definides per relacions socials estructurades i per l'acció de classe. En paraules de Wright (1992: 16): “la pretensió central de l'anàlisi de classe marxista és que la classe sigui el determinant fonamental del conflicte i el canvi socials”. Aquest grup entendria que les classes socials a través dels representants polítics exerceixen una influència decisiva en l'organització de l'assistència sanitària i la política social en una determinada societat. Un altre corrent, en el marc teòric d'una visió dels estrats socials més weberiana, es caracteritzaria per concedir menys pes a l'aparell teòric en l'explicació dels resultats empírics. En aquest corrent es tendeix a considerar la classe social com un constructe metodològic capaç de captar una varietat de desigualtats entre les persones, però que en cap cas pot considerar-se que comparteixen algun tipus d'experiència col·lectiva de tipus polític o quant a la seva posició en les relacions de producció. En aquest sentit, l'estrat social pot considerar-se com una convenció

útil per a mesurar les desigualtats. Aquest corrent és el més freqüent en les publicacions epidemiològiques i encara que s'hi utilitzi el terme classe social, en realitat es fa més en un sentit d'estrat social o posició socioeconòmica que com indicador de la posició en les relacions de producció. La construcció de l'indicador de classe social del British Registrar General respondria a aquest criteri, segons el qual la posició queda determinada per l'ocupació de l'individu i el gradient s'estableix en termes de qualificació o ingrés associat a cadascuna de les ocupacions. Les diferències entre la concepció marxista i weberiana han tingut gran transcendència en l'anàlisi de classe.

Aquest enfocament de les classes socials considera, per exemple, que les situacions que comporten l'atur i determinades condicions de treball tenen una influència clara en l'estat de salut física i psíquica de les persones. Altres factors com l'habitatge i les condicions ambientals poden comportar determinades malalties de tipus respiratori. Les desigualtats es produïrien perquè les classes socials més baixes estarien més exposades a situacions menys saludables que les classes socials altes. Les classes socials més baixes treballen en ocupacions que estan més exposades a factors de riscos físics, químics i psicosocials, habiten en residències de menys qualitat i sovint viuen en àrees de més contaminació ambiental (Davey Smith et al., 1994).

També s'ha analitzat la importància del nivell d'ingressos i la riquesa a l'hora d'explicar les desigualtats, i darrerament s'ha estudiat com afecten a la salut les desigualtats de renda. Hi ha una literatura considerable al voltant de la relació positiva que hi ha entre l'estat de salut i la renda (García Gómez, P., Hernández-Quevedo, C., López-Nicolás, A., 2008). En àrees on la distribució de renda és més desigual hi ha més mortalitat i un estat de salut més dolent (Wilkinson, 1996). Els mecanismes que estableixen aquesta relació difereixen entre els autors: mentre que per uns serien més els factors psicosocials (ho analitzarem més endavant en aquest treball), d'altres defensen que són els factors materials com la manca d'inversions, els factors polítics lligats al mercat de treball o a l'estat del benestar els que expliquen millor aquesta relació (Muntaner i Lynch 1999; Lynch i col·l., 2000; Navarro i Shi, 2001, Borrell i col·l., 2008).

Els factors psicosocials, la quarta explicació, han obert un camp molt important en les investigacions sobre els determinants socials de la salut. El treball d'autors com Wilkinson, Marmot, Kawachi, Kennedy, Baum, entre d'altres, s'inicia a partir del fet que en els països amb el PIB més alt, la desigualtat en l'ingrés s'associa estretament amb indicadors com l'esperança de vida o la mortalitat. L'associació entre riquesa material mesurada a partir del PIB i millora de la salut és vàlida

quan es comparen països rics i pobres, però perd tot poder explicatiu quan aquest exercici s'intenta fer entre els països de major capacitat econòmica, addueixen els autors d'aquest corrent teòric. En els països amb més capacitat econòmica parlariem d'un gradient de salut que aniria de les classes més altes a les més baixes. En el context laboral i en una mateixa empresa les categories laborals més altes tindrien millor salut que les de l'entremig i aquestes millor que les més baixes.

Per explicar com un ambient social amb un alt grau de desigualtat en l'ingrés es pot transformar en un pitjor estat de salut en els individus, els partidaris de la hipòtesi psicosocial, encapçalats per Wilkinson (2000, 2001) i Marmot (2004), introdueixen una sèrie de factors psicosocials. El principal efecte de la desigualtat seria provocar una sèrie de condicions psicosocials poc positives per a la salut, sobretot l'estrès perllongat.⁴⁶

Les perspectives estructural i psicosocial serveixen per aclarir, en bona mesura, els mecanismes pels que es produeixen les desigualtats de salut i també han apuntat intervencions per a la disminució de les mateixes. Ambdues perspectives, malgrat les diferències que tenen, es poden solapar en alguns aspectes, com per exemple quan Wilkinson assenyala que els factors psicosocials són els que contribueixen de forma més determinant a l'explicació de les desigualtats socials només entre països econòmicament més forts (requisit material), però que entre els països més pobres segueix sent determinant el nivell de riquesa material. Un altre punt en comú seria el fet que hi ha consens que els que pateixen més els factors psicosocials negatius i compten amb recursos materials limitats són els estrats socials més desafavorits.

Hi ha però alguns punts on es contraposen els dos enfocaments teòrics: per exemple, la visió materialista prediu que els increments en els nivells de vida es tradueixen en millores de salut de la població. Els partidaris de la hipòtesi psicosocial, en canvi, consideren que aquests increments repercuteixen en millores de la salut únicament quan hi ha una disminució de la desigualtat. Aquestes quatre teories també tenen una rellevància especial quan analitzem les desigualtats socials en referència a la salut mental.

⁴⁶ El distrès seria l'estrès negatiu. L'eustrès en canvi seria l'estrès positiu. I l'estrès és una resposta inespecífica davant d'un estímul específic.

3.6.1. Com repercuteixen les desigualtats socials en la salut mental

Fins aquí ha quedat establert que la salut mental i les malalties mentals estan determinades per molts factors d'interacció social, psicològica i biològica, de la mateixa manera que ho estan la salut i la malaltia en general. Ara bé, hi ha dades que mostren una taxa superior de trastorns mentals entre la població pobre que en la rica, tant entre països rics i pobres com dintre dels mateixos països (OMS, 2001). L'associació entre pobresa i trastorns mentals sembla ser universal, es dona a totes les societats, independentment dels seus nivells de desenvolupament.⁴⁷ Factors com la inseguretat i la desesperança, el ràpid canvi social i els riscos de violència i problemes de salut física poden explicar la major vulnerabilitat de les persones pobres en qualsevol país a desenvolupar malalties mentals (OMS, 2004).⁴⁸ Segons enquestes transnacionals fetes per l'OMS a Brasil, Xina, Índia i Zimbabwe, en aquests països hi hauria el doble de trastorns mentals entre els pobres que entre els rics. Als Estats Units d'Amèrica es va trobar que el risc de trastorns era major en els nens de famílies pobres, en una proporció de 2:1 pels trastorns del comportament i de 3:1 pels trastorns comòrbids. També hi ha d'altres estudis que assenyalen més freqüència de depressió entre els pobres que en la població rica (OMS, 2001: 40).

L'estat de salut mental d'una societat està relacionat també amb l'estat de salut general i els seus determinants, però també està molt influït pels factors demogràfics, socials i econòmics i pel propi sistema assistencial. Les malalties mentals poden afectar a qualsevol persona, però determinats grups socials són més vulnerables: persones en situació d'atur (Benach i Muntaner, 2011), baixos nivells d'educació, afectades de pobresa, immigrants, víctimes de violència, refugiats, situacions d'exclusió social, dones maltractades i amb fills a càrrec, persones grans abandonades, entre moltes d'altres. Hi ha alguns autors que han posat de manifest (més enllà dels factors contextuais com l'estrès) els traumes (a la família i fora), el racisme, el sexisme, el ser membre d'una minoria ètnica, d'un poble colonitzat, ser dona en una societat patriarcal, o lesbiana o gai en una societat homofòbica poden arribar a tenir conseqüències psicològiques importants (Read et al., 2006).

⁴⁷ Un article imprescindible sobre com la pobresa afecta i repercuteix a la salut mental és el de Vijaya Murali i Femi Oyebode (2004).

⁴⁸ Malgrat que és difícil establir una frontera entre quins serien els trastorns mentals associats a la pobresa i quins no, hi ha tot una sèrie de malalties que tenen una prevalença, independent de mesures preventives o de l'accés als sistemes de salut com poden ser les de base genètica. Encara que una persona es cuidi, no canviarà el risc de contraure determinades malalties com per exemple la diabetis juvenil (Sapolsky R.M, 2007)

També cal dir que malgrat la relació que s'ha establert entre trastorns mentals i del comportament amb factors socials com la urbanització, la pobresa i l'evolució tecnològica, no hi ha raons suficients per pensar que la repercussió dels canvis socials sobre la salut mental és igual en tots els segments d'una societat determinada. Aquests canvis tenen diferents efectes en funció de la situació econòmica, el sexe, la raça i les característiques ètniques (OMS, 2004). Determinades problemàtiques de salut com la malaltia cardíaca, la depressió i l'ansietat tenen major prevalença i són més difícils d'afrontar quan existeixen condicions d'altres taxes d'atur, baixos ingressos, educació limitada, condicions d'estrès laboral, discriminació de gènere, estil de vida no saludable i violacions dels drets humans (Desjarlais i altres a OMS, 2004). En els països desenvolupats, des de fa anys hi ha una àmplia producció científica sobre la relació entre posició socioeconòmica i salut mental (Ortiz et al., 2007).

En la literatura científica recent, els dos corrents teòrics que segurament han jugat un paper més destacat pel que fa a les desigualtats socials i la salut mental són, d'una banda, l'anomenada Teoria Psicosocial encapçalada per autors com R.G. Wilkinson, M. Marmot⁴⁹, I. Kawachi, B. Kennedy, entre d'altres; i, en un altre sentit, la teoria neomaterialista, amb representants com C. Muntaner, J. Benach⁵⁰, C. Borrell, J. Lynch, per citar-ne alguns dels més destacats. Per la seva importància i per la contribució en la influència en el treball que es presenta els dedicarem un apartat específic.

3.7 Explicacions sobre les desigualtats socials i la salut mental

Amb finalitats d'economia expositiva, en aquest apartat es mostraran trets més rellevants desenvolupats per un representant de cadascuna de les principals teories dels darrers 50 anys que hem esmentat anteriorment: la teoria psicosocial (també coneguda com la de l'estratificació social)⁵¹, amb Richard G. Wilkinson⁵² com un dels seus exponents més destacats. I la teoria neomaterialista (o de les classes socials)⁵³, amb Carles Muntaner com un dels seus principals

⁴⁹ Michael Marmot actualment és qui dirigeix la comissió dels determinants socials de la salut de la OMS.

⁵⁰ Joan Benach i Carles Muntaner han coordinat un dels informes (el de l'àmbit del treball) de la comissió dels determinants de la salut de la OMS que coordina M. Marmot.

⁵¹ El concepte d'estratificació social és un concepte controvertit i que ha tingut múltiples definicions. Aquí el podem definir com "l'ordre jeràrquic que s'estableix en una societat per l'educació formal, l'estatus ocupacional i els ingressos del treball" (Muntaner et al., 2000).

⁵² La tria de RG Wilkinson ha estat pel fet que és un dels autors que més ha sabut clarificar l'enfocament psicosocial i que considerem que ho ha fet de forma més pedagògica en els seus treballs.

⁵³ Les classes socials les podem definir com "els grups definits en termes de les seves relacions de control i propietat sobre els mitjans de producció i sobre el control de la força de treball dels altres" (Muntaner et al, 2000).

defensors.⁵⁴ Més amunt ja hem vist algunes de les similituds i diferències teòriques entre aquests autors.

3.7.1. Les desigualtats perjudiquen: R.G.Wilkinson i altres

En un treball de gran importància en l'àmbit de l'estudi de les desigualtats, Wilkinson i Pickett (2009) han volgut comprendre de quina manera el deteriorament de la salut és més acusat a mesura que es descendeix en l'escala social, de manera que es constata que els pobres tenen pitjor salut que els membres de les classes mitjanes, i aquests a la vegada són més proclius a la malaltia que els individus dels sectors socioeconòmics més alts. Ja fa temps que Wilkinson ha desenvolupat aquesta idea dels gradients socials i la via psicosocial (2000). Segons aquest autor: “molts dels processos biològics que porten a la malaltia es desencadenen pel que pensem i sentim al voltant de les nostres circumstàncies socials i materials” (Wilkinson, 2000:10). O dit d'una altra manera: “Quant menor és el grau de desigualtat socioeconòmica, tant més saludable és la societat. En aquelles societats en què les diferències en la renda entre rics i pobres són petites, els índex de mortalitat tendeixen a ser més baixos i la gent viu més temps. Pot ser degut a què les societats més iguals són menys estressants: les persones estan més predisposades a confiar les unes en les altres i són menys hostils i violentes unes amb altres”(Wilkinson, 2000:12).

Destaca fonamentalment dues formes d'evidència de com la via psicosocial és fonamental en les desigualtats respecte a la salut en els éssers humans i els efectes psicològics de l'estatus social entre els animals. Segons aquest autor, les diferències en les rendes tenen importància a l'interior dels països rics però no entre ells. Per tant, el que realment importa per a la salut no són els nivells absoluts de renda i benestar, sinó la renda relativa i l'estatus social. Allà on els ingressos estan relacionats amb el nivell social, tal com ocorre -dintre d'un mateix país- també ho està amb la salut. Segons ell, això estaria confirmat per la tendència en les societats més igualitàries, amb menys diferències en les rendes entre rics i pobres, a tenir millor salut. A major igualtat, millor salut trobem (2000:27).

Wilkinson esmenta diversos exemples històrics: el Regne Unit en el període d'entreguerres, quan les diferències de renda es van reduir dramàticament, hi va florir a la vegada un sentiment de

⁵⁴ Carles Muntaner és un dels autors que més ha treballat el vincle entre salut mental i pertànyer a una o altra classe social, juntament amb d'altres autors com W. W. Eaton, Carme Borrell, Joan Benach, J.W. Lynch, G. Davey Smith, G.A. Kaplan i d'altres.

camaraderia i la salut de la població civil va millorar dues o tres vegades més ràpid del previst. Un altre exemple que esmenta és l'ocorregut a la localitat de Roseto, una petita ciutat de Pennsylvania, que tenia notables millores en salut respecte a d'altres ciutats veïnes i no es podia explicar per diferències nutricionals ni de comportament. Els experts van trobar unes relacions de comunitat força homogènies. Tan segurs estaven de l'explicació, que van pronosticar que si algun dia es perdés aquest sentit de comunitat també es perdrien els avantatges en salut; predicció que un estudi posterior ha confirmat. Un altre exemple que cita és el de l'Europa Oriental entre 1970 i 1980, en aquest cas per posar de manifest com l'augment de la desigualtat en aquests anys, una privatització de la vida social i un augment del consum de l'alcohol va deteriorar els nivells de salut. I el darrer exemple que esmenta és el de Japó que a finals dels 80 va aconseguir l'esperança de vida més alta del món producte de la reducció de les diferències de rendes i de ser una societat cohesionada i amb uns índex de delinqüència molt baixos (2000:28). A diferència dels països amb més desigualtat, on els índexs de violència (incloent la domèstica) són molt més elevats, especialment els homicidis i agressions. Els països amb una desigualtat econòmica més extrema pateixen quatre vegades més homicidis que els països més igualitaris. Malgrat que tota la societat se'n veu afectada, la violència i la delinqüència repercuteixen sobretot a les persones en situació de pobresa que estan menys protegides per la policia i els sistemes legals, viuen en habitatges més vulnerables i no es poden pagar protecció privada (Oxfam, 2014:58).

En el seu treball més recent, Wilkinson i Pickett tornen a insistir en com la qualitat de les relacions socials es construeixen sobre ciments materials. L'escala de les diferències de renda té un efecte poderós en la nostra manera de relacionar-nos i la reducció de la desigualtat pot ser un potent anivellador del nostre benestar psicològic (Wilkinson i Pickett, 2009: 23). La relació entre la confiança i la desigualtat també ha estat explorada per aquest autor i ha trobat que els nivells més baixos de confiança estan relacionats amb nivells alts de desigualtat. Posa com exemple de països amb nivells més alts de confiança als països escandinaus. Cita el cas de Suècia, amb un 66% de la població que creu que es pot confiar en els demés. En canvi, Portugal té el nivell de confiança més baix amb només un 10%. També posa exemples d'alguns estats dels EUA com Dakota del Nord amb un nivell de confiança molt alt, del 67%, mentre que a Mississipí només el 17%.

Segons Putnam la comunitat i la igualtat es reforcen mútuament: “El capital social y la igualdad económica avanza en tándem durante gran parte del siglo XX. En las décadas de 1950 y 1960, la distribución de la riqueza y de renta era más igualitaria de lo que había estado durante un siglo (...).

Esas mismas décadas vieron también el auge de la cohesión social y el compromiso civil. Los máximos de igualdad y capital social (...) A la inversa, el último tercio del siglo XX fue un tiempo de desigualdad al alza y merma del capital social (...) La coincidencia de ambas tendencias resulta reveladora: en algún momento alrededor de 1965-1970, Estados Unidos revirtió el curso de su historia y empezó a ser un país menos justo económicamente y menos cohesionado social y políticamente.” (Putnam, R. 2002).

Per a aquests autors, doncs, és cabdal comparar el nivell de renda i la qualitat de vida no en sí mateixes, sinó en relació als demés. El que de debò importaria seria el lloc que ocupem en la jerarquia social. Com també apunta Therbörn:

“(…) recientemente, la ciencia médica ha descubierto el tremendo impacto psicosomático (que puede llegar a ser letal) de las jerarquías sociales y de la combinación de presiones externas y falta de control sobre la situación laboral o vital de uno mismo. Este conocimiento apenas ha traspasado todavía las fronteras de los especialistas en medicina social (Therbörn, 2015:143).”

Wilkinson, juntament amb d'altres com Marmot (2004), han investigat com el fet de ser exclòs de la vida social i rebre un tractament d'inferioritat és una causa de pitjor estat de salut. Més concretament, hi hauria prou evidència que l'estrès que produeix viure en la pobresa és particularment perjudicial per a les mares durant l'embaràs, pels nadons, els nens i els vells (Wilkinson, 2000).⁵⁵ Estaríem parlant, doncs, de la importància que juguen els factors de tipus psicosocial (prestigi i estatus social, capacitat d'afrontar l'estrès, nivell de control en el medi laboral entre d'altres) a l'hora de considerar els principals factors determinants respecte a les desigualtats socials en salut. Les classes més desfavorides tindrien una major susceptibilitat general a contraure malalties, per haver d'enfrontar-se a situacions d'estrès psicosocial, les quals poden repercutir en els mecanismes fisiològics i, consegüentment, en conductes poden afavorir la malaltia (Segura del Pozo, 2013).

⁵⁵ En l'any 1936 H. Selye va introduir el concepte d'estrès en l'àmbit de la salut. Des d'aquell any s'ha utilitzat molt per part dels professionals de la salut, malgrat la controvèrsia en la definició. Les distintes definicions s'han classificat en funció de la seva conceptualització de l'estrès com estímul, com a resposta, com a percepció o com a transacció. Veure: Artazcoz, Escribà i Cortés (2006)

Segons Wilkinson i Pickett, cal entendre els poderosos mecanismes que fan que les persones siguin vulnerables davant la desigualtat. I això no podem només analitzar-ho en termes d'estructura social obviant la psicologia individual. Per aquests autors la psicologia individual (l'autoestima, la inseguretat, l'avaluació social, la vergonya, l'orgull, l'autoconfiança) i la desigualtat social estan íntimament relacionades. No haver-les valorat adequadament, asseguren, és una de les raons per les que s'ha trigat més a comprendre els efectes negatius de la desigualtat (Wilkinson i Pickett, 2009:52). Destacarem especialment el paper de l'estrès per la importància que aquests autors li han atribuït a la via psicosocial.

L'estrès

Des que l'any 1936 Hans Selye, va introduir el concepte d'estrès s'han escrit molts articles i investigacions al respecte. De fet, s'ha arribat a assenyalar l'estrès fins i tot com l'epidèmia del segle XXI (Espino, 2012: 42). Selye va observar que els animals exposats a algun estrès físic o emocional desenvolupaven una resposta biològica que va anomenar “síndrome general d'adaptació”, més conegut com síndrome d'estrès. En resposta a un esdeveniment estressant, el cos activa una reacció d'alarma i es prepara per lluitar o fugir (Buendía, 1993; Sapolsky, 2008;). El més normal és que després d'un temps el cos abandoni la reacció d'alarma tornant a l'estat d'equilibri o homeòstasi. Però si l'estat es perllonga massa o es torna repetitiu (crònic), el cos entra en un estat d'esgotament que pot tenir repercussions fisiològiques. La capacitat que tingui el cos per recuperar l'equilibri després d'un episodi estressant dependrà d'una sèrie de característiques individuals, psicològiques (capacitat d'afrontar la situació, el suport social, l'experiència, l'aprenentatge, les primeres vivències) i fisiològiques (la genètica, l'entorn, l'alimentació, el descans). L'estrès psicològic tindria un doble impacte sobre la salut. Per un costat, un efecte directe de tipus somàtic: l'organisme exposat a condicions d'estrès continu del sistema nerviós acabaria patint canvis en altres òrgans vitals i en el funcionament del cos. Un estat d'estrès s'associaria a pèrdues de salut mental i física.

Wilkinson i Pickett han atribuït una gran importància a l'estrès com a factor determinant per a la salut en els països rics. Per ells, les fonts d'estrès més poderoses que afecten a la salut pertanyen a tres situacions socials prou clares: estatus social baix, manca d'amistats i estrès en les primeres etapes de vida. Segons ells, nombrosos estudis fiables han mostrat que són extraordinàriament perjudicials per a la salut i escurcen la longevitat (Wilkinson i Pickett, 2009:58). L'efecte indirecte de l'estrès consistiria en la tendència a reaccionar davant de situacions adverses amb el consum abusiu d'alcohol, de tabac, conductes temeràries o amb exercici de violència (Espino, 2012).

La desigualtat en l'ingrés provoca un deteriorament en les relacions socials. La jerarquia es relaciona amb més violència, inseguretat, desconfiança i una disminució de la cohesió social. En un ambient social d'aquestes característiques, augmenten les situacions d'estrès. Les persones que més pateixen són les exposades a situacions estressants de forma contínua. Aquest seria el cas de les classes socials més desfavorides exposades a la inseguretat de l'ocupació i a problemes econòmics, entre d'altres. La major exposició a situacions estressants quedaria reforçada per la major propensió a l'estrès provocada per la baixa autoestima, l'escàs control sobre el treball o la manca d'inserció en relacions socials que proporcionin suport emocional. Els efectes de l'estrès en l'organisme serien greus i directes. El resultat final és que les persones que pertanyen a classes socials més afavorides i que no estarien exposades a situacions d'estrès derivades d'inseguretat econòmica i/o dificultats econòmiques gaudeixen de millor salut que les classes socials més desfavorides (La Parra, 2002).

També el catedràtic de Biologia i Neurologia de la Universitat de Stanford, Robert M. Sapolsky, ha investigat molt sobre l'estrès i assenyala que: “el estrés psicológico se construye alrededor de la falta de control, de previsibilidad, de válvulas de escape y apoyo social, y los pobres carecen de todas ellas: despidos cada vez que la economía empeora, la posibilidad de que al casero no le dé la gana de poner la calefacción todavía, no poder pagarse nunca unas vacaciones, el cansancio por tener dos trabajos, un contexto en el que hablar de “red de apoyo social” suena a jerga *yuppie*. (...) Además, las enfermedades existentes más sensibles al estrés son las que tienen los mayores gradientes de estatus socioeconómicos como los trastornos psiquiátricos y las enfermedades del corazón” (Sapolsky, 2008: 142).

També s'ha estudiat les conseqüències de l'estrès laboral en les persones treballadores i s'ha pogut comprovar que comporta diverses reaccions en l'organisme: fisiològiques (augment del ritme cardíac, de la pressió sanguínia, augment de la tensió muscular, sudoració, augment en la producció i secreció de l'adrenalina i respiració superficial amb més freqüència), emocionals (por, irritabilitat, humor depressiu, ansietat, enuig, motivació disminuïda), cognitives (atenció disminuïda, reducció de camps de percepció, oblit, pensament menys efectiu, reducció en la capacitat de solució de problemes, reducció en la capacitat d'aprenentatge) i conductuals (disminució de la productivitat, augment de consum de tabac, alcohol i altres drogues, augment d'errors) (Houtman, Jettinghoff, Cedillo, 2008).

Es tracta d'una síndrome poc específica però freqüent en el nostre entorn, ja que un de cada quatre treballadors pateix estrès (Comisión de las Comunidades Europeas, 2005). Segons la UE, es

consideren els següents criteris per identificar la presència d'estres laboral: alt nivell d'absentisme, presència de determinats trastorns mèdics i psicològics (gastrointestinals, musculars, esquelètics, dermatològics, psicològics), alta rotació de treballadors en determinats llocs i seccions, augment de baixes voluntàries, augment de la conflictivitat laboral, entre d'altres.

És evident que els increments dels índexs d'estrès laboral estan relacionats amb les formes organitzatives del treball que incideixen sobre la qualitat de les relacions de treball i salut de les persones.⁵⁶ Un indicador d'això seria com ha anat augmentant el percentatge de nivells d'estrès en el treball segons les dades de les darreres enquestes del Ministeri de Treball, passant del 31,8% en el 2001 al 47% en el 2006 i a més del 50% en el 2010 (Ministerio de Asuntos Sociales y Trabajo, 2003, 2010). Les condicions d'estrès de la dona treballadora requereixen també una menció especial: per la doble condició laboral dintre i fora de casa i per la pitjor situació laboral que d'altres col·lectius. Tanmateix, és una evidència que el mercat de treball ofereix llocs de treball de pitjor qualitat i més mal pagats a les dones que als homes (Espino, A. 2012).

Determinades circumstàncies psicològiques i socials poden causar un estrès perllongat: un estat d'ansietat que s'allarga, la inseguretats econòmica d'estar a l'atur o tenir una feina precària, una autoestima baixa, l'aïllament social i la manca de control sobre el treball i la vida domèstica exerceixen uns efectes importants sobre la salut. Aquests riscos es van acumulant al llarg de la vida i augmenten les possibilitats de patir una pobre salut mental i una mort prematura. Llargs períodes d'ansietat i inseguretats econòmica i la manca d'amistats o xarxa familiar que puguin donar suport són perjudicials en qualsevol aspecte de la vida que es produeixin.

Quina seria l'explicació? Wilkinson (2001) i altres autors ho han explicat així: quan ens trobem davant d'una situació d'emergència, els nostres sistemes nerviós i hormonal ens preparen per a fer front a una amenaça física immediata desencadenant una resposta de lluita o fugida: augmenta el ritme cardíac, es mobilitza l'energia emmagatzemada, la sang es dirigeix als músculs i s'aguditza l'estat d'alerta.⁵⁷ L'estrès que s'experimenta en la vida urbana moderna difícilment requereix d'una activitat física extenuant o moderada; un cop que s'ha disparat una resposta davant d'una situació

⁵⁶ Sobre l'estrès en els darrers anys ha hagut un augment considerable d'articles i investigacions però, malgrat tot, és un concepte que s'ha utilitzat sovint de forma errònia.

⁵⁷ Marmot (2004) en el seu llibre *The Status Syndrome* també ha analitzat com l'estrès afecta a la salut, i caracteritza el *gradient social* en la salut: quan més baixa és la posició socioeconòmica d'un individu, pitjor és la seva salut. Hi hauria un gradient en salut que aniria des del més alt al més baix de l'espectre socioeconòmic.

d'estrès, es desvien a altres parts del cos els recursos i les energies invertides en molts processos fisiològics que són importants per al manteniment de la salut a llarg termini. Aquest tipus de resposta afecta els sistemes cardiovascular i immunològic. Això no té conseqüències rellevants quan ocorre durant breus períodes de temps; però quan una persona està tensa amb molta freqüència, o bé quan es manté en aquest estat durant molt de temps, es torna més vulnerable a una àmplia sèrie de condicions que inclouen infeccions, diabetis, alta pressió sanguínia, infarts cardíacs, vessaments cerebrals, depressió i agressió (agressivitat).⁵⁸

Wilkinson ha palesat com els éssers humans som sensibles a les diferències de poder, jerarquia i posició social que es donen en les nostres relacions quotidianes i com el fet d'ocupar un lloc baix en la jerarquia social és una enorme font d'estrès, i l'estrès ja hem dit que ens fa més vulnerables a una llarga llista de malalties.⁵⁹ Sosté la tesi que la salut està íntimament relacionada amb les circumstàncies socials i econòmiques i recorre a la teoria evolutiva per tal d'entendre de quina manera ens veiem afectats per la naturalesa de l'estructura i l'entorn socials actuals. L'estructura social i la posició social generen ansietat i estrès. Els processos biològics que l'ansietat posa en marxa impliquen un compromís entre els avantatges adaptatius i els costos de salut que en el seu temps –en contextos ancestrals– van ser beneficiosos, però ara operen, en un altre sentit, en contra nostra.

Wilkinson recorda que durant molts anys es va creure que els determinants psicosocials de la salut no tenien un paper important, malgrat alguns estudis sobre la influència del dol i els “successos de la vida” que produeixen tensió: com el divorci, la pèrdua de feina, o la malaltia greu d'un parent proper, que també semblaven nocius per la salut. A la vegada també hi havia l'evidència que l'amistat i el suport social eren bons per a la salut, però tot i així no resultava obvi que els factors psicosocials fossin causes poderoses de les desigualtats en la salut.⁶⁰ Les postures van canviar quan

⁵⁸ Diu Sapolsky : “Para el 99% de las bestias de este planeta el estrés se condensa en esos tres minutos en los que gritamos aterrorizados cuando “esprintamos” para salvar la vida en la sabana, después de lo cual la persecución se termina o terminan con nosotros. Los problemas surgen porque nosotros, sofisticados humanos cognitivamente hablando, somos capaces de segregar glucocorticoides de forma crónica a causa de un estrés psicológico y social continuado. Y, al contrario de las útiles acciones de los glucocorticoides al enfrentarse a un factor estresante físico agudo, una cantidad excesiva de hormonas en respuesta a un estrés crónico hacen más probable la aparición de todo tipo de problemas relacionados con el estrés, como la subida de la presión sanguínea, discapacidades reproductivas y la depresión del sistema inmunitario”. (2007: 102)

⁵⁹ Veure Artazcoz, Escribà, Cortès (2006) sobre l'estrès en relació a l'àmbit laboral i també extralaboral. Segons els autor d'aquest article, entre d'altres constatacions es diu que hi ha molts estudis que demostren l'efecte en la salut mental de l'amenaça que implica per a la continuïtat de la vida laboral perdre la feina o treballar en contractes temporals. D'altra banda també posen de manifest que en l'escala de successos vitals estressants, el divorci i la separació de parella ocupen el segon i tercer lloc.

⁶⁰ Sobre la importància del suport social i el que han suposat les xarxes socials i organitzacions de suport actualment hi ha un bon exemple amb la Plataforma d'afectats per la hipoteca (PAH), organització que ha aplegat a part dels afectats de la crisi hipotecària, pel que ha suposat per a molta gent de poder comprendre que la seva problemàtica no és un assumpte merament personal i també pel fet de poder estar en un grup de suport organitzat on poder focalitzar en les polítiques d'habitatge i especulatives el causant de bona part de les seves problemàtiques psicològiques (Isern et al.,2013; Sammamed, 2014).

es va estudiar el treball i la seva pèrdua: l'atur comportava un deteriorament de la salut i aquesta empitjorava quan hi havia ja l'amenaça de perdre la feina i caure a l'atur.

Les desigualtats socioeconòmiques exerceixen també un profund efecte en el benestar psicosocial de la població i a menor grau de desigualtat socioeconòmica, més saludable és la societat. En les societats més iguals (com probablement eren les societats primitives de caçadors-recolectors on era fonamental la cooperació per la supervivència i encara no hi havia cap apropiació de l'excedent social) hi ha menys estrès, les persones confien més les unes en les altres i són menys hostils i violentes entre elles. Platón ja reconeixia la naturalesa igualitària de l'amistat quan va dir allò de: “¡Cuánta verdad hay en el viejo refrán que dice que la igualdad conduce a la amistad. Es bastante cierto y suena a verdad!” (Wilkinson, 2000: 42). També podríem afegir el concepte aristotèlic d'amistat, *philia*, que no es circumscriu a l'amistat entre amics sinó que inclou la relació entre familiars i ciutadans, amb el que il·lustra la naturalesa social de l'home (Aristòtil, 2007).

Encara estem lluny de saber quina influència precisa tenen l'estatus social, l'amistat i la cohesió en la salut, però l'autor apunta alguns factors socials com: la quantitat de control de les persones sobre el treball i sobre altres facetes de la vida, l'haver de fer front a successos estressants, els llaços dèbils i les dificultats emocionals a una edat jove, i també les relacions socials negatives com els conflictes matrimonials. Juntament a aquests factors socials, els factors més psicològics d'afrontament com són un cert sentit d'indefensió, una baixa autoestima, hostilitat, impotència, depressió i baixa satisfacció de la vida, són indicis de mala salut.

Un punt fonamental que destaca l'autor és el que va posar Michael Marmot de manifest quan es referia als “factors de vulnerabilitat” i que podrien trobar-se darrera de les desigualtats en la salut. Així doncs, hauríem de pensar més en les defenses del cos, en el sistema immunològic i en la capacitat de resistir a l'exposició a un ampli espectre de circumstàncies potencialment nocives o a reparar els danys resultants. L'ansietat crònica seria el “factor de vulnerabilitat” que explicaria per què aquest ampli ventall de malalties son més comunes entre els grups socioeconòmics més baixos. Això no vol dir que no hi hagi d'altres factors de vulnerabilitat per a d'altres malalties. L'ansietat crònica doncs augmentaria la vulnerabilitat de forma acumulativa al llarg de la vida.

Wilkinson també parla de la depressió, una de les malalties més esteses al món. Diu que també està relacionada amb l'ansietat social. La depressió sorgeix de processos psicològics que han evolucionat amb la derrota i la submissió. Sense ella, les conductes de domini portarien a conflictes constants;

per tant, la capacitat de subordinació té un valor de supervivència. La depressió seria el resultat d'un sentit de derrota i fracàs del que no se'n pot escapar. Si la depressió no tingués aquest valor de supervivència, conclou l'autor, no seríem tant propensos a adoptar una postura tant incapacitant com la depressió profunda.

Les seves tesis són palesar que, en sentits oposats, l'amistat i l'estatus social baix estan fortament relacionats amb la salut. Les estratègies d'afiliació que afavoreixen la solidaritat social no poden prevaldre sense una economia més igualitària que les sostingui.⁶¹ En definitiva, aquest autor ens diu que si volem millorar la salut i el capital social, si volem alliberar-nos dels prejudicis antisocials i crear una societat més inclusiva, la reducció de les desigualtats socials ha de ser un objectiu prioritari.

3.7.2. L'enfocament neomaterialista: Muntaner i d'altres.

Muntaner i d'altres autors han posat de manifest que, malgrat que les investigacions de classe social i salut s'han incrementat, en els darrers anys han minvat significativament els treballs dedicats al cas específic de la relació entre classe social i salut mental (Muntaner, Eaton, Diala, 2000).⁶² Els sociòlegs i les sociòlogues, segons aquest autor, s'han interessat pels factors de les condicions de treball, el suport social, l'estil de vida i analitzant la relació entre estratificació social i salut. Els epidemiòlegs i investigadors de la salut pública, en canvi, han estat menys interessats a mirar d'entendre les causes socials de les desigualtats socials i en canvi s'han dedicat a identificar les intervencions per la seva eliminació. L'enfocament de classe social tracta d'explicar les característiques de les posicions en l'estructura social (relacions de classe social) i com aquesta determina els diferents ingressos; perquè sabem que els ingressos per si mateix d'aquella persona no expliquen com va ser capaç de guanyar-los. Les posicions de la classe social en l'estructura social estan associades a diversos tipus d'ingrés (rendes derivades de la propietat vs. rendes derivades de tenir una feina).

L'anàlisi de classe representa una aproximació alternativa a l'estratificació social, doncs considera que algunes relacions socials generen desigualtats en recursos econòmics, polítics i culturals. No

⁶¹ Ve a tomb aquí fer referència al que diu Frans de Waal respecte a la naturalesa plenament social de la nostra espècie: "después de la pena de muerte, el castigo más extremo que podemos concebir es el confinamiento en solitario. Y esto es así, sin duda, porque no hemos nacido para ser solitarios. Nuestros cuerpos y nuestras mentes no están diseñados para vivir en ausencia de otros. Nos deprimimos sin apoyo social: nuestra salud se deteriora." (De Waal, 2007:29)

⁶² Veure l'article de Muntaner, Eaton i Diala (2000) on s'exposa les principals tesi d'aquest corrent

seria només que hi hagi estratificació social, sinó que entre les persones de classes socials diferents es produeixen unes relacions socials determinades. I aquestes relacions impliquen una apropiació dels recursos polítics, econòmics i culturals, pròpia d'una jerarquia implícita de poder i riquesa.

Aquest corrent teòric defensa que l'estructura política i econòmica genera processos que generen desigualtat, i que aquesta desigualtat existeix prèviament a què els seus individus l'experimentin al seu nivell individual o micro, com apunta la Teoria Psicosocial (Lynch et al. 2000). Quan Carles Muntaner i Joan Benach parlen de les causes socioeconòmiques de tipus absolut, que interactuen en cada país en la creació de desigualtats socials en salut, esmenten tres categories diferents: a escala global o macro, les causes més importants es troben en la forma com està organitzada la societat, el sistema de producció econòmica i la desigual distribució de poder entre els ciutadans. La malaltia i la salut són productes de la relació entre els productors de riquesa: els posseïdors dels mitjans de producció i productors de béns i serveis; ja que la distribució dels recursos vitals per a la salut (educació, habitatge, aliment, lleure...) és funció del poder relatiu dels diferents grups. A nivell intermedi, les causes socials les hem de cercar en el medi laboral, ambiental, familiar i cultural. Els factors més importants per a explicar les desigualtats en salut són la pobresa, l'atur, l'escàs nivell d'ingressos familiar, la precarietat laboral, l'explotació infantil, la manca d'aigua potable i aliments, les males condicions de treball i habitatge, la contaminació ambiental, l'analfabetisme i la manca de suport familiar o social. I finalment a nivell micro, la presència de factors psicosocials creadors d'estrès en el medi laboral com són tenir un nivell elevat d'exigències o una baixa capacitat de control i suport social serien causes que tindrien una reconeguda importància. Segons aquests autors, les desigualtats socials produeixen diferents tipus de malalties i és més rellevant saber això que no pas conèixer les malalties específiques produïdes per la desigualtat (Benach i Muntaner, 2005).

Aquestes teories posen l'èmfasi en el paper de l'entorn social i les condicions de vida i de treball de la gent. Les desigualtats es produïrien perquè sovint les classes populars estan més exposades a una situació global menys saludable que no pas les altres classes socials. Les classes socials menys avantatjades treballen en ocupacions que estan més exposades a factors de riscos físics, químics i psicosocials, habiten en residències de menys qualitat i sovint viuen en àrees de més contaminació ambiental (Borrell i Benach, 2003).

La metàfora de l'avió

Una metàfora prou gràfica que han utilitzat autors d'aquest corrent és la següent: per apreciar com les condicions neomaterials poden influir en la salut, diuen que considerem la metàfora del viatge en avió. Les diferències entre viatjar en primera classe i classe econòmica poden produir desigualtats de salut després d'un viatge llarg. Els passatgers de primera classe, entre molts avantatges com menjar bé i ben servits, tenen més espai i seients reclinables per a dormir. Aquests passatgers arriben ben frescos i restaurats; en canvi, els de classe més econòmica arriben cansats. Per a la interpretació psicosocial, aquestes desigualtats de salut produeixen emocions negatives generades per la percepció del desavantatge relatiu entre les dues categories que viatgen. En canvi, per a una interpretació neomaterial la gent que viatja en seients barats té pitjor salut perquè ho fan en espais estrets i no poden dormir. El fet que, a més, puguin veure la gent rica en seients més grans no és la causa de la seva pobre salut. Per a la interpretació psicosocial aquestes desigualtats en salut serien reduïdes abolint la primera classe. Per a la interpretació neomaterial, les desigualtats en salut podran ser reduïdes millorant les condicions de la classe econòmica, tenint clar sempre que els de primera classe oposaran resistència als canvis (Lynch, 2000).

Autors com Muntaner, Borrell i Benach han utilitzat l'anàlisi teòrica de classe del sociòleg marxista Erick Olin Wright en diversos dels seus estudis (Muntaner et al., 2000, 2003, 2004). La tipologia de classes que estableix aquest sociòleg, a diferència de l'anàlisi de l'estratificació social i de les categories ocupacionals, mesura els mecanismes relacionals i les relacions de poder, control i autoritat en el món del treball. Per exemple, el que s'anomena la "doble exposició" dels supervisors, que estan pressionats per l'alta gerència i a la vegada a l'antagonisme dels treballadors subordinats que exerceixen poca influència en la política de l'empresa (Wright, 2000). Aquesta situació que pateixen els supervisors de pressió per dalt i per baix, ha palesat que tenen més factors de risc de patir trastorns mentals com ansietat i depressió i presenten més pobre salut mental que els gerents (Muntaner et al. 1998).

Carles Muntaner, Carme Borrell i Haejoo Chung analitzen en un article molt informatiu les relacions entre classe social i la malaltia mental, i l'associació entre explotació de classe i depressió, fent servir indicadors que capturen les relacions de propietat i l'extracció de l'esforç del treball. Els autors argumenten a favor de marcs més estructurals per entendre millor la relació entre desigualtats econòmiques i malaltia mental (Muntaner, Borrell, Chung, 2008). Les explicacions de classe social de les desigualtats socials en salut mental, segons Muntaner, tindrien un fonament més polític doncs determinen molts aspectes: "impliquen més que canvis en les relacions socials, implica

fonamentalment democratitzar el lloc de treball per tal de garantir una millora de la salut mental en la societat” (Muntaner et al 2000:100).

Altres informes també han demostrat la importància de pertànyer a una classe social alta o baixa i la relació amb la salut mental. En un informe de la Fundació Bofill de l'any 2002 fet a Catalunya, es va concloure que la probabilitat de patir un trastorn mental és més gran entre les dones i entre les persones de classe social menys afavorida (Fundació Bofill, 2002). Altres investigacions també han mostrat resultats de més prevalença de trastorns psiquiàtrics entre les classes més baixes (Murali i Oyeboode, 2004). En un estudi de l'Agència de Salut Pública de Barcelona de l'any 2000 es va avaluar la salut mental de 8.319 persones. Totes les anàlisis han estat estandarditzades per edat, per districte i estratificades per sexe. En aquest estudi també es posa de manifest que les persones amb un nivell educatiu baix, com també les de classe social més desafavorida, mostren una prevalença més elevada de patiment psicològic que les que gaudeixen d'un nivell educatiu elevat o pertanyen a classes socials més benestants. Pel que fa a les xifres, en el cas dels homes sense estudis, la prevalença era del 30%, i en el cas de les dones del 26%. Pel que fa a estudis primaris incomplets, en el cas de les dones era d'un 20%, i els homes del 12%. En el cas d'estudis primaris complets, un 17% les dones i un 12% els homes. En canvi, els que gaudien de millor salut mental eren els homes amb estudis universitaris amb només un 8% de patiment psicològic. Pel que fa referència a les classes socials, les de classe social alta (CS-I) gaudien de millor salut mental (7% de patiment els homes, 11% de dones) que les de classes socials més baixes (CS-V) que eren del 14% de mala salut mental per als homes i del 22% per les dones (ASPB, 2000).

3.8. Conclusions

En aquest capítol hem abordat les desigualtats en salut i sabem que són aquelles diferències en salut que són innecessàries i evitables i que a més són injustes. No es tracta, per tant, de diferències biològiques entre sexes com l'esperança de vida. Estem analitzant aquelles disparitats de salut dins d'un país i entre països que es consideren improcedents, injustes, evitables i innecessàries i que afecten a poblacions que són vulnerables per les estructures socials subjacents i per les institucions polítiques, econòmiques i legals (Krieger, 2002). Tenir uns nivells de desigualtat elevats té conseqüències per a tota la societat i les societats amb majors desigualtats econòmiques tenen pitjor salut i menor esperança de vida entre altres indicadors. La diferència d'esperança de vida entre determinats barris a Barcelona com Pedralbes i Torre Baró pot arribar a ser de 10 anys (ASPB, 2014).

El concepte de desigualtat és relacional. Sabrem si és injusta la tinença de determinats béns o recursos quan tenim la capacitat de comparar el distint accés que tenen els individus, com ens diuen Benach i Muntaner (2005). Diversos estudis mostren com la pobresa, la desigualtat, l'explotació i la injustícia són a l'origen de la mala salut i mort prematura de milions de persones. Les malalties no cauen del cel, estan determinades per les estructures socioeconòmiques i polítiques. Els diversos informes sobre les desigualtats socials en la salut han tingut certa repercussió mediàtica des del Black Report anglès, un informe oficial de l'administració pública anglesa que va arribar a ser fins i tot un best-seller pel seu èxit de vendes. En aquest informe ja es van detectar diferències importants en les taxes de mortalitat de les classes socials, d'ambdós sexes i en totes les edats. El risc de morir segons la classe social era major en les classes baixes. També incidia aquets informe en els anomenats "estils de vida" i constatava que l'exercici d'un estil de vida depèn dels mitjans materials que estiguin disponibles per a poder exercir-lo.

L'informe de la Comissió sobre els Determinants Socials de l'OMS (2008) ha tingut un gran impacte per l'enorme difusió mundial i conscienciació –en els àmbits científics, sociosanitaris i de les polítiques públiques– sobre la importància dels determinants socials de la salut. En aquest informe s'arriba a constatar que "l'acumulació tòxica de factors socials injustos i evitables com la desigualtat econòmica, la precarietat laboral, la contaminació ambiental, la inseguretat alimentària, no tenir un habitatge digne o la manca de participació i democràcia danya la salut i crea iniquitats" (OMS, 2008b). El treball exhaustiu desenvolupat per experts d'arreu del món durant tres anys ha estat prou considerable i no admet dubtes sobre el paper que l'informe atribueix als determinants de la salut: "les circumstàncies en què les persones neixen, creixen, viuen, treballen i envelleixen, així com els sistemes establerts per combatre les malalties". Els models que s'han desenvolupat al voltant dels determinants socials de la salut posen més l'accent en un aspecte o altre (els estils de vida, el sistema sanitari, les polítiques, etc.), però el model d'autors com Alec Irwin i Orielle Solar ha aconseguit recollir i integrar els mecanismes pels quals els determinants socials generen desigualtats socials i indicar com els determinants principals es relacionen entre si, proporcionar un marc per avaluar quins són els determinants socials de la salut que són més importants abordar i projectar nivells específics d'intervenció i punts d'accés de polítiques per a l'acció en torn als determinants socials de la salut.

Els eixos principals de la desigualtat social en la salut que hem estat analitzat són la classe social, el gènere, la immigració i el territori. La importància de la classe social és cabdal com a categoria més

important per explicar les desigualtats socials al nivell individual. Les desigualtats en la salut operen en un sentit perjudicial per a les dones i interaccionen amb altres factors que mostren una major prevalença de pitjor salut entre les dones assalariades que els homes. Hem explorat les causes de les desigualtats socioeconòmiques de la salut i hem trobat quatre grans aproximacions teòriques: a) la selecció social; b) les explicacions del comportament i/o culturals; c) les explicacions materials o estructurals; i d) els factors psicosocials. Hem trobat també abundant investigació de com la salut mental està determinada per molts factors d'interacció social, psicològica i biològica però hi ha una taxa superior de trastorns mentals entre la població pobre respecte a la rica, tant entre països pobres i rics com dintre dels mateixos països.

En aquest capítol hem abordat els dos enfocaments teòrics que han tingut una especial rellevància en l'anàlisi de les causes de les desigualtats socials en la salut: tant el que fa més incidència en els aspectes psicosocials (representat per Wilkinson) com el que posa l'accent en la classe social (encapçalat per Muntaner). Els dos anàlisi són importants i a la vegada complementaris per a poder comprendre les possibles explicacions a les desigualtats socials en la salut mental. Ambdós enfocaments aporten bagatges teòrics procedent de diverses disciplines científiques (l'epidemiologia, la sociologia, l'economia, la biologia, la psicologia, la medicina, la psiquiatria i d'altres.) per aproximar-nos a una realitat que malgrat ser prou complexa en els darrers anys s'ha avançat considerablement en l'obtenció de resultats científics per a la seva comprensió.

El corrent de Wilkinson ha incidit més en la idea del gradient social i la importància de la renda relativa i l'estatus social i utilitza alguns exemples històrics i experiments amb animals per apuntalar el paper de la jerarquia social i els aspectes psicològics com l'autoestima, la vergonya, la inseguretats o l'orgull i els seus efectes en la salut a través de mecanismes com l'estrès com a factor determinant. Segons els autors d'aquest corrent, les fonts d'estrès més poderoses que afecten a la salut pertanyen a tres situacions socials prou evidents: estatus social baix, manca d'amistats i estrès en les primeres etapes vitals. Els efectes de l'estrès continu en l'organisme serien greus. Pertànyer a una classe social desafavorida i exposada a inseguretats en l'ocupació i a problemes econòmics comportaria uns nivells d'estrès més elevats respecte a les classes socials més afavorides.

Els partidaris de l'enfocament més materialista consideren que és l'estructura política i econòmica la que genera processos de desigualtat i que aquesta és prèvia a que els individus l'experimentin al nivell individual o micro com apunta la teoria psicosocial. No seria només un tema d'estratificació

social, sinó que entre les persones de classes socials diferents es produeixen unes relacions socials determinades que impliquen una apropiació dels recursos polítics, econòmics i culturals pròpia d'una jerarquia implícita de poder i riquesa. Les desigualtats es produïrien perquè sovint les classes populars estan més exposades a una situació global menys saludable que no pas les altres classes socials.

El que és prou de manifest en aquests dos enfocaments, no obstant, és com la manca de seguretat econòmica, la precarietat vital i laboral i formar part d'una classe social baixa o estar en un lloc baix de la jerarquia social, habitualment comporta tenir pitjors indicadors de salut, malgrat les diferències de cada marc teòric sobre on cal posar l'accent, si en l'anàlisi de la classe social (enfocament més marxista) o l'estatus social (weberiana).

En el proper capítol analitzarem com les desigualtats socials en la salut mental s'han aguditzat i s'han eixamplat amb la gran crisi econòmica iniciada l'any 2008, considerada la més important després de la Segona Guerra Mundial.

Capítol 4. Les desigualtats socials, la crisi i la salut mental

Introducció

La crisi que es va iniciar en el 2008 està augmentant profundament les desigualtats socials i de salut, com han posat de manifest diverses investigacions en els darrers anys. És un fet cada vegada més innegable que la gran crisi capitalista del 2008 ha servit perquè les elits econòmiques europees i els polítics que les representen puguin posar fi a l'Estat Social i Democràtic de Dret, el major assoliment de l'antifeixisme de postguerra. Com ja s'ha posat de manifest a través de polítiques econòmiques pro cícliques de consolidació fiscal que, impulsades pel Consell Europeu, han enfonsat al continent en una segona recessió provocant en els països del sud d'Europa (Grècia, Portugal, Regne d'Espanya) una devastadora depressió econòmica, social i moral sense exemple històric. Una crisi de la que se n'ha escrit molt, i amb detallades anàlisis (Varoufakis, 2015), i que aquí no entrarem a fons en les seves causes, però sí que parlarem d'algunes de les seves greus conseqüències en la salut. L'augment de les desigualtats durant aquesta crisi ha estat molt considerable i, tot i que encara ens falta perspectiva temporal per fer un balanç definitiu dels resultats, les seves repercussions en la salut mental han sigut alarmants.

És sabuda l'extensió de la crisi a tot el món. Els governs, amb algunes excepcions, no es van dedicar a incrementar la pressió fiscal als rics, ni a crear llocs de treball, ni augmentar les polítiques socials. Ben al contrari, es van dedicar –i encara ho fan– al desmantellament de l'estat del benestar. En definitiva, les decisions o omissions polítiques han contribuït a deteriorar les condicions de vida i de treball de la gran majoria de la població no rica: baixa fiscalitat a empreses, retallada de les despeses socials, reduccions dels recursos destinats a l'ensenyament i la sanitat públiques⁶³ i amb reformes per a promoure més facilitats per a l'acomiadament de treballadors. La prioritat econòmica no ha estat la creació d'ocupació sinó la lluita contra el dèficit. Però el dèficit, cal recordar, ha estat el resultat de la pròpia crisi, no el seu desencadenant. Quan es produeix una caiguda de l'activitat econòmica, menor és la capacitat recaptatòria de les administracions públiques; amb l'augment de l'atur, augmenta el volum de la despesa de les prestacions de desocupació. I a tot això cal afegir-hi, com és ja prou sabut, que els governs han aportat molts diners a les institucions financeres, convertint deute privat en deute públic.

⁶³ Per una anàlisi detallada del procés de privatització de la sanitat catalana, veure l'informe coordinat per Martínez i Vergara (2014).

La crisi ha estat global i ha repercutit arreu, i en diversos països del Sud d'Europa com Grècia o Itàlia durant la crisi s'ha produït un augment dels suïcidis producte de la desesperació de pensionistes, aturats o empresaris arruïnats. Per a l'anàlisi de la correlació entre crisi i salut, ens centrarem més en l'espai més proper com el Regne d'Espanya, i particularment en les polítiques d'austeritat que han tingut més repercussió per a la salut; veurem que molts experts sostenen que aquestes polítiques han tingut efectes més perniciosos que la pròpia crisi (Stuckler i Basu, 2013).

4.1. Desigualtats socials i crisi al Regne d'Espanya

Malgrat que no resulta fàcil determinar la data exacta de l'inici de la crisi, alguns experts la situen entre el primer i segon trimestres del 2008, que és el moment on l'atur va pujar del 8% al 13% i el PIB es va contraure un 0% en el primer trimestre i un -0,8% en el segon trimestre, segons dades del Institut Nacional d'Estadística. En el quart trimestre van augmentar les execucions hipotecàries de forma considerable (Sammamed, 2013). Molts experts coincideixen a assenyalar el 12 de maig del 2010 com la data on s'inicia l'ofensiva més directa contra les condicions de vida de la majoria de la població espanyola des que va esclatar la crisi; tot just posterior a la reunió que es va celebrar entre el 9 i 10 de maig de l'Ecofin i on es va decidir imposar un paquet de retallades de prestacions socials, congelació de pensions, reduccions salarials en el sector públic, increments en la imposició indirecta o la reforma laboral (Gutierrez, 2015). Després de negar la realitat durant un temps,⁶⁴ i donant per bona que la situació econòmica tenia prou fonaments per estar tranquils i considerar que no hi havia motius de preocupació econòmica, l'aleshores president del govern Rodríguez Zapatero va comparèixer al congrés dels diputats per anunciar un pla de xoc que contemplava diverses mesures: la reducció del 5% dels salaris dels funcionaris públics, la congelació de les pensions (exceptuant les no contributives i mínimes), l'eliminació del règim transitori per la jubilació parcial, la fi del xec-nadó de 2.500 euros, el control de les dosis dels medicaments en la sanitat pública, l'eliminació de la retroactivitat en el cobrament de les prestacions de la Llei de la Dependència, la retallada en 600 milions d'euros de l'ajut als països en vies de desenvolupament, la reducció de 6.000 milions de la inversió pública en infraestructures i finalment una retallada de 1.500 milions en la despesa pública de les administracions autonòmiques i municipals. Després van continuar les retallades del govern del Partit Popular a partir del 2011 i que van suposar nous i greus atacs a l'estat del benestar.

⁶⁴Sense cap ànim de disculpa, però convé assenyalar que tampoc va preveure la crisi el Banc Central Europeu, que el juny del 2008 van pujar els tipus d'interès com si el perill fos la inflació. O el mateix FMI, que a finals del 2008 pronosticava una forta recuperació, quan el que va esdevenir-se va ser el començament de la gran recessió. Veure: Gutiérrez (2015).

Pel que fa a l'atur, des del 2007 fins el 2012 es va multiplicar per tres, passant d'un 8,6% al 26% del 2012 segons l'EPA⁶⁵. L'atur juvenil en els mateixos anys va passar del 18,8% al 55,1%. Les llars en les que tots els membres actius eren a l'atur es van incrementar del 2,7% al 10,5% en aquest mateix període. Entre el 2009 i el 2012 va haver-hi un augment d'1.300.000 persones d'aturades més per l'onada d'acomiadaments de l'economia espanyola, afavorits per la reforma laboral del 2012 (i que cal recordar que va suposar una nova vaga general).

Les darreres dades del 2014 de l'EPA apunten a què més de cinc milions d'espanyols es troben en situació d'atur i que hi ha unes 1.670.000 llars en les que cap membre rep cap prestació, a més del fet que les condicions i la qualitat de l'ocupació cada cop són més precàries. Un altre indicador de les conseqüències de la crisi i les polítiques dels governs per afrontar-la ha estat el de les taxes de pobresa, les quals ja eren tradicionalment altes a l'Estat espanyol comparativament a la UE-15.⁶⁶ La pobresa ha augmentat força a Espanya i es situa molt per sobre la mitja de l'OCDE. El perfil dels pobres també ha canviat i es detecta un deteriorament notable en la incidència en les poblacions de nens i joves.⁶⁷ Segons dades del 2013 de l'Enquesta de Població Activa del tercer trimestre, hi havia més del 26% de persones en risc de pobresa i exclusió social. D'acord amb les darreres estimacions de l'Enquesta de Condicions de Vida de l'INE, el 28,3% dels espanyols es trobava en risc de pobresa o exclusió social, segons la taxa AROPE ("At Risk of Poverty Or Social Exclusion") de la que fa ús Eurostat (l'oficina estadística europea) per a calcular el percentatge de persones més desfavorides en un Estat, la qual combina tres factors: el risc de pobresa, la carència material severa i llars sense feina o amb baixa intensitat laboral.

El Regne d'Espanya tenia una taxa de pobresa al 2014 que només és superada per molt poc a la UE-21 per Romania i Letònia. Les llars que deriven els seus ingressos del treball no estàndard corren un alt risc de pobresa: la seva taxa de pobresa s'enfila al 31%, molt per sobre del 22% de la

⁶⁵ Segons altres mesures de comptabilitzar l'atur (sistema a EUA), estariem al voltant dels 8 milions d'aturats. Es tractaria de comptar a la gent que no està cercant feina, per estar afectats per una regulació d'ocupació, per estar desanimada, per treballar unes hores involuntàriament, etc. Veure estimacions i anàlisi aquí: <http://nadaesgratis.es/felgueroso/subempleo-y-precariidad-indicadores-para-la-recuperaci%C3%B3n> darrera consulta el 25/10/15

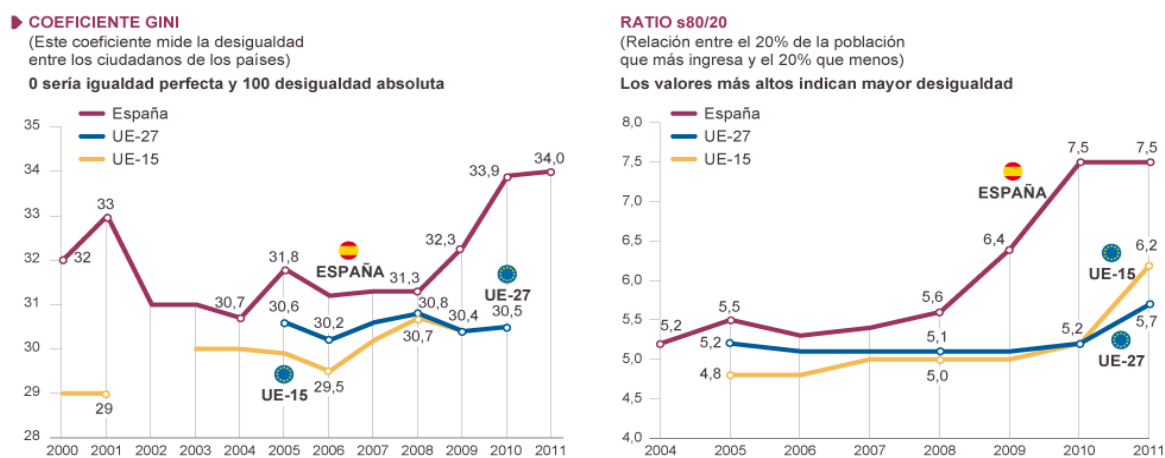
⁶⁶ Darrerament la xarxa europea contra la pobresa i l'exclusió social ha fet un informe del període 2009-2013, veure aquí http://politica.elpais.com/politica/2015/02/10/actualidad/1423563860_879713.html Darrera consulta: 12/09/15

⁶⁷ Amb totes les conseqüències que això suposarà per la seva salut mental. Veure: http://www.eldiario.es/catalunyaplural/diarisanitat/Quan-pobresa-salut-dels-nens_6_394820556.html. Darrera consulta: 24/10/15

OCDE (OCDE, 2015).⁶⁸ Un indicador de la crisi –i que com veurem més endavant té unes greus conseqüències en la salut de les persones– és el de les execucions hipotecaries per impagaments; entre el 2007 i el 2011 se'n van produir unes 350.000, segons la Plataforma d'afectats per la hipoteca (PAH) (Valiño, 2015).

El coeficient de Gini és una mesura de desigualtat molt utilitzada per mesurar o calcular qualsevol forma de distribució desigual.⁶⁹ Aquest coeficient ha augmentat molt en els darrers anys al Regne d'Espanya, concretament entre el 2007 i el 2013 (veure gràfic 4) fins arribar a la xifra més alta des que es tenen registres a l'Estat: el 34, només superat amb les dades disponibles per Letònia, Bulgària, Lituània, Grècia i Portugal, segons dades d'Eurostat del 2013.⁷⁰ Però també ha augmentat en un altre indicador de desigualtat: l'indicador de la ràtio 80/20, o la relació del 20% que més ingressa i el 20% que menys. Els valors més alts indiquen més desigualtat, que en el cas espanyol superava el 7. En aquest cas superava a Grècia (6), Portugal (5,7) o Itàlia (5,4) i per molta més diferència a Alemanya, amb un 4,6, o a Noruega, amb un 3,3.

Gràfic 4: Augment de la desigualtat a Espanya segons el coeficient de Gini.



Font: economia.elpais.com disponible a:

http://economia.elpais.com/economia/2012/10/10/actualidad/1349901592_959130.html (darrera consulta 16/10/15)

La participació dels salaris en el PIB ha estat minvant també des de l'any 1981 (73%) al 2012 (57,3%). Les pèrdues dels salaris en el pes del PIB són cada cop més accentuades i els salaris reals

⁶⁸ Els països amb major desigualtat econòmica a Europa occidental serien Portugal, el Regne d'Espanya, el Regne Unit i Grècia (Thebörn, 2015:126).

⁶⁹ Per a una definició del coeficient de Gini a: http://ca.wikipedia.org/wiki/Coefficient_de_Gini (darrera consulta: 23/08/15)

⁷⁰ Per a més informació: http://economia.elpais.com/economia/2012/10/10/actualidad/1349901592_959130.html darrera consulta: 17/08/15

han caigut des del 1994 al 2006 en un 6%. També la participació dels salaris en el PIB ha anat disminuint durant els anys de la crisi en benefici del capital i les empreses (Husson, 2013). Segons l'OCDE, pel període 2007-2010 Espanya era el sisè país de la OCDE on més havien disminuït els salaris i el país de la OCDE on més havia caigut la renda disponible de les llars, al voltant d'un 15%.

Els Tècnics del Ministeri d'Hisenda, en el seu informe "La desigualtat en crisi: home ric, home pobre" (Gestha, 2013), posen de manifest que la desigualtat va augmentar un 10,8% amb la crisi, sobretot a Madrid i Catalunya, que són les zones que concentren les majors bretxes, en reunir-s'hi el major nombre de grans fortunes⁷¹. I, paral·lelament, la pobresa arriba a més de 13,6 milions (perceben uns ingressos inferiors al 60% de la renda mitjana per unitat de consum, o 7.961 euros en llars unipersonals i 16.719 en llars compostades d'una parella i dos nens) dels quasi 46,5 milions de ciutadans al Regne d'Espanya, segons les dades del INE. Són persones que no tenien feina o treballaven menys del 20% del potencial laboral, i no podien fer front a un lloguer o a despeses imprevistes o no es podien permetre un àpat amb carn, pollastre o peix almenys 3 cops a la setmana, ni tampoc fer una setmana de vacances. A Catalunya, l'any 2005 la renda del 20% de la població més rica era 4,7 vegades la renda del 20% de la població més pobre; a l'any 2012 (en plena crisi) era 6,5 vegades superior. Pel que fa a la pobresa material més greu, ha passat de l'1,6% del 2008 al 5,8% al 2011 (Observatori del sistema de salut català, 2014).

En el següent quadre amb dades de l'Agència tributària (gràfic 5) es pot apreciar la gran quantitat d'assalariats que estan per sota dels 1.000 euros mensuals. Concretament, quasi 8 milions d'assalariats l'any 2013, aproximadament la meitat de tots els assalariats. Aquesta realitat tindria molt a veure amb el que es coneix per *working poor* o treballadors pobres que podríem definir com aquelles persones que malgrat tenir un contracte legal de treball, estan per sota del llindar de la pobresa de la seva àrea geogràfica de referència. Una realitat que des de fa uns anys està profundament instal·lada entre una part considerable dels treballadors. Després de la crisi de l'Estat del benestar, les desregulacions industrials i la destrucció del teixit productiu d'àmplies zones

⁷¹ El diari El País publicava el 3 de maig del 2015: "La brecha salarial se profundiza". Amb aquest títol informava que la millora de l'escenari econòmic es va traslladar a les nòmines de l'elit empresarial en el 2014. Mentre els sous de consellers i alts directius van créixer a una taxa de doble dígit la remuneració dels empleats va seguir caient. Si en el 2013 el salari mitjà de les persones millor pagades de les empreses del Ibex 35 suposava 75 vegades la despesa mitja per empleat d'aquestes companyies, en el 2014 es va disparar fins a 104 vegades. Si el sou mig dels alts directius dels grups cotitzats en el 2014 va ser de 599.088, el que va suposar un 12% més que en el 2013, en el cas dels treballadors la despesa mitja per empleat (incloent sou, seguretat social i altres despeses laborals) va ser de 43.088 euros l'any 2014, un 0,64% menys que el 2013!

geogràfiques, la pobresa s'ha estès a nous sectors de la població. Fa uns anys era una realitat habitual en el mercat laboral dels Estats Units però no en la Unió Europea. Actualment les xifres comencen a ser alarmants i, com ja hem esmentat més amunt, a Catalunya aquesta taxa era del 12% en el 2013, superior a la mitja del Regne d'Espanya i de la UE (CCOO, 2014).

Gràfic 5: Ocupació i salaris, evolució de l'ocupació i salari mig i mileuristes per tram d'edat.



Font: Agència tributària. [Gràfic de El Mundo. Disponible a: <http://blog.ventadepisos.com/category/actualidad-inmobiliaria/page/3/> darrera consulta 27/09/15]

4.2. La salut mental abans de la crisi

Des de fa anys, abans de la crisi, alguns informes d'organismes internacionals i institucions ja posaven de manifest que els problemes de salut mental augmentaven significativament. Concretament l'any 2005 la Unió Europea (UE) elaborava un document anomenat *Llibre Verd. Millorar la salut mental de la població. Cap a una estratègia de la Unió Europea en matèria de salut mental*. Aquest document afirma, entre altres dades, que el 27% dels europeus adults pateixen alguna forma d'alteració psíquica al llarg de la seva vida. A la UE les formes més comunes de malaltia mental són l'ansietat i la depressió. S'espera que la depressió sigui la primera o segona causa de malaltia durant l'any 2020 en el món desenvolupat. També s'esmenta el fet que els costos econòmics arribin a representar el 4% del PIB, degut a les pèrdues de productivitat. Els trastorns psíquics també representen una de les principals causes de jubilació anticipada i de percepció de pensions per discapacitat.

Una dada important d'aquest informe és que remarca que les capes social i econòmicament més baixes de la població són més vulnerables a les malalties mentals. S'hi assenyala que quedar-se sense feina i estar a l'atur són situacions que poden fer perdre l'autoestima i caure en una depressió. S'exposa també en aquest llibre verd de la UE que unes males condicions de treball són causes de

problemes psíquics, baixes per malaltia i costos econòmics elevats. Es fa constar així mateix que un 28 % del conjunt de treballadors o treballadores afirmen patir estrès a la feina, i el cost total de la depressió a Europa s'estima en 118 mil milions d'euros, i la major part d'aquesta xifra (61%) es deu als costos indirectes referits a baixes per malaltia i pèrdues de productivitat.

Al Regne d'Espanya s'han realitzat diversos estudis per avaluar la prevalença dels trastorns mentals entre la població. El diagnòstic més recent es va dur a terme l'any 2006 a través de l'ESEMeD (Estudi Europeu de la Epidemiologia dels Trastorns Mentals): descriu que el 15,7% dels homes i el 22,9% de les dones van presentar alguna vegada un trastorn mental en la vida, i un 5,2% i un 11,4% respectivament en els darrers 12 mesos (Haro et al. 2006). En relació als factors associats a una major prevalença de problemes de salut mental estaria el ser del sexe femení, estar separat/divorciat, tenir malalties cròniques, estar a l'atur, baixa laboral, tenir poc suport social i tenir una posició socioeconòmica baixa.

En els darrers anys, estudis com el de Bones et al. (2010) han aportat noves dades. Els resultats que ofereixen mostren una major prevalença de problemes de salut mental en les dones (24,6%) que en els homes (14,7%). Les persones que estan en pitjors condicions econòmiques presenten una major prevalença de problemes de salut mental (sense estudis o amb estudis primaris: 16,7% homes i 29% dones). Pel que fa a les variables de tipus laboral, s'observa major prevalença de problemes de salut mental en les persones de baixa laboral (43,3% homes i 47% dones), les que fan feines de la llar (homes 35,4% i 25% dones) i les aturades (28% homes i un 30,2% dones). Entre els que tenen contractes laborals temporals o sense contracte (14,4% homes i 24,7% dones) i les persones que tenen major nivell d'estrès relacionat amb el treball (21,7% homes i 30,6% dones). Segons aquest estudi es confirma el que va apareixent en la literatura científica els darrers anys: les dones presenten major prevalença de mala salut mental que els homes. Un altre aspecte a destacar te a veure amb el fet que pertànyer a classes socials més desfavorides i tenir estudis més baixos està associat a una major prevalença de problemes de salut mental per a les dones però no pels homes. Pel que fa als trastorns mentals severos, es destaca que si hi ha un gradient socioeconòmic de desigualtat, mostrant major prevalença entre les persones amb menor nivell socioeconòmic i en canvi pel que fa als trastorns mentals més comuns com l'ansietat i depressió aquest gradient no estaria tant clar, sobretot pel que fa als homes (Bones et al. 2010:392).

4.3. La crisi econòmica actual i la salut mental

El paper dels determinants socials de la salut és essencial per entendre la influència que tenen les crisis econòmiques en la salut. L'augment de les desigualtats i dels gradients socials s'associa a pitjors resultats en salut a curt, mig i llarg terminis. En períodes de crisi, l'augment de l'atur i de la precarietat laboral van lligats a un augment de la pobresa. L'empitjorament de les condicions de l'habitatge també s'associa a pitjors resultats en salut (Sammamed, 2014:53).

Tres exemples procedents de diferents països i diferents poblacions ens donen pistes de què no es tracta d'un fenomen local ni particular. En una enquesta representativa de la població a Grècia realitzada 2008 i replicada el 2011, els resultats van mostrar que la depressió major va augmentar significativament, passant d'un 2,4% a un 6,7% en homes i del 3,8 al 9,9% en dones. I les diferències eren significatives al comparar persones amb alt i baix estrès econòmic (Economou et al. 2013). Un altre estudi fet a Detroit amb una mostra de 1.547 persones, a les que se'ls realitzaren dues enquestes els anys 2008 i 2009, va destacar que els judicis hipotecaris van ser predictius de símptomes de depressió i trastorn d'ansietat (McLaughlin et al. 2012). Una entrevista psiquiàtrica telefònica realitzada a 3.579 treballadors d'Alberta, Canadà, que es va dur a terme primer el 2008 i novament el 2009, va detectar un augment de la prevalença de depressió del 5,1% al 7,6% i de la distímia del 0,4% a l'1,5% (Sammamed, 2014:58).

Disposem de registres de dades significatius de com les anteriors crisis econòmiques (assenyaladament la Gran depressió dels 30 als EUA, la recessió de principis dels 90 a Finlàndia, la recessió dels 90 al Japó, als anys 80 a Zimbabwe, etc.) han afectat la salut de les persones (Levy i Sidel, 2009; Espino, 2014) pel que fa a l'augment de la mortalitat general i per causa cardiovascular (augment de la hipertensió i hipercolesterolèmia), malalties cròniques, mortalitat de la infància i de distints patiments físics (migranyes, malaltia de Crohn, cefalees). També l'augment de les conductes de risc en relació a la durada de l'atur: tabaquisme, obesitat, sobrepès, consum d'alcohol i d'altres drogues, sedentarisme, menor consum de fruites i verdures (FADSP, 2012; Malmusi i Gotsens, 2014). Sobre els efectes de la crisi i la salut física hi ha alguna controvèrsia que no podem deixar d'esmentar. Alguns autors han apuntat que alguns indicadors de salut física com problemes cardiovasculars, pneumònies, morts d'accidents de motor, etc. són molt més elevats en èpoques de creixement econòmic, com ha mostrat un important estudi fet a 23 països de la OCDE entre els anys 1960 i 1997 (Ruhm, 2006).

Pel que sabem dels efectes de la gran crisi econòmica iniciada l'any 2008 han estat devastadors en la salut mental de la població. El patiment psíquic i els diversos problemes de salut mental són prou considerables pel que fa a quadres ansiosos depressius de caràcter reactiu, trastorns de la son, greus sentiments de culpa, conflictes familiars, violència domèstica, problemes associats a l'abús de l'alcohol, més riscos de patir trastorns ansiosos depressius i també un augment en les morts per suïcidi (Agència de Salut Pública, 2010; FADSP, 2012; Gili et al. 2012; Meltzer et al. 2012; Bartoll et al. 2013; Reeves et al., 2014). Malgrat que alguns estudis d'aquests poden tenir controvèrsies de tipus metodològic, hi ha pocs dubtes dintre la comunitat acadèmica i professional del sector que el patiment psíquic i els símptomes de malestar mental han empitjorat i augmentat. L'estudi més citat segurament és el de Gili et al. (2012), a partir del registre obtingut de població atesa a atenció primària mitjançant un instrument de filtrat, el *Primary Care Evaluation of Mental Disorders screening questionnaire for depressive symptoms*, que es va administrar a 7.940 pacients en el 2006 i a 5.876 en el 2010. L'estudi conclou que van augmentar els trastorns mentals en el 2010 respecte el 2006 (abans de la crisi). A més, el risc és més gran en aturats, persones amb problemes per a pagar l'hipoteca i persones desnonades de l'habitatge. El risc de depressió és més alt en les persones en atur i en aquelles amb problemes d'hipoteca, i és tres vegades superior en persones que han estat desnonades de les seves cases. Malgrat que en l'estudi les prevalences són elevades i que pugui haver-hi un sobrediagnòstic, es considera que aquest té la fortalesa metodològica d'haver-se replicat amb la mateixa població i metodologia el 2006 i el 2010.

També en un altre estudi, Bartoll et al. (2013), s'hi analitza l'evolució del risc de mala salut mental en el Regne d'Espanya en la població de 16 a 64 anys entre 2006-2007 i 2011-2012, a través de les dades obtingudes en la Enquesta Nacional de Salut (ENSE). Les dades es recullen en la ENSE a partir del qüestionari *General Health Questionnaire (GHQ-12)*. Els resultats obtinguts suggereixen un increment del risc de mala salut mental en els homes, mentre que es manté estable entre les dones. L'increment va ser més gran en els intervals de 35-44 i 45-54 dels homes i en la classe social IV (la I la més alta i la V la més baixa), les persones amb estudis primaris o secundaris i les persones que més aporten al pressupost familiar. Aquestes associacions són atribuïbles a l'estatus laboral.

Els diversos estudis i publicacions que van apareixent corroboren que hi ha un increment dels trastorns mentals molt lligats a l'estrès econòmic, atur i la inseguretat laboral, així com els problemes econòmics i l'habitatge (Sammamed, 2014:53). Hi ha un augment de nous casos atesos en els centres de salut mental de Catalunya en el 2014 (uns 56.000 nous casos d'un total de 170.000

persones). D'aquests casos, n'hi ha 25.136 que ho són en els Centres de Salut Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ), o sigui de menors de 18 anys. Cal afegir que en els darrers sis anys (de crisi) l'augment de casos en els CSMIJ ha estat del 27,6% (Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, 2015). Alguns estudis han apuntat que les dificultats financeres en una família impacten negativament en la salut mental dels adolescents i que la pobresa contribueix a produir efectes en forma de dèficits cognitius, emocionals i físics en els menors, amb greus conseqüències en la salut i el benestar. Malgrat no disposar-se encara de gaires dades, la combinació de factors que s'ha donat en aquesta crisi (pobresa, atur, retallades en serveis i programes públics) és probable que acabi tenint nous efectes negatius en el futur (Fernandez-Rivas i González-Torres, 2013; Noble, 2015). També cal parar atenció en el consum d'ansiolítics a Catalunya, que és considerablement més alt respecte a d'altres països europeus (Alemanya, Suècia, Dinamarca, Regne Unit), segons l'observatori de salut de la Generalitat.

4.4. Crisi i suïcidis

La relació dels suïcidis i les crisis és prou coneguda. El suïcidi no sempre és atribuïble a un trastorn mental, però sí que és indicatiu de patiment i distrès. Des de fa temps, cada any es suïciden a l'Estat espanyol més de 3.000 persones, més que en accidents de trànsit, però durant els anys de la crisi hi ha hagut un augment significatiu dels mateixos.⁷² Hi ha diversos estudis que corroboren la relació entre crisis econòmiques i suïcidis: un estudi (Lud et al, 2011) on s'analitzava la relació entre els cicles econòmics i els suïcidis als EUA entre els anys 1928 fins al 2007 mostrava que quan hi ha hagut alguna recessió econòmica la taxa de suïcidis ha augmentat 11 vegades i que només s'ha donat la circumstància que hagi baixat en 2 ocasions. I en períodes d'expansió econòmica, en canvi, les taxes de suïcidi només han augmentat 3 vegades i ha baixat en 10 ocasions.

Altres autors han fet revisions sistemàtiques, com Falagas (2009) i Milner (2013), en les que han pogut establir una relació entre l'augment de mortalitat per suïcidi i les recessions econòmiques en homes en edat laboral. En aquestes revisions l'atur està associat a l'augment de mortalitat per suïcidi, fonamentalment referit a l'atur de llarga durada. Aquest risc és més gran en els primers 5 anys d'atur, però tot i així pot arribar a persistir durant 15 o 16 anys després de la pèrdua de la feina. També han aparegut alguns estudis on s'ha pogut arribar a quantificar l'increment dels suïcidis

⁷²Malgrat va haver una mica de controversia sobre l'augment dels suïcidis en els inicis de la crisi a hores d'ara ningú posa en qüestió l'augment del darrer any. Veure: http://cat.elpais.com/cat/2015/05/28/catalunya/1432813015_190553.html Consulta darrera: 24/10/15

derivats exclusivament de la crisi. Per exemple, als Estats Units entre el 2007 i el 2010 s'estima que hi ha hagut més de 4.750 morts per suïcidi (Reeves et al. 2012); resultarien ser uns 846 addicionals en els anys 2008 al 2010 en el cas d'Anglaterra (Barr et al. 2012) i increments del nombre de suïcidis del 2008 al 2010 en tots els països de la UE (Stuckler et al. 2011; Karanikolos et al. 2013). Un altre estudi significatiu que ha analitzat la mortalitat per suïcidi a 54 països d'Europa, Amèrica del Nord i Àsia durant l'any 2009, comparada amb l'esperada segons la tendència de mortalitat per suïcidi del 2000 al 2007, ha estimat un augment de 4.884 morts addicionals per suïcidi. En el cas d'Europa es concentraria en homes de 15 a 24 anys, i a Amèrica del Nord en homes de 45 a 64 anys. Pel que fa a les dones no ha hagut increments: a Europa i a Amèrica va ser molt inferior als homes. I tant a un continent com a l'altre s'associa a la magnitud de l'atur (Chang et al. 2013).

Com hem apuntat anteriorment, el suïcidi és una de les formes de mort més estesa al món superant els morts per accident de trànsit, terrorisme i violència masclista. Però, tot i que un milió de persones se suïcidi cada any segons l'OMS (majoritàriament homes), és un tipus de mort que ha patit des de sempre un gran tabú. Una de les raons d'aquest tabú és l'efecte contagi analitzat fa molts anys per Paul Moreau de Tours a *De la contagion du suicide* (1875) i a *La contagion du meurtre* de Paul Aubry (1894). Contagi que provocarien determinades figures públiques influents o celebritats com cantants de rock o fins i tot líders sectaris que arrosseguen multituds i que poden provocar algun efecte entre els seus seguidors. Però, com han analitzat alguns autors, sembla molt fràgil aquesta argumentació ja que és "absurd atorgar-li a aquest unes capacitats contagioses més perilloses que les d'aquest altre tipus de violència exercida sobre segones i terceres persones, aquella que, paradoxalment, s'afarta els mitjans de comunicació".⁷³ Aquest tabú ha estat manifest en totes les èpoques i cultures i censurat per gairebé totes les religions, com ho posa de manifest l'església (en aquest cas ortodoxa) grega quan nega servei religiós a les famílies de suïcides, fet que contribuiria a amagar la veritable realitat.

Tot i que els motius per al suïcidi han estat analitzats i poden ser molt variats (Durkheim, 1992) ja que poden tenir moltes explicacions, ja sigui producte de desenganys amorosos, la mort d'un ésser estimat, la por de ser torturat, la imitació d'un altre suïcida, el abús de drogues, la soledat, l'abandonament familiar, trastorns psiquiàtrics severos, motius sectaris, pressió grupal o d'altres

⁷³ Sobre els diversos motius del suïcidi llegir l'interessant assaig de Juan Antonio Horrach a <http://horrach.blogspot.com.es/2008/01/el-tab-del-suicidio-kiliedro.html> (darrera consulta el 26/10/15).

motius; quan hi ha una correlació estadística significativa entre les recessions econòmiques, l'atur i els suïcidis, cal ser científicament molt obtús per no voler veure la relació que hi ha entre llevar-se la vida i la desesperació d'estar aturat i la incertesa i pànic al futur. Aquesta seria l'explicació més evident del gran augment en els països més castigats per la crisi i pels plans d'austeritat i retallades en els serveis públics de molts governs. És tan difícil imaginar-se la desesperació que pot sentir algú amb grans deutes hipotecaris, càrregues familiars i estar aturat de llarga durada en aquests moments? ¿Cal que ens expliquin últimament alguns diaris que alguna gent se suïcida per acumular deutes? ¿No és sabut també que nou de cada deu suïcidis presenten algun tipus de patiment psíquic? I com s'arriba a aquest patiment psíquic?

Unes taxes de suïcidi que venien disminuint de forma progressiva en els últims anys i que a partir del 2008 han tornat a repuntar. Any 2008, l'any de la gran crisi? Evidentment. La relació que hi ha entre crisi i suïcidis ja és coneguda també per altres crisis més recents com l'asiàtica de finals de la dècada de 1990 del segle XX, en què les taxes de suïcidi dels homes el 1998 van augmentar un 39% al Japó, un 44 % a Hong-Kong i un 45% a la República de Corea. Però també es disposa de dades més actuals i properes: a la UE cada nou minuts se suïcida una persona; això va representar unes 58.000 persones durant l'any 2008, la qual cosa va suposar un increment d'un 16% respecte a l'any 2007. Els països amb índexs de suïcidi més alts de la UE actualment són: Lituània amb 39 casos per cada 100.000 habitants; Hongria, Letònia, Estònia i Eslovènia amb uns índexs del 23/24 casos, i entre els més rics trobem: Finlàndia, França i Bèlgica amb uns 20 casos.

Però amb la crisi aquests índexs han augmentat, especialment als Països Bàltics i a Grècia, en unes proporcions molt considerables (Fountoulakis, K., 2013; Branat et al. 2014; Kentikelenis et al. 2011). Concretament, el 2009 hi va haver a Lituània un augment del 14% respecte al 2008. A Estònia va ser del 15,6% i a Letònia del 19%. Tampoc és gens casual que els tres països que més lluny han anat pel camí de l'austeritat en les polítiques econòmiques –Letònia, Irlanda i Grècia– són precisament els que han registrat les pujades majors de suïcidis entre el 2008 i el 2009. El cas de Grècia mereix una atenció especial, ja que no és per menys: la taxa de suïcidis a Grècia s'ha més que duplicat des de l'inici de la crisi, i ha passat d'un 2,8 al 6 per 100.000 habitants. Però que ningú s'enganyi i cregui que es tracta d'un problema que afecta només els països pobres d'Europa (els mals anomenats PIGS) i dels que han sortit mal parats amb la crisi de l'euro; -al Regne Unit, entre el 2007 i 2009, va augmentar un 8% l'índex de suïcidis, la qual cosa resulta molt significativa perquè

es produí després d'una dècada seguida de disminució de les taxes de suïcidi anuals.⁷⁴ L'any 2008 es van suïcidar 5.706 persones, el que suposa una mitjana aproximada de 16 al dia.⁷⁵ Segons això, podria afirmar-se que no es tracta només d'un problema vinculat a la riquesa o pobresa d'un país, sinó que està directament relacionat amb quines polítiques porta a terme cada estat per enfrontar la crisi.

Els estudis més rigorosos, secundats per alguns documents de l'OMS, demostren que els països amb una bona seguretat social i amb sistemes de protecció social adequats poden arribar a frenar i disminuir les taxes de suïcidis. A Finlàndia, en la crisi de 1990-93 l'atur va pujar del 3,2% fins el 16,5% de la població activa sense que això comportés un augment en la taxa de suïcidis, a diferència del que va passar en aquells anys a Rússia, on si van augmentar significativament (Sammamed, 2013). Segons diverses investigacions, existeix una relació molt directa entre les crisis econòmiques, la desocupació i l'empitjorament de la salut mental. Una dada il·lustrativa: la mitjana de persones amb problemes psicològics entre els aturats és d'un 34%; en canvi, entre les persones amb ocupació és del 16% (Reeves et al 2014). Una altra constatació és que com més gran és la durada del període d'atur més intenses són les conseqüències negatives sobre la salut mental. De fet, per a cada increment de l'atur d'un 1%, la taxa de suïcidis i d'homicidis augmenta un 0,79%; però cal dir que aquestes taxes no han augmentat en els països on no s'han implantat polítiques d'austeritat com Àustria o Islàndia, malgrat experimentar un augment de l'atur. Tampoc s'ha donat en llocs com Suècia, amb fortes mesures de protecció social.

L'estudi d'Espluga et al. (2004a, 2004b) mostra com la situació econòmica és una variable moderadora en les relacions entre atur i salut en una mostra de joves. En concret, en aquell estudi s'observa que com més favorable és la situació econòmica familiar millor és el benestar psicològic dels joves, de tal manera que entre joves de tres categories, en atur, estudiants i ocupats, es detecta una relació significativa entre el nivell d'estrès econòmic percebut i el nivell de depressió mesurada, de tal manera que els que disposaven de menys recursos econòmics tenien uns nivells de depressió més alts. A més, es detectava una clara diferenciació entre els nivells mitjans de depressió del grup

⁷⁴ La forma despectiva per a referir-se als països del sud: Portugal, Itàlia, Grècia i Espanya.

⁷⁵ Veure Ben Riley-Smith <http://www.guardian.co.uk/society/2011/dec/15/suicide-rates-economy-cuts-mental-health#history-link-box> The Guardian, 15 December 2011. (Darrera consulta: 14/10/13)

de joves en atur, de tal manera que els que no rebien cap tipus de prestació econòmica tenien una pitjor salut mental.

Pel que fa al Regne d'Espanya, malgrat que durant el període inicial de la crisi (2008-2011) no va haver-hi un augment significatiu de la taxa de suïcidis, a l'any 2012 sí que hi ha un repunt a l'alça respecte al període anterior. L'augment es dona en els homes de 45-59 anys. Malgrat que no apareix en les estadístiques, la relació del suïcidi amb els desnonaments (una de les expressions més macabres de la crisi) és un fet prou evident (Reeves et al. 2014). Algun estudi ha intentat quantificar els suïcidis derivats per la crisi durant els anys 2008-2010 al Regne d'Espanya, arribant a 680 suïcidis addicionals (Lopez Bernal et al. 2013). Convé tenir present que el suïcidi és la punta d'un iceberg que ens mostra que hi ha molt patiment i ideació autolítica i que hi ha molts intents de suïcidi que no s'arriben a conèixer. Resulta interessant observar una comparació realitzada entre Suècia i el Regne d'Espanya entre l'associació de la taxa d'atur i la taxa de suïcidi entre 1980 i 2005. Mentre que a Espanya hi ha una clara associació entre atur i suïcidis i aquests augmenten quan augmenta l'atur, a Suècia no s'observa aquesta correlació (Stuckler, 2013).

Finalment, és precís apuntar que, segons dades de la Unió Europea, l'augment de l'atur no fa créixer les xifres de suïcidi quan es gasten en programes socials més de 190 dòlars per persona i any (Stuckler et al. 2009). La mateixa hipòtesi en sentit invers s'ha trobat en descobrir-se una associació entre l'increment del suïcidi i la reducció de la despesa en polítiques socials (Zimmerman 2002). Estem, no hi ha dubte, davant d'un problema de salut pública de primer ordre la fase crítica del qual que encara no ha acabat i que, malgrat algunes iniciatives que s'han donat,⁷⁶ requereix d'una intervenció pública massiva per a mitigar i revertir la gravetat de la situació.⁷⁷

4.5. Altres patologies mentals derivades de la crisi

Durant la crisi han augmentat els trastorns mentals, afectant sobretot a les persones en situació d'atur, especialment el de llarga durada. La prevalença de patologia entre aquestes persones és més del doble de les que treballen. Dintre dels que treballen també es troben diferències entre els

⁷⁶ Algunes iniciatives de suport a grups aturats per part d'alguns psicòlegs són força lloables però inevitablement limitades. Tanmateix el paper que juguen algunes associacions com la PAH de suport, de recolzament i amb alternatives a oferir a aquelles persones afectades per desnonaments han jugat un gran paper (Isern et al. 2013; Valiño, 2015)

⁷⁷ En el moment d'escriure la darrera versió del present treball (agost del 2015) arriben noves dades de les més de 3,7 milions de persones aturades que no perceben cap prestació segons la EPA del segon trimestre del 2015. http://economia.elpais.com/economia/2015/07/26/actualidad/1437938831_440383.html (darrera consulta: 22/08/15)

treballadors manuals, amb més problemes de salut mental que els no manuals. Al Regne d'Espanya en un important estudi (Gili et al., 2012) la salut mental de la població atesa a l'atenció primària ha empitjorat respecte a la situació prèvia a la crisi. La depressió va augmentar un 19%, l'ansietat un 8,4% i els problemes relacionats amb l'alcohol un 4,6%. També s'evidencia en aquest estudi una correlació més alta de risc de depressió més elevat en les persones que estan en atur o que en tenen a la família; en persones amb problemes per pagar la hipoteca i en desnonats.⁷⁸

També s'ha detectat un increment de casos de violència, augment de consum de medicaments antidepressius i ansiolítics (Alameda-Palacios, 2014). El diari *El País* del 6 de desembre del 2013 informava de com s'ha disparat l'ús d'antidepressius a tot Europa. Al Regne Unit i al Regne d'Espanya el consum s'ha doblat en 10 anys. I s'està medicalitzant el patiment quotidià o els problemes laborals. I els fàrmacs, cal recordar-ho una vegada més, no poden donar solució a aquelles depressions que tenen un origen social. En èpoques d'estrès com les ocasionades per recessions econòmiques la població també incrementa el consum d'alcohol i drogues, el que acaba empitjorant també la salut mental (Zivin et al. 2011).

A l'octubre de 2010, en plena crisi, es va publicar l'Eurobaròmetre sobre la salut mental dels 27 Estats de la Unió Europea. Malgrat les reserves que es puguin tenir sobre aquest tipus d'enquestes donada l'heterogeneïtat existent entre els 27 Estats, hi ha algunes dades que ens conviden a prestar atenció. Cal dir que les dades que es presenten apunten a un empitjorament significatiu de l'anterior de 2006, d'abans de la crisi. Algunes dades a tenir en compte de l'informe són, per exemple: que el 58% dels lituans manifestaven estar insegurs amb el seu treball, el 42 % en el cas de la població grega i el 31% de la francesa. El 37% de la gent que forma part de la classe social baixa de la UE dels 27 estava d'acord que la seguretat del seu treball estava amenaçada. D'aquest grup, el 39% prenia antidepressius i el 32% demanava ajuda psicològica. En canvi, en el cas de gerents i directors la xifra es redueix al 18%. Aquells que estan poc reconeguts en el seu treball i són poc respectats prenen més antidepressius i demanen més ajuda professional. Així mateix, entre la gent que viu sola, les dones, els aturats i la gent amb dificultats per pagar les factures hi ha molt més consum d'antidepressius (Eurobarometer, 2010).

⁷⁸ Dades que coincideixen plenament amb el darrer informe sobre Emergència habitacional (Valiño, 2015).

La situació a Catalunya

Pel que fa a Catalunya, en el període de la gran crisi el risc de pobresa entre el 2008 i 2012 ha crescut del 16,6% al 20,1%, i pel que fa als menors del 17,6% al 29,4%! A aquestes xifres cal afegir-hi la destrucció de més de 270.000 llocs de treball estables i la progressiva devaluació dels salaris, el que ha contribuït a augmentar la taxa de risc de pobresa en el treball. En el 2013 aquesta taxa s'ha situat a Catalunya en el 12,2%, el que suposa que 6 de cada 50 treballadors té risc de ser pobre. Aquesta taxa a l'Estat espanyol és del 10,6% i a nivell europeu és del 8,9% (CCOO, 2014). Segons l'IDESCAT, durant el 2014 el nombre de llars amb tots els membres a l'atur va ser de 327.600, de les quals 200.000 no percebien cap ingrés.

Tot i que aquestes xifres alarmants podrien ser indicatives de la necessitat d'una forta protecció social, la despesa pública relativa a Catalunya en protecció social, educació i salut és sensiblement inferior a la del conjunt de l'Estat espanyol i de la Unió Europea, segons l'informe anual del 2014 del Síndic de Greuges (Valiño, 2015). A Catalunya, segons l'Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, el 2011 el nombre de persones amb risc de problemes de salut mental és del 14,1% i en els darrers cinc anys ha crescut un 21,7%, especialment en els homes. La prevalença de depressió també ha crescut significativament respecte el 2006 i actualment és el quart trastorn crònic més freqüent. El nombre de dies de baixa per problemes de salut mental ha representat el 17,4% del total de dies de baixa de l'any 2010.

El darrer informe dels centres de salut mental xifra en quasi 80.000 els casos nous diagnosticats l'any 2013 i un de cada tres adults atesos l'any 2013 ho feia per primera vegada; un 68,5% de les persones ateses per la Creu Roja admet que la seva situació econòmica li provoca trastorns emocionals i un 20% d'ells afirma que així no val la pena viure (Parreño, 2015).

A aquests impactes de la crisi en la salut mental ja coneguts caldrà afegir-hi el diferit que es podrà anar evidenciant els propers anys o decennis. I no cal dir la gran importància i afectació de la qualitat de vida i la de les seves famílies que també ha tingut, està tenint i tindrà amb les persones que tenen trastorns mentals greus en diversos terrenys: increment del cost de fàrmacs, retallada de prestacions, llistes d'espera per accedir a recursos d'habitatge, llars, pisos assistits, desaparició de places en determinats recursos laborals, dificultats d'inserció laboral per part de moltes persones amb algun trastorn mental i dificultats de fer complir la legislació en el marc de l'empresa (FCCSM, 2013).

L'OMS (2011) i tot el gruix de coneixement i recerca acumulat en els darrers anys ha posat de manifest l'impacte de la crisi econòmica en la salut mental de la població (valgui l'aclariment: en la població que no tenia cap problema de salut mental abans de la crisi). En aquests estudis s'evidencia com la crisi especialment afecta als sectors de població que es queden a l'atur, els que no cobren cap prestació, els treballadors precaris, els que estan en risc d'empobriment, persones amb deutes, a gent amb problemes d'habitatge i als que tenen menor accessibilitat als serveis públics.

Tot seguit farem un repàs del que pot suposar en relació a la salut mental estar a l'atur, tenir una feina precària, viure a la pobresa i patir problemes d'allotjament.

4.6. Aturats, treballadors precaris i la salut mental

Segons l'Organització Internacional del Treball (OIT), és probable que amb aquesta crisi el nombre de treballadors pobres arribi als 1.400 milions –el que representa el 45% dels empleats al món– i que el nombre de treballadors amb ocupacions vulnerables arribi al 53%. Si a aquestes dades gens favorables hi afegim que la inseguretats laboral (la por a perdre la feina) i la subocupació (precarietat, contractació irregular, etc.) estan relacionades amb una pitjor salut mental (Sverke, Hellgren, Naswall, 2002; Espino, 2014), les conseqüències de la crisi poden arribar a ser devastadores; per contra, les polítiques en la majoria de països europeus no han anat encaminades precisament a augmentar la protecció social i laboral, però aquest aspecte el tractarem en el següent capítol. Tant pel que fa a les conseqüències de quedar-se a l'atur, com pel que fa a determinades condicions de treball, hi ha força investigació de qualitat acumulada sobre com repercuteix en la salut mental.⁷⁹

També Therborn (2015:90) considera dos factors importants de la desigualtat vital que comporta problemes en la salut: destaca per un costat la inseguretats econòmica i la polarització cada cop més gran entre aturats i marginats del mercat laboral i els que estan al cim de la prosperitat; i per l'altre les “opcions de vida”. Les persones que no poden controlar el més bàsic de la seva vida com trobar feina, decidir el seu entorn laboral o desenvolupar una carrera professional sembla lògic que tinguin menys facilitat per a controlar la salut dels seus cossos (addiccions, dieta, exercici).

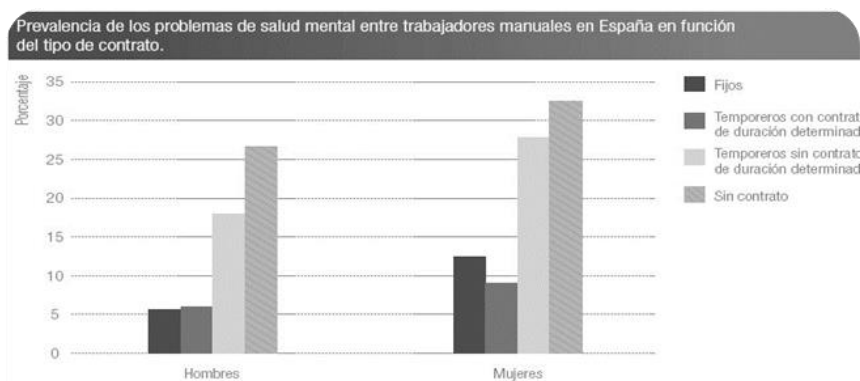
⁷⁹ Hi ha prou investigació també per saber que l'ocupació flexible pot tenir efectes adversos sobre la salut dels treballadors. Veure Benavides i Delclos (2005).

Un exemple recent el tenim amb les persones immigrades de països de menor renda en el Regne d'Espanya. Han empitjorat la seva salut mental (gairebé el 25% pateix algun problema) i han augmentat el consum de tranquil·litzants (gairebé el 14% en dones) l'any 2012 respecte al 2006. Entre el 2007 i el 2009 la quantitat de persones que consumien antidepressius habitualment va augmentar en un 17% al Regne d'Espanya (Stuckler i Basu, 2013: 188).⁸⁰

Empitjoren sobretot la seva salut mental els homes de classe treballadora, grup en el qual es produeix també el major augment de l'atur. Durant aquest període també s'ha observat un augment d'alguns factors de risc cardiovascular com l'obesitat i el sobrepès, la hipercolesterolèmia, el sedentarisme, i una disminució del consum de fruita, verdures, hortalisses i peix (Malmusi i Gotsens, 2014).

Analitzar la relació entre treball o la manca del mateix i la salut requereix de dues perspectives principals: la salut laboral, que es centra en l'estudi dels riscos laborals (higiene, ergonomia, psicosocials, seguretat) i l'efecte que tenen en la salut ocupada. L'altra perspectiva prové de l'estudi de les desigualtats socials en la salut i considera el treball com un element estructural determinant de les desigualtats socials que al seu torn condicionen les desigualtats en salut. Així doncs, tenir o no treball, tenir-lo temporal, tenir contracte o no i les condicions en què es realitza el treball és un important determinant social de la salut, com es poden veure en el gràfic 6. Els dos principals estressors relacionats amb el treball que poden empitjorar la salut mental pròpiament són l'estrès en el lloc de treball i quedar-se a l'atur.⁸¹

Gràfic 6: Prevalença dels problemes de salut mental entre treballadors manuals en funció del tipus de contracte.



Font: Artázcoz et al. 2005.

⁸⁰ També a d'altres països s'ha donat aquest augment en èpoques de molt atur com és el cas dels EUA que van arribar a consumir antidepressius fins a un 10% de la població en l'època de la Gran depressió (Stuckler i Basu, 2013).

⁸¹ Veure les diferents repercussions a la salut física i mental de tenir feines precàries i estar a l'atur a Dooley et al. (1996).

Les condicions d'ocupació que provoquen l'estrès fan referència a les condicions en què una persona realitza un treball o ocupació. Aquestes condicions es poden donar en l'ocupació estable o fixe a temps complet, la desocupació, l'ocupació precària, l'ocupació informal, el treball infantil i les situacions de servitud o esclavitud (Benach, Muntaner, Solar, Santana, Quinlan, Emconet, 2010). S'ha demostrat la importància de l'estrès crònic en l'origen i desenvolupament de nombrosos quadres clínics, en els quals és possible identificar un extens espectre ansiós-depressiu. Entre aquests, hi hauria el síndrome *Burnout* que es caracteritza per un estat d'esgotament emocional, despersonalització i frustració deguda a la manca de realització personal, característiques relacionades amb determinats contextos laborals (Mur de Vié, 2012).

El grau de salut mental, inseparable de la salut, es manifesta en tots els àmbits de la vida, inclòs per suposat el treball, que la codeterminen de forma positiva o negativa. Cal tenir en compte tres aspectes que s'entrellacen en les diverses interaccions complexes que es donen entre el treball i la salut mental: 1) els efectes de les condicions de treball (o atur) sobre la salut mental, 2) els efectes dels malestars psicològics o problemes de salut mental sobre el treball i 3) els efectes d'altres factors com poden ser les variables individuals, l'estatus, els fills, els orígens socioculturals (Mingote et al., 2011).

Els principals factors de risc dels trastorns de l'estat d'ànim com la depressió es relacionen amb la situació laboral de la població. Les distintes situacions de la nostra vida laboral afecten a les nostres emocions i a la nostra salut (mental): no és el mateix disposar d'una feina fixa que d'una d'eventual, estar ben o mal pagat, amb o sense drets laborals, que la feina sigui adequada a la nostra formació o no.

Al Regne d'Espanya més del 60% de les noves contractacions que es fan en aquests darrers anys són temporals i la proporció de nous contractes indefinits disminueix contínuament, pel que tampoc no podem esperar que aquesta inseguretad laboral i precarietat vital tingui un impacte en la salut gaire favorable. Les dades del Ministeri de Treball i Seguretad Social no admeten dubtes: en el juny del 2015 el 26% dels contractes van ser de 7 o menys dies. De més de 15 dies van ser un 7%. Entre 3 i 6 mesos van ser de 7,81%. També les situacions com l'edat, el sexe (Cortès, Artazcoz, 2009), la durada del temps d'atur, el grau de suport social (comunitari i institucional), el grau d'implicació previ amb el treball o la repercussió dels ingressos econòmics resultant de la pèrdua de la feina influeixen d'una manera més o menys directa (Espino, 2014:387).

Al Regne d'Espanya les persones de baixa laboral per malaltia, amb descans per maternitat, en situació d'atur i les que presenten discapacitat tenen entre tres i sis vegades més risc de caure malalt per ansietat, depressió o addiccions a drogues com l'alcohol o el tabac que les que tenen una feina remunerada (Ministeri de Sanitat i Consum, 2007).

En la taula 2 de la Comissió dels determinants socials de l'OMS podem observar els factors de risc de depressió i com estan relacionats de forma molt convincent o molt forta amb factors com la desocupació, els baixos ingressos o la baixa posició socioeconòmica.

Taula 2: factors de risc de depressió.

	Nivell d'evidència
Baixa posició econòmica	Molt convincent
Baix nivell educatiu	Molt convincent
Atur i subocupació	Molt convincent
Inseguretat alimentària i deficient nutrició infantil	Forta
Iniquitat de gènere	Forta
Baixos ingressos	Forta

Font: WHO, 2007.

L'atur no només impedeix l'accés als beneficis del treball remunerat, sinó que també deteriora la salut a través de la reducció dels ingressos econòmics i la consegüent dificultat per accedir a béns saludables; però també afecta a la salut per la reducció o pèrdua d'altres beneficis del treball remunerat com l'estatus social, les relacions socials o l'autoestima (Moreno, 2003; Cortés i Artazcoz, 2009). Encara que no tant mediàtica ni visible com un accident d'avió o un terratrèmol, l'impacte de l'atur sobre la vida i la salut de la població comporta una situació que caldria qualificar per alguns autors d'emergència nacional (Benach i Muntaner, 2011).

La desocupació pot arribar a ser molt negativa en determinades circumstàncies i segons diversa evidència empírica és un factor associat a efectes negatius en la salut mental (Honkonen et al., 2007, Karsten, Moser, 2009; Espino, 2014), així com també de precipitació de malalties mentals, incrementant el risc d'ingrés psiquiàtric per a treballadors amb períodes d'atur de més de sis mesos (Lajer, 1982). Quin impacte negatiu té la desocupació sobre la qualitat de vida de les persones? Menys ingressos econòmics, menys incentius vitals, menys objectius, activitats i possibilitats de prendre decisions i desenvolupar coneixements i capacitats, repercussions en l'equilibri psicològic

i les relacions sociofamiliars. Tot i que el risc de patir un problema psíquic és cinc cops més gran en aturats sense subsidi que en els actius (Karanikolos, 2013).

Segons dades de l'Estratègia de salut mental del Sistema Nacional de Salut d'Espanya basades en la European Study of the Epidemiology of Mental Disorders, la taxa de prevalença de patiment de qualsevol trastorn mental pels aturats era del 14,7%, el doble d'una persona que té una feina remunerada o d'un estudiant (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007:45). Alguns estudis han posat de manifest que estar aturat triplica la proporció de les psicosis i les fòbies i duplica l'ansietat i la depressió respecte a la resta de la població (Meltzer et al., 1995). Estar a l'atur també incrementa la probabilitat de patir malalties cròniques, de depressió i trastorns d'ansietat i mort prematura, a més de fomentar el consum d'alcohol, tabac i altres drogues (Karsten i Moser, 2009).

Ara bé, no tota situació d'atur és psicològicament negativa. Quan el treball que es perd és de característiques alienants, les pèrdues derivades de quedar-se a l'atur poden ser estrictament econòmiques. També hi ha actituds diferents desenvolupades per les persones aturades: persones que no es resignen a la seva situació i que intenten canviar l'ordre social existent, persones apàtiques i resignades amb la situació i persones desesperades que han perdut tota perspectiva de futur (Rodríguez Pulido et al. 1997).

Pel que fa a les repercussions d'estar a l'atur, Lucía Artazcoz (2004) ha constatat que l'efecte de l'atur sobre la salut mental depèn de la classe social, i ho fa de forma distinta segons gènere: entre els homes és superior en els de classe social més baixa, mentre en les dones ho és en les més qualificades. L'estudi mostra les interaccions dels tres eixos: gènere, classe social i rols familiars.

Precarietat

Un informe de l'Organització Internacional del Treball (OIT) que es va fer a diversos països (Alemanya, als Estats Units (EUA), Finlàndia, Polònia i el Regne Unit) l'any 2000 va causar un considerable impacte per les dades que va aportar. Concretament, l'informe exposava que un de cada deu treballadors patia depressió, ansietat, estrès o esgotament, que en alguns casos representava quedar-se a l'atur i/o hospitalització. Phyllis Gabriel, especialista en rehabilitació professional i autora de l'informe, deia: "Els empleats pateixen desànim, esgotament, ansietat, estrès, pèrdua d'ingressos i fins i tot causen atur, amb l'agreujant en alguns casos de l'inevitable estigma associat a la malaltia mental. Per als creadors d'ocupació, els costos es tradueixen en baixa

productivitat, disminució de beneficis, altes taxes de rotació de plantilla i majors costos de selecció i formació de personal substitut. Per als governs, els costos inclouen despeses d'atenció sanitària, pagaments per assegurances i minva de renda a nivell nacional” (Gabriel i Liimatainen, 2000).

La situació en aquest informe era desoladora: als EUA la depressió clínica s'ha convertit en una de les malalties més comunes que afecta cada any a una desena part dels adults en edat de treballar, amb el resultat d'aproximadament 200 milions de dies perduts de treball anuals; a Finlàndia més del 50% dels treballadors pateixen algun tipus de símptomes relacionats amb l'estrès, l'ansietat, sentiments depressius, dolor físic i trastorns del son; el 7% dels treballadors pateixen un esgotament sever que pot generar actituds clíniques i una dràstica reducció de la capacitat professional, i els trastorns de la salut mental són la principal causa de pensions per incapacitat a Finlàndia; a Alemanya els trastorns depressius són els responsables de gairebé el 7% de les jubilacions prematures i la producció perduda per absentisme atribuïble a trastorns mentals de salut mental s'estimava en més de 5.000 milions de marcs anuals. Pel que fa a la càrrega econòmica que suposa la depressió per les arques públiques, a Espanya es calcula seria d'uns 5.005.000 d'euros anuals, amb una distribució de recursos molt semblant a l'europea (Valladares, Dilla, Sacristán, 2008).

Al Regne Unit gairebé 3 de cada 10 ocupats pateixen problemes de salut mental i molts estudis indiquen que són comuns a l'estrès provocat pel treball i les malalties que causa; a Polònia el nombre de persones que reben assistència sanitària mental és creixent, fonamentalment de trastorns depressius. Tendència que estaria relacionada amb la transformació socioeconòmica del país i amb l'augment de l'atur, inseguretats laborals i descens dels nivells de vida en els darrers anys. L'informe ja reconeixia que tot i la complexitat dels orígens de la inestabilitat mental sembla que hi ha alguns elements comuns que vinculen l'alta incidència de l'estrès, el cansament i la depressió amb els canvis que s'estan produint en el mercat de treball, deguts en part als efectes de la mundialització econòmica i la precarietat de les condicions laborals.

Una precarietat que algun autor ha estudiat a fons i ha arribat a considerar-la una nova classe social: el *precarariat* consistiria en aquella gent que viu d'ocupacions insegures barrejades amb períodes d'atur o de retir de la força de treball i li porta a una vida d'inseguretats amb un accés incert a l'habitatge i als recursos públics, experimentant una constant sensació de vida transitòria (Standing, 2014:27). El 26 d'octubre del 2005, l'OIT en una conferència destacava les conseqüències de l'estrès en els treballadors i en les empreses. L'estrès relacionat amb el treball representava un dels majors

problemes de salut laboral a la Unió Europea. Segons aquesta organització, la meitat dels 150 milions de treballadors d'Europa està sent exposada a una pressió considerable en el seu lloc de treball. La UE estima que el cost de l'estrès en el lloc de treball és d'aproximadament uns 20.000 milions d'euros anuals.

En l'Enquesta Europea sobre condicions de Treball de 1996 ja s'exposava que el distrès en el treball s'ha convertit en un veritable problema de salut que pateix el 28% de la població. Aquest percentatge està lligat a la presència de diferents estressors, entre ells el ritme de treball amb un 54 %; la repetició en les tasques amb un 45 %; i la monotonia amb un 37 %.

Que les classes socials produeixen unes relacions socials que impliquen una apropiació dels recursos polítics, econòmics, socials i culturals per part d'una minoria és prou sabut. Potser ho és menys que pertànyer a una classe propietària o desposseïda implica estar exposat o no a factors de risc per a la salut ja sigui per les demandes o exigències del lloc, el control del treball, la capacitat de decisió, etc. Formar part d'una classe social o una altra implica tenir millor o pitjor salut.

Inseguretats laborals, manca d'ingressos, condicions d'ocupació precàries, alienació i desigualtat social són en bona part el fil conductor que trobem en la majoria dels exemples que hem vist més amunt quan parlem de distrès (estrès negatiu) i malaltia mental. Al Regne d'Espanya, segons la V Enquesta Nacional de Condiciones en el Trabajo que es va fer abans de la crisi (2004), uns tres milions cinc-cents mil treballadors i treballadores estan sotmesos a forts ritmes de treball. Manifesten que canviarien el càrrec si tinguessin alguna possibilitat. Un milió més considera que té més capacitats de les que demanda el seu lloc de treball i més d'un milió manifesta tenir molèsties relacionades amb factors psicosocials.

En un monogràfic sobre Salut mental de l'Enciclopèdia de Salud y Seguridad en el Trabajo es diu que els precursors de la (mala) salut mental són en general de caràcter psicosocial i guarden relació amb el contingut del treball, les condicions de treball i les relacions en el treball.⁸² Quan un o més d'aquests factors es manté actiu, les respostes a curt termini poden originar modificacions més estables i menys reversibles com l'esgotament, les psicosis o un trastorn depressiu major. Cal recordar la connexió de l'estrès amb la depressió i aquesta greu costos per la productivitat a les

⁸² Directors del capítol: Joseph J. Hurrell, Lawrence R. Murphy, Steven L. Sauter, Lennart Levi. Es poden trobar diversos articles molt informatius, entre d'altres sobre *Trabajo y salud mental*, *Psicosis relacionadas con el trabajo*, *Ansiedad relacionada con el trabajo*, *Karoshi: muerte por exceso de trabajo*, *El estrés y el agotamiento*, etc.

empreses (per absentisme i poca productivitat). Alguns estudis han calculat que suposa un cost de l'1% del PIB a Europa i als EUA (Haushofer, 2014).

En una entrevista, Benach i Muntaner recorden que el treball, a part d'ocupar un lloc central en les vides de les persones com mitjà per sobreviure, també determina el nostre grau d'influència social i nivell de vida, i també la nostra salut. Tenim feina o no, treballem dintre, fora de la llar o ambdues coses a la vegada, tenim contractes laborals i aquests són estables o no, tenim ocupacions saludables, insalubres o perilloses.⁸³ No hi ha dubte que en el segle XXI, el tipus de treball segueix emmalaltint i matant a treballadors... però a més a més, el treball a part d'emmalaltir i matar, també ens desgasta, deteriora i envelleix. El “desgast psíquic” no només es refereix a les malalties reconegudes per la Psiquiatria sinó també a malalties psicossomàtiques i a una sèrie de patiments, amb freqüència difícils de definir, rarament reconeguts i estudiats, que van des de la fatiga a l'insomni passant per dolors musculars, el malestar, l'ansietat o la insatisfacció. També les diferències de poder dels treballadors influeixen profundament sobre la salut, ja que aquestes determinen per exemple, quin tipus de treballadors tindran més possibilitats de ser acomiadats, quins estaran sotmesos a un contracte precari o quins estaran exposats a factors de risc per la seva salut. Una constatació important és la relació estreta que es dona entre el treball flexible i insegur i diversos problemes de salut mental, sobretot entre feines poc qualificades tant entre els homes com entre les dones (Artazcoz, Benach, Borrell, Cortés, 2005).⁸⁴

Dones i salut mental

Una dada que en els darrers anys ha posat un tema a debat és el de la doble jornada de moltes dones i com aquest fet, juntament amb unes determinades condicions laborals, acaba comportant conseqüències per a la salut mental. El 29 de desembre del 2006 l'Agència de Salut Pública treia un comunicat on es deia que “l'atur té un efecte negatiu sobre la salut mental dels homes, però no en la de les dones”. Les dones aturades tenien, segons aquest informe, millor salut mental que les ocupades. Tindrien més mala salut mental un 13,3% de les dones ocupades, enfront d'un 6,5% de les aturades. L'explicació podria venir pels factors laborals (pitjors condicions laborals) i per la doble jornada que empitjoraria la salut mental de les dones. En el cas dels homes, el 22,3% dels

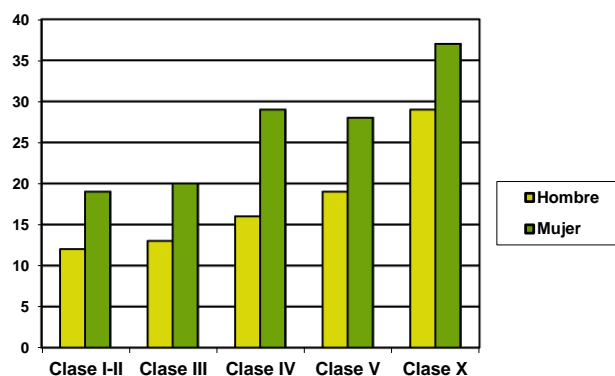
⁸³ Entrevista exhaustiva de Salvador López Arnal a Joan Benach i Carles Muntaner del 12 de desembre del 2005 a www.lainsignia.org Part d'aquesta entrevista es va publicar al Viejo Topo de desembre del 2005, núm. 214-215, pp. 28-35. Consultada el 14 de maig del 2009.

⁸⁴ Un informe exhaustiu i recopilatori de diversos estudis del que representa el món del treball amb totes les seves variants i tipologies i com afecta a la salut (mental) el podem veure a WHO (2007c), treball fet per una comissió dels determinants de la salut de l'OMS, coordinada per Joan Benach i Carles Muntaner

que estan aturats presenten mala salut mental, davant del 6% dels ocupats.⁸⁵ Els que presenten pitjor salut són els homes en atur, que han treballat en feines manuals, amb fills menors de 15 anys i que no cobren subsidi. El 40% dels homes que es troben en aquesta situació presenten una mala salut mental i tenen 19 vegades més probabilitats de tenir mala salut mental que els que es troben amb la mateixa situació familiar però si treballen.

Pel que fa a les dones treballadores, també en un estudi que es va fer a Barcelona sobre les desigualtats en la salut mental de la població ocupada es va constatar que la salut mental de les dones amb ocupacions menys qualificades és la pitjor de tots els grups de població, i la proporció de dones amb mala salut mental era el doble que en homes (Cortès, Artazcoz, Rodríguez- Sanz, Borrell, 2004; Cortès i Artazcoz, 2009). Per exemple, segons el gràfic 7, corresponent a l'enquesta de salut de Madrid del 2005, la classe I-II, que equival a la de propietaris d'empreses, presentaria una salut mental bastant millor que la classe X formada per persones sense contracte, jubilats, mestresses de casa i immigrants sense papers. La salut mental de les dones és pitjor significativament en totes les classes, com es pot veure en el següent gràfic. La salut de les dones treballadores és sempre pitjor que la dels homes excepte en les lesions per accidents de treball .

Gràfic 7: Freqüència de mala salut mental mesurada pel GHQ-12 segons classe social estandarditzada por edat.



Font: Instituto de salud pública de Madrid (2005).

⁸⁵ Caldria esmentar alguns estudis rellevants europeus sobre com pot arribar a perjudicar a la salut l'atur entre els joves. Veure el llibre coordinat per Kiselbach (2000)

Factors psicosocials en el treball

Però per entendre el vincle entre els aspectes estructurals (com les polítiques econòmiques, el mercat laboral, pertànyer a una classe social i demés) i els aspectes més individuals (com la salut mental) de les persones cal entendre els anomenats factors psicosocials en el treball.

Hi ha tres models que han analitzat l'ambient psicosocial del treball per explicar les desigualtats socials. El primer és l'anomenat d'exigència-control de Karasek en els anys setanta del segle XX, que està fonamentat en l'equilibri entre l'exigència i un baix control sobre el propi treball. El segon model és el desequilibri entre l'esforç i la recompensa de Siegrist i Thorell, basat en la noció de la reciprocitat social i considera que els esforços en la feina que no es recompensen adequadament ja sigui amb diners o amb promoció professional, tasques, etc., provoquen tensió laboral i estrès.

El primer model planteja que l'estrès sorgeix de la interacció entre les demandes físiques-psicològiques del treball i la capacitat dels individus per a controlar l'ús de les seves capacitats i habilitats. Prediu que un treball que combina “alta demanda” amb “baixa capacitat de control” constitueix un treball d'alta pressió, en el que es produeix el major risc de patir problemes a conseqüència de l'estrès (Parra, 2004). El segon model, el de Siegrist, concep el món del treball com una oportunitat d'intercanvi entre l'esforç del treballador i les recompenses que la societat com un tot ha disposat per aquest esforç. Aquí el concepte de reciprocitat és important com a guia d'intercanvi. Les modalitats que la societat utilitzaria per a recompensar són els diners, la valoració i el control de l'estatus. La manca de reciprocitat entre costos i guanys impactaria sobre la salut de qui ho pateix (Cifuentes, 2004).

Aquests dos models han aportat diversa investigació sobre la relació entre patir tensió laboral i desenvolupament de símptomes depressius (Clays et al. 2007) o la tensió laboral i el desequilibri esforç-recompensa com a pronòstic de mortalitat per malalties cardíaques (Kivimäki et al, 2002) i símptomes depressius. El tercer i més recent model és el de justícia organitzativa, que s'ocupa del tracte just a la feina i es refereix al grau de consideració que els caps tenen amb els treballadors i adopten mesures amb els seus empleats de forma justa i fiable (Kivimäki et al. 2003; Benach, Muntaner, Solar, Santana, Quinlan, Emconet, 2010). Els tres models estan associats a l'estrès laboral i a la salut.

Disposem de diverses evidències sobre com els éssers humans som profundament sensibles als agents estressants, com poden ser les diferències de poder, la jerarquia i la posició social. El fet

d'ocupar una posició baixa en la jerarquia social és una enorme font d'estrès; "sentir-se inferior" com a resultat d'ocupar un lloc poc reconegut o marginal pot activar respostes biològiques que, a mitjà o llarg termini poden incrementar la vulnerabilitat de les persones a diferents malalties o trastorns, com han posat de manifest alguns estudis (Fundació Caixa Catalunya, 2009; Wilkinson i Pickett, 2009; Therborn, 2015). Entre els principals problemes de salut amb els que s'ha relacionat l'estrès en el treball es troben: malalties cardiovasculars, hàbits no saludables (consums de tabac, d'alcohol, tranquil·litzants, sedentarisme), trastorns musculoesquelètics, trastorns d'ansietat, depressius, molèsties psicològiques i somàtiques que produeixen deteriorament del benestar (Parra Garrido, 2004).

Què és un agent estressant? Podem dir que és qualsevol succés del nostre entorn que trenqui l'equilibri del cos o homeòstasi.⁸⁶ La resposta d'estrès és l'intent per part de l'organisme de restablir aquest equilibri. L'estrès doncs és una resposta natural i necessària per a la supervivència. Quan aquesta resposta natural es dóna en excés es produeix una sobrecàrrega de tensió que repercuteix en l'organisme i provoca l'aparició de malalties i anomalies patològiques. Els problemes els tenim pel fet que, com a éssers sofisticats cognitivament, som capaços de generar hormones (glucocorticoides) a causa de l'estrès psicològic i social continuat. La subordinació social permanent i involuntària equival a sentir-se estressat de forma crònica, la qual cosa genera una resposta d'estrès hiperactiva i que alhora donaria lloc a més malalties associades a l'estrès. Quan es passa d'un estat agut (ansietat) a un estat d'alarma contínua i es converteix en crònic i habitual, poden produir processos de malaltia més greus com la depressió, ens recorda Robert M. Sapolsky, un dels majors experts en la investigació sobre l'estrès (Sapolsky, 2008). Alguns d'aquests agents estressants psicològics i socials són derivats de les mateixes desigualtats socials. L'estar en una posició de vulnerabilitat per la dependència econòmica o la cobdícia d'altres o insegur pel futur a causa d'una contractació precària, són factors importants d'estrès i per això amb possibles problemàtiques de salut mental .

⁸⁶ Aquí tornem a veure la importància de l'estrès crònic en la salut de les aportacions que feia l'enfocament psicosocial de Wilkinson (veure capítol 3 d'aquesta tesi).

4.7. Pobresa i salut mental

Els ingressos econòmics estan directament associats amb el nivell de salut. Es considera un indicador directe de la riquesa material. Hi ha una relació directa entre ingressos i benestar emocional que es dona a totes les societats segons un important estudi fet a 139.000 persones a 131 països (Haushofer, 2014). La pobresa relativa significa ser molt més pobre que la majoria de les persones de la societat i es sol definir com viure amb uns ingressos inferiors al 60% de la mitja nacional. La pobresa impedeix a les persones l'accés a una vida digna, a l'educació, al transport i d'altres factors vitals per a la plena participació en la societat. Ser exclòs de la vida social i rebre un tractament d'inferioritat causa pitjor salut i riscos més elevats de patir una mort prematura. Tanmateix, la pobresa impedeix les funcions cognitives i consumir recursos, evitant dedicar-los a d'altres funcions i tasques (Mani, Mullainathan, Shafir i Zhao, 2013).

Segons un estudi longitudinal realitzat a EUA a l'any 1980 la mortalitat en els individus que residien en llars on els ingressos mitjos eren menors de 10.000 dòlars era un 55% superior a la dels individus que residien en llars que tenien ingressos mitjos superiors a 34.000 dòlars (Davey Smith, 1996). Al Regne d'Espanya un estudi fet a l'any 1987 va mostrar que el percentatge d'homes amb ingressos mensuals familiars inferiors a 50.000 pessetes que deia tenir una malaltia crònica era 1,35 vegades més gran que els homes amb ingressos mensuals familiars superiors a 100.000 pessetes. En el cas de les dones era 1,20 vegades superior (Enquesta nacional de salut, 1999).

La pobresa i l'exclusió social provoquen un gran impacte sobre la salut i provoquen una mort prematura. La pobresa absoluta, entesa com la carència de les necessitats materials bàsiques de la vida, segueix existint, inclòs als països més rics d'Europa. La pobresa energètica ha causat unes 7.000 morts a l'hivern del 2014-2015 al Regne d'Espanya i es situa en el quart país de la UE amb més persones en situació de pobresa energètica.⁸⁷

Els aturats, moltes minories ètniques, els treballadors immigrants, els discapacitats, els refugiats, les persones sense llar estan més exposades a aquest risc. Les persones que viuen al carrer tenen l'índex més elevat de mort prematura. Més concretament pel que fa a la salut mental, hi ha prou evidència

⁸⁷ Segons informació publicada al diari El Público el 27 de març del 2015, es calcula que es produeixen cada any un 30% de morts addicionals a l'hivern per agreujament de malalties prèvies. Segons un estudi que cita aquesta notícia, el 17% de les llars espanyoles tenen dificultats per pagar les factures energètiques i quatre milions, un 9% són incapaces de mantenir un habitatge a una temperatura adequada en els mesos de fred. En el cas dels jubilats que no poden escalfar de les llars arriben a un 21%.

que l'estrès que produeix viure en la pobresa és particularment perjudicial per les mares durant l'embaràs, pels nadons, els nens i nenes petits i la gent vella.⁸⁸ Les circumstàncies psicològiques i socials poden causar un estrès perllongat. Un estat d'ansietat que s'allarga, la inseguretat econòmica, una autoestima baixa, l'aïllament social i la manca de control sobre el treball i la vida domèstica exerceixen uns efectes importants sobre la salut. Aquests riscos es van acumulant al llarg de la vida i augmenten les possibilitats de patir una pobre salut mental i una mort prematura. Llargs períodes d'ansietat i inseguretat vital juntament amb la manca d'amistats que puguin donar algun tipus de suport són perjudicials en qualsevol aspecte de la vida que es produeixin.

Un informe de Càritas, organització que treballa amb gent pobre, apunta que: “Hi ha un augment del malestar en el conjunt de la població en general. Són elements determinants la forta càrrega emocional i estressant que suporten els individus en una societat com la nostra, molt exigent, selectiva i competitiva. També intervenen els canvis que estem vivint en els models de vida familiar i social” (Càritas, 2007: 37). I més endavant continua amb algunes xifres reveladores: “la meitat de les persones sense llar tenen problemes de depressió, el 43% beu o ha begut en excés en algun moment de la seva vida i gairebé el 50% posa en relació l'alcohol amb el fet d'estar al carrer; el 16% ha consumit altres drogues, l'11% ha patit algun problema greu de salut mental, un 7,7% ha patit maltractaments de la seva parella i un 3,8% agressions sexuals d'adults (Càritas, 2007: 61). També l'informe anual de l'any 2006 de la Federación Europea de Organizaciones Nacionales (FEANTSA) que treballen amb persones sense llar, diu que tots els informes rebuts assenyalen que els ràtios de mala salut mental entre els sense sostre són molt més alts que entre la població en general. Una de cada cinc persones que es queden sense habitatge prèviament patien problemes de salut mental.⁸⁹ Encara que no hi hagi una malaltia mental com a tal, hi ha una clara pèrdua de benestar mental entre la majoria de persones sense llar, que es manifesta amb sensació d'ansietat, estres, tensió i incapacitat per fer front als problemes, de depressió i de dificultats per a dormir.

Segons aquest mateix informe, els nivells de malaltia mental són alts i és comú entre la gent sense llar presentar diversos problemes psiquiàtrics a la vegada. Aquests problemes poden ser agreujats per l'abús de substàncies. Aquests informes conclouen que les malalties més comunes entre els

⁸⁸ Les condicions de vida que es donen durant el desenvolupament de l'infant que porta patir aquestes privacions i aquests ambients estressants poden tenir conseqüències en la vida adulta (Noble, 2015).

⁸⁹ Es donaria aquí en part el fenomen de les dues direccions: la malaltia mental pot portar a la pobresa i la pobresa i els baixos ingressos poden comportar també problemes de salut mental.

sense sostre són l'esquizofrènia, els trastorns de personalitat i la depressió. Els problemes de salut mental comporten també un alt risc de lesions i suïcidis (FEANTSA, 2006).

Ja hem explicat anteriorment que les malalties mentals les pot patir qualsevol persona, però també que determinats grups socials poden resultar més vulnerables i que les persones que viuen en la pobresa són un d'aquests grups. Un exemple del que estem analitzant el podem trobar en les dades de la població atesa als serveis especialitzats en salut mental a Barcelona. Les diferències entre els districtes alts i baixos són il·lustratives: a Sarrià Sant Gervasi és del 2,1% i a Nou Barris és del 3,8%. Les taxes d'hospitalització psiquiàtrica també varien de l'1,9% a Gràcia al 4,9% de Ciutat Vella (Observatori del sistema de salut de Catalunya, 2015).

4.8. L'emergència de l'habitatge

La configuració del sistema d'habitatge que tenim ha generat que la davallada d'ingressos producte de la gran crisi s'hagi traduït en un augment exponencial dels desnonaments per motius econòmics i de l'exclusió residencial. Segons dades del CGPJ, entre 2008 i 2014 a Catalunya han tingut lloc més de 54.000 desnonaments. L'augment de l'atur i la precarietat han portat a una situació insostenible a moltes famílies de sobreesforç econòmic. Cal tenir present que a Catalunya, l'any 2012, les llars per sota del llindar de la pobresa havien de destinar un 46% dels ingressos disponibles a pagar l'habitatge.⁹⁰ La taxa de pobresa s'incrementaria del 22% al 33,6% si es té en compte la despesa que suposa fer front al pagament de l'habitatge (Valiño, 2015).

L'impacte de les condicions d'habitatge en la salut poden ser considerables. Als problemes derivats per pagar l'habitatge s'ajunta habitualment amb les dificultats per pagar els consums d'aigua, gas o llum i alimentar-se adequadament. Aquestes dificultats poden suposar impactes en la salut física i mental de les persones. Darrerament, segons l'Idescat, un 9,5% dels catalans en el 2014, unes 683.000 persones, pateixen pobresa energètica; això significa un augment del 77% respecte el 2013. Aquestes persones no poden mantenir la llar a una temperatura correcta.

Els problemes per pagar l'habitatge es relacionen amb un deteriorament de la salut mental que s'expressa en símptomes com l'estrès crònic, ansietat, depressió que afecten la qualitat de vida dels

⁹⁰ Es considera en termes generals que el pagament de l'habitatge i dels subministraments no hauria de comprometre més del 30% de la renda de la unitat familiar.

membres de la llar. Hi ha estudis que mostren que els nens/nenes de famílies en risc d'exclusió residencial pateixen una major proporció de malalties de salut mental. La situació que pateix una part de la societat a l'atur i les dificultats que això suposa per afrontar el pagament dels hipoteques és un altre dels factors que generen problemes molt considerables de salut. Aquesta doble situació provoca un efecte combinat que segons la presidenta de l'Associació Espanyola de Neuropsiquiatria Eudoxia Gay “suposa al voltant d'un terç dels desordres en salut mental” (El País, 27/12/13). L'increment d'execucions hipotecàries va associat a una disminució de la salut mental i a un augment de la freqüència dels suïcidis, assumpte força investigat en els darrers anys (Lopez Bernal et al., 2013; Chang et al. 2013; Milner et al. 2013; Reeves et al. 2014; Nörstrom i Grönquist, 2014; Nordt et al, 2015; Branas et al. 2015).⁹¹

4.9. Conclusions

Les desigualtats socials són el centre de la dinàmica econòmica i política europea i s'han agreujat molt considerablement no només per la crisi en si mateixa sinó per les polítiques d'austeritat devastadores que han tingut com a resultat una expansió de l'atur—particularment de l'atur de llarg termini—, una reducció dels salaris, la manca de protecció social, l'augment de la conflictivitat laboral, la concentració de la riquesa i l'enfortiment de les asimetries regionals. Aquests cinc problemes empitjoren la salut de l'economia europea, condemnen a milions de persones a nivells de vida miserables i només serveixen per aguditzar tots els problemes a Europa (Mineiro, 2015). Pel que fa a Catalunya, a l'any 2005 la renda del 20% de la població més rica era 4,7 vegades la renda del 20% de la població més pobre; a l'any 2012 (en plena crisi) era de 6,5 vegades superior. La crisi ha aguditzat per tant les desigualtats socioeconòmiques que ja es produïen abans de la mateixa.

La desigualtat també hem vist que emmalalteix profundament i també mata. Efectivament, les morts per suïcidi han augmentat a molts països que han patit aquestes polítiques. Pel que fa al Regne d'Espanya, des dels inicis de la crisi (entre el primer i segon trimestre del 2008) fins a finals del 2015 el paisatge social i econòmic que ha quedat és esfereïdor: l'augment de l'atur, les

⁹¹ Recordar aquí una entrevista al psiquiatra Manuel Gómez-Beneyto a La Nueva España, el 25 de febrer del 2013, que deia textualment: “el gran sufrimiento causado por los desahucios lleva a la gente en sus cabales al suicidio”. Veure a: <http://www.lne.es/aviles/2013/02/25/gran-sufrimiento-causado-desahucios-lleva-gente-cabales-suicidio/1373595.html> (Consulta darrera: 26/10/15).

execucions hipotecaries, juntament amb el paquet de retallades socials, la congelació de pensions, les reduccions salarials al sector públic, i acompanyat de diverses reformes laborals que ha generat un greu empobriment, inseguretat i precarietat laboral d'àmplies capes de la societat. L'atur en els cinc anys entre el 2007 i el 2012 va passar del 8,6% al 26%, l'atur juvenil en els mateixos anys del 18,8% al 55,1%. Tot just un dels principals factors de risc de l'estat d'ànim com la depressió es relaciona amb la situació laboral de la població. Les distintes situacions de la nostra vida laboral afecten a les nostres emocions i a la nostra salut mental. Hem pogut veure en aquest capítol el vincle entre els aspectes estructurals (les polítiques econòmiques, reformes laborals, pertànyer a una classe social i demés) i els aspectes més individuals com són els riscos psicosocials del treball i entendre que les dinàmiques organitzatives que es donen en els llocs de treball poden tenir una importància considerable en la salut dels treballadors.

En aquest capítol també s'han trobat evidències de la nostra sensibilitat als agents estressants com poden les diferències de poder, la jerarquia social i la posició social. L'estrès, malgrat ser una resposta natural i necessària per a la supervivència, si es dona en excés pot produir una sobrecàrrega de tensió que provoca en l'organisme l'aparició de malalties i anomalies patològiques. Si estar a l'atur o en situació irregular contractualment és un agent estressant i s'allarga en el temps, ens podem fer una certa idea del patiment psíquic que s'està donant en la nostra societat. La crisi econòmica ha impactat molt considerablement en la salut mental de la població. De fet, la salut mental és força sensible a les crisis econòmiques com indiquen diversos estudis i investigacions robustes de les crisis anteriors (la gran depressió dels 30 als EUA, la recessió de principis dels 90 a Finlàndia i al Japó, als anys 80 a Zimbabwe, entre d'altres). Els exemples actual d'aquests efectes de la crisi en la salut són abundants: a Grècia la depressió major entre els anys 2008 i 2011 ha passat d'un 2,4% a un 6,7% en els homes i un d'un 3,8% al 9,9% en les dones. El mateix podem dir d'investigacions fetes al Canadà o a Detroit. Un indicador habitual de mala salut mental en les crisis econòmiques és l'augment dels suïcidis. De fet, s'ha arribat a calcular que per cada increment de l'atur en un 1% la taxa de suïcidis i homicidis augmenta un 0,79%. Però aquesta taxa no s'ha produït en els països que no han aplicat mesures d'austeritat com el cas d'Islàndia o Àustria, o en llocs on ha existit polítiques de protecció social.

Hem estat analitzant fins aquí alguns dels problemes socials pel que fa a la salut mental de les poblacions, que té la societat ben entrat ja el segle XXI i després de patir una de les crisis econòmiques més importants que s'han viscut. El que ens aporten diverses investigacions que hem

analitzat és el fet que patir d'incertesa en els ingressos i no disposar d'una seguretat econòmica o d'una protecció social, pot comportar que es generin considerables problemes de salut mental i/o de profund malestar psicològic. Com mostren la major part de treballs sobre desigualtats socials en salut, són les causes de tipus socioeconòmic i polític de caràcter estructural les que millor expliquen les desigualtats existents. Aquestes causes no són inevitables, sinó que en molts casos poden modificar-se i haurien de ser decidides per la població. I la posada en pràctica de polítiques socials i de salut podria tenir un efecte favorable en la reducció d'aquestes. Aquest és el tema que tractarem en els següents capítols.

Segona part: La salut mental i les polítiques socials

Capítol 5. Polítiques i salut mental

Introducció

Les dades publicades a finals de març del 2013 per investigadors mundialment reconeguts a la prestigiosa revista científica *The Lancet* abunden en la següent tesi: no és només la crisi en si mateixa la que pot repercutir negativament en la salut, sinó sobretot i fonamentalment la magnitud dels seus efectes estarà molt relacionada amb com l'aborden els països. No hi fan front de la mateixa manera a Suècia i Islàndia que a Espanya o Grècia. I per tant els indicadors en salut són molt diferents en uns llocs o en uns altres. A Islàndia, per exemple, no hi ha pràcticament cap diferència en els indicadors de salut actuals respecte als d'abans de la crisi (Karanikolos et al. 2013). Segons autors com Stuckler i Basu (2013), seria la conjunció de les polítiques d'austeritat i la manca de protecció social el que està provocant en molts països greus problemes de salut, en forma de malalties infeccioses o augment molt considerable dels suïcidis, com és el cas de Grècia i del Regne d'Espanya. En situacions de crisi, la resposta dels sistemes de protecció social és més necessària que mai. Els sistemes de protecció social són fonamentals per garantir una distribució de la renda més equitativa. En definitiva, estem parlant de la seguretat social, la protecció per desocupació, la protecció de la salut, els serveis socials i la suficiència econòmica. Sabem que les polítiques d'austeritat que actualment es duen a terme a la majoria de països responen a una defensa dels interessos d'una ultraminoria a costa de la salut i la vida de la gran majoria població. Alguns dels especialistes mundials sobre les repercussions de la crisi en la salut creuen que cal preguntar a qui s'està beneficiant i qui perd en la crisi (Stuckler i Basu, 2009). També hi ha una major prevalença i incidència pitjor salut mental en els països amb majors desigualtats en la distribució de la riquesa i en els que tenen sistemes febles de protecció social.

A l'anterior capítol hem pogut fer una aproximació de la relació entre patir algun tipus d'inseguretat econòmica (ja sigui per quedar-se a l'atur, treballar en precari, viure en la pobresa) i en com pot això afectar els estàndards de salut mental.

També hem constatat com la gran crisi ha aguditzat de forma extrema les desigualtats socials, impactant de forma considerable en la salut mental d'una part cada vegada més gran de la població. Però més que la crisi en si, hi ha evidències que han estat les polítiques d'austeritat i les retallades

de serveis públics i de prestacions aplicades per part de determinats governs les que estan causant en bona part aquests problemes socials i de salut.

Les causes dels determinants socials de la salut sabem que tenen a veure fonamentalment amb les opcions i eleccions polítiques dels governs i de tots aquells agents socials que tenen algun tipus de poder en la presa de decisions polítiques. Com bé apunten Stuckler i Basu (2009), la bona salut no comença en els hospitals i les clíniques, sinó que comença a les nostres llars i als nostres barris, en els aliments que mengem i en l'aire que respirem. En definitiva, són les polítiques socials i econòmiques les que tenen major incidència en què uns visquin més anys i amb millor qualitat de vida i altres morin més joves i ho facin en condicions pitjors, més que no pas qualsevol fàrmac. Són aquestes polítiques que es desenvolupen —o la seva absència— les que fan que tinguem unes societats més o menys saludables i sanes mentalment. Dependrà, per tant, del tipus de polítiques que es donin en una societat que hi hagin uns millors o pitjors índex de salut mental. La política social no només ni fonamentalment cal entendre-la com un intent de corregir o compensar la desigualtat que produeix el mercat en la distribució dels recursos, sinó també com una intervenció generadora i moduladora de la pròpia desigualtat (Adelantado, 2000). La Comissió sobre els determinants socials de la salut de l'OMS ho expressa prou clar:

“Las políticas sociales y económicas tienen efectos determinantes en las posibilidades de que un niño crezca y desarrolle todo su potencial y tenga una vida próspera, o de que ésta se malogre. Cada vez hay una mayor convergencia entre los países pobres y los ricos con respecto al tipo de problemas de salud que hay que resolver. El desarrollo de una sociedad, ya sea rica o pobre, puede juzgarse por la calidad del estado de salud de la población, por cómo se distribuyen los problemas de salud a lo largo del espectro social y por el grado de protección de que gozan las personas afectadas por la enfermedad” (OMS, 2009).

Quan hem estat analitzant els determinants de les desigualtats en salut hem pogut conèixer diversos models per explicar les causes de les desigualtats en salut. Un dels models que hem apuntat és el de Orielle Solar i Alec Irwin, fet per a la Comissió dels determinants socials de la salut de la OMS, que contempla els factors estructurals i els factors intermedis de les desigualtats en salut. Reprenem en aquest apartat aquest model i observem que els factors estructurals es componen del context socioeconòmic i de l'estructura social. El context socioeconòmic i polític es refereix als determinants que afecten de forma important l'estructura social i la distribució de poder i recursos dintre de la mateixa: inclou el govern (la tradició política, la corrupció, la transparència, etc.,) i els

actors socials i econòmics com les grans corporacions, els sindicats o els moviments socials. Ambdós aspectes determinen les polítiques macroeconòmiques, com les polítiques fiscals que regulen el mercat, les polítiques i les relacions de força entre els agents socials que afecten al mercat de treball i les polítiques públiques que conformen l'estat del benestar: educació, sanitat i protecció social (Adelantado i Calderón, 2005; CRSDE, 2010). La deficiència i disparitat en les condicions de vida de les persones també són la conseqüència de polítiques i programes socials insuficients, acords econòmics injustos i una mala gestió pública.

Un cop es comprenen les relacions entre factors socioeconòmics i salut, les intervencions polítiques han de justificar-se. Cal veure quines són les intervencions polítiques per reduir les desigualtats socials en salut. Per què intervenen els governs per a reduir les desigualtats socioeconòmiques en salut? L'objectiu darrer tal vegada tindria a veure amb qüestions d'equitat o justícia social. “La justícia social es una cuestión de vida o muerte”; amb aquesta contundent sentència comença tot just l'informe de la Comissió per reduir les desigualtats en salut en una generació (OMS, 2009).

La societat o els seus representants consideren que existeixen desigualtats socioeconòmiques que són injustes, ja sigui perquè contemplen l'existència de desigualtats com una injustícia o bé perquè les contempla com una resposta a factors no escollits per l'individu, o escollits de forma molt condicionada (Solé i Rodríguez, 2008:191). També podem trobar justificacions de naturalesa més econòmica de les motivacions d'aquestes polítiques i de com es quantifiquen els costos econòmics de la malaltia, la incapacitat laboral, les baixes i l'absentisme que afecten a la capacitat productiva d'un país i dificulten el creixement econòmic; ja hem vist més amunt el que suposen a Alemanya, per exemple, els trastorns depressius, responsables de gairebé el 7% de les jubilacions prematures i la producció perdudes per l'absentisme atribuïble a trastorns de salut mental, que s'estimava fa un temps en més de 5.000 milions de marcs anuals (Gabriel i Liimatainen, 2000).

En els capítols dos i tres hem analitzat de quina manera les desigualtats socials en salut són injustes i també evitables. Els governs poden, mitjançant els mecanismes per redistribuir renda a través dels impostos o mitjançant la despesa social, implantar polítiques d'ocupació, de reducció de la pobresa, potenciar l'ensenyament o la sanitat pública, la protecció social, el medi ambient, etc. Les diferències institucionals entre països o els canvis dintre d'un país tenen el seu reflex en les diferències en la magnitud de les desigualtats en salut.

Els països més capaços de produir estratègies de benestar (mesurades a partir d'indicadors com la despesa social o el nivell d'ocupació) tenen menors diferències en salut per grups socioeconòmics. El mercat de treball també es revela com un gran transmissor de desigualtats. Estats del benestar poc desenvolupats i amb mercats de treball pobres comporten majors nivells de pobresa, exclusió social i desigualtats d'ingrés.

Al segle XX hi ha nombrosos exemples de com es poden reduir les desigualtats i com aquestes poden augmentar dràsticament en el decurs d'una generació. L'exemple d'un país com Suècia és molt il·lustratiu. El 1925 la desigualtat d'ingressos de Suècia era l'equivalent a la de Turquia avui dia, però la creació de l'Estat del benestar suec, en el que es va aconseguir l'accés universal a l'atenció sanitària, les pensions públiques universals van portar a què, comparativament, la desigualtat s'hagués reduït a la meitat l'any 1958. En el cas de Rússia, l'experiència és a la inversa. A finals de la dècada de 1980 Rússia tenia uns nivells de desigualtat equivalents als dels seus veïns escandinaus; del 1991 ençà, amb la transició al capitalisme, s'ha duplicat la desigualtat (Stuckler i Basu, 2013; Oxfam, 2014:72).

Darrerament també alguns governs llatinoamericans com el de Veneçuela han posat ben de manifest que les intervencions polítiques poden repercutir significativament en la desigualtat d'ingressos i aquestes també tenir un impacte considerable en la reducció de les desigualtats en salut (Muntaner et al. 2006). En el cas del Regne d'Espanya hi ha prou evidències, pel que han constatat diversos investigadors, que malgrat que les desigualtats socioeconòmiques en salut siguin flagrants, les polítiques per a disminuir-les no han entrat en l'agenda política (Navarro i Benach, 1996; Regidor, 2002; Borrell i Benach, 2003).

En aquest capítol repassarem les orientacions sobre salut mental que es proposen des de diversos organismes o institucions com l'OMS en base a alguns dels documents considerats principals com el Pla de Salut Mental o el de la Comissió sobre els determinants socials de la salut, per a donar-nos unes pautes de referència. També pel que fa a una política de prevenció i protecció de la salut mental en relació als determinants socials destacarem també algunes de les recomanacions que s'han fet des de diverses institucions com l'Estratègia de salut mental Regne d'Espanya o el Pla director de Salut mental.

Després de constatar per diversos estudis com repercuteix la manca d'ingressos i de seguretat econòmica en la salut mental de les persones que es troben a l'atur i també d'aquelles que pateixen

condicions laborals precàries o, fins i tot, les que malgrat treballen reben ingressos insuficients (el que anteriorment hem anomenat *working poors*), farem un repàs de quines són les polítiques de garantia d'ingressos. Concretament, ens centrarem en les polítiques de protecció social pel que fa a la prestació d'atur i les rendes mínimes i analitzarem si són reductores de la desigualtat social. Valorarem també si les polítiques de garantia d'ingressos que existeixen al Regne d'Espanya i a Catalunya ofereixen una seguretat econòmica suficient o “una cobertura d'abast ampli per a què tota la població gaudeixi d'un nivell d'ingressos suficients i pugui tenir una vida sana”, tal com recomana la Comissió per a reduir les desigualtats de la OMS (2009). Finalment, farem un repàs d'algunes evidències empíriques sobre la importància que poden arribar a tenir (o la falta d'elles) les polítiques de protecció social en la salut de la població.

5.1. Les orientacions per a reduir les desigualtats en salut

Les polítiques per a disminuir les desigualtats en salut són una prioritat per a molts països i responen a l'objectiu número 2 de l'estratègia de Salut pel segle XXI de l'OMS (WHO,1999). Hi ha polítiques de reducció de desigualtats en salut tant en els països desenvolupats com en països en vies de desenvolupament. Una de les recomanacions importants de l'OMS és que les polítiques en salut han de ser “multisectorials”: les polítiques i els programes per abordar els determinants socials de la salut han d'englobar a tots els sectors clau de la societat, no únicament el sanitari. En alguns països la reducció de les desigualtats apareix com un objectiu directe i explícit. En d'altres casos les polítiques estan pensades per alterar els factors mediadors o causals entre les desigualtats socioeconòmiques i les desigualtats en salut. Les desigualtats socioeconòmiques tenen múltiples expressions, de manera que és important la distribució de l'ingrés però també ho són altres factors, com els nivells d'educació (Solé i Rodríguez, 2008:190) o disposar d'una sanitat pública i universal.

Els tres principis bàsics d'acció de l'informe de l'OMS sobre les desigualtats socials de la salut són tres: 1) Millorar les condicions de vida, és a dir, les circumstàncies en les que la població neix, creix, viu, treballa i envella; 2) Lluitar contra la distribució desigual del poder, diners i recursos, en definitiva els factors estructurals dels que depenen les condicions de vida, a nivell mundial, nacional i local; 3) Mesurar la magnitud del problema, avaluar les intervencions, ampliar la base de coneixements, dotar-se de personal capacitat en matèria de determinants socials de la salut i sensibilitzar a l'opinió pública. Com podem veure, els dos primers objectius són clarament adreçats

a reduir les desigualtats socials i el tercer formaria part més d'una estratègia investigadora, formadora, avaluadora i publicista.

Els determinants socials de la salut es presenten en diversos sectors de les polítiques públiques. Per tant, els intents de millorar la salut pública han d'anar més enllà de les polítiques sectorials de cara a eixamplar amb un enfocament més ampli les polítiques intersectorials. Tots els sectors poden incidir en la salut i l'equitat sanitària (les finances, l'educació, l'habitatge, l'ocupació, el transport, els serveis socials o els serveis sanitaris).

Per a millorar l'equitat sanitària és essencial que totes les instàncies públiques actuïn de forma concertada i és fonamental també que hi hagi una coherència política en els diversos departaments de l'administració pública i no es donin contradiccions. Per exemple, fer una política de potenciació de la inserció laboral de determinades persones que tenen una discapacitat i reben una pensió i, al mateix temps, posar traves burocràtiques a l'hora de complementar un salari amb la pensió o allargar els terminis per a tornar a recuperar la pensió després d'haver finalitzat una feina podria ser un exemple de poca coherència de les polítiques concertades entre departaments que actualment es donen a Catalunya.

Whitehead i Dalghren (2006) en un document fet per a l'OMS assenyalen fins a deu principis per a l'acció que han de servir com a guia general per al disseny de polítiques encaminades a disminuir les desigualtats. Creiem interessant destacar sobretot quatre d'aquests principis per la relació que tenen amb el que aquí s'està treballant. Aquests principis són:

- 1) Les polítiques han de poder millorar els nivells de salut de la població. Per a disminuir les desigualtats en salut entre els diferents grups, l'objectiu és augmentar el nivell de salut dels menys privilegiats i no reduir les desigualtats disminuint el nivell de salut dels grups més privilegiats.
- 2) S'han d'utilitzar distintes aproximacions per a disminuir les desigualtats en salut. Les tres més freqüents són: a) reducció de les desigualtats en tota la població. Aquesta aproximació té en compte que hi ha un gradient de salut i malaltia entre les diferents classes socials i cal tenir-les present establint polítiques universals; b) disminució de les desigualtats entre els grups menys privilegiats i els més privilegiats, millorant a un ritme més ràpid la salut de les

classes desfavorides; i c) focalització en la població vulnerable amb enfocaments selectius que tractin de millorar la salut d'aquesta població. Aquestes polítiques es presenten com un plantejament complementari i necessari per abordar les desigualtats en salut.

- 3) Les intervencions poblacionals per a millorar la salut també s'han de centrar en la disminució de les desigualtats entre els distints grups socials. Sovint les intervencions no tenen en compte les desigualtats i això provoca que els grups socioeconòmics més privilegiats es beneficïn més d'aquestes polítiques.
- 4) Les accions han de considerar els determinants socials de les desigualtats en salut i no només els determinants de la salut. Les intervencions de salut pública dirigides a disminuir les desigualtats en salut han de ser necessàriament multisectorials. Com ja s'ha dit en diverses ocasions, les causes que creen la vulnerabilitat tenen la seva arrel en la vida quotidiana i les competències per actuar recauen fonamentalment fora del sector sanitari. El sector sanitari ha d'assumir el paper de lideratge i convèncer d'altres sectors per actuar conjuntament en la reducció de les desigualtats en salut.

Les polítiques allà on es produeixen

Les polítiques per a disminuir les desigualtats han de basar-se en el model conceptual que les produeix (Borrell et al. 2008). Les polítiques poden tenir diversos punts d'entrada: ja sigui en els determinants estructurals com el context socioeconòmic i polític o en els determinants intermedis (modificar les condicions de treball, millorar l'entorn del barri, millorar els estils de vida, etc.). Anem a centrar-nos en l'àmbit de les polítiques macro per tal d'analitzar com la protecció social pot ser un factor decisiu en les polítiques de millora de la salut mental.

Fonamentalment destacarem les polítiques socials destinades a la protecció i promoció del benestar econòmic i social dels individus per part de l'Estat. Un exemple en serien les polítiques destinades a augmentar la protecció mitjançant la provisió de serveis públics com ensenyament, sanitat o serveis socials. Un altre exemple en serien les polítiques macroeconòmiques que poden contribuir a la disminució de les desigualtats de renda o de la pobresa. Algunes d'aquestes mesures consistirien en disminuir les desigualtats de renda incrementant la fiscalitat progressiva, regular el mercat de treball impulsant estratègies a favor de l'equitat o promoure rendes mínimes per combatre la pobresa. I una altra família seria la de les polítiques adreçades a la regimentació del mercat de treball,

com les dirigides a millorar les condicions d'ocupació per a reduir les exposicions negatives per a la salut, la regulació de salaris, dels horaris de treball i del treball temporal, així com la protecció front a la malaltia i l'atur. També estarien contemplades aquí les polítiques per aconseguir millorar l'ocupació.⁹²

Polítiques per reduir les desigualtats de renda

Dintre d'aquest conjunt de polítiques em centraré en aquelles que fan referència a les desigualtats de renda. Ja hem vist en el capítol anterior com aquells països que tenen menor desigualtat de renda tenen millors resultats de salut en tota la població (esperança de vida, salut mental, obesitat.) i una menor incidència de problemàtiques socials. Els mecanismes per explicar aquesta relació ja els hem contemplat quan hem repassat els enfocaments psicosocial (Wilkinson i altres) i neomaterialista (Muntaner i altres). En les societats amb més desigualtat de renda és major la proporció de gent pobra, es genera més competitivitat, menor cohesió social, menor capital social i majors nivells d'estrès (CRDSE, 2010:31).

5.2. Les polítiques de salut mental

En aquests moments de greu recessió econòmica, el fet de quedar-se a l'atur, no cobrar prestacions o que aquestes siguin molt escasses, estar amb perill de desnonament de la llar, tenir un treball precari, entre moltes altres conseqüències negatives, està provocant estralls en la salut mental per a milers de persones com ja hem vist en el capítol dedicat a la crisi i la salut mental. És convenient en aquests punt fer un repàs a les recomanacions de les polítiques de prevenció i promoció de la salut mental que des d'anys es vénen fent des de l'OMS i la UE. La relació de documents, resolucions, conferències, comunicats que s'han publicat en els últims anys, ja sigui de la UE com de l'OMS sobre l'abast dels problemes de salut mental arreu del món són considerables. I és que els problemes relatius a la salut mental constitueixen una preocupació de salut pública de primera magnitud.

En aquest capítol analitzarem les diferents estratègies polítiques que des de diferents marcs (europeu, espanyol i català) s'han configurat per a millorar la salut mental.

⁹² Val a dir que parlar de millora de l'ocupació en l'actual context pot sonar una mica estrany, si ens atenem a les xifres de destrucció d'ocupació i a la cada cop més precària ocupació. Només el 45% de la població assalariada mundial (equivalent a poc menys de la quarta part del treball global) disposa de contracte permanent i a temps complet, mentre que la resta treballa amb relacions precàries de durada determinada i/o jornada a temps parcial. Es calcula que hi ha uns 1.566 milions de treballadors vulnerables i 839 milions que són treballadors pobres (Beneyto, 2015).

5.2.1. Un repàs històric de les polítiques de tractament de la salut mental

Abans d'entrar a veure les orientacions polítiques que es donen al segle XXI pel que fa a la salut mental, convé fer un breu repàs històric sobre el que han estat les diferents intervencions, mesures i tractaments envers la malaltia mental i com s'han anat configurant al llarg de la història fins arribar al context present, on les polítiques de promoció i prevenció de la salut mental tenen característiques substancialment noves i, en aquest sentit, són molt recents.

Els orígens

Pot resultar il·lustratiu encetar aquest breu recorregut en contextos socioculturals i econòmics radicalment diferents dels nostres, però en els que es donava algun tipus de categorització social del que avui anomenaríem “malaltia mental”. Tot plegat ajuda a entendre que la malaltia mental ha estat un fenomen històricament indexat, és a dir, que el seu significat –i la seva terapèutica associada– ha anat lligat al context social i normatiu de cada moment.

Així, abans de l'emergència del context de l'antiga Grècia la bogeria era vista com una de les malalties amb la que els déus castigaven els homes i les dones. En les antigues civilitzacions i cultures històriques de la humanitat com l'antic Egipte i Mesopotàmia eren tractades pels sacerdots-metges, als que corresponia una pràctica sanadora que, en general, combinava els exorcismes, fórmules i rituals màgics amb remeis medicinals de base vegetal. Eren els únics mediadors vàlids i eficaços entre els indefensos mortals i les omnipotents divinitats (Arechederra, Ayuso, Choza i Vicente, 1995). I és que, com diuen aquests autors, atès que les malalties eren vistes com a càstigs divins, havien de ser sacerdots a més de metges els que actuaven per a restablir la salut, quan era possible, del castig.⁹³ A Mesopotàmia, des de Sumer i Acad fins a l'Imperi Neobabilònic conviuen dos tipus de sanadors: el sacerdot-metge i el metge laic. A l'antic Egipte, la Medicina era una barreja de receptes empíriques, rituals litúrgics i fórmules màgiques. Però, a diferència dels mesopotàmics, els sacerdots-metges egipcis no ostentaven una condició tan sagrada, ni refusaven les pràctiques terapèutiques quiopràctiques. El que si era comú és el fet que la bogeria també era una de les malalties escollides pels déus per a castigar als mortals.

⁹³Pel que sembla, la bogeria juntament amb la ceguesa i la pesta eren les malalties preferides pels déus per venjar-se de qui ofenia, violava els tabús o oblidava els deures religiosos (Arechederra, Ayuso, Choza i Vicente, 1995).

Entre els hebreus, poble monoteista estricta, també trobem consideracions similars. En el Deuteronomi, trobem que Jehovà castiga amb la bogeria. Qüestió que queda confirmada en el *Llibre de Samuel*, on es refereix la bogeria de Saúl com causada per un geni malèfic enviat per Jehovà per a castigar la impietat del rei hebreu. En el cas de la Índia i la Xina antigues, malgrat el substrat racional de la Medicina índia com de la xina, accepten l'existència de dimonis com a causants de moltes malalties, i evidentment també de la bogeria.

A l'antiga Grècia, abans de l'Hèlade, els segles VI-V a.n.e. hi havia influències mesopotàmiques, i sobretot egípcies. En la Grècia *heroica* poques coses passen sense que els Déus estiguin d'acord i són els *asklepiades* (sacerdots-metges d'Asklepi, déu de la Medicina) els encarregats de curar i ho faran als *asklepiions* (hospitals i escoles de Medicina). A partir del segle VI a.n.e. les coses comencen a canviar. Pitàgores (580-500 a.n.e.) considera el cervell el lloc on rauen les malalties mentals. És en aquesta època de la Grècia clàssica on els bojos són considerats malalts i la seva bogeria un mal orgànic, susceptible de rebre tractament mèdic. I així continuaran en la Grècia hel·lenística i després en la República i Imperi romans, i no canviarà en segles posteriors.

Ara bé, és important veure ja les diferències en el tractament dels malalts mentals. Sorà d'Efes (segles I-II e.c.), metge hel·lenístico-romà representa la corrent anomenada *humanitària o de tractament moral*, segons la qual, i d'acord amb els de l'escola *metòdica*, els afectats de "frenitis" no havien de ser tancats en habitacions fosques i mal ventilades, ni encadenats, sent convenient i eficaç tractar-los amb paciència i amabilitat i no sotmetre'ls a dietes rigoroses ni administrar-los catàrtics. A diferència dels mètodes de Aule Corneli Cels, contemporani seu i representant del corrent *cruel*, les pautes del qual incloïen tancaments, cadenes, sagnies, pallisses, foscor, i pretenien curar els malalts mitjançant la por. En les dilatades fronteres de l'Imperi Romà, pel que sabem, aquest era el corrent majoritari (Arechederra, Ayuso, Choza i Vicente, 1995). Amb la caiguda de l'Imperi Romà d'Occident el segle V a mans dels pobles bàrbars (la majoria germànics), l'àmbit de la ciència i la cultura va experimentar un retrocés d'extraordinàries proporcions, només mantingut pels monestirs i abadies que van preservar molts escrits, entre ells, les obres mèdiques. La concepció clàssica antropocèntrica del món va desaparèixer en benefici d'una visió teocèntrica de l'univers, en la que el providencialisme era l'element fonamental. I això va repercutir òbviament en la concepció del malalt mental.

L'Edat Mitjana no va suposar avenços mèdics pels anomenats bojos, doncs la principal influència sobre les actituds cap al malalt mental va provenir de la religió. Cal assenyalar diferències importants entre unes religions i altres. Pel que fa al món musulmà, el profeta Mahoma va proclamar que els bojos eren els estimats de Déu, especialment escollits per ell per a proclamar la veritat (Bloch, et al. 2001). Això es va traduir en la creació d'hospitals i en la constitució d'una professió mèdica. L'afirmació del profeta va elevar l'estatus del pacient al mateix nivell que el del terapeuta, un fet insòlit a la història de la psiquiatria. La tradició jueva, tal i com es reflexa en el Talmud, descrivia als bojos com a víctimes d'una malaltia, no d'una possessió. Les ordres religioses cristianes oferien tractament humanitari, encara que limitat, a les persones amb trastorns mentals, però fora dels monestirs, els recursos assistencials europeus s'anaven reduint a conseqüència del deteriorament de l'Imperi Romà, amb el resultat d'un augment de pallisses, tortures i empresonaments. Cap al final de l'Edat Mitjana es van crear hospitals per malalts mentals, existien metges i cuidadors i cap als segles XVI i XVII es van multiplicar. Malgrat que en els hospitals de les ordres monàstiques els bojos rebien bona assistència, l'Edat Mitjana només va oferir una resposta aleatòria i imprevisible front la bogeria.

En els segles que van precedir a la Revolució francesa es van crear un major nombre d'hospitals, sense que suposés una millora significativa en l'assistència dels malalts mentals. Les noves teories i coneixements mèdics sobre anatomia i fisiologia van fomentar noves pautes: medicacions potents, sagnies, purgues, juntament amb mètodes com l'aïllament, els càstigs físics o la intimidació.

Va ser amb les revolucions francesa i americana quan l'individu va guanyar importància quant a drets. A França, a finals del segle XVIII es considerava que la malaltia mental era el resultat d'un ordre injust en la societat i el pacient era la víctima d'un mitjà social explotador. L'actuació de Philippe Pinel, a qui s'ha honrat per ser l'alliberador de les cadenes dels pacients, consistí en adoptar i impulsar actituds més humanes que les dels seus predecessors. La base de la seva feina a la dècada de 1790 era la confiança en la Revolució i en un dels seus principis: que una societat millor es traduiria en l'existència d'un menor nombre de pacients i en una millora significativa dels ingressats. Pinel no va suprimir l'autoritat sobre els pacients, però "creia que la comunicació amb ells era una forma el més igualitària possible, harmonitzava amb l'esperit de la República francesa i també beneficiava a la salut" (Musto, 2001: 22). Pinel va aconseguir un doble objectiu: la humanització dels manicomis i la creació de les bases del progressiu canvi de mentalitat cap als bojos, facilitant que se'ls considerés éssers humans dignes de respecte físic i moral (Arechederra, Ayuso, Choza i

Vicente, 1995). Així doncs, és amb les revolucions francesa i americana i amb la Il·lustració que es millora el tracte dels malalts i s'arriba al segle XIX amb molts manicomis humanitaris seguint l'exemple de Pinel. A Amèrica, Itàlia, Alemanya, Gran Bretanya, van arribar també aquestes reformes terapèutiques i assistencials, que malgrat la influència d'algunes teories i tendències com les de Cesare Lombroso (1836-1909) que, entre d'altres concepcions, assimilaven els delinqüents amb degenerats mentals, l'assistència psiquiàtrica va anar experimentant canvis fonamentals que anirien posant fi als manicomis i alliberant progressivament, en molts països, als malalts mentals.

El segle XIX serà el del manicomi com institució específica per l'atenció al malalt mental. Un lloc per possibilitar el tractament adequat i la curació del trastorn mental greu. La bogeria es va separant del món de la pobresa per articular-se com una entitat clínica que es necessària atendre medicament. S'anirà consolidant el manicomi com la principal forma d'atenció al malalt mental amb una doble funció: mèdica i social. La funció mèdica, de tractament i curació té una eficàcia discutible per la massificació i absència de teràpies eficaces i manca de personal, precarietat de mitjans i condicions ; i la funció social és més aviat la d'un lloc de refugi i asil per aquells que no tenen mitjans ni capacitats per retornar a la societat. Però també tindrà la funció de control social, de protecció de la societat respecte al boig i a la seva imprevisible conducta: "Un lloc de contenció d'un grup de població a cavall entre la psiquiatria i la justícia" (Rodríguez i Sobrino, 1997: 57).

Encara que durant la segona meitat del segle XIX i bona part del XX els manicomis a mesura que es desenvolupaven anaven rebent moltes crítiques, no va ser fins després de la Segona Guerra Mundial que es va anar conformant un moviment per a transformar la situació de l'assistència psiquiàtrica. Van coincidir un conjunt de factors per reconvertir l'hospital psiquiàtric per al nou context de la comunitat, on situar el malalt mental i atendre les seves problemàtiques. Aquests factors, segons Abelardo Rodríguez i Teodosia Sobrino (1997) van ser diversos, però convé destacar-ne els següents: la consolidació d'un model sociopolític compromès amb el sistema democràtic; el desenvolupament de moviments cívics que lluiten per una societat més lliure i tolerant amb les diferències; l'extensió de la ideologia dels drets humans als malalts mentals, l'aparició de la medicació neurolèptica; nous models teòrics més integrats sobre la malaltia i la seva complexitat; la consciència social sobre la situació lamentable dels hospitals psiquiàtrics, i la necessitat de frenar la gran despesa econòmica d'aquests hospitals.

Tots aquests factors van anar generant l'inici d'experiències de reforma psiquiàtrica a França, Anglaterra, EEUU, Canadà, Itàlia i més tard al Regne d'Espanya. Aquestes experiències, amb diferències i matisos entre països, tenen alguns punts en comú importants que podem sintetitzar-se com segueix: a) Una crítica a l'hospital psiquiàtric i un intent per transformar-lo recuperant el seu paper terapèutic; b) Un procés de transformació de l'hospital psiquiàtric que va comportar una desinstitucionalització de part de la població crònica internada cercant la seva reinserció social en la comunitat; c) Un desplaçament de l'eix de l'atenció: de l'hospital a la comunitat; d) Una aposta per un model comunitari a través de la posada en marxa de serveis que atenguin els problemes de salut mental en el propi entorn social on viu l'individu, reconeixent els factors psicosocials i socials que incideixen en el procés d'emmalaltir i en el curs i evolució del trastorn; e) L'intent d'articular una gama de serveis i dispositius alternatius en la comunitat que cobreixin les necessitats del malalt; f) L'hospitalització com a complement als serveis comunitaris, i no al revés; g) Un enfocament integrat de l'atenció en salut mental que tingui en compte els tres nivells de prevenció, atenció i rehabilitació, des d'un model biològic, psicològic i social; h) Una vinculació estreta amb els models d'atenció sanitària basada en la salut pública o comunitària. La territorialització com a marc d'organització dels serveis comunitaris de salut mental; i) Articular una lògica de continuïtat assistencial que asseguri una atenció integral i coordinada de la població amb malaltia mental.

Aquestes serien les característiques d'un procés de reforma psiquiàtrica que no cal dir que s'ha articular de diferent manera en cada país i que encara resta molta feina per a portar a terme (Rodríguez i Sobrino, 1997).

La importància del tractament farmacològic en psiquiatria no es pot menysprear. Es va iniciar el 1952 amb el descobriment de la clorpromazina en l'esquizofrènia. Poc després va continuar amb el desenvolupament de substàncies de potent acció antidepressiva i ansiolítica. També el liti que, malgrat que va ser descobert el 1949, no es va aplicar fins els anys 60. En aquest període es va caure amb l'excés d'optimisme i es va creure que qualsevol patiment es podia tractar amb algun fàrmac específic i va afavorir la desinstitucionalització i abandonament terapèutic. Els recursos de la comunitat encara eren escassos i inadequats per tractar les necessitats dels malalts més crònics, el que va generar noves hospitalitzacions i un increment de la despesa en psicofàrmacs i altres tractaments psiquiàtrics (Brown i Pantelis, 2001: 235).⁹⁴

⁹⁴ Sobre aquest aspecte del tractament farmacològic i d'altres relacionats amb l'ètica és ben recomanable el compendi d'articles en el llibre. Veure Bloch (2001).

Posteriorment a la reforma psiquiàtrica i malgrat la penetració del paradigma imperant biomèdic en la gènesi de la malaltia mental i un enfocament genètic de les causes de la malaltia, la intervenció en la salut mental també ha anat integrant progressivament els enfocaments dels drets humans i la importància dels determinants socials en la salut mental.

La prevenció i la promoció de la salut mental per a la població com a aspectes claus, i no només el tractament per als malalts mentals més crònics, han estat orientacions en diversos documents de l'OMS.⁹⁵ En un document de l'OMS (2004) sobre la promoció de la salut mental el missatge és molt explícit:

“La salud mental y las enfermedades mentales están determinadas por muchos factores de interacción social, psicológica y biológica, de la misma forma en que lo están la salud y la enfermedad en general. La evidencia más clara de esto se relaciona con el riesgo de enfermedades mentales, las cuales, en el mundo desarrollado y en vías de desarrollo está asociado con indicadores de pobreza, incluyendo bajos niveles de educación y, en algunos estudios, con males condiciones habitacionales y bajo ingreso. La mayor vulnerabilidad que tienen las personas en desventaja, en cada comunidad, a las enfermedades mentales, se puede explicar mediante factores tales como la experiencia de vivir en inseguridad y desesperanza, el rápido cambio social y los riesgos de violencia y problemas de salud física.” (OMS, 2004: 8).

En el proper epígraf veurem algunes de les recomanacions actuals en prevenció i promoció de l'OMS pel que fa a la salut mental. I també algunes estratègies polítiques des d'Europa, del Regne d'Espanya i de Catalunya.

5.2.2. Les estratègies pel que fa a la salut mental i la lluita contra la malaltia mental

La salut mental sol estar imbricada dintre d'un complex cos de polítiques socials, de salut, de benestar, d'habitatge, de justícia, d'ocupació. El camp de la salut mental es veu afectat per una gran varietat de polítiques i ideologies que no estan directament relacionades amb la pròpia salut mental. Quan es formula una política de salut mental és necessari valorar l'entorn físic i social on viuen les

⁹⁵ Malgrat ha augmentat l'interès en les darreres dècades per la prevenció i la promoció en la salut mental no hi ha hagut avenços significatius en la promoció i prevenció de la mateixa. Per una bona reflexió sobre aquest tema, veure: Garcia (2007).

persones i és imprescindible també la col·laboració intersectorial i interdisciplinària per a potenciar els seus efectes positius. Com recomana l'OMS:

“Cada govern hauria de disposar d'una política de salut mental (...) doncs la salut mental està estretament relacionada amb el desenvolupament humà i la qualitat de vida, els trastorns mentals tenen una alta prevalença i produeixen una càrrega de malaltia significativa a nivell mundial i la posada en marxa d'intervencions de salut mental requereix de la participació de diferents institucions de l'estat” (OMS, 2005: 14)⁹⁶.

L'àmbit de la política de la salut mental està en molts països restringit als serveis psiquiàtrics, però això té un enfocament limitat, de manera que no permet donar una resposta integral a les necessitats de la població, com són la promoció de la salut mental i la prevenció de trastorns. Un enfocament ampli ha d'abastar tant l'atenció primària com l'atenció especialitzada, incloent la promoció, la prevenció i la rehabilitació, mentre que els serveis psiquiàtrics poden limitar-se principalment al tractament de persones amb trastorns mentals (OMS, 2005).

Abans de continuar, farem alguna precisió conceptual del que és una política, un pla i un programa de salut mental, per a poder familiaritzar-nos amb aquesta terminologia.

- Una *política* de salut mental és un conjunt organitzat de valors, principis i objectius per millorar la salut mental i reduir la càrrega de trastorns mentals de la població.
- Un *pla* és un detallat esquema formulat per a posar en marxa actuacions estratègiques que afavoreixin la promoció de la salut mental, la prevenció dels trastorns mentals, el tractament i la rehabilitació.
- Un *programa* és una intervenció o sèrie d'intervencions amb un objectiu altament específic que te a veure amb la promoció de la salut mental, la prevenció dels trastorns mentals, el tractament i la rehabilitació. Sol centrar-se sobre una prioritat específica de la salut mental.

⁹⁶ En diversos documents de la OMS es troben alguns dades i pronòstics que es repeteixen: algunes d'elles són que el percentatge de morbiditat pel que fa als trastorns mentals i del comportament passarà del 12% del 1999 al 15% del 2020. O també que els trastorns mentals comprenen cinc de les deu causes principals de morbiditat a tot el món (veure OMS, 2001b) i que ocasionen uns costos del 3% o 4 % del PIB sobretot degut a les pèrdues de productivitat, jubilacions anticipades i percepció de pensions per discapacitat.

A diferència de la política o els plans, els programes es posen en pràctica en una divisió administrativa més petita o durant menys temps.

Per traduir els objectius d'una política de salut mental en actuacions s'ha de considerar el desenvolupament simultani de diferents àrees. Les àrees següents són les que han format part de la majoria de les polítiques desenvolupades al llarg dels darrers 20 anys: finançament, legislació i drets humans, organització de serveis, recursos humans i formació. Promoció, prevenció, tractament i rehabilitació. Adquisició i distribució de la medicació bàsica, foment i millora de la qualitat, sistemes d'informació, desenvolupament i avaluació de polítiques, serveis i col·laboració intersectorial.

En el present treball considerarem que la *prevenció* i la *promoció* constitueixen les actuacions en el camp de la salut mental que més poden tenir a veure amb una mesura de política social que contempli els determinants socials de la salut i que pugui donar resposta als problemes de salut mental de la nostra societat derivats de les condicions d'inseguretat econòmica que actualment pateixen milions de persones. És obvi que les àrees que més amunt s'esmenten són fonamentals i que cal seguir-les desenvolupant per a les persones que estan necessitades de tractament per tenir una malaltia mental, però no guardarien una relació tan estreta i directa amb una política preventiva de garantia d'ingressos que dotin a la població d'una seguretat econòmica, contribuint així a evitar caure en una vulnerabilitat ja prou confirmada pels fets.

5.3. Orientacions polítiques sobre la protecció social i la salut mental al segle XXI

Des d'inicis del segle XXI s'està donant molta rellevància a la importància que tenen les polítiques preventives i de promoció de la salut mental, tant com a instruments per a contribuir a una millora de la salut mental de les poblacions com per a la disminució dels problemes socials que giren al voltant de la mateixa. Hi ha un conjunt molt valuós de documents que han estat fonamentals a l'hora de marcar orientacions i polítiques en els darrers anys, malgrat que alguns han estat anteriors a la gran crisi i a hores d'ara moltes d'aquestes polítiques s'han aturat, si és que en algun moment es van arribar a posar en marxa.

Tot seguit entrarem a explorar algunes recomanacions que fan les diferents agències de salut i les administracions en quan a la prevenció i la promoció de la salut mental i que inspiren les estratègies dels Estats membres i de les Comunitats Autònomes. Després d'una revisió exhaustiva, considerem

que hi ha almenys sis documents que en els darrers anys han estat clau per emmarcar la importància dels determinants socials en la salut mental. Són documents que orienten i fixen una sèrie de línies estratègiques de per on haurien d'adreçar-se les polítiques per millorar la salut mental en els propers anys. Ens centrarem fonamentalment en aquells aspectes que tenen relació amb les polítiques de prevenció i promoció de la salut mental, i en els aspectes de la protecció social, més concretament en la garantia d'ingressos per evitar la inseguretat econòmica.

5.3.1. El Pla d'acció sobre salut mental 2013-2020

L'OMS recentment ha creat un Pla d'acció sobre salut mental per set anys (OMS, 2013). La seva directora general, Margaret Chan, manifesta en el pròleg quina és la funció especial que té la salut mental en la consecució de la salut de totes les persones. El pla està enfocat des del punt de vista de la totalitat del cicle de vida i pretén aconseguir l'equitat a través de la cobertura sanitària universal, incidint en la importància de la prevenció. S'hi fa un repàs de la situació mundial i s'hi deixa prou clar que "la salud mental, como otros aspectos de la salud, puede verse afectada por una serie de factores socioeconómicos que tienen que abordarse mediante estrategias integrales de promoción, prevención, tratamiento y recuperación que impliquen a todo el gobierno". Així, fa una clara referència als determinants de la salut mental quan apunta que aquesta no inclou només característiques individuals com la capacitat per a gestionar els pensaments, emocions, comportaments i interaccions amb els demés, sinó també factors socials, culturals, econòmics, polítics i ambientals com les polítiques nacionals, la protecció social, el nivell de vida, les condicions laborals o els suports socials de la comunitat. També esmenta la crisi mundial i el fet que ha suposat retallades en el finançament, precisament quan més necessaris són els serveis socials i sanitaris degut a l'augment de les taxes de trastorns mentals i suïcidis, així com l'aparició d'altres grups vulnerables com els joves aturats. Les dades d'aquest informe en relació a les conseqüències econòmiques de les pèrdues de salut són considerables. Concretament diu que l'impacte mundial acumulat de trastorns mentals en termes de pèrdues econòmiques serà d'uns 16,3 bilions de US\$ entre 2011 i 2030 (OMS, 2013:8).

El pla d'acció integral que proposa es basa en sis principis i enfocaments transversals: 1) cobertura sanitària universal, 2) drets humans, 3) pràctica científica basada en evidències, 4) un enfocament que abracci tot el cicle vital (lactància, infància, adolescència, edat adulta i vellesa), 5) un enfocament multisectorial (resposta integral i coordinada amb els sectors de sanitat, educació, ocupació, justícia,

habitatge, social i d'altres) i 6) l'emancipació de les persones amb trastorns mentals i discapacitats psicosocials (participar de les polítiques de salut mental).

També planteja quatre objectius: a) reforçar un lideratge i una governança eficaces en l'àmbit de la salut mental i destaca als governs com els protectors màxims de la salut mental de la població; b) proporcionar en l'àmbit comunitari serveis d'assistència social i de salut mental complets, integrats i amb capacitat de resposta; c) aplicar estratègies de promoció i prevenció en matèria de salut mental, i d) reforçar els sistemes d'informació, les dades científiques i les investigacions sobre salut mental.

El tercer d'aquests objectius, sense treure importància als demés, seria segurament el que tindria més lligam amb una política destinada a protegir i fomentar el benestar mental dels ciutadans. Tal com diu el Pla, als governs els incumbeix la funció d'utilitzar les dades sobre els factors de risc i de protecció per emprendre accions destinades a prevenir els trastorns mentals i a protegir i promoure la salut mental en totes les etapes de la vida. La responsabilitat de promoure la salut mental i prevenir els trastorns mentals s'estén a tots els sectors i totes les administracions governamentals ja que els problemes de salut mental venen molt influïts per a tota una panòpia de determinants socials i econòmics, com el nivell d'ingressos, la situació laboral, el nivell educatiu, les condicions materials de vida, l'estat de salut física, la cohesió familiar, la discriminació, les violacions de drets humans o l'exposició a episodis vitals difícils com la violència sexual o el maltracta i abandonaments infantils.

En relació a l'extens àmbit de les accions proposades per als Estats membres en relació a aquest objectiu, l'informe destaca els següents aspectes: a) La promoció de la salut mental i la prevenció de trastorns; b) coordinar i encapçalar una estratègia multisectorial que combini intervencions universals i d'altres selectives per a promoure la salut mental, prevenir els trastorns mentals i reduir l'estigmatització, la discriminació i les violacions de drets humans; c) que respongui a les necessitats de grups vulnerables específics en tot el cicle vital, i d) que estigui integrada en les estratègies nacionals de salut mental i de foment de la salut. En relació a un aspecte ja desenvolupat en un capítol anterior de la present tesi, l'informe subratlla la importància de la prevenció del suïcidi en forma de proposta d'acció adreçada als Estats: elaborar i posar en pràctica estratègies nacionals integrals de prevenció del suïcidi prestant especial atenció als col·lectius que s'ha detectat que tenen major risc de suïcidi: gais, lesbianes, bisexuals, els joves o d'altres grups vulnerables.

5.3.2. L'informe de la Comissió dels determinats socials de la OMS

Malgrat que no es tracta d'un document específic sobre salut mental (OMS, 2009), per la seva rellevància considerem important destacar algunes de les seves orientacions força genèriques, però inconfusibles en relació a alguns temes, sobretot pel que fa a la protecció social. El document de l'OMS, a partir de les diverses evidències científiques acumulades, fa una sèrie de recomanacions generals en diversos terrenys. En un capítol tracta de la primera infància i la importància de l'educació pels nens i nenes. En un altre analitza els contextos saludables i les accions encaminades a crear un bon entorn. Així mateix, reflexiona sobre les condicions de vida en els entorns urbans i com millorar-les. També estudia els contextos rurals i l'èxode que ha suposat sortir abandonar-los i substituir-los pels urbans.

Un capítol és dedicat exclusivament a l'ocupació i el treball digne. S'hi analitzen les normes del treball digne i segur, és constata l'augment del treball precari i la correlació entre els problemes de salut mental i la precarietat a la feina. Fa esment de l'estrès laboral i de com està plenament demostrat que els treballs amb una exigència elevada, la manca de control sobre el treball i el fet que l'esforç realitzat no estigui ben compensat són factors que poden desembocar en diversos problemes de salut física i mental. Es donen algunes indicacions de com millorar les condicions laborals: pràctiques justes a la feina, respecte a les condicions de treball dignes, mitigar les desigualtats socials, reduir l'exposició a riscos físics i psicosocials, augmentar les oportunitats de gaudir de salut i benestar.

Un capítol està dedicat a la protecció social i concretament es titula "Protecció social al llarg de la vida" i aborda la necessitat de la protecció social universal al llarg de la vida: a la infància, a la vida laboral i la vellesa. També en circumstàncies específiques com la malaltia, la discapacitat i la pèrdua d'ingressos o del treball. Destaca la correlació que tenen els sistemes de protecció social universals i generosos amb una població més sana, que es reflecteix en nivells inferiors d'excés de mortalitat entre les persones grans i taxes de mortalitat menors entre els grups socials desfavorits.

Finalment, constata una dada prou rellevant pel que estem treballant aquí: els pressupostos dels sistemes de protecció social tendeixen a ser més elevats en països amb règims de protecció social universal. La pobresa i les desigualtats en els ingressos acostumen a ser inferiors en aquests països de protecció universal respecte a d'altres països amb sistemes més selectius o focalitzats a les capes

més desfavorides de la societat. L'informe considera fonamental estendre els sistemes de protecció social a tota la població. Això inclou a ampliar la protecció social a qui té treballs precaris, en el treball domèstic o d'assistència a d'altres persones.

Les recomanacions que fa en quan a polítiques són les següents: 1) Augmentar progressivament les prestacions dels sistemes de protecció social amb l'objectiu d'arribar a un nivell suficient per a garantir una vida sana i 2) Aconseguir que els sistemes de protecció social incloguin a qui sol estar-ne exclòs: persones en situació de precarietat laboral, en particular qui treballa en el sector no estructurat, el servei domèstic o l'assistència a d'altres persones. Altres capítols es dediquen a l'atenció universal de salut, l'equitat sanitària en les polítiques, el finançament i la importància d'impostos progressius, l'equitat de gènere, la participació, la governança i la investigació en els determinants socials de la salut.

5.3.3. El llibre verd de la salut mental de la Unió Europea

Aquest llibre sorgeix de les discussions i treballs de la conferència ministerial europea de l'OMS sobre salut mental celebrada l'any 2005. Es va encarregar a la Comissió Europea que posés en pràctica una estratègia en matèria de salut mental. El propòsit del llibre, segons diu al començament, és “iniciar un debat amb les institucions europees, els governs, els professionals de la sanitat, les parts interessades d'altres sectors, la societat civil, en particular les organitzacions de pacients i la comunitat investigadora, sobre la importància de la salut mental per a la Unió Europea (UE), la necessitat d'una estratègia a escala de la UE i les possibles prioritats de tal estratègia” (CCE, 2005:3). La importància d'aquest informe és considerable, fins al punt que aquest Llibre verd de la salut mental europea ha inspirat l'*Estratègia espanyola en salut mental* dissenyada el 2007 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007) i els diversos plans autonòmics, com el *Pla Director de Salut Mental i Adiccions de Catalunya* (Generalitat de Catalunya, 2006).

Segons la Comissió Europea, l'estratègia de la UE s'hauria de centrar en els següents aspectes: a) Promoure la salut mental de tota la població; b) Fer front a les malalties mentals mitjançant la prevenció; c) Millorar la qualitat de vida de les persones afectades per les malalties o discapacitats psíquiques integrant-les a la societat i protegint els seus drets i dignitat; d) Desenvolupar un sistema d'informació, investigació i coneixements sobre salut mental per a tota la UE. Pel que fa a la promoció i la prevenció de les malalties mentals, diu que cal fer-hi front als factors determinants

relacionats amb l'individu, la família, la comunitat i la societat en general, reforçant els factors de protecció i disminuint els factors de risc.

Quan entra a concretar algunes de les accions concretes en quan a promoció de la salut mental ho fa en quatre grups de població:

- 1) *Infància i adolescència*: la salut mental està molt determinada pels primers anys de vida. I les accions que proposa es fa en base a l'experiència d'alguns projectes de la UE. Tant en el grup de lactants i nens com en el d'adolescents i joves. Pel que fa al grup de lactants i nens: tractament de la depressió postpart de les mares, millora de les habilitats parentals; visites a domicili d'infermeres per ajudar als futurs pares i als que acaben de ser-ho; intervencions de personal d'infermeria en centres escolars. Pel que fa al grup d'adolescents i joves: recomana un entorn i ètica escolars favorables; recursos sobre salut mental dirigits a estudiants, pares i professors.
- 2) Els i les *treballador/es*: el llibre verd constata que unes males condicions de treball i problemes de *mobbing* causen problemes psíquics, baixes per malaltia i costos elevats; I apunta que un 28% dels treballadors i les treballadores diuen que pateixen estrès. Les accions que proposa són: un lloc de treball i una cultura de gestió participativa; identificació de les malalties mentals del personal; una organització del treball en consonància amb les necessitats del personal (per exemple: horari flexible).
- 3) *La gent gran*: amb l'edat es presenten molts factors estressants com són la capacitat funcional disminuïda i l'aïllament social (que poden suposar un augment de les malalties mentals). A la càrrega que suposen els trastorns psíquics haurem d'afegir-hi la depressió geriàtrica i les afeccions neuropsiquiàtriques com la demència. Les accions que es recomanen per aquest grup són les xarxes de suport de social; foment de l'activitat física i participació en programes de voluntariat i activitats dintre de la comunitat.
- 4) *Grups vulnerables*: el llibre verd reconeix que les capes social i econòmicament baixes de la població són més vulnerables a les malalties mentals. Quedar-se sense treball i estar a l'atur són situacions que poden comportar caure en depressió. Els immigrants i altres grups marginats poden ser grups particularment subjectes al risc de patir malalties mentals. Les

accions que recomana són: assessorament a grups de risc; suport per a la incorporació al mercat de treball; treball amb suport per a persones amb malalties o discapacitats psíquiques.

Respecte a la prevenció de les malalties mentals es destaca: a) Prevenció de la depressió; b) Reducció dels trastorns derivats del consum de substàncies psicoactives: drogues i alcohol i c) Prevenció del suïcidi.

En relació a la inclusió social de les persones amb malalties i la protecció dels seus drets i la seva dignitat, l'informe denuncia l'estigmatització com un mecanisme d'exclusió social i d'impediment a l'accés a l'habitatge i a l'ocupació. Defensa una millor conscienciació respecte a les malalties mentals, així com el foment de la integració de les persones afectades en la vida laboral com a forma de generar una millor acceptació i comprensió de la societat. Fa també una crida en favor de la desinstitucionalització i en pro de la creació de recursos comunitaris.

5.3.4. L'estratègia espanyola del Sistema Nacional de Salud

El document rector de l'estratègia espanyola, com diu al seu pròleg, la concep com a basada en la filosofia de la Declaració de Hèlsinki de l'OMS, subscripta per Espanya el 2005. Adopta un enfocament integrat que combina la promoció de la salut mental, la prevenció dels trastorns mentals, el diagnòstic i tractament dels pacients, la coordinació inter i intrainstitucional, així com l'adopció de mesures que fomentin la inserció laboral i social de les persones que pateixen trastorns (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Aquesta Estratègia va ser elaborada per experts de totes les disciplines relacionades amb la salut mental i en la mateixa hi van participar tècnics de les Conselleries de Salut de les Comunitats Autònomes i del Ministeri de Sanitat i Consum.

La importància dels trastorns mentals es posada de manifest quan s'apunta que: "L'impacte dels trastorns mentals en la qualitat de vida és superior al de les malalties cròniques com l'artritis, la diabetis o les malalties cardíques i respiratòries" (p.23). També en quan al cost econòmic a Europa es fa una estimació de 182.000 milions d'euros anuals, el 46% correspon a costos sanitaris i socials directes i la resta a despeses indirectes derivades de perduda de productivitat associada a la incapacitat laboral. Pel que fa Espanya, si s'exclouen els trastorns causats per l'ús indegut de

substàncies, es pot afirmar que el 9% de la població pateix un trastorn mental en l'actualitat i que més d'un 15% el patirà al llarg de la seva vida.

És important la consideració que es fa en el document sobre les seves pròpies limitacions. Afirmar que “el problema que planteja la pèrdua de salut en general y especialmente la mental, tiene raíces y consecuencias en múltiples áreas de la vida que se reflejan políticamente en diversos sectores institucionales –sanidad, trabajo, hacienda, educación, justicia, vivienda–, y para su solución se requiere el esfuerzo sinérgico de todos estos sectores y no solamente del sector sanitario”. (p: 29).

El document esmenta un tema important en relació al que estem analitzant aquí: el concepte de la *Salut mental en positiu*, que fa referència al concepte de benestar i habilitats per adaptar-se a l'adversitat. Entre les dimensions que aquest concepte inclouria hi hauria l'autoestima, l'autocontrol, l'optimisme i el sentit de la coherència. La idea de base d'aquest concepte és que no n'hi ha prou amb prevenir la malaltia mental o altres tipus d'alteracions, sinó que és necessari promoure el desenvolupament d'una personalitat sana que a la vegada permeti la formació de famílies, grups i societats sanes.

Pel que fa al grup de trastorns i a la seva freqüència, el document informa que els d'ansietat són lleugerament més freqüents que els de l'ànim (5,1% front al 4,3%). El trastorn més freqüent és la fòbia específica, seguit de l'ansietat generalitzada i el trastorn d'angoixa. Voldríem destacar finalment que el factor principal associat a qualsevol trastorn d'ansietat va ser la situació laboral. Respecte als trastorns mentals més greus on s'inclouen l'esquizofrènia, el trastorn bipolar, l'obsessiu-compulsiu, els trastorns de la personalitat o els alimentaris amb gravetat elevada s'estima que afecten a un 2,5-3% de la població adulta.

Es proposen sis línies estratègiques, cadascuna amb els seus propis objectius generals i específics, d'acord amb les seves recomanacions tècniques i indicadors de seguiment i avaluació: 1) Promoció de la salut mental de la població i prevenció de la malaltia mental i eradicació de l'estigma associat a les persones amb trastorn mental; 2) Atenció als trastorns mentals; 3) Coordinació interinstitucional i intrainstitucional; 4) Formació del personal sanitari; 5) Investigació en salut mental; 6) Sistema d'informació en salut mental.

El document realitza una anàlisi molt crítica amb els resultats de l'experiència assistencial que s'ha centrat exclusivament en la provisió de serveis d'atenció, i que s'ha demostrat que per aconseguir millors nivells de salut mental positiva no n'hi ha prou amb tractar les malalties mentals, sinó que

també són necessàries polítiques, estratègies i intervencions dirigides a millorar-la. I defensa un canvi d'estratègia, consistent en passar de la perspectiva tradicional centrada en els trastorns mentals a una de nova que prengui en consideració la promoció de la salut mental. Les proves que demostrin l'eficàcia, l'efectivitat i l'eficiència de les intervencions en promoció i prevenció cada cop són més freqüents⁹⁷, malgrat tot no hagin estat assumides pels serveis de salut mental de forma sistemàtica, en bona part degut al fet que “la promoció de la salut no és una competència exclusiva dels serveis de salut, sinó que és una tasca intersectorial i multidisciplinària que necessita la implicació dels departaments d'educació, de justícia, d'urbanisme, de serveis socials, de treball i habitatge”(p.73). Insisteix el document en què “per promocionar la salut mental es pot actuar sobre la persona o sobre la població” (p.74).

La situació actual a Espanya està basada en onze plans autonòmics de salut mental, vigents actualment i es destaca algunes situacions preocupants: 1) només un subratlla la importància de la promoció i la prevenció de la salut mental; 2) en nou plans no hi ha distinció entre promoció de la salut mental i prevenció dels trastorns, s'utilitzen de forma conjunta i equivalent; 3) en general es plantegen accions sobre grups de risc de forma inespecífica o de caràcter educatiu, i 4) únicament en dos plans s'especifiquen línies estratègiques per a promocionar la salut mental.

5.3.5. El Pla Integral d'atenció a les persones amb trastorns mentals i addiccions 2014-2016 **de Catalunya**

Aprovat l'any 2014 i amb una durada de 3 anys fa algunes referències de prevalença i de costos de les malalties mentals a Catalunya. Per exemple: “l'any 2013 la probabilitat de patir un trastorn mental va ser del 12,4% en la població de 15 anys i més. La depressió és el diagnòstic més prevalent. L'any 2006 els costos d'aquesta malaltia a la societat catalana van estar al voltant del 0,4% del PIB, majoritàriament causats per la pèrdua de productivitat.”

El Pla té l'objectiu final d'avançar en la millor qualitat de vida de les persones amb trastorn mental i les seves famílies.

Entén la salut mental com un repte transversal i pretén donar resposta a 4 objectius i desenvolupa 11 línies estratègiques. Sobresurten els objectius següents: a) Contribuir a la millora de la salut

⁹⁷ Veure un dels documents fonamentals en temes de promoció i prevenció dels trastorns mentals: Jané-Llopis i Anderson, (2006).

mental i la disminució de les desigualtats socials d'aquest col·lectiu, identificant les seves necessitats de manera integral, millorant la seva atenció i incrementant la seva possibilitat d'integració; b) Incorporar estratègies transversals de promoció de la salut, prevenció de la malaltia, atenció i reinserció social i laboral, possibilitant l'acció integrada i complementària dels serveis de salut, social, educació, laboral i de la justícia.

Cal dir però que és un Pla adreçat a les persones que pateixen trastorns i fonamentalment va dirigit a la seva millora i integració, de manera que no és un pla per a tota la població i de prevenció de la salut mental.

5.3.6. La Comissió per a reduir les desigualtats en salut a Espanya

L'any 2008, amb el govern de Rodríguez Zapatero, es va crear una comissió per a reduir les desigualtats en salut a Espanya impulsada per la Direcció General de salut pública i sanitat exterior del Ministeri de Sanitat i Política Social (CRDSE, 2010). Es tractava d'un grup de treball multidisciplinari format per 18 persones amb l'encàrrec d'elaborar, en base al coneixement existent, un document amb mesures d'intervenció a curt, mig i llarg terminis. Va elaborar un document amb 27 recomanacions principals i 167 d'específiques, ordenades per prioritats i dividides en cinc apartats: 1) La distribució de poder, la riquesa i els recursos (salut i equitat en totes les polítiques); finançament just i despesa pública per a l'equitat; poder polític i participació; bona governança mundial; 2) condicions de vida i treball quotidianes al llarg del cicle vital (infància; ocupació i treball; envelliment); 3) entorns afavoridors de la salut (entorns físics acollidors i accessibles; accés a un habitatge digne; entorns afavoridor d'hàbits saludables; 4) serveis sanitaris (un servei sanitari que no causi desigualtat), i 5) informació, vigilància, investigació i docència.

És un document on es repassen aspectes tan diversos com: les desigualtats en salut i el model teòric que s'utilitza per entendre les causes, l'estat de la situació i exemples destacats de desigualtats en salut al Regne d'Espanya i els seus determinants socials, les principals recomanacions internacionals i experiències de països europeus en el desenvolupament de polítiques per a reduir les desigualtats, la incorporació de polítiques de reducció de desigualtats en els Plans de salut de les Comunitats Autònomes i experiències destacades d'intervencions dintre i fora del sector salut que poden reduir les desigualtats.

Finalment es presenten una sèrie de recomanacions de la Comissió per avançar cap a l'equitat en salut a partir de l'acció sobre el context polític, les condicions de vida i treball al llarg del cicle vital, els entorns de vida, els serveis sanitaris i la informació, investigació i docència.

Destacarem alguns aspectes del document que valorem especialment pel fet d'estar relacionats amb les polítiques de protecció social per a garantir uns ingressos. Concretament en l'àrea de finançament just i despesa pública per a l'equitat, el document es refereix a assumptes com els següents: adoptar polítiques fiscals i de despesa social que redueixin les desigualtats de renda i la pobresa i que fomentin la inversió per a l'abordatge dels determinants socials de la salut. I s'hi fan una sèries de recomanacions de la comissió, de les que en citarem les que considerem més rellevants en relació a la nostra recerca: a) Reduir les desigualtats de renda a través de la fiscalitat progressiva, l'augment de la despesa social i l'enfortiment dels mecanismes que evitin l'evasió fiscal i l'economia submergida; b) Fomentar la inversió incrementant la despesa social pública (en serveis de salut, educació i socials, pensions i altres prestacions de protecció social, etc.) i establint mecanismes per assignar recursos a les accions sobre els determinants socials de la salut; c) Incrementar les pensions més baixes, les prestacions per atur i el salari mínim interprofessional fins a nivells que superin el llindar de la pobresa i permetin accedir als bens bàsics per a la salut; d) Garantir l'accés a bens bàsics per a la salut de les persones, tals com l'ocupació, l'habitatge, l'alimentació; e) Desenvolupar i consolidar a través de sistemes de rendes mínimes o renda bàsica un sistema de garantia de recursos mínims per a tota la població.

Tot i la qualitat i la importància d'aquests informes, les experiències de posada en pràctica dels mateixos han estat més aviat escasses. A mesura que passen els anys, la realitat és que la salut mental de la població està empitjorant cada vegada més, com hem tractat de mostrar al llarg d'aquest treball. Malgrat aquests reconeixements dels governs, institucions, Estats, agències de salut, experts, la prioritat de la promoció de la salut mental i la prevenció dels trastorns mentals és reduïda molt quan es tracta de transformar les paraules en acció. Alguns experts en salut mental de diversos països han arribat a estimar que la promoció i la prevenció de la salut mental són poc prioritàries i bàsicament retòriques (Jané-Llopis, 2004). Les raons d'aquest immobilisme tindrien a veure segurament amb un insuficient finançament i manca de voluntat política. Com diu ben clar la Comissió dels determinants en salut de l'OMS: "los conocimientos y los medios necesarios para que se produzca el cambio existen y están expuestos en el presente informe. Ahora lo que hace falta es que haya voluntad política para proceder a esos cambios (...)" (OMS, 2009:23).

Els recursos destinats a la cura de la salut mental estan lluny de ser proporcionals als problemes de la població. Alguns autors ja han manifestat en diverses ocasions que sense polítiques de redistribució de la riquesa i augment dels impostos a les rendes més altes es fa complicat que s'inverteixi en polítiques socials per reduir la pobresa, lluitar contra l'exclusió social, reduir l'atur i la precarietat laboral i augmentar les polítiques a favor de la salut i l'ensenyament públic i de qualitat (Benach i Muntaner, 2005). El problema, un cop més, és que si en un context de creixement econòmic s'ha fet més aviat poc en relació a aquests assumptes de prevenció i promoció en salut mental, en una situació com l'actual de greu crisi econòmica es veu molt difícil que es puguin destinar recursos econòmics a les polítiques de prevenció i promoció en salut mental, que necessàriament haurien d'estar orientades a una visió de mig i llarg termini que no és gaire usual entre els governs, i això és així en una etapa d'increment de les problemàtiques de salut mental detectades i les basades en les estimacions que fan les agències de salut. A través dels diferents informes, recomanacions i orientacions de les agències de salut i salut mental, hem pogut constatar la importància que s'atribueix a la protecció social i concretament a una seguretat econòmica per a la salut mental.

5.4. Conclusions

En situacions de crisi les polítiques de protecció social són més necessàries que mai com ens mostren diversos exemples de països com Islàndia o Suècia, on les polítiques de seguretat social, suport als aturats i manteniment dels serveis sanitaris i socials, entre d'altres, han ajudat a estabilitzar i frenar els efectes devastadors del tancament d'empreses i augment de l'atur. També tenim els exemples contraris amb les polítiques d'austeritat desplegades per Grècia o el Regne d'Espanya que han contribuït a augmentar considerablement les diverses patologies mentals i els índex de suïcidis. La bona salut, cal recordar, no comença als hospitals. S'origina en les nostres llars i barris, en els nostres treballs i en una alimentació saludable. Són les polítiques socials i econòmiques les que tenen més incidència en la vida de les persones, més que no pas cap fàrmac o hospital. Dependrà, per tant, de les polítiques, que tinguem millors o pitjors indicadors de salut mental.

Hem estat analitzant en aquest capítol les orientacions polítiques per a reduir les desigualtats socials i les polítiques i orientacions sobre salut mental. Ambdues estan relacionades, i millorar les condicions de vida i la redistribució del poder, els diners i els recursos afavoreix les desigualtats socials en salut i per tant redunja en una millor salut mental de les poblacions. Els determinants

socials de la salut els trobem als diversos sectors de les polítiques públiques i qualsevol proposta de millorar la salut pública hauria de superar les polítiques sectorials i tenir un enfocament més ampli que no pas la seva parcel·la. Tots els sectors poden incidir en la salut i l'equitat sanitària: educació, habitatge, ocupació, serveis socials, sanitaris, urbanisme...És important veure com les polítiques macroeconòmiques poden disminuir les desigualtats de renda a través de mesures com la fiscalitat progressiva, regular el mercat de treball o d'altres mesures com la Renda Bàsica com la que es proposa en aquest treball.

Les polítiques específiques en salut mental durant la major part de la història van ser únicament de tractament per a les persones malaltes; ha estat pràcticament en els darrers 30 anys que s'han anat incorporant els determinants socials de la salut i s'han integrat els factors biològics, psicològics i socials, des dels enfocaments preventius i de promoció de la salut mental. Hem estat revisant i contrastant els diversos informes i documents que orienten les estratègies per a la reducció de les desigualtats en salut juntament amb les estratègies de prevenció i promoció de la salut mental i hem pogut observar que en les dues es contemplan la protecció social com una de les seves orientacions prioritàries. El diagnòstic dels experts és prou clar: cal augmentar la despesa social i assignar recursos a les accions sobre els determinants de la salut, reduir les desigualtats de renda a través de la fiscalitat, incrementar la despesa pública en serveis de salut, educació i socials, millorar les pensions i la protecció social, entre d'altres mesures; molt allunyades però de les polítiques restrictives i de contenció del dèficit que s'han prioritzat des del governs espanyol i català durant aquests darrers anys.

Quan es tracta de passar de les paraules a l'acció, com diuen alguns experts, ens trobem que la promoció i la salut mental són poc prioritàries i retòriques. Els recursos destinats a la salut mental estan lluny de ser proporcionals als problemes de la població. Com ha deixat prou clar la Comissió dels Determinants Socials de l'OMS: "els coneixements i els mitjans necessaris per a que es produeixi el canvi existeix, però el que es requereix és que hi hagi voluntat política per a procedir als canvis" (OMS, 2009:23). En el proper capítol analitzarem de quina manera s'aborda la reducció de les desigualtats en salut en les polítiques de renda, una de les més importants.

Capítol 6. Estats del benestar: història, teoria i crítica

Introducció

La literatura recent sobre l'Estat del benestar és ingent, amb enfocaments metodològics i normatius diversos i camps d'anàlisi especialitzats. En aquest sentit, vagi per endavant que no és el propòsit d'aquest treball realitzar cap tipus d'aportació original sobre l'Estat del benestar. Ens interessa aquí seguir de prop si l'Estat del benestar segueix sent un instrument adequat per lluitar contra les desigualtats en salut (Solé i Rodríguez, 2008: 191), i comprendre i mostrar quines eines té per fer-ho. En tot cas, prèviament intentarem apuntar alguns aspectes entorn als orígens i desenvolupament de l'Estat del benestar que ens poden ser útils de cara a situar algunes de les problemàtiques més actuals.

L'Estat del Benestar tal com el coneixem té els seus antecedents al darrer quart del segle XIX a Europa. L'Estat social expressava la voluntat dels legisladors en la intervenció pública en l'economia. Lorenz Von Stein (1815-1890) fou el pioner de l'Estat social. “Aquest tipus d'Estat havia de ser un fre als intents revolucionaris que sorgien al llarg del segle XIX. Per a aquest teòric alemany, es tractava de justificar teòricament algunes reformes, una legislació social que tingués com a finalitat allunyar a la revolució de la cada cop més important classe obrera. Constatar això no vol dir no reconèixer moltes de les conquestes d'aquesta forma d'intervenció social en els afers socials” (Raventós, 2007: 129). També Balfour (1848-1930) sostenia quelcom similar quan sostenia que: “la legislación social no sólo ha de ser distingida de la legislación socialista, sino que es su más directo antagonista y su más eficiente antídoto” (citat a: Domènech, 2006:35). El cas suec és paradigmàtic d'això. El “compromís històric” suec a mitjans dels anys 30 del segle XX seria un bon exemple del que estem explicant. Es va tractar de donar importància a una sèrie d'acords entre el capital i treball per facilitar el creixement econòmic i estabilitzar i reformar el capitalisme desregulat, donant lloc a un dels Estats del benestar de tipus socialdemòcrata més important després de la Segona Guerra Mundial.

El naixement de l'Estat de benestar modern alguns el situen en l'Informe Beveridge que es va publicar en 1941 en el Regne Unit, en el que es defensava el principi de cobertura universal de la seguretat social per a tots els ciutadans des del bressol fins a la tomba amb càrrec als pressupostos generals estatals finançats pels contribuents. Entre d'altres recomanacions es demanava la creació

d'un servei nacional de salut gratuït i universal. Posteriorment a la Segona Guerra Mundial, els pilars de l'Estat del benestar tenen dos objectius prioritaris: 1) aconseguir el creixement econòmic i 2) compensar de forma pública les deficiències del mercat, de manera que s'aconsegueixi un benestar que garanteixi la pau social i la demanda.

Les bases de l'Estat del benestar a Europa van ser: a) els treballadors renunciaven a interferir en la presa de decisions dels propietaris pels que treballaven; renunciaven al control obrer, un dels objectius socialistes d'abans de la segona guerra mundial. Aquesta renúncia es compensava amb un benestar material més o menys garantit, la seguretat en l'ocupació en un sentit molt ampli, la negociació col·lectiva, alguns drets reconeguts en les empreses per la legislació i la plena ocupació (pels homes de la classe obrera), el benestar material més o menys garantit era possible per la despesa pública dedicada als salaris indirectes, com l'ensenyament, la seguretat social i la sanitat; b) s'establí un nus que lligava, per una part, les economies d'escala, l'abaratiment de costos resultant i l'increment de la productivitat en la producció en massa de béns de consum i, per una altra, el consum massiu d'aquests béns pels mateixos treballadors que veien créixer els increments de la productivitat i per la negociació salarial que es basava precisament en aquests; c) les burgesies industrials formaven el nucli de les classes propietàries. Aquestes burgesies estaven ben arrelades en les seves respectives nacions.⁹⁸

Tots aquests elements van possibilitar el desenvolupament de l'Estat del Benestar durant 30 anys, un període ja prou conegut pels "trenta anys gloriosos", que anirien aproximadament de 1945 a 1975 en els que es va reconstruir i desenvolupar un nou capitalisme socialment a Europa Occidental que descansava sobre dos països ocupats militarment: Japó i la República Federal alemanya (Varoufakis, 2015).

Abans d'entrar a considerar sobre la protecció social, és convenient que diguem alguna cosa sobre la mateixa noció de benestar social. Hi ha consens en considerar quins són els elements materials estructurals del benestar social. Un dels elements més destacats té a veure amb la consideració que tots els membres d'una societat disposin dels mitjans suficients per viure i poder participar lliurement a la societat. Això significaria o pressuposaria que les persones gaudeixin de seguretat econòmica davant les situacions d'adversitat (tant si són previsible com la vellesa, la malaltia, l'atur,

⁹⁸ Veure sobre aquest anàlisi detallat de les bases de l'Estat del Benestar a Europa, els seus inicis i la seva configuració més extensament a Domènech (2004 i 2006) i també a Raventós (2007).

com si són imprevisibles com per exemple les derivades de catàstrofes naturals). Un altre element essencial en el benestar social fa referència a la necessitat de garantir unes condicions de qualitat mínima de la població en el mercat laboral (horaris, seguretat en les condicions de treball, formació, promoció i remuneració). Altres elements del benestar social són l'accés sense discriminació a un sistema sanitari i educatiu amb garanties i disposar d'un allotjament que compleixi els estàndards de confort (Generalitat de Catalunya, 2015).

La crisi dels Estats de benestar

Sense pretendre una anàlisi exhaustiva de les crítiques que ha rebut l'Estat del Benestar, si que convé deixar establert que des de principis dels anys 70, i particularment dels 80 del segle XX, es comença a generalitzar la idea de què cal reformar (o contrareformar) l'Estat del Benestar. Les primeres crisis de l'Estat del Benestar es donen quan comencen a produir-se les altes taxes d'atur derivades de la crisi energètica del petroli del 1973. En la dècada dels 70, l'atur es triplica en els països occidentals i passa de 10 a 30 milions, fet que suposa un augment de la despesa en un moment de menor ingrés (Moreno, 2003:133). Posteriorment van venir les crítiques tant de dretes com d'esquerres a la pròpia idea d'Estat del benestar. La crítica més dura ha vingut dels corrents neoliberals i neoconservadors. Segons aquests, els Estats de Benestar són massa cars, ineficaços i ingovernables, i en comptes de ser mecanismes per lluitar contra “ les fallades del mercat”, impedeixen el creixement econòmic, a més de minar la independència personal i col·lectiva (Del Pino i Rubio, 2015).

Altres crítiques persistents han estat pel fet que treuen del mercat incentius d'inversió i de treball remunerat, comporta un innecessari gegantisme de l'Estat i porta a un estroncament de la iniciativa individual. Una de les crítiques recurrents consisteix a sostenir que l'Estat del Benestar implica un volum d'impostos que atempta contra la llibertat (Raventós, 2007). També ha rebut crítiques d'esquerres d'autors com Offe, Poulantzas o Habermas pel seu paper de legitimador del capitalisme al considerar que l'Estat del benestar no és una via transformadora del sistema capitalista, sinó un mecanisme per consolidar-lo i legitimar-lo. La contradicció capital i treball no ha estat contrarestada segons aquests autors i aquesta essència contradictòria del model capitalista és precisament la que genera la crisi de l'Estat. L'Estat del benestar pretén garantir unes taxes de beneficis del capital i a la vegada garantir certes polítiques socials, ambdós objectius són intrínsecament contradictoris pels neomarxistes i derivaria en la crisi fiscal de l'Estat; crisi fiscal que comporta una crisi de legitimació:

la ciutadania exigeix més polítiques socials i al mateix temps la crisi fiscal es fa més gran (Moreno, 2013:136)

Les justificacions de l'Estat del benestar

Les justificacions econòmiques a favor de l'Estat del Benestar han estat, entre d'altres, les següents: a) l'existència de bens preferents; b) la redistribució de la renda, i c) l'estabilitat econòmica. Respecte a la primera, els béns preferents són aquells que es considera que són demandats a un nivell inferior al socialment desitjable; ja que es considera que el seu consum cal potenciar-lo, l'Estat els subvenciona o els ofereix a un preu inferior al cost de producció. Per exemple, no tothom podria finançar-se la sanitat, però les conseqüències de proveir a la població per part de l'Estat d'una sanitat pública i universal han estat prou satisfactòria, igual que ho ha estat l'ensenyament obligatori fins els 13 anys (Raventós, 2007: 138). Pel que fa a la primera, el mercat, per si mateix no acaba amb la pobresa. L'eliminació de la pobresa ha estat un dels objectius que ha guiat l'establiment de programes assistencials i la introducció de polítiques redistributives, característiques dels Estats de Benestar. Amb la garantia d'ingressos pròpia d'un sistema de protecció social també es contribueix a l'estabilització econòmica i al mantenint de la demanda. L'Estat de Benestar està considerat per diversos autors com un dels assoliments més significatius dels Estats moderns per la seva capacitat de protegir els ciutadans contra la pobresa quan es troben en situacions de risc (malaltia, atur, vellesa, ignorància) i per a contribuir a corregir en major o menor mesura les fractures socials (Del Pino i Rubio, 2015:23). Però, com veurem més endavant, aquest enfocament està prenyat de greus problemes.

6.1. L'Estat de benestar i les polítiques socials

L'estudi pioner de Titmuss (1958) va posar de manifest la necessitat d'una perspectiva comparada per a poder entendre el context i les raons del sorgiment de l'Estat del Benestar i demostrar que evolucionen de forma distinta a la Gran Bretanya, als països nòrdics i als Estats Units; en aquest darrer, per exemple, el sistema és menys generós, l'obtenció de prestacions socials està sotmesa a condicions i el paper del mercat és més rellevant. Titmuss va establir tres models de política social: el model de benestar residual, el model de mèrit personal-rendiment laboral i el model institucional redistributiu. A partir d'aquestes aportacions, Esping-Andersen estableix la definició i tipologia dels "tres règims" dels Estats de Benestar (1990), que malgrat haver rebut algunes crítiques —entre d'altres per la seva simplificació entre un Estat-bo i un mercat-dolent, i per enfosquir una realitat

en la que l'Estat i el mercat no són l'únic impacte possible de la política social sobre les diverses desigualtats (Adelantado, 2000)—, avui segueix sent la més utilitzada per molts investigadors. Aquesta tipologia posa l'accent en l'equilibri entre tres fonts de provisió del benestar: el mercat, la família i l'Estat, el que li permet distingir entre els següents “règims del benestar”: 1) El règim liberal, on l'Estat té un paper residual en la provisió del benestar i hi predominen les prestacions socials modestes en la seva quantia, que només s'obtenen si es compleixen determinats criteris estrictes que reflecteixen el grau de penúria i necessitat. Aquesta situació obliga als ciutadans a ser més dependents del mercat que en altres règims (hi ha un baix nivell de desmercantilització) i s'anima als ciutadans (mitjançant incentius) a acudir al mercat per a solucionar els seus problemes relacionats amb la cobertura de riscos. Té un tipus de cobertura selectiva i la seva població objectiu serien els pobres. La seva redistribució de la riquesa i la reducció de la pobresa són baixes. Tenen un alt PIB i una baixa despesa social. Alguns dels països que formarien en part serien: Irlanda, Canadà, Regne Unit, Estats Units, Austràlia i Nova Zelanda. 2) El model conservador (o corporativista) té com a principi bàsic assegurar els riscos. La possibilitat de fer-ho depèn de l'estatus laboral, sobretot de si participa en el mercat laboral, per la qual cosa el propi sistema tendeix a perpetuar les diferències d'estatus. La redistribució de la riquesa és baixa i la reducció de la pobresa seria mitjana o baixa. El nivell de desmercantilització és també baix. El formarien països com França, Alemanya, Japó, Bèlgica i Àustria. 3) El model mediterrani (afegit més tard) que tindria característiques del model conservador, però també amb trets propis dels països del sud d'Europa i amb una tradició catòlica, un desenvolupament tardà i un fort paper de la família en la provisió del benestar. El caracteritzarien països com Itàlia, Grècia, Portugal i el Regne d'Espanya. 4) El règim socialdemòcrata, el qual es caracteritza per què la desmercantilització i la universalització dels drets socials s'estenen a tots els ciutadans. Es tracta d'un règim generós, amb bons resultats quant a la redistribució de la riquesa i a la reducció de la pobresa. Els països nòrdics en serien els exponents principals (Del Pino i Rubio, 2013: 27).

Així doncs, l'evolució històrica de l'Estat del benestar ha donat com a resultat múltiples caracteritzacions. Tot i que el denominador comú dels estats de benestar moderns rau en la regulació de les forces del mercat mitjançant el foment de l'estat de la protecció social de l'individu) el que s'espera sobretot és que tingui un impacte positiu en l'eliminació de la pobresa i la desigualtat, ja sigui a través de l'increment dels ingressos d'una part dels ciutadans a través de transferències (finançades mitjançant impostos progressius i contribucions socials) o bé mitjançant la provisió de serveis públics per a la població o ambdues (Generalitat de Catalunya, 2015:4).

Malgrat l'extensió de l'Estat del Benestar, la pobresa i la desigualtat segueixen persistint. Des de fa un temps l'efecte redistributiu ha desaparegut i es reproduïen les desigualtats creades pel mercat de treball. El que ha quedat de manifest és que no només importa el volum de despesa social, sinó les característiques específiques dels diversos programes de benestar. Durant la crisi s'ha produït un augment de la dualització social, entre els *insiders* (treballadors amb carreres laborals llargues i estables) i els *outsiders* (aturats, eventuals, feines precàries). Quan analitzem el dret a generar prestacions d'atur i pensions de jubilació hi tenim bons exemples d'aquesta dualització cada cop més evident, que tot seguit abordarem més a fons.

Un dels debats més importants per a corregir les desigualtats socials té a veure amb els programes més *focalitzats* (destinats a grups específics com els immigrants, dones, discapacitats...) o els programes *universals* (serveis o prestacions uniformes que beneficien a tots els ciutadans independentment de la seva renda o classe social). L'evidència empírica acumulada ha mostrat que els règims universalistes donen millors resultats en la reducció de la pobresa i el suport ciutadà també és més gran al recolzar els programes pels que paguen com a contribuents però a la vegada també se'n beneficien. Segons Korpi i Palme (1998), quan les institucions beneficien a tothom, ja sigui als més desfavorits o als més afortunats, les coses milloren també per a tothom, doncs es produeix més gran pressió per a la prestació efectiva d'un millor servei.

D'altra banda, també hi ha prou recerca conclouent sobre el fet que alguns d'aquests programes focalitzats i poc generosos són incapaços de treure l'individu de la pobresa o exclusió, fet que afecta a la pròpia legitimitat dels mateixos programes, que són així desprestigiats i acusats de desincentivar a la persona a cercar feina per part de determinats sectors.

6.2. Concepte de protecció social i relació de prestacions a Catalunya

ha diverses aproximacions al concepte de protecció social. La noció que utilitzarem aquí es refereix estrictament al "sistema" de protecció social, és a dir, al conjunt de transferències (econòmiques i de serveis en espècie) orientades a alleugerir els riscos i necessitats de llars i individus. Segons el Sistema Europeu d'Estadístiques de Protecció Social (SEEPROS), el concepte de protecció social "inclou totes les intervencions d'organismes públics o privats destinades a alleugerir les càrregues que representa per a les llars i individus una sèrie establerta de riscos o necessitats, sempre que no

existeixi un acord simultani i recíproc ni individual".⁹⁹ Aquesta definició es complementa amb la relació de prestacions socials del sistema de protecció social que, per conveni a Catalunya, és la següent:

- a) Malaltia/atenció sanitària: inclou les prestacions de manteniment de la renda i suport en efectiu a causa d'una malaltia física o mental, amb excepció dels casos d'invalidesa. També inclou l'atenció sanitària destinada a conservar, restablir o millorar l'estat de salut de les persones protegides;
- b) Invalidesa: inclou les prestacions de manteniment de la renda (pensions per invalidesa) i el suport en efectiu o en espècies (exceptuant l'atenció sanitària) relacionats amb la incapacitat de les persones disminuïdes físiques o psíquiques;
- c) Vellesa: serien les prestacions de manteniment de la renda (pensions de jubilació) i suport en efectiu o en espècies (exceptuant l'atenció sanitària), relacionats amb la vellesa;
- d) Supervivència: inclou les prestacions de manteniment de la renda (pensions de viduïtat i orfenesa) i el suport en efectiu o en espècies relacionats amb la mort d'un membre de la família;
- e) Família/fills: assistència en efectiu o en espècies (exceptuant atenció sanitària) relacionada amb l'embaràs, el naixement i l'adopció, l'atenció d'infants i altres familiars;
- f) Atur: manteniment de la renda i assistència relacionades amb la situació d'atur;
- g) Habitatge: ajuts per al finançament de l'habitatge;
- h) Prestacions destinades a la lluita contra l'exclusió social.

Cal tenir present sobre aquest tipus de protecció social que s'hi inclouen aquelles intervencions d'entitats públiques com privades, però se n'exclouen les transferències directes entre llars o individus. Tampoc s'hi inclouen aquelles intervencions en què la persona beneficiària està obligada a subministrar a canvi alguna cosa de valor equivalent i n'exclouen les assegurances subscrites a iniciativa privada pels individus o les llars exclusivament en el seu propi interès. No s'hi inclouen les intervencions en el camp de l'educació, tot i que es considera protecció social una part important de la despesa en educació infantil, atenent al seu caràcter parcialment protector. No es

⁹⁹ Veure amb més detall la seva pàgina web: http://www.eustat.eus/prodserv/vol32_c.html#axzz3qbx8MENT (darrera consulta: 29/10/15)

comptabilitzen les desgravacions, deduccions i altres bonificacions de tipus fiscal relacionades amb la protecció social (Idescat, 2014).

6.3. L'Estat del benestar i la protecció social a Catalunya

Actualment, una gran part de la protecció social bàsica la porta a terme l'Administració de l'Estat mitjançant, principalment, el sistema de la Seguretat Social. Per complementar l'acció protectora de l'Estat i de la Seguretat Social existeixen algunes modalitats de protecció social que assumeixen les comunitats autònomes, les administracions locals o altres institucions privades. La parcial descentralització competencial de l'Estat espanyol configura una estructura singular pel que fa tant al finançament de les diferents polítiques, com a la seva prestació. L'Estat és el responsable d'una part molt rellevant de la despesa en protecció social, sobretot si tenim en compte que gestiona el conjunt de prestacions vinculades al treball, com les pensions i els subsidis d'atur. Les administracions de les autonomies són competents en els serveis d'educació i sanitat, així com els sistemes de serveis socials. L'àmbit de l'administració local té la competència exclusiva en matèria de serveis socials bàsics.

A Catalunya, recentment s'ha realitzat un mapa de prestacions socials (Generalitat de Catalunya, 2015) que serveix per orientar-se en un terreny prou complicat i enrevessat com és el de les prestacions socials. A Catalunya hi ha 65 tipus de prestacions de caràcter econòmic i pel que fa a la prestació de serveis s'han identificat fins a 90. De les 65 prestacions econòmiques dirigides a persones, 17 són competència de l'Administració de l'Estat, 47 de la Generalitat i 1 de l'Administració Local. Pel que fa la garantia de les prestacions, n'hi ha 34 que són de dret subjectiu, 29 estan subjectes a crèdits pressupostaris i 2 són mixtes.

Els anys de residència per optar a les prestacions varien en funció de les mateixes. Hi ha 51 prestacions per a les que no s'exigeix cap temps, dues per a les que es requereixen 2 anys, 10 per a les que calen 5 anys de residència, una prestació en la que s'exigeixen entre 5 i 10 anys, i una darrera de 10 anys. Hi ha un 32% de prestacions que són de caràcter permanent, un 37% de temporals i un 31% d'ocasionals.

En l'àmbit de les prestacions econòmiques, la despesa més gran l'encapçala sense dubte les Pensions i l'Ocupació, que arriba al 95% de la despesa de totes les prestacions econòmiques. Pel

que fa a les fonts de finançament, a l'any 2014 trobem que en l'àmbit dels Serveis Socials i Promoció Social la Generalitat de Catalunya va aportar un 38,1%, l'Administració de l'Estat un 60,6% i l'Administració Local un 1,3%; en el de les Pensions i Ocupació l'Administració de l'Estat va aportar el 99,2% (26.224.500.638 €) i la Generalitat tan sols un 0,8% (173.000.000 €). El 97% de la despesa en prestacions econòmiques prové de l'Administració de l'Estat amb un total de 26.844.073.891 €. Respecte a la prestació de serveis, la despesa més important ve del sector de la Salut, amb una despesa en l'any 2014 de 7.982.789.950 €, equivalent al 58% de la despesa en prestació de serveis de Catalunya.¹⁰⁰

No cal dir, doncs, la importància que té la despesa en l'apartat de Pensions i Ocupació (26.624.065.204 €), que equival al 64% de la despesa total en prestacions econòmiques i prestació de serveis (41.381.141.927 €). La necessitat d'organitzar i ordenar el sistema de protecció social es fa cada cop més palès quan hom examina la quantitat de prestacions, ajuts, pensions que hi ha actualment a Catalunya amb els corresponents imports, criteris, temps de tramitació i incompatibilitats amb els ingressos del treball.

6.4. La despesa pública en protecció social

Com mostren Adelantado i Calderón (2005:20), el volum de recursos que un país destina a despesa pública i a despesa en protecció social és un dels elements que ha servit per caracteritzar als distints Règims de Benestar en la UE. I segons aquests autors l'ajust entre la despesa pública i el PIB de diversos països de la UE mostra que hi ha països que realitzen una despesa superior del que es pot esperar en relació al seu PIB, i en canvi d'altres com el Regne d'Espanya, el Regne Unit i Irlanda hi destinen una quantia de despesa pública més baixa del que s'esperaria. En canvi, països com Suècia (20,2%) i Dinamarca (28,9%) estarien molt per sobre. Pel que fa a la despesa social per habitant en protecció social, i amb dades del 2012 d'Eurostat, en el cas d'Espanya era d'uns 6.026€ (el 13,7% respecte el PIB) per habitant inferior a molts països, inclosa Grècia amb 6.123€ (el 17% respecte el PIB) i força per sota de la mitja de la UE-28 que era de 7.566€.

¹⁰⁰ El sector de la salut des del 2011 està patint serioses retallades, d'acord amb les polítiques d'austeritat desenvolupades per reduir la despesa pública a Catalunya. L'any 2011 la despesa per habitant es va reduir en un 6,9%, l'any següent va ser del 4,78%. La despesa sanitària per habitant a Catalunya és de 1.103 euros i la mitjana estatal va ser de 1.207. Veure a *La Vanguardia* del 17 d'agost del 2015: <http://hemeroteca.lavanguardia.com/preview/2015/08/17/pagina-45/95787769/pdf.html?search=despesa%20sanitaria> (darrera consulta: 29/08/15)

També és interessant veure la incidència de la transferència d'ingressos dels diferents països de la OCDE i la seva extensió en la redistribució entre la població en temps de crisi. Malgrat que des que va començar la crisi la majoria de països de la OCDE han incrementat la despesa social en relació al PIB, passant de mitjana d'un 19% a un 22%, en el cas d'Espanya la part de les transferències públiques al 20% més pobre de la població és només del 12,5%; xifres ben diferents de les de països com Bèlgica, que va ser d'un 23,5%, o Holanda amb un 29,4%. Estem davant d'una de les proporcions més baixes, si ho comparem amb la majoria de països de la OCDE. La mitjana del grup dels 31 països de la OCDE va ser del 21,7% (Adema, Fron i Ladaïque, 2014:18).

Segons un estudi de l'OCDE (2014), hi ha alguns països com Austràlia, Noruega i Dinamarca en els que el 40% de la despesa social reverteix en la gent més pobre o en el quintil més baix. Països com Holanda, Canadà i el Regne Unit ho farien al voltant d'un 25%, i en el cas de països mediterranis com Portugal, Espanya o Itàlia només ho fan en un 10%. Aquest fet es deu fonamentalment a què la redistribució de la despesa social segons l'OCDE en el cas dels països mediterranis com Portugal, Itàlia, Grècia i Espanya va majoritàriament a la gent que ha treballat en el sector formal i a pagar les seves pensions de jubilació i les prestacions d'atur, afavorint doncs a la gent que ha pogut tenir una feina més estable i ha pogut contribuir regularment al sistema, no als més pobres i necessitats. Tanmateix, també alguns països han fet més difícil l'accés a les condicions dels programes de suport des del 2011. Per exemple, a Grècia l'accés als beneficis per a la prestació d'atur, els ajuts familiars, les pensions de vellesa i els ajuts d'habitatge han estat restringits i/o retallats en la durada.

6.5. El sistema de protecció social espanyol de garantia d'ingressos

La garantia d'ingressos no és un dret expressament reconegut a la legislació espanyola, malgrat que el dret a gaudir d'una vida digna i de la protecció de la família si està recollit al text constitucional del 1978. En algunes reformes recents d'Estatuts d'Autonomia, com el cas de Catalunya, si que es recull un dret subjectiu a una garantia d'ingressos (Rey, 2015).

El sistema de protecció social té diverses prestacions i pensions, algunes de tipus contributiu, com ho són les pensions de jubilació (1.022€ de mitjana), les d'incapacitat permanent (923€ de mitjana) les de viudetat (630€ de mitjana), les d'orfandat (370€ de mitjana) i les que són a favor de familiars

(517€ de mitjana).¹⁰¹ Altres de tipus no contributiu, com són les d'invalidesa (per tenir més d'un 65% de discapacitat) o les de vellesa per no haver contribuït a la seguretat social, a l'any 2014 (Inserso, 2014) representaven 365€ i un complement de 2.561€ anual per aquells que tinguessin igual o més d'un 75% de discapacitat i precisessin d'alguna persona per a realitzar els actes necessaris de la vida diària. És obvi que els imports entre les prestacions i pensions de tipus contributiu respecte a les no contributives són força més elevats. També és prou evident que la quantia d'algunes pensions no arriba ni al llindar de la pobresa, de 7.961€ anuals (663€ al mes) per una persona i llar a l'any 2014, sent de 16.719€ per a dos adults i dos infants.

Tot seguit analitzarem a fons dues prestacions importants en un període de crisi. Una de tipus contributiu i regulada per l'Estat: la prestació d'atur. L'altra, és de tipus assistencial i regulada per l'administració autonòmica catalana: la Renda Mínima d'Inserció.

6.5.1. El sistema de prestacions per desocupació

La destrucció de l'ocupació derivada de la crisi que patim és prou coneguda i els nivells d'atur són descomunals, arribant-se a un 27% de la població activa l'any 2013. El juny del 2015, segons les darreres dades disponibles, tot i la reducció de l'atur, aquest encara supera el 22,5% de la població activa (segons dades d'Eurostat). Això suposa més del doble de la mitjana de la UE, que es situa en un 9,6%.¹⁰² El Regne d'Espanya en els darrers 37 anys ha tingut registres de més del 15% d'atur durant almenys 25 anys, amb molta diferència respecte al segon país de la OCDE, que és Irlanda, el qual ha patit nou anys amb aquests llindars d'atur durant els darrers 37 anys. Malgrat la gran davallada del mercat laboral en aquest període de crisi, un dels fets més preocupants és com s'ha afrontat la protecció social per a totes aquelles persones que per diverses circumstàncies han quedat sense feina. Ja hem vist més amunt la importància que té cobrar una prestació d'atur per a la salut mental en la majoria de casos.

Sobre el sistema de protecció social cal recordar que qui té les atribucions i les competències de gestió amb la prestació d'atur actualment és l'Administració espanyola. De fet, la Constitució

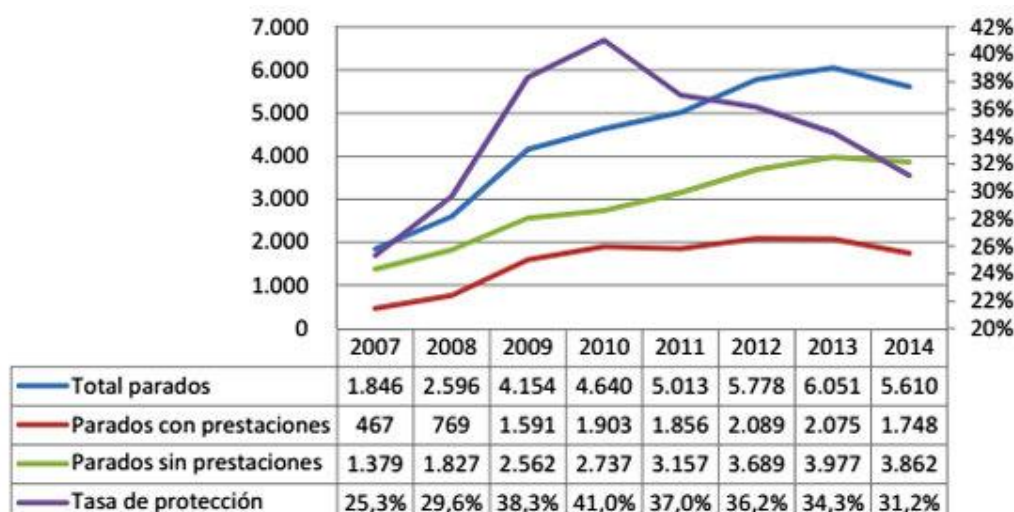
¹⁰¹ Dades de l'1 de juliol del 2015 de INSS. Informe estadístic de la seguretat social. http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/Est/Pensiones_y_pensionistas/Pensiones_contributivas_en_vigor/Por_reg_menes/150208 (darrera consulta: 24/09/15)

¹⁰² Per poder comparar entre els diferents països és útil veure: <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&language=en&pcode=reilm020&tableSelection=1&plugin=1> (darrera consulta: 26/09/15)

espanyola en el seu article 41 diu: “los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo.” Com s’ha abordat per part del govern espanyol això? Quin grau de cobertura tenen els ciutadans? És suficient? S’ha adaptat a la flexibilitat de la realitat laboral?

L’anàlisi del sistema de prestacions per desocupació (SPD) respecte al context europeu quant al grau de generositat el situa en una posició intermitja (Pou i Negueruela, 2015). És important veure (gràfic 8) com ha evolucionat la taxa de protecció del SPD des de l’inici de la crisi en el 2007 fins el 2014. En primer lloc, cal destacar que malgrat l’increment de la xifra d’aturats fins el 2013 hi ha un estancament de la gent aturada amb prestacions en el 2010 i es manté estabilitzat fins el 2013, en un context de gran creixement del nombre de persones aturades. I a partir del 2014 hi ha una reducció significativa i es situa a 1.747.908 del total d’aturats (5.610.000). El nombre de persones aturades sense prestació no ha deixat de créixer des del 2007, reduint-se molt poc en el 2014. La taxa màxima de protecció es produeix el 2010, amb un 41%, i comença a davallar ininterrompudament fins el 2014. La conclusió és que el moment que ha cobert a més gent en tot el període de crisi ha estat només a un 41% dels aturats.

Gràfic 8: Evolució del total d’aturats, d’aturats amb prestació, aturats sense prestació i de la taxa de protecció (escala dreta), 2007 a 2014.



Font: Elaboració de Pou i Negueruela (2015) a partir de microdades de la EPA (INE).

És interessant poder analitzar les dades de la taula 3 i comparar el Regne d'Espanya amb les taxes de protecció d'altres països de la Unió Europea durant els anys 2004-2013, i a partir de les mateixes observar que hi ha un increment important de la taxa de protecció (TP) per part d'Espanya durant els anys 2007-2010 a la primera fase de la crisi. En canvi, des del 2010 la caiguda de la TP és prou evident, si ho comparem amb els altres països més avançats com Alemanya o França. La diferència de TP respecte a Alemanya és de 50 punts.

Taula 3: Evolució de la taxa de protecció a la Unió Europea, 2004-2013.

Cuadro 1. Evolución de la tasa de protección en la Unión Europea, 2004-2013.

	2004	2007	2008	2010	2011	2012	2013
Alemania	74,4%	75,3%	75,4%	75,2%	83,2%	83,8%	83,5%
Bèlgica	74,2%	67,6%	67,2%	65,6%	66,4%	62,0%	64,5%
Austria	62,7%	59,8%	58,4%	51,0%	52,0%	49,5%	53,2%
Finlandia	55,3%	58,3%	53,9%	62,9%	58,3%	59,7%	61,0%
Hungria	34,6%	40,1%	42,3%	42,5%	40,5%	31,4%	27,2%
Zona Euro-19	40,8%	41,9%	40,0%	40,8%	37,3%	35,6%	33,4%
Francia	43,1%	37,7%	37,5%	41,7%	39,7%	42,4%	43,7%
Unió Europea-28	34,0%	35,2%	34,9%	32,6%	34,2%	32,6%	30,9%
Portugal	-	36,3%	34,4%	41,6%	-	32,8%	34,1%
Reino Unido	34,7%	31,9%	32,9%	-	41,5%	40,4%	39,7%
Espanya	21,9%	26,8%	31,0%	41,6%	37,5%	37,3%	33,9%
Croacia	-	-	15,3%	19,8%	16,3%	13,9%	14,1%
Eslovenia	-	-	-	33,8%	33,1%	26,4%	18,7%

Font: Elaboració pròpia a partir d'Eurostat.

Altres elements importants que cal tenir presents per explicar els baixos valors de la TP a Espanya i la seva evolució al llarg de la crisi econòmica han estat la gran proporció de la contractació laboral temporal i l'increment de la durada mitjana de l'atur. Pel que fa a la taxa de temporalitat, la taxa d'Espanya quasi duplica a la del conjunt de la UE-28 (23,1% i 13,7%, respectivament, el 2014), arribant al 36% el 2006 i al 24% el 2004, segons les darreres dades d'Eurostat (Fundación 1º Mayo, 2015). Aquesta taxa respon a una rotació laboral enorme per a llocs de treball que es podrien considerar estructurals. El que representa una alta taxa de temporalitat és prou important de cara a acumular períodes mínims per a poder accedir posteriorment a les prestacions d'atur.¹⁰³ Quan algú es queda a l'atur sense haver cotitzat prou temps, no pot accedir a les polítiques passives d'ocupació (altrament conegudes com prestació per desocupació). Les elevades taxes de

¹⁰³ Cal recordar que per aconseguir cobrar la prestació d'atur de 4 mesos, actualment cal haver treballat un any. Els 6 primers mesos es cobra el 70% de la base reguladora i a partir del 7é mes es passa a cobrar el 50%.

temporalitat distorsionen el funcionament del mercat de treball tot fent palès que la capacitat inclusiva de la SPD en realitat és escassa i provocant que la TP sigui menor.

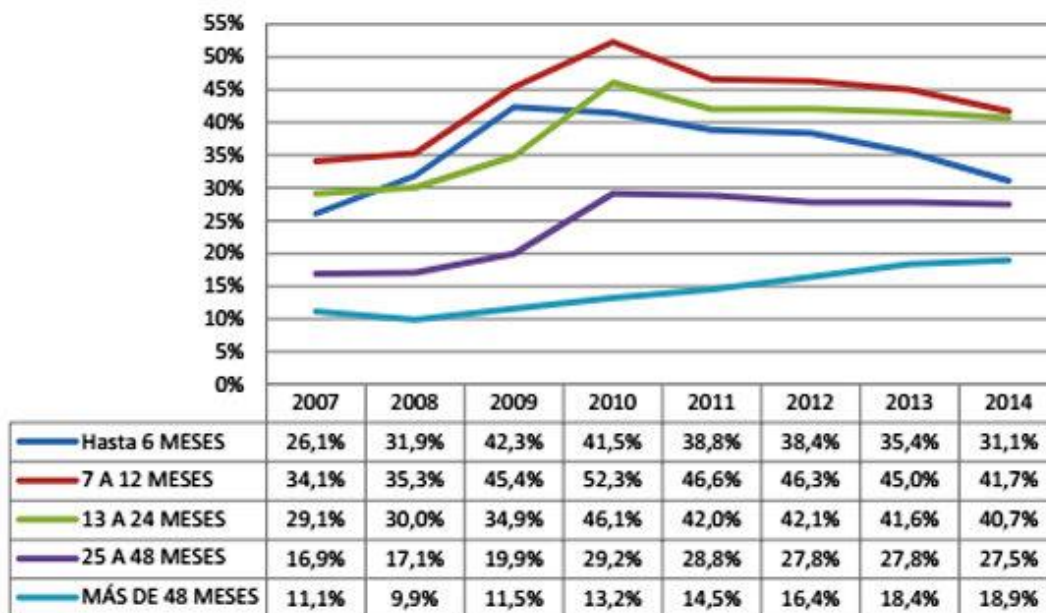
Pel que fa a l'increment de l'atur de llarga durada i de molta llarga durada, a partir del 2009 es genera un canvi molt significatiu en la importància relativa dels diferents grups de durada de l'atur, augmentant molt el pes dels grups de major durada. Cal recordar que el nombre d'aturats de llarga durada (més de 12 mesos sense feina) al Regne d'Espanya va arribar al segon trimestre del 2013 al 2,95 milions, això suposa un 696,8% més en comparació als nivells previs a la crisi, el que implica que es tracti de l'increment més elevat de tots els països de la OCDE. Els aturats de menys de 6 mesos s'han reduït significativament d'un 60% del 2007 i 2008, fins a valors del 35-40% des del 2010. Els aturats de més de dos anys no han parat de créixer des del 2010, fins arribar a un creixement del 19,3% en el 2014; i els aturats de més de 4 anys arriben a créixer un 16%.

La importància que té l'atur de llarga durada per a la salut mental és prou gran; com ja hem vist anteriorment a partir de les dades de diverses investigacions. Com més llarga és la durada de l'atur, pitjors i més considerables són les conseqüències sobre la salut mental. La meta-anàlisi sobre els efectes psicològics de l'atur que van fer Karsten i Moser no admet gaires dubtes en les seves conclusions finals: “un llarg nombre d'investigadors (...) han demostrat els devastadors efectes psicològics de l'atur. El resultat és clar i l'advertència inequívoca que l'atur representa un risc sever per a la salut mental que ha de ser combatut per tots els mitjans possibles” (Karsten i Moser, 2011:280).

Espanya és el segon país de la UE, seguit de Grècia (19%), amb una taxa més alta d'aturats de llarga durada amb un 13%.¹⁰⁴ En el conjunt de la OCDE, en el segon trimestre del 2013 es va arribar als quasi 17 milions d'aturats de llarga durada, un 95% més dels 8,63 milions des que va començar la crisi el 2008. El següent gràfic (núm. 9) ens mostra la TP d'Espanya pels diferents grups segons la durada de l'atur. La TP, com es pot veure en tots els trams de durada de l'atur, és força baixa. El més preocupant és que a mesura que passen els anys la TP és més baixa i els treballadors que porten més de dos anys a l'atur (durada màxima) presenten una caiguda important de la TP, que ja es converteix en subsidi d'ocupació.

¹⁰⁴ Percentatge d'aturats de més d'un any de durada cercant feina sobre el total d'actius (15-74 anys).

Gràfic 9: Evolució de la taxa de protecció segons la durada de l'atur, 2007 a 2014



Font: Elaboració de Pou i Noguera (2015) a partir de microdades de la EPA (INE).

El que es posa de manifest és que el SPD no es pot considerar generós en l'actual context europeu si tenim en compte que els aturats no han deixat de créixer i que la TP ha arribat a un valor màxim d'un 41% en tot el període de crisi. Té una de les taxes de cobertura d'atur més baixes dins de la UE i amb una taxa d'atur del doble de la mitja europea.

Els motius que expliquen que la TP hagi tingut una caiguda ininterrompuda tenen a veure sobretot amb la Reforma Laboral de l'any 2012, que provoca la major part dels acomiadaments.¹⁰⁵ Les reformes fiscals introduïdes entre el 2007 i 2012 han reduït les prestacions socials de manera considerable i han incrementat els impostos.¹⁰⁶ La conseqüència ha estat una reducció dels ingressos nets per a les llars on hi treballa gent i pels no treballadors. Tanmateix, cal recordar que el 2013 hi va haver una reducció dels beneficis pels aturats de més de 6 mesos, que van passar de rebre el 60% de la base salarial al 50% (OCDE, 2015), amb un resultat de disminució de l'assegurança d'atur i amb un impacte negatiu per a aquestes famílies.

¹⁰⁵ Es tracta d'una reforma laboral que no va ser frenada per la vaga general de 24 hores realitzada el 29 de març del 2012 i convocada per la majoria de sindicats a tot l'Estat. Sobre totes les mesures contemplades a la reforma laboral veure: http://economia.elpais.com/economia/2012/02/10/actualidad/1328911729_685382.html (darrera consulta: 22/09/15)

¹⁰⁶ Malgrat que es crea un ajut pels aturats de llarga durada l'any 2008, des del 2012 la necessitat de restaurar les condicions fiscal sostenibles va conduir a una disminució en la despesa social a costa de no augmentar la prestació d'atur amb la inflació.

El que ha quedat ben de manifest és que el sistema espanyol no estava preparat per fer front a una gran crisi intensa i perllongada com la que hem viscut. Els diversos plans que s'han aprovat per part dels diversos governs des de l'inici de la crisi no han estat prou ambiciosos i els nivells de cobertura han estat bàsicament assistencials (PRODI, PREPARA, Plan de activación para el empleo) en comptes d'ampliar el grau de cobertura a uns nivells generosos i més inclusius. La situació és prou greu a tots nivells, doncs una de les conclusions que cal extreure també és que, segons les dades disponibles, la població aturada ha patit una important pèrdua d'ocupabilitat durant aquest anys. L'empitjorament de la situació del mercat de treball ha reduït les ofertes de feina i, per tant, la reducció de l'atur. El SPD es mostra amb una capacitat de cobertura força limitada pel que hem pogut analitzar. No s'adapta tampoc a la flexibilitat laboral impulsada pels legisladors pel mercat de treball. L'elevada temporalitat dels contractes, ja estructural en el mercat de treball, no es veu compensada amb un augment de la protecció del SPD.

És fonamental també entendre que el model contributiu (ja sigui: públic, de repartiment, obligatori i amb prestacions relacionades amb les cotitzacions prèvies o que puguin mantenir el salari previ) té fortes limitacions, que s'han posat ben de manifest també durant la crisi.¹⁰⁷

Prestació d'atur, crisi i salut mental

Anteriorment hem estat valorant que la prestació d'atur està reservada a aquells treballadors que han estat contribuint durant anys, fet cada cop més difícil per la configuració del mercat laboral en els darrers anys, amb entrades i sortides d'una bona part de la població. En els primers quatre mesos del 2015, el 24,4% dels contractes han estat d'una setmana o menys dies i el 28,7% dels que s'han realitzat ho són a temps parcial, amb la qual cosa es fa difícil poder acumular temps cotitzat per optar a una prestació d'atur.¹⁰⁸ Una prestació d'atur, malgrat les reduccions que suposa respecte al salari que es percebia quan es treballava, pot donar una cobertura i una certa tranquil·litat econòmica durant un temps (en funció del temps cotitzat).

A Catalunya, un estudi que segurament ha passat més desapercebut del que seria convenient, va posar de manifest que quan les persones es queden a l'atur però reben les corresponents prestacions

¹⁰⁷ No entrarem aquí a analitzar els orígens dels sistemes contributius; per a aquest aspecte són ben recomanables el capítol de Noguera (2001) i el llibre editat per Del Pino i Rubio (2015).

¹⁰⁸ Veure amb més detall a la següent notícia: http://www.elperiodico.cat/ca/noticias/economia/vuit-cada-contractes-nous-son-inferiors-tres-mesos-4458419?utm_source=rss-noticias&utm_medium=feed&utm_campaign=economia (darrera consulta: 3/11/15)

d'atur no presenten alteracions significatives en la salut mental, independentment del sexe o la qualificació. En canvi, si que es va trobar una pitjor salut mental entre les persones que no rebien prestacions econòmiques d'atur, especialment entre els homes treballadors manuals casats o que conviuen en parella, segurament pel seu paper de sustentadors econòmics principals de la llar (Artazcoz et al. 2004).

Al Regne d'Espanya aproximadament més de 3,7 milions d'aturats no reben cap tipus de prestació del Ministeri de Treball, segons l'EPA del segon trimestre del 2015. Això suposa que només perceben algun tipus de subsidi el 27,8% dels aturats. Hi ha uns 561.000 aturats que no han treballat mai i no han generat per tant el dret de percebre ajuts. A Catalunya la taxa de protecció d'atur en el primer trimestre del 2014 ha estat només del 31,7% i en el cas dels joves la taxa és només del 11,95% (Observatori del sistema de salut de Catalunya, 2014). Amb aquestes dades es fa difícil calcular-ne a hores d'ara les conseqüències, però tot fa pensar que aquesta inseguretats econòmica i manca d'ingressos pugui desencadenar en el futur diversos problemes de salut mental. Algunes dades ja poden fer-ho pensar de forma versemblant: si observem l'Enquesta de Salut Pública de Catalunya del 2012 que calcula la probabilitat de patir un trastorn mental (en el moment de l'entrevista) pels que portaven més d'un any; segons el test GHQ de Goldberg, la probabilitat va ser d'un 17,8%, el que suposa més de nou punts respecte a la població ocupada, que es va situar en el 8,2%.¹⁰⁹ Benach i Muntaner (2011) han estimat que quedar-se a l'atur sense prestació pot augmentar fins a tres vegades els riscos de patir problemes de salut mental en el cas de professionals i si es pertany a la classe obrera por arribar fins a set vegades més!

6.5.2. Crítiques i limitacions dels sistemes contributius

Anem a fer un breu repàs de les limitacions d'aquest sistema contributiu. En primer lloc, si en els sistemes contributius el que genera dret a la prestació és la cotització i aquesta està fortament vinculada a la participació en el mercat de treball, en un país on l'atur té unes xifres elevades com és el cas del Regne d'Espanya i on la contractació eventual és molt habitual, l'accés a poder obtenir una prestació és per tant, força complicat.¹¹⁰ En els primers quatre mesos del 2015, el 24,4% dels contractes eren d'una setmana o menys i el 28,7% eren a temps parcial. Només un 7,9% van ser

¹⁰⁹ Altres dades interessant es poden consultar aquí: http://observatorisalut.gencat.cat/ca/observatori-sobre-els-efectes-de-crisi-en-salut/detall/informe/dades_obertes/ (darrera consulta: 14/08/15)

¹¹⁰ Segons informació apareguda al diari El País: http://economia.elpais.com/economia/2015/06/07/actualidad/1433702047_936901.html (darrera consulta: 24/08/15).

indefinites. Aquesta dinàmica va iniciar-se el 2006, abans de la crisi, es va desenvolupar entre el 2008 i 2013 en plena crisi i ha prosseguit encara els 2014 i 2015. Per tant, generar drets contributius per aconseguir una pensió cada cop és més difícil. Si hi afegim que, amb la darrera reforma de les pensions del govern espanyol de 2013, per aconseguir el 100% de la pensió calen 37 anys de cotització, el compliment dels requisits es complica encara més.¹¹¹ És un sistema que amb la realitat del mercat laboral actual no cobreix en bona part als joves (amb taxes d'atur de més del 50%) ni a les dones (amb taxes d'atur superiors a les dels homes).

El sistema contributiu es va crear amb els supòsits d'un lloc de treball per a tota la vida i a temps complet i amb salaris per a mantenir a la família. El nivell de protecció social depèn de la situació laboral, de l'estatus professional, del sexe i edat de la persona. Aquest sistema s'ha caracteritzat per una forta reproducció de l'estratificació social i per nivells molt significatius de desigualtats (d'ingressos i de gènere) degut a què l'assegurament social està vinculat a una feina. Els sistemes de protecció social a l'Europa continental s'han basat en la plena ocupació per a garantir la cobertura social universal (Esping-Andersen, 1990).

No cal ser molt agosarat per veure que aquest escenari ha desaparegut en bona part.¹¹² Per tant, una de les seves greus limitacions (i no menor) és la dificultat d'adaptar-se als canvis socioeconòmics. Quan aquest escenari ha canviat, la contributivitat reproduïx les desigualtats i exclusions del mercat de treball (Noguera, 2001:71). I en aquesta llarga crisi ha quedat ben de manifest aquest augment de les desigualtats, amb un índex de Gini dels més alts d'Europa, com hem vist al capítol 4. Per tant, tenim un seriós problema de redistribució: una bona part de treballadors amb baixos salaris i feines inestables com és el cas a l'Estat Espanyol i de molts altres països europeus com Bulgària, Romania, Grècia, Albània, Montenegro o Turquia (Eurofound, 2013) que no arriben a cotitzar prou per cobrar la pensió de jubilació han de pagar amb les seves contribucions les pensions actuals de treballadors que tenen una feina estable i un salari mitjà-alt i amb dret a pensions més altes, evidentment.

No cal insistir gaire tampoc en les complicacions que per a generar una pensió digne pot tenir un ampli col·lectiu de persones que ja sigui per la seva fràgil salut o la dels seus familiars puguin tenir

¹¹¹ I per calcular-la es tenen en compte els darrers 25 anys de vida laboral.

¹¹² Per fer-se una bona idea de la situació de les feines a l'actualitat a escala europea és recomanable consultar: Eurofound (2013)

certes dificultats en sostenir una mínima continuïtat laboral, del tot necessària per a generar els drets contributius.

6.6. La Renda Mínima d'inserció

A l'Estat Espanyol fa més de 4 anys (2011-2015) que hi ha més de cinc milions de persones a l'atur, segons les dades de l'EPA, i amb una taxa de pobresa relativa (persones amb menys del 60% de l'ingrés mitjà de la població) que va arribar al 22% en el 2013, el que suposa més de 10 milions de persones. Aproximadament 1,8 milions de persones viuen sense cap ingrés procedent del treball, ni de prestacions per desocupació, ni de pensions contributives, ni subsidis. En aquesta situació és quan haurien d'entrar en joc les anomenades Rendes mínimes d'inserció,¹¹³ però la realitat és que només cobreixen un 35% de les llars sense ingressos.¹¹⁴

Les rendes mínimes van sorgir per fer front a la crisi de l'Estat del Benestar basat en la plena ocupació. Amb l'aparició de l'atur massiu i la precarització laboral, determinats sectors de la població resten fora de la cobertura del sistema de benestar social estàndard. En aquest context, el sistema de rendes mínimes comença a desenvolupar-se als anys 80, iniciat per França, com la darrera malla de seguretat i sustentat en la noció de fomentar la inserció laboral lligada a la prestació econòmica. La majoria de les rendes mínimes de les diferents comunitats autònomes no apareixen fins els anys 90, exceptuant la basca que sorgeix en 1989 amb el nom d'Ingreso Mínimo Familiar, influït pel model francès.

Els programes de rendes mínimes d'inserció, com part del sistema públic de serveis socials, són una competència exclusiva de les Comunitats Autònomes. Aquests programes reben diverses denominacions i disposen de diferents formes d'accés, requisits exigits, durada o quantia, segons cada administració. Es caracteritzen per tenir en comú el propòsit que van destinades a persones o famílies que no disposen de recursos econòmics suficients per cobrir les necessitats més bàsiques. Cada comunitat decideix la quantia bàsica, l'aportació extra per fill dependent, la durada o els requisits. Acostumen a anar acompanyats d'un procés d'intervenció social que en alguns casos es

¹¹³ Rendes que reben diverses denominacions en funció de la comunitat autònoma: renda bàsica, renda mínima, renda garantida... però la majoria estan per sota del llindar de la pobresa, excepte al País Basc.

¹¹⁴ Cal recordar també que la gent amb treballs temporals cobren un 36,6% menys de salari que un treballador fix. http://economia.elpais.com/economia/2015/06/24/actualidad/1435137971_730270.html (darrera consulta: 22/10/15),

vincula amb la inserció social i en el cas de Catalunya, per accedir-hi cal subscriure un Pla individual d'inserció i reinserció social i laboral de caràcter obligatori.

En els darrers anys de crisi han augmentat de forma considerable i cada cop ha vingut jugant un paper més important en la vida de moltes persones. Durant l'any 2013 els titulars de la prestació arreu de l'Estat Espanyol van ser 258.408 persones, un 18,89% més que en el 2012. El nombre total de perceptors va ser de 637.573 persones, dels quals 352.473 van ser dones i 285.100, homes. La despesa per tot l'any 2013 va ser de 1.040.623.809€, significant un increment del 21,75% respecte el 2012. El perfil més comú dels perceptors és el de famílies monoparentals, població immigrant, d'edats entre els 35-44 anys i amb estudis primaris (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013).

Cal dir que hi ha importants diferències de quantia entre algunes comunitats. Per exemple, a Múrcia o Ceuta és de només 300€, mentre que al País Basc (pel règim fiscal) és de 662€ o a Navarra de 548€ durant l'any 2013. També hi ha una gran diversitat i desigualtat de perceptors: si a Galícia, amb una població de 2,7 milions d'habitants, hi ha 24.459 perceptors, al País Basc, amb una població de 2,1 milions, és de 136.058 perceptors.

El llindar de la pobresa actualment està situat a l'entorn del 663€ mensuals, quantitat a la que només arribaria el País Basc, doncs la mitjana de l'Estat estaria situada en 420€ mensuals, que representa un 63% del llindar de la pobresa. Des de l'any 2002 fins el 2013 el nombre de persones titulars de la prestació s'ha més que triplicat, passant de 82.354 a 258.408 persones. I la despesa s'ha quadruplicat, passant dels 250 milions del 2002 als 1.040,6 milions del 2013 (aproximadament un 0,1% del PIB), dels quals el País Basc n'aporta el 43% del total.

La Renda mínima d'inserció a Catalunya durant la crisi

Les retallades dels diversos serveis públics també van arribar a l'estiu del 2011 a Catalunya a aquells que perceben la Renda mínima d'inserció (RMI), els més pobres de tota la població. La RMI la perceben aquelles persones que tenen greus dificultats econòmiques i socials i que reuneixen uns quants requisits força exigents, entre d'altres el no disposar de mitjans econòmics necessaris per atendre les seves necessitats bàsiques. Accedir-hi no és gens fàcil. La quantia és de 423€ per titular, 478,9€ quan són dos membres, 534,28€ quan en són tres, fins arribar a un topall màxim de 645,30€.

La mitjana d'aquest ajut a Catalunya gira al voltant dels 500 euros per expedient i de només 196 per destinatari. Els perceptors a l'any 2013 van ser 62.643 persones.

Amb l'aprovació de la Llei 7/ 2011 de 27 de juliol de mesures fiscals i financeres (més coneguda per la Llei Òmnibus), a proposta de CiU i amb el suport del Partit Popular, en el seu article 52 es van incorporar modificacions substancials a la Llei de la RMI. Aquestes noves mesures van dificultar i limitar l'accés de molta gent que fins ara podia accedir a aquest programa. Algunes de les més importants que contempla la Llei són les següents: la supeditació de les prestacions econòmiques de l'RMI a la disponibilitat pressupostària, la qual cosa representa la pèrdua del seu caràcter universal i de la seva consideració de dret subjectiu a la prestació; s'allarga el període de residència continuada per accedir a l'RMI, passant d'un a dos anys; l'edat mínima és de 25 anys; s'amplia de quatre a dotze mesos el període de càlcul en la valoració dels ingressos de la unitat familiar, els quals sumats no poden excedir el salari mínim interprofessional (SMI), ara de 641 euros. Aquest límit ha passat dels 800€ (el màxim fins ara) als 645,30 € euros per domicili. Es limita a cinc anys el període per percebre la RMI, amb una pròrroga per a casos molt excepcionals.

Alhora, i per si fos poc, a tot aquest conjunt de restriccions i limitacions a la prestació s'hi va afegir l'aprovació d'un Decret per desplegar la llei que endureix més les exigències per accedir a la RMI. Entre les seves concrecions s'especifica que les persones que “només” presentin una problemàtica laboral derivada de la pèrdua d'ocupació quedaran excloses de la RMI. Cal també passar fins a 6 mesos sense cap tipus d'ingrés per a poder realitzar la sol·licitud (i sense la seguretat de ser aprovada). Així mateix, també s'exclouen les persones captaires i s'exclouen aquelles que estiguin pendents de cobrar indemnitzacions derivades d'un litigi. Tampoc s'accepta la sol·licitud d'aquella gent que hagi rebutjat una oferta d'ocupació “adequada a la seva situació personal i familiar”. Així mateix, i per filar encara més prim, es farà ús del lamentable silenci administratiu de quatre mesos perquè es consideri denegada una sol·licitud.

Amb totes aquestes restriccions, el govern presidit per Artur Mas el que realment volia era estalviar-se aproximadament uns 53 milions d'euros, segons un informe que va realitzar la mateixa Direcció General d'Economia Social i Cooperatives pertanyent al departament d'Empresa i Ocupació. En concret, també pretenia estalviar-se uns 28 milions retardant a sis mesos el temps que els aturats han de portar sense percebre cap ingrés per accedir a la RMI. Al voltant d'uns 7 milions més d'estalvi en rebaixar el màxim de la RMI a l'import del SMI, 3 milions més en limitar la RMI fins a

un màxim de cinc anys i així fins a completar aquest estalvi de només el 0,22% del pressupost de la Generalitat, a compte dels més necessitats.

La Generalitat de Catalunya, a la pàgina web de la RMI el 2 d'agost del 2011, deia que la partida pressupostària destinada a aquesta prestació estava esgotada i que no seria acceptada cap sol·licitud més. Així mateix serien desestimades automàticament per falta de pressupost totes les sol·licituds que s'haguessin registrat a partir l'1 de juliol de 2011. El 3 d'agost es va fer una rectificació per part de la Comissió Interdepartamental de la Renda Mínima d'Inserció informant que s'estaven duent a terme mesures de racionalització i de revisió del Programa de la RMI amb l'aprovació de la Llei de 27 de juliol, més amunt esmentada, on s'establien mesures per a "igualar les prestacions de tots els beneficiaris revisant expedients a partir d'agost del 2011 d'aquells que superin el Salari Mínim Interprofessional i negant la possibilitat d'ampliació de la partida pressupostària per a la RMI". Durant aquells dies d'agost hi va haver declaracions per part de dirigents de l'administració apel·lant a sospites de frau generalitzat dels beneficiaris de la RMI i es van arribar a proferir impropis com que els perceptors de la RMI no haurien de fer vacances i d'altres coses per l'estil (Raventós, 2011). La gota que va fer vessar el got van ser les cartes enviades a uns 34.000 perceptors de la RMI (perceptors dels quals en depenen unes 110.000 persones) per cobrar aquell mes el xec i convocant-los a una entrevista per a poder "actualitzar les seves dades." A mitjans d'agost hi havia encara uns 6.700 beneficiaris (a una mitjana de 3,25 membres per cada beneficiari) que no havien cobrat encara aquesta renda de subsistència i, segons un comunicat publicat el 31 d'agost al web del Departament d'Empresa i Ocupació: "Als perceptors que durant el mes d'agost, fruit de les mesures de control i seguiment han notificat un canvi de domicili s'abonarà la prestació un cop es pugui comprovar la incidència per la qual no ha pogut cobrar el xec. Si es deu a l'existència d'irregularitats es procedirà a obrir el conseqüent expedient de suspensió i/o extinció de la prestació (d'acord amb els articles 22 i 24 de la Llei 10/1997 de 3 de juliol de la RMI)."

Finalment, i després de la pressió dels municipis, les entitats socials, els perceptors de la RMI, treballadors socials, el Síndic de Greuges, el Consell Econòmic i social, els partits de l'oposició van reclamar la compareixença dels consellers per comminar-los a explicar els motius pels quals s'havia procedit a cobrar el mes d'agost la RMI en xec i no per transferència bancària com és habitual.

A la compareixença dels consellers, el discurs del conseller de Benestar Social Josep Lluís Cleries va fer una declaració de principis per tal de dificultar l'accés a la RMI per "recuperar el caràcter originari de la Llei que s'ha desvirtuat" i "no barrejar als que són pobres i exclosos socials amb

aquells que s'han quedat a l'atur per la crisi econòmica".¹¹⁵ Francesc Xavier Mena, el conseller d'Empresa i Ocupació va dibuixar un panorama en què "s'ha perdut l'esperit del programa de l'RMI", que "atrapa la gent a la cronicitat i el lumpenproletariat", va equiparar la immigració (sobretot la magrebina) amb frau i va posar com a mostra que alguna cosa no funciona quan la RMI "la cobra gent de fins a 104 nacionalitats", va caricaturitzar alguns perceptors de la RMI com a subjectes que es gasten els diners "en telefonia, en veterinaris o fins i tot en ONG" o es va estranyar que "alguns han vingut d'un altre país a cobrar el taló".

El que ningú pot amagar és que la crisi ha provocat que els expedients de la RMI s'hagin triplicat des de l'any 2008.¹¹⁶ De 13.708 expedients es va passar al 2010 a 30.284 expedients, frenats al 2011 (amb el decret) i quedant-se en 24.765 expedients. Tampoc es pot ocultar que les prestacions d'atur estiguin finalitzant i la seva taxa de cobertura a hores d'ara ja està per sota de la meitat de la població aturada, en aquest cas depenent de l'administració espanyola. Ara bé, pensar que es pot acabar la pobresa o l'exclusió social per la via administrativa en no poder accedir als requisits només pot respondre a ignorar el problema o ser un incompetent i mirar cap a un altre costat (Raventós i Raventós, 2013b). Les retallades i la insuficient inversió social poden comportar fractures socials a molt curt termini i generaran situacions d'exclusió més costoses i més complexes de resoldre en el futur.

Fins i tot el Comitè Econòmic i Social Europeu (2013), en un Dictamen sobre la Renda mínima europea i sobre indicadors de pobresa, creu que en la conjuntura difícil actual l'establiment d'una renda mínima europea contribuirà a la cohesió econòmica, social i territorial, a la protecció dels drets humans fonamentals, a l'equilibri entre els objectius econòmics i socials i al repartiment equitatiu dels recursos i la renda. També recorda que la resolució de 2010 del Parlament europeu convidava als estats membres a introduir uns règims que garantissin una renda mínima equivalent al 60% de la mitjana de la renda nacional. Finalment, mostra una gran preocupació pel fet que els règims de renda mínima varien considerablement en la majoria dels Estats membres respecte a la universalitat, cobertura i eficàcia i no aconsegueixen atenuar la pobresa. Una pobresa que el 2013

¹¹⁵ Vaig estar present (en qualitat de membre d'una entitat social) a la compareixença dels consellers Cleries i Mena al Parlament de Catalunya i les frases citades entre cometes són textuais

¹¹⁶ Com es pot veure a les dades del http://observatoriempresaiocupacio.gencat.cat/ca/obs_ambits_tematicas/obs_proteccio_social/ (darrera consulta: 12/09/15)

arribava a 120 milions de persones en risc de pobresa o exclusió social, l'equivalent al 24,2% de la població de la Unió Europea.

6.6.1. Crítiques i limitacions al sistema de rendes mínimes d'inserció

Aquestes rendes han rebut des de fa anys diverses crítiques, que tot seguit passem a detallar. En primer lloc convé fer esment de les referides a les seves limitacions pressupostàries.¹¹⁷ És una evidència que cobreixen un percentatge molt petit de la població més pobre. Alguns requisits són força restrictius i fan que algunes persones no puguin sol·licitar-la. Condicions com l'edat, la nacionalitat, la residència durant un temps també suposen dificultats per obtenir-la.

En segon lloc, els programes de rendes mínimes no poden evitar caure en la *trampa de la pobresa* i la *trampa de l'atur*, que suposen penalitzar econòmicament als beneficiaris en el cas que acceptin un treball remunerat. Aquestes trampes apareixen al no poder-se acumular els subsidis i no existeix cap estímul per acceptar ocupacions a temps parcial o de qualsevol remuneració. Tècnicament, suposen que s'aplica un tipus impositiu marginal del 100%, és a dir, es perd una unitat monetària de prestació per a cada unitat monetària d'ingrés salarial que es pugui obtenir (Raventós, 2007). El que pot provocar també la *trampa de la pobresa* és que algunes persones optin per feines no regulades o en negre per a poder cobrar els subsidis i, per tant, es pugui acabar donant feines en l'economia submergida. Malgrat tot, el frau i l'incompliment de les obligacions en les rendes mínimes és baix, com han posat de manifest alguns estudis que el situen en menys d'un 10%.¹¹⁸

Un tercer grup de crítiques van dirigides a la insuficiència de la renda, doncs a hores d'ara la quantia per titular és de 426€, molt per sota del llindar del Indicador de Suficiència garantida que fixa la Generalitat cada any i que en el 2015 ha estat de 569€ mensuals.

En quart lloc, és rellevant el fet que el caràcter condicionat genera un estricte seguiment dels perceptors i comporta un control en la vida de les persones que pot arribar a ser humiliant i estigmatitzant; aquest fet fa arribar a desistir de tramitar-la per part d'alguna gent, ja que cal demostrar una vida fracassada i viure en la més absoluta pobresa. Segons un estudi fet al País Basc,

¹¹⁷ Convé recordar que la Renda mínima d'inserció a Catalunya actualment està subjecta a disponibilitat pressupostària.

¹¹⁸ Un dels més importants és el que va fer Ivalua:

http://www.ivalua.cat/documents/1/24_03_2010_16_42_44_Resum_executiu_final-PIRMI.pdf (darrera consulta: el 21/09/15)

un 30% dels receptors sentien la seva situació en relació a donar explicacions periòdiques com quelcom humiliant (Sanzo, 2001).

Una cinquena objecció tindria a veure amb què el control administratiu (per tenir dret a percebre aquests ajuts) degut al disseny d'aquests programes també suposa un cost econòmic important i a la vegada fa que sigui difícil que arribi a individus en situacions d'extrema pobresa: a persones sense domicili fix, sense sostre, etc. Serveix tal vegada per a pal·liar situacions de vulnerabilitat però no aconsegueix millorar situacions greus d'extrema pobresa o d'exclusió social (Moreno, 2003).

Per últim, pel que fa als programes d'inserció laboral (que implica percebre la renda) i en èpoques d'alts nivells d'atur com l'actual les feines acostumen a ser de caràcter temporal i sense continuïtat (plans d'ocupació), el que fa difícil una inserció o integració real. Sense arribar a menysprear la importància de subsistència econòmica que poden arribar a tenir les rendes mínimes d'inserció per a milers de persones és obvi que tenen molts defectes tal com hem apuntat.¹¹⁹

6.7. Les polítiques europees en la reducció de les desigualtats en salut

Les polítiques aplicades pels països en la reducció de les desigualtats en salut ocupen diferents prioritats en cada país. Alguns països opten per polítiques de tipus universals i d'altres per polítiques que focalitzen determinats grups de població. El que es pretén aquí és poder comparar en concret i de quina manera han respost alguns Estats davant de la crisi econòmica i quines polítiques de protecció social han desplegat per frenar els diversos problemes de salut que es donen i es donaran com a conseqüència de la gran crisi.

En un estudi (Esnaola et al. 2012) realitzat a set països europeus (Finlàndia, Suècia, Anglaterra, Irlanda, Noruega, Dinamarca, Holanda) que presentaven polítiques integrals per a disminuir les desigualtats socials en salut i on es van tenir en compte les característiques del país (el règim de benestar, la tradició política, l'Índex de Gini, l'Índex de desenvolupament humà, l'índex d'equitat de gènere), els antecedents històrics, la definició del problema i de les metes, l'orientació de les intervencions, la classificació de les intervencions en funció de la cobertura i dels punts d'entrada,

¹¹⁹ Defectes que, amb motiu d'alguns debats en relació a la tramitació de la ILP de la Renda Garantida Ciutadana, han posat de manifest la majoria de partits de l'arc parlamentari.

la consideració de diferents eixos de desigualtat social i la perspectiva multi sectorial es van trobar els següents resultats: a Finlàndia, Suècia, Noruega s'ha donat una evolució cap a polítiques universals, enfocades a disminuir el gradient social en salut que inclouen accions sobre els determinants estructurals de la salut, les condicions de vida i les conductes. Aquests tres països escandinaus han elaborat polítiques universals de salut mental.

Contràriament, Anglaterra i Irlanda van optar per un enfocament selectiu cap als grups menys afavorits, amb accions limitades a les condicions de vida i les conductes. Tot i això, en el context europeu és possible desenvolupar polítiques per a reduir les desigualtats socials en salut, integrades en polítiques i programes multi sectorials. En general s'ha donat una evolució cap a polítiques universals que s'enfoquen a disminuir el gradient social de la salut en tota la població i que combinen accions sobre els determinants estructurals de l'entorn polític, econòmic, les condicions de vida i les conductes.

Aquesta diferent configuració de les polítiques universalistes o les estratègies neoliberals seguides pels països angloparlants ve de lluny. Les mesures adoptades en resposta a la crisi econòmica dels setanta i a l'augment de l'atur van ser força diferents entre els països nòrdics que van augmentar el sector de serveis públics o per exemple els països d'Europa continental (França, Alemanya, Àustria, Bèlgica, etc.) que van preferir garantir els ingressos, la jubilació anticipada i la reducció d'hores de treball a fi de mantenir els salaris i la seguretat laboral dels treballadors fixos o *insiders* amb elevades qualificacions i productivitat en detriment dels treballadors no qualificats, joves o dones, exclosos del mercat laboral (*outsiders*). Aquest desenvolupament d'aquests "dos mons" de benestar dintre del sistema públic entre els treballadors amb una carrera llarga i estable, els assegurats o *insiders* i aquells que tenen feines secundàries (precàries, de mala qualitat...), receptors de polítiques d'activació i prestacions focalitzades, i pels que és necessària una comprovació prèvia de manca d'ingressos o *outsiders*. Això significa que no tota la població està coberta pels mateixos principis i institucions. Aquesta dualisme està fragmentant la societat en un mercat laboral i un sistema de protecció duals (Palier, 2013:81).

El mateix dualisme —o més incrementat encara— el podem trobar en els règims de benestar liberals o de països angloparlants (Irlanda, EUA, Canadà, Regne Unit i Austràlia). Sense entrar a analitzar cada país en concret, els diversos estudis sobre la majoria de reformes que es donen en aquests països condueixen a dividir els ciutadans entre, per una banda, aquells que tenen feines estables i

els treballadors tenen acords privats amb els seus ocupadors per aconseguir posicions avantatjoses i, per una altra, la majoria de treballadors precaris que han de resignar-se amb subsidis marginals que els aboquen a la pobresa o a encadenar feines precàries per a poder sobreviure (Colino i Del Pino, 2013:93).

Ja hem analitzat abastament més amunt (veure capítol 3) el que suposa tenir treballs precaris o eventuais en relació als problemes de salut física (risks cardiovasculars, pressió sanguínia, colesterol) de salut mental: problemes psicològics, psiquiàtrics, increment de psicotròpics, o també d'altres problemàtiques com el fet de patir alguns trastorns de son o haver de fer un increment d'ús dels serveis sanitaris, derivat de l'estrès i la manca de control sobre la feina, la impredictibilitat sobre el futur laboral, la inestabilitat econòmica o la inseguretat d'ingressos (Benach et al, 2014).

Els règims nòrdics (Suècia, Noruega, Finlàndia i Dinamarca) han concebut les prestacions socials com un dret de ciutadania. És indiscutible que són els més avançats i generosos entre els diversos Estats del benestar. El principi en el que es van fonamentar no va ser el de garantir un mínim de recursos als més pobres (com en el model liberal), ni mantenir la seguretat dels ingressos salarials davant de la pèrdua del treball per malaltia, invalidesa, atur o vellesa (com el model continental), sinó que es basava en el manteniment de baixos nivells de desigualtat social i econòmica. El seu objectiu es va centrar en el benestar de la ciutadana, amb independència de la situació econòmica i social en la que es trobessin (Rubio, 2013:108). L'eix central per fer-ho han estat les polítiques socials de cobertura universal, ja fossin prestacions o serveis. Les prestacions finançades per pressupostos estatals es caracteritzen per la seva generositat i qualitat. En comparació amb els altres models, la seva universalitat produeix un major grau de “desmercantilització” –i per tant menys dependència del mercat de treball– gràcies a les prestacions i serveis públics, sense que puguin ser una alternativa al treball (Esping-Andersen, 1993).

Tampoc podem infravalorar la importància que segueix tenint el sistema de cotitzacions durant la vida laboral per tenir una bona pensió de jubilació. La universalitat d'aquest model ha aconseguit uns efectes redistributius importants. Els programes universals permeten que els grups amb salaris més baixos gaudeixin de millors prestacions que les que rebrien mitjançant programes selectius, que són de més baixa qualitat. Una altra característica ha estat el desenvolupament dels serveis públics i el fet que complementen les transferències d'ingressos i és l'Estat el principal proveïdor

(no el mercat, ni la família). Es tracta d'una producció no lucrativa i permet assignar recursos amb criteris polítics (Rubio, 2013: 109).

La crisi dels anys noranta va afectar de diferent manera als països nòrdics. Suècia i especialment Finlàndia van patir uns nivells d'atur i caiguda del PIB considerables. Dinamarca i Noruega se'n van ressentir menys. Tot i patir greus problemes econòmics, Suècia i Finlàndia van aconseguir evitar durant aquells anys que l'economia causés estralls entre la salut mental de la població. Resulta molt valuós constatar, com indiquen alguns estudiosos, que a Finlàndia, a diferència d'altres països que van patir la crisi dels noranta, les polítiques actives d'ocupació (PAO) van evitar molts suïcidis (Stuckler i Basu, 2013).

Malgrat que aquests països amb cobertura universal, finançament públic i serveis integrals, amb baixes taxes de pobresa, alts nivells d'ocupació i alta protecció dels ingressos han estat motiu d'estudi pel seu ampli i generós benestar, en els darrers anys també han sofert alguns canvis importants. Un dels canvis més destacats segurament ha estat una orientació cap al *workfare*, fent una revisió de les polítiques més passives de transferències monetàries i incentivant la formació en una economia basada en el coneixement. El desenvolupament de les PAO des dels anys noranta, juntament amb els subsidis d'atur s'han convertit en una peça central en els països escandinaus, coordinades amb serveis de cura a nens i gent gran per a possibilitar la integració en el mercat de treball. Dinamarca i Suècia són els que més gasten en aquestes polítiques de reintegrar als aturats dintre dels països de la OCDE.

La *flexiseguretat* del model danès condiona la seguretat proporcionada per les prestacions d'atur a la cooperació del treballador per reincorporar-se al mercat de treball. En el cas danès l'aturat té dret a una formació però el deure d'acceptar una demanda de feina d'acord amb la qualificació de l'aturat. Pel que fa a les pensions de jubilació universals també han patit canvis. Des dels noranta la pensió bàsica va ser deixada de ser un dret de tots els jubilats i independent dels recursos. La pensió universal actual està sotmesa a comprovació de recursos. També s'ha reforçat el vincle entre la quantia de la pensió i les contribucions aportades per empresaris i treballadors. El nivell passa a dependre de les cotitzacions realitzades durant la vida laboral. S'han introduït en els darrers anys (a tots els països nòrdics) en els sistemes de pensions els fons de capitalització. A Suècia es destina el 2,5% dels salaris a plans de capitalització. L'universalisme dels règims nòrdics s'ha revisat i també desdibuixat però no ha arribat a donar-se un augment significatiu de la desigualtat pel que fa als

indicadors de pobresa i desigualtats d'ingressos (baixos en relació als països de la OCDE) i continua l'objectiu redistributiu del model (Rubio, 2013:121).¹²⁰

Hi ha certa evidència que per a les desigualtats en salut és també força rellevant el sentiment de seguretat i confiança que ofereix el sector públic al garantir determinats serveis; aquest sentiment de protecció funcionaria com a suport social i facilitaria la independència i seguretat personal, sentiments relacionats amb la bona salut (Solé i Rodríguez, 2008:196). Els casos d'Espanya, Grècia, Itàlia i Portugal, els quatre països de la UE inclosos en els règims mediterranis de benestar, tenen punts en comú amb els règims continentals i els règims liberals.¹²¹

Estar ocupat laboralment determina la pertinença d'una persona a un sistema de previsió social públic que dona cobertura amb les cotitzacions realitzades pels afiliats a la seguretat social. Junt al principi contributiu s'incorporen elements del sistema universal de cobertura a tota la ciutadania (ensenyament, sanitat, serveis socials, pensions no contributives), finançades pels ingressos fiscals generals i també d'altres elements propis del model liberal basat en la mercantilització de serveis (Moreno, Mari-Klose, 2013:128). Així mateix, es fan intervencions públiques selectives per a grups amb necessitats específiques i amb comprovació de recursos. Els ciutadans o residents no afiliats a la seguretat social accedeixen a intervencions socials i programes assistencials públics sotmesos a comprovació de recursos.

Hi ha una dualització entre els treballadors amb drets contributius (i els seus familiars) i aquells que tenen feines de caràcter informal, precàries o discontinues, les quals no aconsegueixen reunir els suficients requisits per a gaudir de les prestacions contributives. La generosa protecció a la majoria de treballadors amb feines fixes i estables (els *insiders*), que disposen d'un accés ple a serveis i prestacions de la seguretat social, contrasta amb les situacions laborals dels *outsiders*, associats a prestacions de menor quantia i durada. Les vinculacions laborals en aquest segment acostumen a ser d'entrades i sortides del mercat de treball, amb períodes alterns d'atur i inactivitat laboral. D'aquest grup en formarien part contractats a temps parcial, treballadors eventuais o temporals, becaris i aturats. I estaria majoritàriament integrat per dones, joves i immigrants. Les seves

¹²⁰ Dinamarca i Noruega tenen un dels índex Gini més baixos de l'OCDE, amb un 0,25, i els quatre països nòrdics estan entre els 10 amb un Gini més baix de l'OCDE (OCDE, 2015).

¹²¹ Caracteritzats, entre altres aspectes, per tenir en comú l'haver tingut durant anys governs feixistes, on la religió ha ocupat un paper important i també pel fet que han tingut retards importants en els processos d'industrialització (excepte algunes zones d'Itàlia i Espanya).

remuneracions i condicions de treball acostumen a ser força pitjors que la dels contractats amb feines estables, i l'evidència del seu pitjor estat de salut també s'ha constatat en diversos estudis (Kiselbach, 2000; Artazcoz, Benach, Borrell i Cortés, 2005; Honkonen et al., 2007; Cortès-Franch i Artazcoz, 2009; Karsten i Moser, 2009; Standing, 2014; Espino, 2014).

Aquesta combinació de mercats de treball duals i sistemes de protecció fragmentats dona lloc a una polarització de beneficiaris generosament protegits i un ampli segment de ciutadans subjectes a desprotecció o infraprotecció (Moreno i Marí-Klose, 2013:131), fet que porta a un biaix a favor de les persones d'edats més avançades que han gaudit d'altres condicions més favorables en el mercat laboral del passat en detriment dels joves i infants.¹²² No ha d'estranyar que a hores d'ara al Regne d'Espanya, per exemple, la pobresa infantil sigui molt elevada i fins i tot hagi augmentat considerablement, arribant a ser un de cada tres els nens i nenes que viuen sota el llindar de la pobresa.¹²³ Segons Eurostat, a l'enquesta sobre ingressos i condicions de vida amb dades del 2013, a Espanya hi ha 2.826.549 nens i nenes que creixen en una situació de risc de pobresa o exclusió social.

Les actuacions dels governs d'aquests països durant la crisi han estat de retallades de serveis i personal, restriccions a l'accés a les prestacions, com ja hem vist en el cas de Catalunya i la RMI o pel que fa als immigrants sense residència en el sistema sanitari espanyol. Les mesures d'austeritat s'han estès també als serveis socials i als programes assistencials provocant un augment important de demanda d'ajut a les organitzacions benèfiques.¹²⁴

Ha estat evident que la crisi i les polítiques d'austeritat aplicades per la majoria de governs han estat especialment bel·ligerants amb els sectors més precaris o *outsiders* i que s'han enfrontat a situacions d'atur de llarga durada sense una cobertura social adequada.¹²⁵ També han augmentat altres formes d'exclusió social més enllà de l'atur i de la pobresa, com han estat tots els desnonaments de pisos i

¹²² Possiblement per a compensar aquesta realitat ha fet que algunes coalicions electorals defensen una protecció social pels infants de 0 a 17 anys: <http://catalunyasiqeespot.cat/cent-prioritats/drets-socials/> (darrera consulta: 20/09/15).

¹²³ Recentment han aparegut diverses notícies al respecte:

http://politica.elpais.com/politica/2015/06/05/actualidad/1433502782_556542.html (darrera consulta: 14/09/15).

¹²⁴ Segons informava *La Vanguardia* del 24 d'agost del 2015, Càritas ha quantificat en un 5,7% a les famílies catalanes que van demanar ajut per problemes econòmics.

¹²⁵ Recordar que la cobertura d'atur actualment està a uns nivells força baixos, d'un terç dels aturats. Veure:

<http://www.expansion.com/economia/2015/06/06/55732f4022601d1b578b458e.html> (darrera consulta: 09/09/15).

residències que s'han produït durant aquests anys a l'Estat espanyol i que ja hem pogut observar les seqüeles que per a la salut¹²⁶ (mental) han tingut, fins i tot arribant a l'extrem del suïcidi.¹²⁷

6.8. La importància de la protecció social per a la salut. Alguns exemples històrics i actuals

Ja hem vist que la protecció social implica habitualment que els governs proporcionen diners (subvencions per menors, pensions, prestacions per atur), o prestacions en espècie com l'atenció sanitària i l'ensenyament (que aporten “ingressos virtuals” a qui més ho necessita), redistribuint el desequilibri en la distribució d'ingressos (Oxfam, 2014:115). Després de la Segona Guerra Mundial, és conegut que la majoria de països rics van establir sistemes de protecció social, normalment universals. La protecció social no només és fonamental per a reduir la desigualtat econòmica, sinó per a què la societat sigui més igualitària i solidària (Luengo, 2015). I no només per aquestes raons deontològiques, sinó també per motius conseqüencialistes: també per a l'estabilització econòmica, al mantenir la demanda quan es perden les fonts d'ingressos del mercat laboral.

Està documentada la importància que té la protecció social per mitigar les crisis, però actualment només una de cada cinc persones al món està coberta per algun mecanisme de seguretat social que inclogui la pèrdua salarial en cas d'estar malalt; i més de la meitat de la població mundial no disposa de cap tipus de protecció social formal. Aproximadament un 70% de la població mundial no disposa d'una cobertura adequada de protecció social. A més de proporcionar ingressos de substitució als que perden la feina, evitant amb això que caiguin en la pobresa, les prestacions socials tenen efectes econòmics considerables. No s'ha trobat cap efecte negatiu en el creixement econòmic causat per l'increment de les despeses socials durant i després de les crisis (ILO, 2010). També hi ha una relació directa entre la protecció social i els seus efectes en la salut. En els darrers anys amb motiu de la gran crisi hem tingut ocasió de poder observar com alguns governs han adoptat diferents polítiques que han suposat conseqüències i resultats també ben diversos pel que fa a la salut.

¹²⁶ Les persones que es queden sense llar es troben entre els grups socials més vulnerables i poden arribar a morir quaranta anys abans que aquelles que tenen sostre (Stuckler i Basu, 2013:209).

¹²⁷ Hi ha algunes pàgines web que han arribat a quantificar les persones que s'han suïcidat pels desnonaments a l'Estat espanyol. Per exemple: https://15mpedia.org/wiki/Lista_de_suicidios_relacionados_con_desahucios (darrera consulta: 22/08/15). També a Itàlia hi ha hagut un augment important de suïcidis per la crisi: http://internacional.elpais.com/internacional/2012/04/21/actualidad/1335028608_277635.html (darrera consulta: 22/10/15). Segons alguns autors, entre el 2007 i el 2010 les taxes d'atur es van incrementar en un 39% a Itàlia i alguns analistes van arribar a quantificar en aquest període fins a uns 500 nous casos de suïcidi intents del que s'hagués donat sense la recessió (Stuckler i Basu, 2013:185). I en el cas de Grècia l'augment ha estat molt evident: http://elpais.com/elpais/2015/02/02/ciencia/1422901183_641154.html (darrera consulta: 12/09/15).

Veurem tot seguit dos exemples històrics i dos d'actuals sobre com les polítiques de protecció social o les polítiques d'austeritat poden tenir efectes molts diferents en la salut de la població. Els costos humans de les polítiques d'austeritat fins fa poc han estat invisibles. La manca de dades ha contribuït segurament a això. L'experiència d'altres crisis ha afavorit que alguns investigadors hagin pogut recollir dades d'alguns efectes en la salut des dels inicis d'aquesta crisi que es va iniciar l'any 2008 (Mackee, Karanikolos, Belcher, Stuckler, 2012).

Dos exemples històrics: el New Deal i el capitalisme postsoviètic

Hi ha alguns exemples històrics que també ens aporten prou informació sobre la importància (o no) de la protecció social. És el cas de les polítiques que es van dur a terme als Estats Units en l'època posterior a la Gran depressió dels anys 30 del segle XX. El *New Deal* va tenir un efecte transcendental en la salut de la gent; malgrat que no va ser deliberadament dissenyat pensant en la salut pública, al proporcionar un ajut indirecte per a mantenir el benestar de la gent està considerat el programa més important de salut pública que s'ha portat mai en la història dels EUA (Stuckler i Basu, 2013: 42).

El *crash* de Wall Street va desencadenar una depressió global. El valor del comerç mundial va baixar a un terç del seu nivell en el 1929. L'atur va passar de 10 milions de persones al món a 40 milions el 1932. Molts obrers van perdre la feina i vivien de la caritat. Els que van mantenir la feina vivien amb la por a ser acomiadats i els patrons van passar a l'ofensiva pel que fa a salaris i condicions i càrregues de treball (Faulkner, 2013: 357).

La gran depressió va crear unes condicions que segons alguns experts haguessin augmentat les malalties infeccioses però aquestes van disminuir de forma sostinguda (sobretot en aquells estats i ciutats on els programes d'habitatge del *New Deal* van contribuir a evitar l'amuntegament excessiu). S'ha arribat a calcular que als EUA cada 100 dòlars de despesa del *New Deal* per habitant va donar lloc a una disminució de la incidència de la pneumònia d'unes 18 morts per cada 100.000 habitants. També va contribuir a millorar la supervivència infantil amb els programes de construcció i rehabilitació, evitant que els barris de barraques es convertissin en llocs on l'aigua estancada i l'amuntegament provoqués diarrees i infeccions en les vies respiratòries dels nens. Es considera que per cada 100 dòlars per habitant va haver una reducció de la mortalitat infantil de 18 morts per cada 1000 nascuts vius (Fishback, Haines i Kantor, 2007).

El sistema de benestar social també va aconseguir baixar les taxes de mortalitat en un 10% i reduir dràsticament els índex de pobresa entre la gent gran. La quantia dels programes del *New Deal* va suposar menys del 20% del PIB, però van accelerar la recuperació econòmica, augmentar un 9% la renda mitja dels nord-americans, incrementar la despesa de la gent, es van crear llocs de treball i també va suposar reduir les morts de molta gent. Una de les lliçons que caldria treure d'aquesta Gran Depressió és que ni tan sols la pitjor catàstrofe econòmica ha de tenir repercussions insalvables en la salut de la gent, sempre i quan els polítics adoptin mesures per a protegir-la (Stuckler i Basu, 2013: 47).

Un exemple contrari de com les polítiques d'austeritat han suposat un impacte tràgic en la salut el tenim en les conseqüències que va tenir la desaparició de la Unió Soviètica i la ràpida transició cap a un sistema capitalista. La davallada del seu sistema econòmic en els anys 90 va arribar a provocar una disminució de l'esperança de vida dels 64 als 57 anys entre els homes entre els anys 1991 i 1994. La mortalitat també va augmentar en un 40% per infarts aguts, accidents cerebrovasculars, trastorns d'alcohol, suïcidis, homicidis, etc. Per alguns investigadors el que es va anomenar “crisi de mortalitat post comunista” va resultar ser la major disminució de l'esperança de vida d'un país en el darrer mig segle XX, no produït per una guerra o a conseqüència de la fam. La majoria de les morts van ser per intoxicació etílica, suïcidis, homicidis i lesions. Producte en la majoria de casos per l'elevat nivell de problemes mentals que va generar refugiar-se en l'alcohol derivat en la majoria dels casos d'haver-se quedat sense feina pel tancament massiu de fàbriques.¹²⁸ El més preocupant segurament no va ser només el consum d'alcohol, sinó el tipus de begudes alcohòliques, fabricades comercialment a base de locions per a l'afaitat, elixirs bucals i altres productes que contenien alcohol.¹²⁹

No a tot arreu de les repúbliques exsoviètiques o de territoris d'influència soviètica van tenir les mateixes davallades de salut en la transició a l'economia capitalista. Si comparem algunes exrepúbliques com Kazakhstan, Letònia i Estònia amb d'altres com Bielorússia o països propers com Polònia trobem resultats ben diferents. La clau per entendre les diferències estaria en el fet

¹²⁸ Cal recordar que l'alcohol i l'estrès social van junts. L'alcohol és un factor desencadenant de la depressió, el suïcidi i l'homicidi. D'altra banda l'alcohol en dosis altes provoca dolències cardíques.

¹²⁹ Aquests derivats de l'alcohol són coneguts per *Odekolons*. Un estudi va mostrar que beure alcohols no aptes pel consum multiplicava per 26 el risc de mort per psicosi alcohòlica, cirrosi hepàtica i malalties del cor respecte als qui no els bevien (Mackee et al, 2005).

que les decisions polítiques que es van adoptar per fer la transició van ser diferents en el ritme d'aplicació de les reformes. Els països partidaris de fer les reformes ràpidament o “privatitzadors ràpids” van tenir una salut pitjor que els països més “gradualistes” i que ho van fer a un ritme més lent i mantenint els sistemes de protecció social, amb uns resultats millors pel que fa a la salut. Els partidaris d'accelerar les reformes i d'una teràpia de xoc, amb privatitzacions massives (seguidors de Milton Friedman) no només van acabar afectant a l'economia, sinó a la salut de la població.

Alguns economistes pretenien privatitzar més de 200.000 empreses soviètiques en menys de 15 dies (Stuckler i Basu, 2013: 63). Els resultats quant a pobresa van ser devastadors: la pobresa a Rússia va passar d'un 2% de la població de l'any 1987 a més del 40% el 1995! A diferència de Bielorússia, que va seguir un camí de reformes més gradualista (amb defensors com el premi Nobel d'economia Joseph Stiglitz), i on la taxa de pobresa es va mantenir en un 2% i l'índex d'atur en un màxim del 4% durant els mateixos anys. En d'altres països com Polònia o la República txeca també es van evitar les privatitzacions massives per la pressió dels sindicats i dels manifestants, i els indicadors de salut també van ser força més positius que a Rússia.

Les conseqüències que tindrien aquestes polítiques en la salut van ser fins i tot reconegudes pel Banc Mundial, que el 1997 deia: “La premissa central és que abans que es materialitzin les millores a llarg termini en les condicions de salut, la transició cap a una economia de mercat i l'adopció de formes democràtiques de govern haurien de donar lloc a un deteriorament a curt termini” (Adeyi et al. 1997).

Les privatitzacions massives van provocar augments a curt termini de l'atur i una retallada de més del 20% en la despesa pública, inclosa la sanitat. També es va incrementar el nombre de suïcidis entre els homes en una proporció de 5 per cada 100.000, el de malalties cardiovasculars de 21 casos per cada 100.000 i el de morts per malalties derivades de l'alcohol en 41 per cada 100.000. S'ha arribat també a establir una correlació entre la privatització massiva i una disminució en l'esperança de vida de dos anys (Stuckler i Basu, 2013: 73). Dues dècades més tard de la transició russa al capitalisme, la salut segueix sent pitjor que abans de les reformes del 1991. La tuberculosi, una malaltia del passat, ha tornat amb força a Rússia i és junt amb l'Àfrica Subsahariana una de les dues regions que està perdent la lluita contra aquesta malaltia. Pel que fa a l'esperança de vida, en 20

anys ha passat a trobar-se en uns nivells molt més baixos que la mitjana de l'OCDE en el cas dels homes, segons l'OMS.¹³⁰

Dos exemples d'actualitat: Islàndia i Grècia

El cas d'Islàndia segurament ha estat força estudiat al voltant de la gran crisi econòmica iniciada el 2008 (en aquesta tesi n'hem parlat amb cert detall al capítol 4). Un dels motius pels quals ha estat més conegut és per com va respondre a la crisi. Una crisi que va colpejar molt fort a aquest petit país de 317.000 habitants: els majors bancs del país van tancar, la borsa es va desplomar en un 90% i les inversions, valorades en nou vegades el PIB del país, van desaparèixer en una setmana durant el mes d'octubre del 2008. Les amenaces per a la salut eren les més greus des de la segona guerra mundial i l'augment del deute públic feia perillar el sistema d'assistència sanitària universal del país. Tot el sistema sanitari era públic, el finançament i la gestió. A tot això, la possibilitat dels acomiadaments en massa i desnonaments d'habitatges feia pensar en un augment de les depressions, suïcidis i infarts. El que afegia encara més pressió al sistema públic (Stuckler i Basu, 2013: 104).

El cas d'Islàndia podria servir com a laboratori en miniatura per a examinar com va afectar la recessió a la salut pública. Fàcil per ser un país petit i molt similar culturalment arreu de tota la illa. També el fet de tenir tothom una cobertura sanitària permetia seguir el rastre de cada persona per les seves consultes mèdiques, hospitalitzacions, morts, etc. Islàndia també havia desenvolupat un sòlid sistema de programes de protecció social a l'estil dels països nòrdics, notable grau d'inclusió social, de participació, etc. Fins i tot va arribar a ser considerat el país més feliç del món des de finals dels noranta segons l'enquesta de valors mundial.

No entrarem a analitzar com es va originar la crisi a Islàndia i va esclatar la bombolla financera i la crisi hipotecaria, sinó més aviat en com va respondre a la crisi un cop ja s'havia desencadenat. La resposta del govern per la important pressió popular va ser la convocatòria d'un referèndum per votar si acceptaven el rescat del FMI, amb mesures d'austeritat importants com retallades d'un 30% del pressupost del sistema sanitari i diverses privatitzacions. La població va rebutjar el rescat i el pla d'austeritat radical del FMI i el govern va fomentar un equivalent contemporani al *New*

¹³⁰Segons es pot consultar a la pàgina web de la OMS <http://www.who.int/countries/rus/es/> (darrera consulta: 11/08/15).

Deal. Es va decidir mantenir el sistema de protecció social i es va potenciar el suport als que més ho necessitaven.¹³¹

Actualment, segons dades del 2014 d'Eurostat, Islàndia és un dels països que gasta més per habitant en serveis públics (el tercer país de la UE), en educació (el segon) i en salut (el sisè). Cal recordar que enmig de la major crisi bancària de la història es va augmentar en un 20% la despesa en sanitat.

La despesa d'euros per habitant en despesa social va ser a l'any 2014 de 17.959 €, mentre la mitjana de la UE va ser de 13.153 €, i en el cas del Regne d'Espanya només de 9.924 €. ¹³² Si el 2007 la despesa en protecció social va ser del 21% del PIB, el 2009 va arribar fins al 25%. El nombre de llars que van rebre ajuts econòmics va augmentar de les 4.000 fins a les 7.000 entre el 2007 i el 2010, fet que va permetre que no augmentés el nombre de famílies en risc de caure en la pobresa malgrat la intensitat de la crisi. Sense aquest suport de protecció social, possiblement un terç de la població hagués acabat en la pobresa. També va ser destacable la solidaritat nacional que es va generar, els llaços de solidaritat a la comunitat, al barri, en el treball, a l'església, etc. (Stuckler i Basu, 2013: 127). D'altra banda, la desigualtat a Islàndia també ha baixat dràsticament després de la crisi arribant a uns nivells similars als països nòrdics.

Sobre la crisi i les polítiques d'austeritat de Grècia s'ha escrit molt, sobretot en els darrers mesos. Grècia és segurament el país més devastat per la gran crisi i les polítiques de retallades imposades per la troica (BCE, FMI, UE). Apareix en quasi totes les pitjors posicions en tots els indicadors d'atur, d'atur juvenil, de pobresa, d'augment de malalties, augment dels suïcidis, en reducció de la despesa per habitant/salut, entre d'altres indicadors. Aquí només apuntarem alguna evidència de com les polítiques d'austeritat portades a terme han estat també devastadores per a la salut de la població a Grècia (Fountoulakis, 2013; Branassas et al. 2014; Kentikelenis et al. 2014, Thomson et al. 2014).

El cas de Grècia ha estat força tràgic en moltes esferes de la salut: pel que fa a la taxa de suïcidis s'ha més que duplicat des de l'inici de la crisi, d'un 2,8 al 6 per 100.000 habitants. Entre gener i maig del 2011 els casos d'infecció per VIH van augmentar en un 52%, cosa que féu que, que juntament

¹³¹Algunes manifestacions que es van donar en aquella època a Islàndia han estat considerades, pel nombre de manifestants, de les més importants de la seva història.

¹³² Veure la interessant comparativa i gràfics en aquest article: <http://www.lavanguardia.com/vangdata/20150707/54433766003/gasto-publico-ue.html> (darrera consulta: 16/09/15)

amb Romania, fossin els únics països que van patir aquest brot en dècades.¹³³ No és gens casual però que els programes de VIH fossin dels primers a ser retallats a Grècia. També hi ha hagut diversos casos de malària rebrotada per primera vegada des de 1970 (Thomson et al., 2014), juntament també amb d'altres malalties infeccioses i de transmissió que han reaparegut. Pel que fa a d'altres indicadors: entre el 2009 i el 2011 el nombre de persones sense llar havia augmentat en un 25% i els homicidis es van duplicar entre el 2010 i 2011 (Stuckler i Basu, 2013: 135).

A diferència del cas d'Islàndia, el govern grec, pressionat pel FMI i el BCE, va aprovar retallades radicals del pressupost de salut pública. Sense entrar a analitzar les diferències entre els dos països i les seves condicions anteriors a la crisi, el que si és prou conegut són les polítiques portades a terme pels governs d'abans de la crisi, que entre d'altres coses van anar incrementant el seu dèficit, endeutant-se durant els Jocs Olímpics del 2004, amb projectes de construcció a gran escala mentre que a la vegada anaven baixant els tipus impositius a les grans empreses, que van passar d'un 40% del 2000 al 25% del 2007.

Entre el mes de maig del 2008 i el maig del 2009 el valor de la borsa d'Atenes va caure un 60%. Les xifres d'atur van passar del 7% del 2008 al 17% del 2011. La història dels tres rescats grecs (maig del 2010, març 2012, juliol 2015) és prou coneguda i s'han fet molts articles i anàlisi amb profunditat.¹³⁴ A diferència del govern islandès, el govern grec no va consultar a la població en referèndum els primers rescats i va tirar-los endavant malgrat l'onada de protestes i vagues generals que van arribar fins a 30 en els quadrienni 2010-2014.

Encara no sabem les conseqüències que tindran sobre la salut totes aquestes decisions macropolítiques. Els programes de protecció social grecs no estaven preparats per aguantar un augment tan considerable d'aturats, desnonats i endeutats. Factors que ja hem vist més en el capítol 3 i 4 la importància que tenen per a la salut mental. La manca de cobertura d'atenció sanitària ha estat només en part ocupada per xarxes de voluntaris (professionals i d'altres ciutadans) que han estat atenent a malalts i pacients que ja no estaven sent atesos pel sistema d'atenció sanitària pública.

¹³³ Cal tenir en compte que el brot de VIH va esclatar en ple centre d'Atenes. El govern va responsabilitzar totalment a 28 treballadores del sexe, publicant la seva foto online.

¹³⁴ La revista d'anàlisi econòmic, social i polític www.sinpermiso.info té un arxiu de més de 230 articles sobre la situació política i econòmica de Grècia. Tanmateix té un monogràfic al respecte: <http://www.sinpermiso.info/content/37502> (darrera consulta: 26/10/15)

El pla d'austeritat de la troica pretenia “modernitzar el sistema d'atenció sanitària” fet per economistes i sense cap expert en atenció sanitària i es volia mantenir la despesa en salut pública per sota del 6% del PIB a la vegada que garantir l'accés universal i millorar la qualitat de l'atenció dispensada. En cap moment es va justificar aquest 6% del PIB. Un país com Alemanya, per exemple, partidari del pla d'austeritat grec, inverteix més d'un 10% del seu pressupost en sanitat (Stuckler i Basu, 2013: 144).

Una altra de les mesures que es va prendre va ser reduir la despesa farmacèutica, però en lloc de reduir el màrqueting i la venda de productes farmacèutics es van retallar els pressupostos hospitalaris, el que va suposar greus dificultats per als hospitals obtenir medicaments i subministres sanitaris. Una de les seves conseqüències va ser la retirada d'alguna important empresa farmacèutica de Grècia, fet que va suposar la pèrdua de llocs de treball i privar d'insulina a 50000 diabètics.¹³⁵

A més de la salut física, també va empitjorar seriosament la salut mental i els índexs de suïcidi: val a dir que entre la població masculina els suïcidis es van incrementar en un 20% entre el 2007 i 2009 (Reeves, Mackee i Stuckler, 2014; Branias, *et al.* 2015). Les enquestes de salut realitzades a Grècia durant el 2009 oferien uns resultats molt pitjors respecte del 2007; a diferència d'Islàndia que la gent manifestava sentir-se igual de bé durant els anys de la crisi econòmica.

Els diners del rescat a Grècia no van servir per ajudar a la població. Finalment, el mateix economista en cap del FMI va reconèixer que havien subestimat els efectes negatius de l'austeritat sobre la pèrdua d'ocupació i l'economia.¹³⁶ No només va ser un error l'austeritat com a estratègia, sinó que va ser una de les aplicacions polítiques d'austeritat pitjors possibles. Com diuen Stuckler i Basu, investigadors en salut pública que van estudiar el cas de Grècia: “la tragedia griega nos demuestra que la austeridad no es capaz de rescatar una economía en crisis. Más que formar parte de la solución, la austeridad se convierte en parte del problema” (Stuckler i Basu, 2013:158).

6.9. Propostes pel futur de l'Estat del Benestar després de la crisi

Aquesta gran crisi en relació a l'Estat del Benestar ha afegit també noves discussions i debats sobre el seu futur. Ha generat partidaris de reduir-lo al mínim, defensant que el benestar recaigui en la

¹³⁵ Veure més en detall: <http://www.bbc.com/news/10189367> (darrera consulta: 18/09/15).

¹³⁶ Veure: <http://www.theguardian.com/business/2012/feb/01/imf-austerity-harming-greece> (darrera consulta: 3/11/15)

família i el mercat i que l'Estat sigui la darrera xarxa de protecció social i només de forma residual. D'altres, d'orientació més socialdemòcrata, fan molt èmfasi en la importància de preparar-se pel mercat laboral, de l'aprenentatge continu, de la reinvençió al llarg de la vida, per fer front a un món incert en el que ha desaparegut la feina segura i estable. Consideren que les polítiques socials poden utilitzar-se per contribuir al creixement econòmic i l'ocupació. Són partidaris de l'ensenyament precoç i de la formació permanent al llarg de la vida. Paral·lelament, es farien polítiques de suport als pares i mares sols, a les polítiques actives d'ocupació i la flexiseguretat, la vellesa activa i la integració dels immigrants. Aquestes idees han rebut forces crítiques tant dels que consideren que suposarà major intervenció de l'Estat i control social, fins les més oposades que consideren que coincideixen amb la lògica neoliberal (Del Pino i Rubio, 2013).

En els darrers anys també han aparegut amb més força altres propostes com dotacions de capital i renda universal (de la que més endavant en parlarem més extensament). Sobre la renda bàsica aquí només volem apuntar que conceptualment implicaria la concessió d'una renda per a cada ciutadà de forma periòdica i incondicional. Aquesta mesura ha anat guanyant popularitat en els darrers anys a Europa. En alguns països com Finlàndia, el govern actual vol tirar endavant la implantació d'una renda bàsica d'uns 1.000€ amb l'objectiu de lluitar contra la pobresa.¹³⁷ Es vol introduir en una zona molt castigada per l'atur i també comportarà la retirada d'alguns ajuts socials. Algunes ciutats holandeses com Utrecht i d'altres 30 municipis estan estudiant també la seva implantació. A la regió francesa d'Aquitània també es va aprovar la introducció d'una RB en proves. A Suïssa es prepara un referèndum sobre la RB pel proper any. Pel que fa a la proposta d'un capital bàsic determinat, alguns autors proposen que al complir la majoria d'edat cada ciutadà rebria un quantitat de diners que seria finançat per impostos (o renda o successions) i el ciutadà podria utilitzar de diverses maneres, amb la finalitat d'evitar condicions desiguals de partida i per augmentar l'autonomia de la persona.

6. 10. Conclusions

És prou conegut que una de les bases dels Estats del Benestar a Europa va ser la seguretat i la plena l'ocupació. També ho va ser el benestar material, a través de la despesa pública dedicada als "salaris indirectes" com l'ensenyament, la seguretat social i la sanitat i els serveis socials. Des dels anys 80 i

¹³⁷ Veure més informació sobre aquesta proposta a Finlàndia: <https://www.diagonalperiodico.net/global/27253-finlandia-primer-pais-europeo-implementar-la-renat-basica-universal.html> (darrera consulta: 3/11/15)

amb la darrera crisi del 2008, aquests Estats del Benestar estan cada cop més debilitats, retallats i desfigurats.

El mateix sistema contributiu espanyol està generant una dualització de la societat entre els que tenen feines estables i poden anar cotitzant per una futura pensió de jubilació (*insiders*) i els que entren i surten de les feines precàries sense poder obtenir ni tant sols una prestació d'atur (*outsiders*). Aquests sistemes de prestacions d'atur, hem vist en aquest capítol, no estan ben adaptats ni als canvis socioeconòmics, ni a les transformacions del mercat laboral, ni a les conseqüències que ha tingut entre la població treballadora per les diverses contrareformes legislatives del mercat laboral. S'està deixant gent fora a milions de persones del sistema de cobertura d'ingressos. Per altre costat, s'han creat uns subsidis i "pobres" rendes per a pobres, que no cobreixen ni tan sols el llindar de la pobresa i a la vegada estan subjectes a tot una sèrie de controls i requisits d'accés que fan molt difícil l'accés als mateixos. Tot això genera un sistema fragmentat que no té cap lògica, ni està ben integrat i que genera forces ineficiències i incompatibilitats, tot generant sovint les anomenades trampes de la pobresa. Des de fa anys que s'ha posat en evidència les diverses mancances d'aquest sistema de garantia d'ingressos per part de molts actors socials (sindicats, partits, moviments socials, acadèmics, col·lectius professionals) i que en actualment està molt qüestionat.

Durant la gran crisi iniciada en el 2008, les polítiques d'austeritat econòmica i de reducció del dèficit que la majoria dels governs han portat a terme, han ocasionat una sèrie de conseqüències nefastes entre la població, ja sigui pels resultats en quan a l'augment de l'atur i de la pobresa com també pel desmantellament i les retallades de molts serveis públics. Aquestes polítiques d'austeritat, que també s'han donat històricament, han pogut ser avaluades en termes d'efectes i repercussions en la salut. La diferència entre els països que han desenvolupat polítiques d'estímul econòmic i de manteniment dels serveis públics que han tingut bons efectes en la salut de les poblacions, com va ser durant el *New Deal* als EUA, a diferència per exemple, de les polítiques de transició al capitalisme dels països de la ex-URSS que van tenir conseqüències devastadores en molts indicadors de salut: augment de la mortalitat, epidèmia d'alcoholisme, reducció de l'esperança de vida, etc. En la crisi iniciada el 2008, els països com Islàndia que no han acceptat les polítiques d'austeritat i les retallades imposades pel FMI, també han obtingut uns millors resultats pel que fa als indicadors de benestar i salut de la població que no pas els països com Grècia, Portugal o el Regne d'Espanya on els seus governs han executat polítiques de rigor econòmic i que han suposat retrocedir en molts terrenys

del benestar, generant un augment de la pobresa i un deteriorament en la majoria dels indicadors socials, econòmics i de salut pública.

Les mesures polítiques per respondre als efectes de la crisi iniciada el 2008 haurien de ser molt més ambiciosos que les respostes tradicionals que ja hem analitzat i que hem vist que han fracassat. La magnitud de l'emergència social i l'augment de les desigualtats socials derivades de la crisi i les mesures d'austeritat, en quan a pobresa, atur i d'altres problemàtiques socials, generarà entre d'altres conseqüències uns greus problemes de salut mental que només es poden combatre amb mesures de protecció social molt superiors i generoses a la que tenim actualment. La majoria de mecanismes d'ingressos estan pensats per aquelles persones apartades del vincle laboral que han de cobrir les seves necessitats bàsiques i tenen un caràcter pal·liatiu i temporal. Cal poder pensar en clau de prevenció, per fer front a la precarietat vital i a la inseguretat econòmica que està malmetent la salut mental de molta població, en poder deslligar les fonts d'ingressos d'un mercat laboral en transformació, inestable i amb la progressiva desaparició de milions de llocs de treball. En el següent capítol tractarem d'una mesura que podria donar una millor resposta a la situació: una renda bàsica universal i incondicional.

Capítol 7. Seguretat econòmica i salut (mental). La Renda Bàsica universal com a garantia d'ingressos incondicional.

Introducció

La crisi, juntament amb les polítiques d'austeritat, bloquegen qualsevol estímul afavoridor del creixement econòmic. Aquesta realitat es tradueix en què a Europa s'hi enquistin uns nivells de pobresa i de desigualtat altíssims, com mostra el darrer informe d'Oxfam. Segons Oxfam, a la UE actualment es troben en situació de risc de pobresa 123 milions de persones, el que suposa una quarta part de la població de tota la UE. Entre el 2009 i el 2013, en els 27 països de la UE, han passat a formar part de la població que pateix privacions materials severes uns 7,5 milions de persones més. I si les polítiques d'austeritat persisteixen, es calcula que l'any 2025 entre 15 i 25 milions de persones més viuran en situació de pobresa a la UE (Oxfam, 2015:3).

Hem tractat de mostrar en els capítols 3 i 4 que existeix una relació complexa entre ingressos econòmics i salut. La no disponibilitat d'ingressos pot afectar la salut per la via més material (relació directa entre els ingressos i la capacitat de poder obtenir determinats aliments i els seu consegüents efectes en la salut) o per la via més psicosocial (relació més indirecta entre els ingressos i els efectes en la salut, a través d'una varietat de mecanismes psicosocials com l'estrès). No disposar d'ingressos econòmics suposa patir privacions materials (malnutrició, manca d'aigua corrent potable, poca salubritat, manca d'atenció sanitària) i és habitual en les classes socials més desfavorides dels països en vies de desenvolupament, però també ho és en les cada cop més abundants borses de pobresa de molts països desenvolupats. També el fet de viure en ambients contaminats i sorollosos, amb violència, amb males infraestructures, mal comunicats, amb poca xarxa de transport i demés, pot implicar greus problemes de salut a mig i llarg terminis (de Wispelaere i Wester, 2013) I no cal reiterar el fet que les privacions a la infància poden tenir també efectes persistents i greus en la salut al llarg de la vida (Fernandez-Rivas i González-Torres, 2013).

També hem revisat com la inseguretat econòmica derivada de no tenir feina, de tenir feina precària (Sverke, Hellgren, Naswall, 2002; Espino, 2014), deutes o hipoteques (Valiño, 2015) repercuteix considerablement en la salut mental (Grant et al. 2012). Les repercussions de tot això sobre la salut mental són greus i en bona mesura, com hem vist, també previsible.

En el 6é capítol hem analitzat la importància de disposar o no d'un sistema de protecció social i quines conseqüències té per a la salut de la població (Lundberg et al. 2014). Sabem que la reflexió sobre la necessitat d'articular sistemes de protecció també forma part de les orientacions de les diverses agències de salut mental i de les estratègies per a reduir les desigualtats socials (CCE, 2005; CDSS, 2005; CRDSE, 2010).

Menys coneguda segurament és la relació inversa, això és: el poder tenir una certa seguretat econòmica pot comportar efectes preventius, protectors i saludables en els individus. Una vegada hem examinat amb cert detall tots aquests antecedents sobre les repercussions d'una manca d'ingressos en la salut mental, en el present capítol abordarem la Renda Bàsica (RB a partir d'ara) com una de les propostes que durant els darrers 30 anys han estat prou estudiades i en alguns llocs també experimentades i analitzades. Una RB universal i incondicional, que a diferència de les prestacions condicionades i subjectes a una contribució característiques de l'actual sistema de prestacions, seria atorgat a tota persona independentment de la seva condició social i econòmica.

Una RB que podria constituir una resposta robusta i racional a la manca de protecció social que actualment pateixen milions de persones, així com contribuir a prevenir i millorar els problemes d'inestabilitat psicològica i de salut mental derivats del patiment d'inseguretats econòmiques de diversa naturalesa. Vagi per endavant que la RB no es pot entendre com una mesura aïllada i que, en cas d'aplicar-se, s'hauria d'articular amb d'altres mesures complementaries per a determinats grups de població amb necessitats específiques (per exemple: tractaments per toxicomanies, tractaments mèdics psiquiàtrics, suport psicològic, recursos socials, entre d'altres). Aquestes mesures no només donarien resposta als greus problemes d'atur i de pobresa que tenen plantejades les nostres societats –que estan patint la crisi més important després de la segona guerra mundial–, sinó que també contribuirien a redistribuir la riquesa entre la població i, per tant, podrien coadjuvar a reduir considerablement les desigualtats socials. Per a aconseguir això seria imprescindible combinar aquestes mesures amb una reforma fiscal substantiva que impliqui una redistribució de la riquesa de dalt a baix com proposen alguns autors.

La importància de tenir uns ingressos econòmics regulars o una seguretat econòmica pel que fa a la salut mental s'ha posat de manifest en alguns estudis, simulacions i experiments històrics que tot seguit mostrarem amb cert detall. Aquests estudis i experiències ens poden orientar molt millor per

on hem de cercar solucions més estables i de llarga durada als problemes de salut mental derivats de la manca d'ingressos.

7.1. La proposta de la Renda Bàsica: protecció social al llarg de la vida

La RB de la que parlarem aquí és un ingrés pagat a cada membre de ple dret de la societat o resident, fins i tot si no vol treballar de forma remunerada, sense prendre en consideració si és ric o pobre, o dit d'una altra manera, independentment de quines puguin ser les altres possibles fonts de renda i sense importar amb qui convisqui.¹³⁸ Malgrat la confusió de noms (Raventós, D., Raventós, S., 2014) que hi ha avui en dia al voltant de les rendes (mínimes, garantides, bàsiques), hi ha diferències força considerables entre elles. Algunes que reben la mateixa denominació que la Renda Bàsica (RB a partir d'ara) són rendes mínimes de pobresa com la que hem analitzat més amunt, condicionades a no tenir cap tipus d'ingrés i sense arribar ni tant sols al llindar de la pobresa. Més endavant tractarem també sobre les semblances i diferències entre la RB i l'anomenada Renda Garantida Ciutadana (RGC), que a Catalunya està contemplada a l'article 24.3 de l'Estatut de Catalunya i que s'ha donat a conèixer en els darrers anys a través de la recollida de més de 120.000 signatures que va suposar la Iniciativa Legislativa Popular (Raventós, S., 2013) per la RGC.

La RB, pel que pot suposar de transformació social en molts diversos àmbits (dones, immigració, pobresa, joves) i en la mesura que constitueix una forma d'accés a la renda independent de la realització d'un treball remunerat, resulta molt apropiada per a societats com la nostra amb elevats nivells de pobresa, atur i precarietat pel que fa a les condicions laborals. Unes societats que els instruments que tenen (prestacions d'atur, rendes mínimes, no contributives i assistencials diverses) per fer front a aquesta realitat d'atur i pobresa s'han vist força insuficients per les moltes raons que hem pogut analitzar en capítols anteriors (veure especialment capítol 6): cobertura insuficient, certa estigmatització, trampes de la pobresa i de l'atur, costos administratius, controls constants, limitacions pressupostàries i arbitrarietat en la concessió.¹³⁹ D'altres autors també han treballat la relació de la RB amb el que suposaria tenir uns ingressos garantits incondicionals pel que fa a l'augment de la llibertat i l'autonomia individuals (Van Parijs, 1996b, 2002); o com a garantia de l'existència material ciutadana (Raventós, 2007; Yanes, 2007); pel que fa als drets de ciutadania

¹³⁸ Aquesta és la definició de la Red Renda Básica www.redrentabasica.org, secció espanyola de la Basic Income Earth Network. <http://www.basicincome.org/>

¹³⁹ Les rendes mínimes amb prou feines arriben a un terç de les llars sense ingressos, veure: http://economia.elpais.com/economia/2015/05/31/actualidad/1433102733_995554.html (darrera consulta: 19/09/15)

(Pisarello i de Cabo, 2006); com a mecanisme per a augmentar la força negociadora dels treballadors (Casassas i Loewe, 2001) o per reformes de l'Estat del Benestar (Pinilla, 2004; Pinilla i Sanzo, 2004). A més, la literatura sobre aquesta proposta s'ha ocupat abastament d'àmbits socioeconòmics molt diversos (dones, immigrants, pobresa, estat del benestar, finançament, treball, moviments socials, etc.).

En relació a la relació entre RB i salut mental hi ha hagut algunes contribucions d'interès (Benach i Muntaner, 2011; De Wispelaere i Wester, 2013; Raventós, S., 2010, 2012), i considerem que també resulten molt notables alguns articles d'investigació sobre algunes experiències d'aplicació de RB, que analitzarem més endavant (Costello et al., 2010; Forget, 2011).

La difusió teòrica i aplicada de la proposta de la Renda Bàsica

Al voltant d'aquesta proposta s'han escrit ja molts articles i actualment hi ha una gran producció bibliogràfica, pàgines web¹⁴⁰, llibres, revistes¹⁴¹, congressos, conferències, iniciatives legislatives i associacions que la promouen. Aquesta proposta té al darrera un ampli treball intel·lectual, havent cristal·litzat en diversos enfocaments i estratègies de fonamentació normativa de signe ideològic variat (liberal, llibertariana, republicana). Així mateix, les mesures d'acompanyament de la RB que es poden proposar també poden tenir diferents resultats segons si forma part d'un projecte de transformació social, o si es tracta d'una proposta concreta de reforma dins el disseny actual de les polítiques socials (Raventós, 2007; Xarxa Renda Bàsica, 2007). En els darrers anys, la RB ha guanyat força terreny mediàtic i ha entrat en el debat polític d'arreu del món. En el cas del Regne d'Espanya, segurament hi ha tingut també molt a veure el fet que un partit amb forta projecció electoral com *Podemos* incorporés en el seu programa electoral a les passades eleccions europees del 2014 aquesta proposta, malgrat que posteriorment ha caigut del seu programa.¹⁴² Però no ha estat l'únic: d'altres partits com el gallec *Anova*, *Equo*, el basc *Bildu*, *Partido Pirata*, etc. també la tenen encara en els seus programes electorals.

¹⁴⁰ Per exemple: www.redrentabasica.org, <http://www.basicincome.org/> on es poden trobar textos diversos sobre la RB i l'Estat del Benestar, pobresa, treball, dones, finançament, etc.

¹⁴¹ Hi ha una revista de tipus acadèmic sobre la RB: <http://www.degruyter.com/view/j/bis>

¹⁴² En aquests moments ha caigut del programa electoral de cara a les properes eleccions generals del 20 de desembre del 2015 en benefici d'una Renda Garantida. Veure el debat dintre de Podemos aquí: <http://www.sinpermiso.info/textos/index.php?id=8321> (darrera consulta: 23/09/15)

D'altra banda, a escala internacional també han hagut experiències d'aplicació parcials i limitades.¹⁴³ Actualment hi ha diferents projectes d'implantació de la proposta, com ocorre en el cas de Finlàndia, on el 79% de la població hi estaria d'acord i també el govern s'ha manifestat partidari de complir la seva promesa electoral de voler instaurar una renda bàsica experimental. També la ciutat holandesa d'Utrecht es vol introduir un experiment que té per objectiu desafiar la noció que “les persones que reben diner públic han de ser controlades i penalitzades” (Raventós i Wark, 2015).¹⁴⁴ Algunes ciutats holandeses com Nijmegen, Wageningen, Tilburg o Groningen estan esperant el permís de La Haya per portar a terme programes similars. A Suïssa s'han obtingut més de 100.000 signatures per tal de celebrar un referèndum sobre si els ciutadans han de rebre una renda bàsica incondicional, independentment de si tenen un treball remunerat o no. A Grècia, el partit del govern Syriza va plantejar un model de RB per a la gent entre 50 i 65 anys per tal d'eliminar la pressió social i la política de jubilació anticipada. A Xipre s'ha aprovat una llei que donarà a les famílies pobres un ingrés mínim garantit de 480€ al mes. Brasil és el primer país que va adoptar una llei l'any 2003 que demana la introducció d'una RB, però que encara no ha entrat en marxa.¹⁴⁵

El recent escollit líder del partit laborista Jeremy Corbyn ha fet darrerament responsable del programa econòmic dels laboristes a un dels màxims impulsors de la Renda Bàsica al Regne Unit, Richard Murphy.¹⁴⁶ A França recentment també s'ha publicat una enquesta on el 60% de la població es mostraria d'acord en implantar una RB incondicional que substitueixi a la majoria de subsidis existents.¹⁴⁷ També està obtenint suports de diversos partits a països com Hongria, Portugal, Gales, Canadà, Austràlia, Nova Zelanda o Japó (Raventós i Wark, 2014).

Recentment, una altra iniciativa interessant pel que fa al sector de la salut s'ha desenvolupat durant el mes d'agost del 2015 a Ontàrio (Canadà): 194 metges van signar una carta demanant un programa pilot de RB.¹⁴⁸ Lliurat a la ministra de Salut, Eric Hoskins (també metgessa), la carta descriu com la

¹⁴³ Veure una relació exhaustiva d'experiències a: <https://www.reddit.com/r/BasicIncome/wiki/studies> (darrera consulta: 24/09/15)

¹⁴⁴ Una de les moltes notícies al respecte: http://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2015-07-12/experimento-utrecht-renta-basica-universal-1000-euros_913932/ (darrera consulta: 24/09/15)

¹⁴⁵ Veure <http://www.eurofound.europa.eu/observatories/eurwork/articles/industrial-relations-law-and-regulation/cyprus-guaranteed-minimum-income> (darrera consulta : 24/09/15)

¹⁴⁶ Segons es pot desprendre d'aquesta notícia: <http://www.basicincome.org/news/2015/08/uk-jeremy-corbyn-richard-murphy-and-basic-income/> (darrera consulta: 28/09/15)

¹⁴⁷ Per veure també el grau de recolzament entre els ciutadans de l'esquerra i la dreta: <http://www.basicincome.org/wp-content/uploads/2015/05/poll-france.png> (darrera consulta: 29/09/15)

¹⁴⁸ Per tenir més detalls d'aquesta iniciativa: <http://www.thestar.com/opinion/commentary/2015/08/26/basic-income-just-what-the-doctor-ordered.html> (darrera consulta: 29/09/15).

pobresa condueix a majors taxes de malalties cardíaques, depressió, diabetis i desenes d'altres malalties. I en la reunió anual del Consell General de Metges, a Halifax, membres de l'Associació Mèdica del Canadà van aprovar una moció de suport a la RB. En el mateix mes, un nou informe sobre la RB al Canadà ha revifat considerablement aquesta proposta que feia anys que estava al calaix. El Govern del Grup Assessor de Saskatchewan sobre la Reducció de la Pobresa, que va incloure a membres de la comunitat i funcionaris públics d'alt nivell, va revisar l'evidència i va consultar als principals grups que treballen amb persones en situació de pobresa. Les seves recomanacions inclouen l'ambició objectiu de reduir la pobresa a Saskatchewan en un 50 per cent a finals de 2020. Assolir aquest objectiu requereix la posada en marxa d'una política amb capacitat real per a fer-ho, de manera que en el grup van arribar al consens que un projecte pilot de RB seria un mitjà eficaç i assolible de fer-ho. Una considerable evidència científica mostra que permetre que la pobresa continuï acaba resultant molt més car que la inversió per ajudar a millorar el benestar econòmic de les persones. Un 5% del PIB, uns 3.800.000.000\$, es perden de l'economia de Saskatchewan cada any a causa de l'augment dels costos sanitaris i socials i a la disminució de les oportunitats econòmiques. A Ontàrio, aquest cost de la pobresa s'ha calculat en més de 30 mil milions de dòlars anuals (molt més que els costos estimats d'implementació d'una RB).

7.2. Algunes aplicacions de RB i els seus efectes en la pobresa, en les desigualtats socials i en la salut (mental).

Més enllà de les enquestes i de les possibles intencions que hi pugui haver en alguns països o ciutats sobre la possible implantació d'una RB, considerem pertinent realitzar un breu repàs d'algunes de les diverses experiències mundials que ja s'han portat a terme i que, sense treure'n unes conclusions definitives, ja sigui per la seva curta durada en el temps, per ser una població acotada o bé una assignació reduïda, si que poden fer pensar (pels resultats positius obtinguts) que una RB pot tenir efectes reductors de les desigualtats socials i/o saludables (amb les dades disponibles) entre la població. Així, en concret ens ocuparem de les experiències que més resultats han pogut aportar en relació a millores en la salut i/o en la reducció de la pobresa i les desigualtats socials en sis contextos diferents.

a) Alaska

A mitjans de la dècada de 1970, el governador republicà de l'Estat d'Alaska (EUA) Jay Hammond, davant de la quantitat de riquesa generada a partir de l'explotació del petroli de la badia de Prudhoe

(el filó més important d'Amèrica del Nord), proposa constituir un fons d'una part dels ingressos del petroli i es crea l'Alaska Permanent Fund l'any 1976. Aquest governador idea l'assignació anual d'un dividend a tot resident, en proporció als anys de residència. Després de superar alguns obstacles legals, finalment s'introdueix una veritable RB. Des de que va entrar en vigor, totes les persones que porten 6 mesos vivint a Alaska (actualment unes 650.000 persones) reben cada any un dividend igual, independent de l'edat. Aquest fons –que consisteix en el 25% del capital obtingut per la venda del petroli– és el que paga els diners. Els imports han oscil·lat entre els 331 dòlars del 1984 a més de 3.260 a l'any 2008 (el que suposa més de 16.000\$ per una família de 5 membres), tot i que cal dir que cada any fluctua en funció dels mercats, cosa que això pot suposar que hi hagi mesos en què siguin escassos els ingressos (Widerquist, 2013). Alaska, amb aquesta RB és un dels Estats més igualitaris dels EUA. Els seus beneficis per a reduir la pobresa i la desigualtat són innegables i la mesura és molt popular entre la població i cap polític s'atreveix a tocar-la. Malgrat que aquesta fórmula ha estat proposada per ser aplicada a d'altres regions, segueix sent única al món (Van Parijs i Vanderborght, 2006).

b) Índia

El 2010 es va introduir la política d'assignació d'una RB parcial a 6.000 persones de les zones rurals de Madhya Pradesh de la Índia, com a part d'un projecte pilot amb el suport d'UNICEF i desenvolupat pel sindicat de dones SEWA i amb la direcció del professor Guy Standing (un dels membres impulsors de la xarxa internacional de la RB). Cadascuna d'aquestes persones –homes, dones i nens– va rebre al voltant de 24 dòlars incondicionals al mes: (200 rupies per adult i 100 per nens pagats als pares o tutors, que més tard es van augmentar a 300 i 150 respectivament). La importància d'això en un país on el 90% de la feina es desenvolupa a l'economia submergida és molt gran. A tothom en vuit aldees se'ls va proporcionar una RB durant 18 mesos i la seva experiència es va avaluar mitjançant la comparació amb 12 aldees d'altra banda similars on ningú va rebre cap ingrés bàsic. També es van fer més de 80 estudis de casos detallats, realitzats per un equip independent (Standing, 2014b). L'única condició que es va posar era que cada adult va haver d'obrir un compte bancari o cooperativa en el curs de tres mesos, en el qual es va pagar la renda bàsica.

Un de cada tres nens desnodrits al món viu a l'Índia i més de dues cinques parts d'aquests nens tenen baix pes. Pel que fa a la desnutrició, les proves que es van fer utilitzant l'índex *z-score* de l'OMS va trobar que els subsidis en efectiu a les famílies del poble es van associar amb un millor pes per

l'edat entre els nens. En dues àrees vitals per als nens pobres de l'Índia la RB va portar beneficis tangibles a tots els pobles on es va fer l'experiment, sobretot en nutrició i escolarització. Nou de cada deu nens a les famílies índies pobres són analfabetes i la causa n'és l'absentisme escolar. En l'assistència i el rendiment escolar hi va haver una millora espectacular gràcies a les despeses addicionals en els uniformes escolars, quotes, motxilles, bicicletes, articles de papereria. Prop de dos terços dels nens que havien guiat el bestiar a les pastures i treballat als camps, i que "anteriorment estaven bruts", van començar a anar a l'escola ben vestits en els pobles on havien fet la transferència de diners en efectiu; la xifra comparativa per als pobles de control era només del 22 per cent. El seu acompliment a l'escola va augmentar en un 68 per cent en els llogarets on s'havia fet la transferència de diners en efectiu, respecte el 36 per cent dels poblets de control. Les nenes que anteriorment "s'asseien a casa" van començar anar a l'escola.

Hi va haver un augment del 10 per cent en la despesa en habitatges, un millor subministrament d'aigua dels pous de tub i una millor il·luminació; millores mesurables en la qualitat i quantitat dels aliments amb dietes variades i més fruites i verdures que també van donar lloc a una millora de la salut, especialment als pobles tribals. Hi va haver un augment de gairebé el 50 per cent de la despesa en el tractament mèdic i medicaments. I, significativament, hi va haver un 13,4 % menys d'ansietat entre els pobles on van rebre els ingressos bàsics.

La principal conclusió és que la RB pot ser molt transformadora. Va tenir quatre efectes principals: en primer lloc, hi va haver millores en la nutrició infantil, la salut infantil i en la d'adults, l'assistència i el rendiment escolar, el sanejament, l'activitat econòmica, els ingressos obtinguts i la situació socioeconòmica de les dones, la gent gran i els discapacitats. En segon lloc, va tenir forts efectes patrimonials. Va donar lloc a millores més grans per a les castes i tribus i per a tots els grups vulnerables, en particular les persones amb discapacitats i febleses. Això va ser en part a causa de que la RB es va pagar a cada individu, amb el que va suposar d'enfortiment de la seva capacitat de negociació a la llar i a la comunitat. En tercer lloc, va tenir efectes sobre el creixement. Contràriament al que els escèptics van predir, els ingressos bàsics van donar lloc a una major activitat econòmica i, consegüentment, a majors índexs de treball. Hi va haver un gran augment de les activitats econòmiques secundàries, així com un canvi de treball assalariat informal a treball per compte propi a l'agricultura i amb els negocis a petita escala. En quart lloc, va tenir efectes emancipadors. La RB va poder contribuir a què algunes famílies sortissin de la servitud per deutes; en d'altres casos va ajudar al pagament dels deutes exorbitants a l'incórrer en taxes d'interès

altíssimes. Per a molts, també va proporcionar liquiditat amb la qual pogueren donar resposta a les crisis. El balanç de l'experiència és molt satisfactori i ha posat de manifest que la RB podria ser una part important del sistema de protecció social del segle XXI.

c) Dauphin (Canadà)

L'experiment que es va donar entre 1974 i 1978 a Dauphin (amb una població d'uns 10.000 habitants), a la província de Manitoba del Canadà, segurament és un dels més importants que s'han fet per la seva durada, cobertura de població i pels resultats obtinguts en relació als efectes en la salut. Cal dir que es tractava més d'un complement d'ingressos més que no d'una RB incondicional, però creiem que dels resultats obtinguts se'n poden fer algunes inferències que podrien ser extrapolables al cas d'una RB. També a Winnipeg (a la província de Manitoba) es va fer un experiment amb una mostra de la població (localitat de més de 450.000 habitants) on es van detectar canvis pel que fa a la relació amb el mercat laboral. En el cas dels homes va haver-hi una reducció de la jornada laboral a temps complet. En el cas de les dones casades trigaven més a incorporar-se a la feina després de parir. I pel que fa a adolescents, s'incorporaven més tard al mercat de treball i també va haver-hi una certa reducció de la jornada completa.

Evelyn Forget (2011), professora d'economia a la facultat de medicina de la Universitat de Manitoba, va investigar els costos d'atenció en la salut que havia suposat la introducció d'uns ingressos garantits (anomenats MINCOME) entre la població pobre anys més tard després de l'experiment de Dauphin, a partir de les dades guardades en més de 1.800 caixes on s'acumulaven les transcripcions d'entrevistes i qüestionaris dels participants. També es van donar altres experiments als Estats Units en aquells anys: a Nova Jersey i Pennsilvània entre 1968 i 1972; un altre a Gary, localitat d'Indiana, per examinar els efectes d'un Ingrés garantit entre famílies monoparentals; a Carolina del Nord i Iowa, per analitzar els efectes en poblacions rurals; i l'experiment final a Seattle-Denver. Experiments tots ells que es van deixar de fer a finals de la dècada de 1970. A finals de la dècada de 1970 aquests governs van ser reemplaçats per governs de centre dreta, tant a nivell provincial com federal. Això va ser en gran part a causa dels esdeveniments econòmics de la dècada de 1970 (la inflació, la desocupació, els preus del petroli, les altes taxes d'interès...) Aquests nous governs estaven menys interessats en la pobresa i més en altres temes com l'estabilització del nivell de preus.¹⁴⁹

¹⁴⁹ Per llegir entrevista a Evelyn Forget, investigadora de l'experiència del MINCOME al Canadà veure: <http://basicincome.org.uk/2013/08/health-forget-mincome-poverty/> i també sobre aquesta experiència hi ha un interessant video: https://www.youtube.com/watch?v=OcTPPOk_D9I (darrera consulta: 24/09/15).

En el cas de Dauphin, totes les famílies que vivien a la ciutat van ser participants en l'experiment i van rebre suport quan es donava el cas que els seus ingressos eren prou baixos. No tothom rebia els diners, però tots ells van aconseguir la promesa que si els seus ingressos baixaven rebrien un suport econòmic. L'objectiu de l'experiment inicialment era esbrinar si la gent deixaria de treballar o treballaria menys hores si se'ls garantia un ingrés. El MINCOME va crear un incentiu per treballar perquè es traïen només 50 centaus en el cas de treballar per cada dòlar guanyat. Ningú sabia si el programa continuaria molts anys però en el seu moment es creia per a la majoria de la gent que es tractava d'un projecte pilot i es generalitzaria al final de la dècada.

Els resultats més significatius van estar relacionats amb alguns indicadors de salut que van aportar algunes dades importants. Es van utilitzar els resultats de Medicare per demostrar que les taxes d'hospitalització van disminuir un 8,5% entre els subjectes de l'experiment en relació amb subjectes dels controls. Les raons d'això són les reduccions en "accidents i lesions" i la reducció de les hospitalitzacions per problemes de salut mental que també van ser prou significatives, comparades amb la població de control sense ingressos complementaris. Segons Forget, els ingressos van contribuir significativament a reduir l'estrès.

d) Otjivero-Omitara (Namíbia)

A Namíbia la coalició del Subsidi de la Renda Bàsica dirigida pel Consell d'esglésies, la Unió Nacional de Treballadors de Namíbia, el Fòrum de ONG de Namíbia, el Consell Nacional de la Joventut i la Xarxa de Namíbia d'Organitzacions pel servei front la SIDA van portar un projecte pilot de dos anys (2007-2009) a Otjivero-Omitara, una zona rural d'ingressos baixos, on els 930 habitants menors de 60 anys van rebre un pagament mensual de 100 dòlars namibis (uns 12,4 dòlars nord-americans). Tot i que va ser un pagament escàs els resultats positius van ser considerables i els primers a beneficiar-se'n han estat els nens: les taxes d'abandonament escolar es van reduir del 40% a quasi el 5%. En només sis mesos, la desnutrició infantil va caure de 42% a 17%, mentre que el nombre de pares que paguen les quotes escolars es va duplicar fins arribar al 90% (Bauwens, 2010).

Respecte a l'atur, no tan sols no va augmentar amb la introducció de la RB, sinó que va baixar durant els anys d'aplicació d'un 60% a un 45%. En relació a la pobresa, tant pel que fa a la línia de

pobresa d'alimentació com per la pobresa severa, va baixar considerablement segons les dades de l'informe de resultats (*Basic Income Gran Pilot Project*, 2009) d'aquesta experiència.

També hi ha algunes dades relacionades amb l'alcoholisme que, malgrat no va haver-hi cap canvi substancial en els índexs del mateix, les preocupacions que la RB podria conduir a més alcoholisme van demostrar no tenir fonament. Per contra, la introducció de la RB ha induït a la comunitat a crear una comissió que està tractant de frenar l'alcoholisme. També es va acordar amb els propietaris locals no vendre alcohol el dia del pagament de les RB.

Durant els mesos d'estiu del 2012 i del 2013 el dèficit de precipitacions van oscil·lar entre 20% i 90%, el que va donar lloc a una de les sequeres pitjors de les registrades a Namíbia, que van deixar el 36% d'inseguretat alimentària de la població. Durant l'inici de l'estudi, el 63% de les persones involucrades patia d'insuficiència d'aliments cada dia o almenys una vegada a la setmana. Arran de la incorporació de la RB, al 77% de les persones no li van faltar els aliments durant aquests mesos de sequera.¹⁵⁰

Els individus van utilitzar el 40% restant dels fons per cobrir les despeses relacionades amb la salut, invertir en l'educació i l'agricultura. Abans del projecte, al voltant del 60% dels enquestats preferien els diners en efectiu per sobre de l'ajuda alimentària o el farratge per als animals; després dels cinc mesos d'haver rebut la subvenció, aquesta xifra es va elevar a gairebé el 95%. Els delictes econòmics i la pobresa relacionada (la caça il·legal, robatori i violació) s'ha reduït en més del 50%. Pel fa a la criminalitat, aquesta va baixar significativament dels 85 assassinats l'any abans de l'experiment als 54 de l'any que es va portar a terme. També pel que fa a d'altres resultats de salut en general (millores en grip, diarrees, etc.) va haver-hi una millora considerable.

Però els millors resultats a nivell sanitari segurament tenen a veure amb els avenços amb la lluita contra la SIDA, tenint en compte que el 78% dels domicilis d'aquesta localitat tenia algun membre que havia mort d'aquesta síndrome. La RB ha donat suport i enfortit els esforços del govern per proporcionar tractament antiretroviral a les persones que pateixen de VIH / Sida, millorant l'accés als serveis públics i que les persones puguin pagar el tractament. La clínica de salut de l'assentament va ser visitada amb molta més freqüència i els residents van ser capaços de pagar els 4 N\$ del tractament.

¹⁵⁰ Un informe més en detall d'aquesta experiència de Namíbia: [http://www.bignam.org/Publications/Relief through cash Impact assessment of the emergency cash grant in Namibia.pdf](http://www.bignam.org/Publications/Relief%20through%20cash%20Impact%20assessment%20of%20the%20emergency%20cash%20grant%20in%20Namibia.pdf) (darrera consulta. 10/10/15).

e) Ciutat de Mèxic

A Mèxic, des de l'any 2003 existeix una llei de pensió ciutadana universal, no condicionada ni subjecta a contraprestacions, tot i que cal portar residint 3 anys en el Districte Federal de Mèxic per a rebre-la. És pagada com un dret per a totes les persones de 68 i més anys (unes 410.000), l'import és d'uns 75\$ i ha aconseguit uns beneficis socials importants quant a augment de l'autonomia i la llibertat de les persones d'edat avançada, més respecte en l'àmbit familiar, major autoestima, millor nutrició i salut, i una certa disminució de la desigualtat social (Raventós i Wark, 2015). L'experiència ha demostrat que les polítiques universals ciutadanes finalment han aconseguit forta legitimitat social i s'han institucionalitzat com un dret, i deixa la porta oberta a fer un debat urgent sobre una RB universal i incondicional com a dret de ciutadania (Yanes, 2011).

f) Els Cherokees de Nord Carolina

Segurament, aquest és un dels millors experiments reals pel que fa a establir un lligam estret d'una millor salut mental pel fet de tenir un suplement d'ingressos incondicionals. Aquest és l'experiment que es va fer el 1996 amb els indis Cherokee a les Great Smoky Mountains de Carolina del Nord quan es va obrir un casino de la que n'és propietària la Eastern Band of the Cherokee Nation i el consell de la tribu va votar distribuir la meitat dels guanys del casino entre els seus membres. Els pagaments han anat dels 500\$ als 10.000\$ per persona i any (Raventós i Wark, 2015). La professora Jane Costello, epidemiòloga de l'Escola Mèdica de la Universitat de Duke, va veure una bona oportunitat per a investigar aquesta relació entre percebre uns ingressos incondicionals i la salut mental (Costello et al, 2010). La tribu triada van ser els indis Cherokee, que van distribuir una part dels guanys del casino a parts iguals entre els seus 8.000 habitants. Costello es va preguntar si els diners extra canviarien els resultats psiquiàtrics entre les famílies pobres dels Cherokee. Quan el casino va obrir, la professora Costello ja havia estat seguint a 1.420 nens d'àrees rurals de la zona, una quarta part dels quals eren indis Cherokee, durant quatre anys. Aproximadament una cinquena part dels no indígenes que vivien en zones rurals en el seu estudi vivia en la pobresa en comparació amb la pobresa de més de la meitat dels components la tribu Cherokee. Per a l'any 2001, quan els guanys del casino van ascendir a 6.000\$ per persona a l'any, el nombre de Cherokee que vivia per sota del llindar de la pobresa s'havia reduït a la meitat.

Els nens més pobres tendeixen a tenir un major risc de trastorns psiquiàtrics, incloent problemes emocionals i de comportament com ja hem comentat en altres ocasions (Fernandez-Rivas i González-Torres, 2013; Noble, 2015). Però tan sols quatre anys després de l'inici dels suplementos

econòmics, la professora Costello va observar millores notables entre els que van sortir de la pobresa. La freqüència dels problemes de conducta es va reduir en un 40 per cent, gairebé assolint el mateix nivell de risc dels nens que mai havien estat pobres. També les taxes de criminalitat van reduir-se un 22%. Pel que fa als nens més acomodats econòmicament, no es va mostrar cap millora significativa. Els suplementos econòmics semblaven beneficiar als nens més pobres de manera evident.

Quan Costello va publicar el seu primer estudi el 2003, el camp de la salut mental estava estancat en el debat sobre si la pobresa causa problemes psiquiàtrics o són els problemes psiquiàtrics els que condueixen a la pobresa. Així que l'experiment va sorprendre pels resultats. Ella i els seus col·legues van anar fent seguiment dels nens i anaven obtenint resultats sorprenents (Costello et al, 2010; Velasques-Manoff, 2014): els delictes menors comesos pels joves Cherokee van disminuir i les taxes de graduació de l'escola secundària van millorar. I per a l'any 2006, quan els suplementos havien crescut al voltant de 9000\$ l'any per membre, Costello va poder fer una altra important observació: com més aviat els ingressos arribaven en la vida d'un nen, millor era la salut mental d'aquest en l'edat adulta primerenca. Va realitzar l'estudi amb tres cohorts d'edats entre 9, 11 i 13 anys. Quan es va tornar a trobar amb ells de més grans, amb 19 i 21 anys d'edat i que ja vivien pel seu compte, va poder observar que els que eren més joves quan van rebre els ingressos s'havien beneficiat més. Tenien aproximadament un terç menys de probabilitats de desenvolupar comportaments d'abús de substàncies i problemes psiquiàtrics en l'edat adulta, en comparació amb el grup de més edat dels nens Cherokee i amb els veïns blancs de la mateixa edat. Els nens Cherokee de 14 o 16 anys quan van començar no van mostrar cap millora en relació amb la població blanca rural. Els diners extra, evidentment, va arribar massa tard per alterar les trajectòries ja establertes d'aquests adolescents.

Què va fer precisament el canvi de la renda? Les entrevistes amb els pares i els nens van suggerir una variable: els diners, que augmentaven entre un terç i una quarta part dels ingressos de les famílies pobres en algun moment va millorar la qualitat de la criança. Abans que el casino obrís i comencessin els suplementos econòmics l'ocupació era tot sovint esporàdica. Molts Cherokee treballaven durant l'estiu i després les ocupacions s'acabaven a l'hivern. Els suplementos econòmics alleujaven la tensió d'aquesta feina estacional. Majoritàriament es va generar un alliberament de la tensió i de les preocupacions econòmiques. Aquest alliberament de les preocupacions econòmiques va contribuir a una millor criança dels fills.

Un estudi paral·lel de la Universitat de Carolina del Nord, a Chapel Hill, també posa en relleu l'efecte insidiós de la pobresa en la criança dels fills. El Projecte de Vida Familiar, ara en el seu onzè any, ha seguit gairebé 1.300 nens de zones rurals majoritàriament pobres a Carolina del Nord i Pennsilvània des del naixement (Velasques-Manoff, 2014). Els científics van quantificar l'educació materna, els ingressos i la seguretat del veïnat, entre altres factors. Han trobat que els factors d'estrès funcionen de forma acumulativa. Als 3 anys, les mesures de vocabulari, memòria de treball i la funció executiva mostren una relació inversa amb els factors d'estrès que experimenten els pares. Aquestes habilitats es consideren importants per a l'èxit i el benestar en la vida. La calidesa materna, aparentment pot protegir als nens de les tensions ambientals; en aquestes comunitats la criança de qualitat sembla importar més en un nen que les circumstàncies materials. Tot això posa en relleu una qüestió emergent: la pobresa a la vida primerenca pot perjudicar, en part, per la deformació i l'erosió dels lligams entre els nens i els cuidadors, que són molt importants per a un desenvolupament saludable. S'estan acumulant també evidències que aquestes experiències d'estrès en la vida primerenca afecten al desenvolupament del cervell (Noble, 2015).

Una intervenció d'origen natural ha millorat els resultats psiquiàtrics. Una injecció de diners en efectiu en la infància sembla reduir el risc de problemes psiquiàtrics en l'edat adulta. Això suggereix que la pobresa fa que la gent emmalalteixi i que fer una intervenció significativa és relativament simple. Hi ha també estimacions econòmiques del que pot suposar aquest experiment. Randall Akee, economista de la Universitat de Califòrnia a Los Angeles i un col·laborador del professor Costello, sosté que els suplementos econòmics que es van proporcionar estalviaran diners a llarg termini. Es calcula que l'estalvi superarà els costos inicials (els pagaments als pares mentre els nens eren menors d'edat). Aquesta és una estimació basada en la probable reducció de la criminalitat, una menor necessitat d'atenció psiquiàtrica i l'estalvi obtingut de no haver de repetir estudis. L'anàlisi completa de tot això encara no s'ha publicat.

No tots els canvis en "l'experiment natural" dels Cherokee van ser benignes. També es va trobar que van produir-se més morts accidentals a l'any. Els autors ho van atribuir en part a un augment de l'alcoholisme, així com per l'augment en la compra de cotxes i pel fet de viatjar més. L'experiència de Cherokee és única en diversos aspectes importants. En primer lloc, no es tractava d'una intervenció de dalt a baix. Els suplementos d'ingressos provenien d'una empresa propietat dels beneficiaris. La tribu va decidir com ajudar-se a si mateixa. D'altra banda, els suplementos no van ser prou suficients perquè els membres deixessin de fer allò que venien fent del tot, però eren

incondicionals. Tots dos atributs poden evitar alguns incentius perversos per no haver de treballar. A més, les fluctuacions en el negoci dels casinos podien provocar que els suplementos continuessin indefinidament. Aquest "ad infinitum" de qualitat pot canviar tant en com es gasten els diners i pot protegir contra els efectes psicològics corrosius de la incertesa crònica.

La meitat dels guanys del casino van anar a la infraestructura i els serveis socials, inclòs l'assessorament en addiccions i la millora de l'atenció sanitària. Ann Bullock, una metgessa i consultora mèdica del govern per la tribu Cherokee, sosté que aquests factors junts –que ella anomena l'exercici de la "eficàcia col·lectiva"– també poden haver contribuït a la millora dels resultats. Descriu un "canvi radical" en l'estat d'ànim col·lectiu quan la tribu va començar a finançar els seus propis projectes. Un grup que estava marginat històricament va començar amb la presa de decisions sobre el seu propi destí. La professora Costello i el professor Akee no estan del tot d'acord en aquesta valoració. Pensen que els diners en efectiu són el que va provocar la diferència real. D'una banda, el professor Akee diu que els resultats van començar a millorar tan aviat com van començar els suplementos econòmics i abans que molts dels serveis de la comunitat entressin en vigor. Algunes persones van manifestar a les entrevistes que "si un és pobre, és perquè s'ho mereix" o "si vostè està malalt, és perquè s'ho mereix", segons Costello. Però si donant una mica de diners extra a les famílies pobres amb nens això no només els ajuda sinó que també estalvia diners a la societat a llarg termini, llavors no donar aquest ajut és una omisió gens racional (Velasques-Manoff, 2014).

g) Alguns apunts a partir d'aquestes experiències

Aquestes experiències d'ingressos bàsics incondicionals a diversos països (rics o pobres) han generat una impressionant llista d'èxits. Les donacions en efectiu incondicionals han tingut millores en general pel que fa a la nutrició, la salut, l'assistència i el rendiment escolar, l'habitatge i el sanejament, així com en les relacions socials de les comunitats i en les llars de forma prou clara en països com la Índia i Namíbia. L'impacte que ha tingut una RB en alguns determinants socials de la salut en aquestes comunitats fan pensar que si el seu caràcter fos més definitiu (no transitori com han estat aquestes experiències) i amb més cobertura i generositat podrien probablement tenir uns efectes de transformació social força interessants (Arcarons, Raventós i Torrens, 2013; Casassas, 2014).

Les donacions en efectiu també van contribuir a una reducció del deute de les llars i a un augment de l'estalvi, es van reforçar les activitats generadores d'ingressos tant en l'ocupació remunerada i micro-empresarials. No podem deixar de destacar en algunes d'aquestes experiències, assenyaladament la de Manitoba i la dels Cherokees, la importància que han tingut aquests ingressos incondicionals per a la salut mental de les persones i les famílies quant a: reducció de problemes d'ansietat (a la Índia), reducció d'ingressos hospitalaris de malalts mentals (Manitoba), o notables millories psiquiàtriques i menys diagnòstics psiquiàtrics entre els adolescents i adults joves (Cherokees).

No obstant això, els mètodes utilitzats per a l'avaluació eren diferents en aquests països, fet que afecta a la comparació dels resultats. Per tal de reunir informació fiable sobre els efectes de la RB, es requereixen experiments més sistemàtics. El disseny i aplicació d'estudis comparatius sobre els efectes dels beneficis incondicionals universals enfront dels dirigits i condicionals proporcionarien una perspectiva molt important sobre el funcionament dels diferents sistemes. Hi ha moltes expectatives dels impactes positius dels beneficis universals i incondicionals en termes de reducció de costos de la burocràcia i administratives. Ben al contrari dels problemes que tenen els diferents programes de lluita contra la pobresa, tant per les trampes de la pobresa com també pel paternalisme i l'estigma que suposa poder accedir.¹⁵¹

7.3. Altres experiències d'ingressos i la seva repercussió en la salut mental

Hi ha altres investigacions i experiments que s'han realitzat sobre la relació dels ingressos i la salut mental que ens poden aportar també una certa informació i que podrien ser útils de cara a plantejar-se una possible implantació d'una RB.

a) Quantitat d'ingressos i trastorns mentals

En un estudi longitudinal als EUA (Sareen, J., Afifi, T., McMillan, K., Gordon, J. Asmundson, 2011) amb un total de 34.653 adults no institucionalitzats durant 3 anys es va trobar que a les llars que disposaven d'ingressos per sota de 20.000 dòlars l'any tenien un major risc de trastorns de

¹⁵¹ No només és paternalisme, a Anglaterra per cobrar l'atur comença a ser necessari accedir a serveis psicològics i escoltar discursos del tipus: "has de canviar d'actitud" o "has de tenir més motivació per trobar feina" com preconitza la psicologia positiva (Malo, 2015).

l'estat d'ànim comparats amb aquells que tenien ingressos de 70.000 o més dòlars l'any.¹⁵² Una disminució en l'ingrés de les llars durant aquests anys també es va associar amb un major risc de trastorns de l'humor, d'ansietat o d'abús de substàncies en comparació amb aquells que no havien sofert canvis en els seus ingressos anuals. La conclusió de l'estudi és que en un context de recessió econòmica mundial com el que estem vivint, aquestes dades suggereixen que percebre ingressos inferiors a 20.000 dòlars l'any estan associats a poder tenir algunes dificultats i problemàtiques de salut mental. La necessitat d'intervencions polítiques per tractar i prevenir els problemes mentals en aquest sector de la població de baixos ingressos seria necessària.

b) Seguiment a guanyadors de premis de loteria

En absència de poder avaluar com una RB pot canviar els comportaments de la gent en relació al mercat laboral i d'altres aspectes de les seves vides, alguns experiments que s'han fet a guanyadors de loteria ens permeten poder inferir possibles conclusions amb totes les cauteles possibles del que podria suposar uns ingressos incondicionals per a tothom. Un dels diversos estudis sobre guanyadors de loteria que es va fer a Bèlgica realitzat per dos investigadors (Marx, Peeters, 2004) va ser l'anomenat *Win for life*, i va consistir en fer el seguiment de 103 guanyadors d'un premi de loteria belga d'uns 1.000€ al mes de forma incondicional. Els resultats, més enllà de les limitacions que suposen aquests experiments amb poca mostra de població, pel fet que la quantitat és més alta que la RB i per no ser un estudi amb caràcter longitudinal, van posar en evidència alguns aspectes interessants. Per exemple, es va trobar més evidència sobre la reducció de la incertesa sobre el futur després de guanyar la loteria i permetia ampliar opcions i decisions, en definitiva planificar a partir d'una certesa econòmica. Algunes persones fins i tot es van plantejar la possibilitat d'iniciar algun projecte empresarial. La majoria no van canviar el seu comportament respecte el mercat laboral i seguien treballant després de guanyar el premi (85 de les 103).

Hi ha d'altres experiments que s'han fet seguint a guanyadors de premis de loteria i que han mostrat com ha augmentat el benestar mental dels individus després de dos anys de guanyar el premi de loteria; s'ha mesurat amb el *General Health Questionnaire* (GHQ)¹⁵³. L'estudi de Gardner i Oswald (2006) de la Universitat de Warwick es basava en guanyadors de premis de loteria entre 1000 i 120.000 lliures esterlines. La mostra era de 137 guanyadors. Hi havia dos grups control: un de no

¹⁵²La mostra va ser dividida en menys de 19.999\$, de 20.000 a 39.999\$, de 40.000\$ to 69.999\$, i més de 70.000\$ per any. Aquest mètode de dividir els ingressos per llar ha estat utilitzat en els diversos estudis epidemiològics.

¹⁵³ El GHQ és un qüestionari de validació psicomètrica pels trastorns mentals.

guanyadors i l'altre de guanyadors de premis de loteria baixos. Els guanyadors de premis mitjans tenien millor salut psicològica després de dos anys. El seu benestar psicològic havia guanyat 1,4 punts respecte a l'escala. Es va separar per sexes en submostres i entre gent amb alts ingressos i baixos ingressos, i l'evidència dels efectes positius en el benestar mental es mantenia.

L'estudi més recent de Apouey i Clark (2014) és un altre experiment interessant que aporta noves dades sobre la relació entre ingressos i salut i quina és la direcció causal. Si bé hi ha acord en la comunitat científica sobre la relació entre disposar de pocs ingressos i tenir menys salut no hi ha tant acord sobre si són els ingressos o la salut el fet causal. És molt possible que la mala salut també influeixi en els ingressos, mitjançant la reducció de la capacitat de treballar. A més, també és probable que hi hagi factors comuns ocults que afectin també a les variables, com ara la dotació genètica, el pes en néixer o la qualitat de l'escola que un estudia. En aquest cas, els ingressos i la salut estan correlacionats però no de qualsevol manera causal. La major part de la literatura existent no és capaç de distingir entre aquestes tres lectures alternatives de la correlació de la salut amb ingressos. La prova de la causalitat de l'impacte de l'ingrés en la salut requereix altres factors exògens als ingressos, que poden ser identificats en un entorn instrumental o experimental. Aquest és l'enfocament al qual apel·len aquí aquests autors amb premis de loteria com una font exògena de variació dels ingressos. Aquests autors també volien esbrinar les diferències que poden induir els ingressos en la salut física i mental seguint el model d'algun autor que ha distingit l'impacte de les crisis en la salut física o mental. Si la salut física, segons algun autor, és contracíclica en temps de recessió econòmica, i hi hauria diversos indicadors de salut que milloren (menys atacs de cor, accidents de trànsit, menys sedentarisme); en canvi la salut mental seria procíclica i hi hauria indicadors d'empitjorament com els suïcidis (Ruhm, 1996 i 2005).

Apouey i Clark van mesurar l'impacte dels canvis percebuts entre premiats per la loteria a partir de les diferents onades de la base de dades britànica de 10.000 individus de 5.500 lliures de la Gran Bretanya. Aquesta base de dades inclou informació demogràfica, salut física i mental, estatus laboral, ocupació i valors. I recull també els guanyadors de loteria. La majoria dels guanyadors de loteria van guanyar al voltant de 245 lliures esterlines. Un 6% dels premiats van aconseguir 500 lliures i el més premiat fins a 200.000 lliures esterlines. Un dels problemes de la base de dades és però que no recull el nombre de vegades que un individu pot haver guanyat la loteria. Es va relacionar amb diferents mesures de salut: l'estat general de salut auto percebuda, la mesura psicològica de l'estrès mental (el 12 ítems del Qüestionari de Salut General, o GHQ-12), problemes

de salut física i amb comportaments de salut (fumar i beure) i els resultats van ser els següents: ens trobem amb un major benestar pels aturats i inactius en comparació amb els empleats. Pel que fa a la salut en general i física no es van detectar canvis significatius en la pressió arterial, problemes de cor, etc. Els resultats més clars de l'estudi són pel que fa a la salut mental amb la que es van detectar millores significatives (capacitat de concentració, qualitat del son, absència de pressió, sensació de felicitat) i pel que fa als comportaments poc saludables també es va trobar una major probabilitat de fumar i beure.

Un altre estudi també fet a guanyadors de loteria (Powdthavee, Boyce, Wood, 2011) va trobar que amb determinats premis es millorava significativament respecte a alguns trets de personalitat. A partir de l'ús d'enquestes amb guanyadors de la loteria s'analitzen els efectes dels ingressos no derivats del treball en cinc grans trets de la personalitat i es va trobar que els ingressos derivats dels premis de loteria milloren els trets que prediuen els comportaments prosocials i cooperatius, les preferències pel contacte social, l'empatia i la sociabilitat, i redueix la tendència dels individus cap a emocions negatives. Els resultats donarien suport al fet que les intervencions polítiques poden millorar els trets de personalitat dels adults i afavorir comportaments més cooperatius socialment.

c) Algunes conclusions d'aquests experiments

Si bé poden tenir les seves limitacions metodològiques són significatius aquests experiments en quan a establir la relació entre ingressos econòmics i millores de la salut mental. Veure la taula 3 on es fa un recull d'alguns d'aquests experiments. No és d'estranyar que en èpoques de crisi com l'actual, amb elevats índexs d'atur, indicadors de pobresa severa, salaris baixos, treballadors pobres¹⁵⁴ i considerable treball precari, i amb tot el que aquestes situacions d'inestabilitat econòmica comporten de considerable estrès psicològic i alteracions mentals hagin augmentat les problemàtiques de salut mental derivats de la manca d'ingressos econòmics.¹⁵⁵ Encara que en aquests experiments els ingressos hagin donat una correlació positiva i una millora en la salut mental a diferència amb d'altres indicadors de salut física, hi ha d'altres estudis de recerca que han trobat una relació important entre privacions econòmiques i problemes de diabetis, de cor, respiratoris, obesitat, etc. Les relacions i raons són complexes i estarien vinculades probablement a viure en

¹⁵⁴ Un informe del Consell de Treball, econòmic i social de Catalunya quantificava quasi en un 14% els treballadors que el seu salari no arribava al llindar de la pobresa http://www.ctesc.cat/doc/doc_12964342_1.pdf (darrera consulta: 21/10/15)

¹⁵⁵Sobre l'estrès en el treball és interessant la informació d'aquesta web: http://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/99-101_sp/ (darrera consulta: 22/15/15)

entorns poc saludables, sobreocupació en l'habitatge, contaminació, dificultats d'accés a serveis de salut, barris degradats i manca de zones verdes (Grant et al. 2012).

Taula 3. Resum d'alguns experiments amb ingressos incondicionals i els seus efectes

Experiments d'ingressos	Tipus Renda	Salut	Salut mental	Educació	Altres
<i>Madhya i Pradesh</i> (Índia) a 6.000 persones	RB parcial incondicional a tothom (18 mesos)	Millores en nutrició Augment 50% en tractament mèdic	Reducció en un 13,4% d'ansietat	Beneficis en l'escolarització Augment d'un 68% d'assistència	Sanejament urbà Millores en activitat econòmica Efectes emancipadors
<i>Dauphin</i> (Canadà) A 10.000 hab.	Complement d'ingressos per sots baixos	Reducció taxes d'hospitalització en un 8,5% (reduccions en accidents i lesions)	Reducció d'ingressos de persones amb diagnòstics de salut mental	Millores durant els anys de l'experiment respecte altres pobles	Cert augment de les separacions
<i>Ciutat de Mèxic</i> (Mèxic)	Pensió ciutadana universal majors de 68 anys	Millores en nutrició i en salut	Millores en autoestima		Augment de l'autonomia Disminució desigualtat social Respecte en l'àmbit familiar
<i>Otjivero-Omitara</i> (Namíbia) 930 hab.	Renda a tots els menors de 60 anys	Reducció considerable desnutrició infantil Millores en grip, diarrees, etc. Avenços amb la lluita contra la SIDA	Reducció alcoholisme	Reducció taxes abandonament escolar Augment pagament quotes escolars	Baixada de l'atur del 60 al 45% Reducció pobresa d'alimentació i severa Reducció delictes econòmics -Reducció assassinats
<i>Cherokees</i> de Nord Carolina 8.000 hab.	Ingressos incondicionals	Millora en atenció sanitària	Millores notables entre els nens pobres Reducció problemes de conducta en un 40% Millores notables en la salut mental dels nens	Millora en les taxes de graduació secundària	Reducció de la pobresa Reducció taxes criminalitat en un 22% Millor cria dels fills -Cert augment dels accidents
Experiment de Apouey i Clark (2014) Seguiment premiats de loteria de base dades 10.000 individus		No es van detectar canvis significatius en pressió arterial, problemes de cor... Major probabilitat de fumar i beure	Millores significatives en capacitat de concentració, qualitat del son, sensació de felicitat		benestar pels aturats i inactius en comparació amb els empleats.

Font: elaboració pròpia

7.4. La RB aplicada a l'àmbit de Catalunya

A Catalunya,¹⁵⁶ més enllà dels simposis, actes i debats que s'han fet durant els darrers anys al voltant de la RB, l'any 2002 es va arribar a presentar una proposició de llei al Parlament per part dels grups polítics d'Iniciativa per Catalunya i Esquerra Republicana de Catalunya, que no va arribar a aconseguir els suports necessaris i per tant no va ser aprovada.¹⁵⁷ Ens els darrers anys, a banda del debat polític sobre la proposta també han hagut esforços per saber quin impacte econòmic podria suposar i quina part de la població sortiria guanyant amb una RB. A continuació es presenta breument la proposta més detallada que s'ha fet en els darrers anys pel que fa a un possible finançament de RB a Catalunya.¹⁵⁸

a) Un model de finançament clarament redistributiu per a Catalunya

De models de finançament d'una RB n'hi ha diversos (Pinilla 2004; Pinilla i Sanzo, 2004), però que contemplin una reforma fiscal que suposi una reducció important de les desigualtats socials, una assignació de renda que superi el llindar de la pobresa i que mantingui els serveis públics n'hi ha molt pocs. Alguns autors (Arcarons, Raventós i Torrens, 2013) han elaborat un model de finançament a partir d'una base de dades de l'Impost sobre la Renda (IRPF) de l'any 2010 a Catalunya. La proposta consisteix en assignar per als majors de 18 anys una quantitat de 7.968€ anuals (668 euros mensuals) i per als menors de 18 anys s'estableix en una cinquena part, de 1.594€ anuals. Aquesta quantitat està basada en l'indicador per a l'any 2010 de la "renda de suficiència" de Catalunya i que cada any estableix la Llei de Pressupostos de la generalitat. Aquest indicador es va establir per la Llei 13/2006 de 27 de juliol i li serveix a la Generalitat per a valorar la situació de necessitat que permet tenir drets a determinades prestacions.

Les característiques fonamentals d'aquest model són: a) la quantitat de RB està per sobre del llindar de la pobresa, uns 623€; b) la RB no està subjecta a la imposició del IRPF; c) substitueix tota prestació pública monetària de quantia inferior; d) haurà de ser complementada quan sigui inferior a la prestació pública monetària; e) la seva implantació no suposa treure cap ingrés públic per la via de l'IRPF. El model ha de finançar el que es finança actualment (sanitat, serveis socials,

¹⁵⁶ A Barcelona es va constituir la Xarxa Renda Bàsica l'any 2001 i es va realitzar el primer Simposi de la mateixa.

¹⁵⁷ Veure la notícia publicada a <http://www.vilaweb.cat/noticia/493573/20020411/erc-icv-presenten-proposta-renda-basica-universal.html> (darrera consulta: 24/10/15)

¹⁵⁸ A l'any 2005 ja es va presentar una proposta basada en una mostra de 210.000 casos de declaracions d'IRPF a Catalunya corresponents a l'any 2000 (Arcarons et al. 2005).

ensenyament, etc.) i la RB que es proposa. Segons aquests autors, mitjançant un tipus impositiu únic del 49,57% es podria juntament amb la RB cobrir les partides públiques existents.¹⁵⁹

Els resultants de la simulació donen els següents resultats: es comptabilitzen un 55% de declarants guanyadors i s'augmenta fins a un 80% quan s'afegeixen persones a càrrec de cada declarant, ja que la RB és una transferència individual. El primer 70% de declarants ordenats per renda, incrementen la seva participació en la renda posterior a la reforma en un 11%, que és la quantitat que perden el 30% de declarants més rics si la comparem amb la situació d'abans de la reforma. Per al decil més pobre, aquest 49% es convertiria en un -209% de transferència neta. La transferència dels rics als no rics seria d'uns 35.000€. En definitiva, els rendistes pagarien més i tot el món tindria un ingrés (Torrens, 2013).

És important destacar els efectes sobre la desigualtat, la progressivitat i la redistribució d'una reforma fiscal mesurats amb els indicadors sintètics de l'Índex de Gini, el ràtio S80/20, els índex de Kakwani i Suits i l'efecte redistributiu. Els efectes, com es poden veure en la taula 3, són molt clars. Pel que fa a la desigualtat, la transferència de RB significa una reducció de 12 punts en l'Índex de Gini, molt per sobre de l'aconseguida amb l'IRPF actual. Pel que fa al ràtio S80/20 també es redueix un 1,35 en la renda posterior a la reforma. Els indicadors de Kakwani i Suits de progressivitat tenen també un impacte sobre les rendes elevades considerable (22 i 21 punts d'augment) i des del punt de vista redistributiu hi ha un clar augment de 12 punts com es pot veure en la següent taula 3. Els beneficis fiscals (reduccions i deduccions) que contempla l'actual IRPF són clarament regressius.

Aquesta proposta de finançament com han dit reiteradament alguns dels seus autors és perfectament viable i no té en compte d'altres possibles fonts d'ingressos que puguin haver com l'evasió d'impostos que actualment és d'uns 40.000 milions d'euros.¹⁶⁰ El mateix frau fiscal del 2010 (any pel que s'ha fet la simulació) en IVA i d'IRPF va ser del 5,5% del PIB. Les empreses del IBEX a l'any 2012 van tributar només el 5,3% del seu resultat comptable. No cal dir que si part d'aquests diners es poguessin recaptar el finançament de la RB encara seria més fàcil.

¹⁵⁹ Segons els autors de la simulació, clarifiquen que un tipus impositiu únic si es combina amb una RB és fiscalment i molt progressiu.

¹⁶⁰ El mateix Consell assessor de polítiques socials i familiars de la Generalitat de Catalunya (2015a) creu que caldria estudiar la sostenibilitat financera d'una renda universal de ciutadania a Catalunya.

Taula 3: Diferents estimacions de la desigualtat i la redistribució abans de la reforma d'una renda bàsica i després.

VARIABLES	Desigualtat		Progressivitat i redistribució		
	Gini	S80/20			
Renda bruta	0,4104	5,2072			
Renda anterior reforma	0,3660	4,8242			
Renda posterior reforma	0,2462	3,4733	Kakwani	Suits	Redistribució
Quota anterior reforma			0,2685	0,3114	0,0452
Quota posterior reforma			0,4868	0,5204	0,1687
Reduccions anteriors a reforma			-0,2211	-0,2116	-0,0291
Deduccions anteriors a reforma			-0,1495	-0,1932	-0,0022

Font: Elaboració pròpia a partir d'Arcarons, Raventós i Torrens (2013).

Un altre argument que s'ha donat és que els diners de la part més pobre de la població són tres vegades més eficaços per impulsar el creixement econòmic que els diners dels rics. Les persones amb ingressos més baixos gasten els diners ràpidament i els rics l'estalvien. El mateix FMI ha suggerit que un increment de tan sols un 1% de la riquesa total aplicat al 20% superior disminueix el creixement econòmic en 0,08 punts. Però si el 20% inferior rep el mateix 1% total el creixement econòmic augmenta un 0,38 punts (Raventós i Wark, 2015).

Una major redistribució de la riquesa de rics a pobres i, per tant, una disminució de les desigualtats socials podria fer-se amb la proposta de redistribució fiscal que fan Arcarons, Raventós i Torrens (2013).

b) Enquesta d'opinió sobre la RB

En el cas de Catalunya, és interessant també analitzar els resultats d'una enquesta elaborada pel Gabinet d'estudis socials i opinió pública (GESOP) que es va fer entre el 13 i 17 de juliol entre 1500 persones de més de 16 anys que porten més d'un any vivint a Catalunya.¹⁶¹ Els resultats de

¹⁶¹ Per consultar més a fons els resultats de l'enquesta: http://www.redrentabasica.org/rb/wp-content/uploads/2015/07/1028_O%CC%80MNGESOP_Estiu15_XRB_Informe.pdf (darrera consulta: 31/10/15)

L'enquesta mostren que el 72% de la població estaria a favor d'una renda bàsica incondicional de 650€ al mes per a tota la població. Un 86% dels ciutadans que tenen actualment feina, diuen que si s'implantés la RB seguirien treballant igual, un 8% manifesta que treballaria menys hores i només un 2,9% deixaria de treballar. Entre els enquestats aturats un 84% va respondre que amb la RB seguiria cercant feina igualment, un 11,4% que cercarien feines de menys hores de les que ho fa ara i només un 2,2% deixaria de cercar feina amb una RB.

Entre els que van opinar que amb la RB procurarien treballar menys hores, un 52% va contestar que dedicaria el temps que guanyés a estar amb la seva família, un 16% a activitats de lleure, un 11,5% a cercar una feina millor, un 11% a estudiar, un 4,7% a muntar un negoci propi i un 4% a fer tasques altruistes de voluntariat. És interessant poder analitzar i contrastar les dades d'aquesta enquesta amb algunes afirmacions molt recurrents entre determinada gent de pensament conservador o de dretes del tipus que “la gent no treballaria amb una RB”, que “tothom es dedicaria a jeure i no fer res” o d'altres similars.¹⁶²

7.5. Crisi, repartiment del treball i renda bàsica

Ja hem apuntat que la crisi i les polítiques d'austeritat aplicades pels governs ens ha comportat ser un dels països europeus amb un percentatge més alt de població en risc de pobresa o exclusió social i en el país més desigual de la UE segons l'indicador 80/20 (el quocient d'ingressos del 20% de la població més rica i el del 20% més pobre). Una de les causes d'aquesta situació, segons alguns autors (Torrens, 2013; Del Pino i Rubio, 2015), es deu a l'escàs desenvolupament de l'estat del benestar al Regne d'Espanya. Una pressió fiscal de 8 punts inferior a la mitja europea l'ha condemnat a ser un país que no ha fet un esforç de despesa pública en relació a la riquesa i de reducció de la pobresa mitjançant impostos.

En un context d'atur força elevat¹⁶³ i estructural, amb taxes considerables de treball precari i inestable, amb feines que no arriben a garantir uns salaris dignes, mercats laborals generant cada

¹⁶² Afirmacions similars o pitjors que també es van produir en el Parlament espanyol per part del PNB o CiU quan es va produir el debat sobre la RB a proposta dels grups de IU i d'ERC. Veure aquí: http://www.congreso.es/public_oficiales/L8/CONG/DS/PL/PL_288.PDF (darrera consulta: 31/10/15)

¹⁶³ De més de quatre milions registrats a les oficines d'atur el mes d'agost del 2015. Sense comptar els que no estan registrats, els que treballen menys hores de les que voldrien o els que ja s'han cansat de cercar feina. Veure: http://economia.elpais.com/economia/2015/09/02/empleo/1441176314_704966.html (darrera consulta: 27/10/15)

cop més treballadors pobres¹⁶⁴ i amb unes previsions de destrucció de molts llocs de treball per l'automatització (Frey i Osborne, 2013) i que alguns autors consideren que serà la major revolució de la història fa que les possibilitats d'un treball digne, estable i aconseguir la plena ocupació estigui molt lluny de ser una realitat a l'abast.¹⁶⁵ L'automatització de moltes feines està contribuint al fet que quasi un 50% dels llocs de treball existents i més de 700 ocupacions puguin estar en perill en els propers 20 anys (Bowles, 2014). A mesura que els robots substitueixin cada cop més el treball humà, els éssers humans necessitaran ingressos per a reemplaçar els salaris del treball (Skidelsky, 2015).¹⁶⁶

La nova organització del treball, la flexibilització laboral, la precarització laboral (Amable, M. 2008) i l'exclusió social fan pensar que una plena ocupació tal com es concebia en els anys 30 del segle XX ja no és possible. Potser encara ho és per alguns, però només seria possible sota condicions similars a l'esclavisme i amb uns costos econòmics elevadíssims segons l'estimació d'alguns autors (Raventós, 2007; Arcarons, Raventós i Torrens, 2014).¹⁶⁷

La creació de llocs de treball sense sentit, poc ecològics, indesitjables socialment o amb salaris que no arribin al llindar de la pobresa tampoc és la solució.¹⁶⁸

La desfeta de la gran crisi del 2008 deixarà un paisatge laboral ben diferent del que hi havia abans d'aquesta. Per exemple, en quan a llocs de treball a temps complet: a l'any 2008 hi havia més de 18 milions de llocs de treball a temps complet al Regne d'Espanya, actualment hi ha 15 milions, segons dades del segon trimestre del 2015 de l'INE. D'altra banda no podem pensar que es crearan suficients llocs de treball ni a mitjà ni a llarg termini per ocupar a tot el món a temps complet. L'exèrcit de reserva d'aturats està comportant salaris i condicions laborals a la baixa. Els càlculs més optimistes pels defensors del Green New Deal per crear nous llocs de treball parlen de mig milió de nous llocs de treball en els propers 10 anys i un increment de 5-6 punts de PIB en despesa

¹⁶⁴ El 12,5% dels treballadors són pobres a Catalunya http://www.ara.cat/economia/dels-treballadors-son-pobres_0_1232876948.html (darrera consulta: 16/10/15)

¹⁶⁵ Veure l'estudi: <http://bruegel.org/2014/07/the-computerisation-of-european-jobs/> on es calculen que vora el 47% dels treballs als EUA són vulnerables i poden desaparèixer i ser ocupats per les computadores o robots, al voltant de més 700 feines en diversos sectors del mercat laboral (darrera consulta: 22/10/15)

¹⁶⁶ Sobre aquest aspecte de la progressiva destrucció de llocs de treball pels robots és interessant veure: <http://t.xataka.com/entrevistas/el-efecto-de-los-robots-en-el-empleo-sera-la-mayor-revolucion-de-la-historia-federico-pistono> i del mateix autor i en aquest cas a favor de la RB: <https://www.youtube.com/watch?v=-vnB16E36EQ> (darrera consulta: 16/10/15)

¹⁶⁷ Veure l'article d'Eduardo Garzón a <http://www.lamarea.com/2014/08/13/siete-argumentos-en-contra-de-la-renta-basica-universal-y-favor-del-trabajo-garantizado/> (darrera consulta: 11/10/15)

¹⁶⁸ Interessant també les reflexions de David Graeber sobre els *bullshit jobs*: <http://strikemag.org/bullshit-jobs/> (darrera consulta: 28/09/15).

social podria comportar entre 500.000 i 1.000.000 llocs de treball en sanitat, educació, dependència, etc. Encara tenim 3 ó 4 milions de llocs per cobrir (Torrens, 2013). A Espanya, però, l'any 2012 en plena crisi, mentre es reduïa l'ocupació es va incrementar la jornada laboral.

Altres fórmules que tal vegada són més prometedores són les que plantegen el repartiment del treball assalariat existent juntament amb una renda bàsica com les que planteja Torrens (2013). De propostes per a repartir el treball n'hi ha de diversos tipus: reduir la jornada, penalitzar les hores extres, afavorir la compactació de jornada a 2-3-4 dies, impulsar llocs de treball del sector públic a temps parcial i facilitar l'opció reversible als treballadors actuals, crear noves categories professionals en formació a temps parcial, afavorir la contractació pública que generi ocupació a temps parcial, permetre canvi voluntari de jornada laboral (com a Holanda), permisos de maternitat i paternitat iguals i obligatoris pels dos, jubilacions anticipades o potenciar el teletreball. Però el que sembla més interessant des del punt de vista dels resultats que es podrien aconseguir quant a grans canvis socials seria introduir la RB junt a un repartiment del treball. Segons aquest autor el nivell tecnològic i social que ha arribat la humanitat és capaç de generar suficient producció i incentius adequats per generar riquesa de manera competitiva i sostenible (com ho mostren els països nòrdics) sense que ningú hagi de passar privacions materials ni renunciar a un ensenyament, sanitat o habitatge digne. La possibilitat que faci que tot això encaixi és la implantació d'una nova fiscalitat que financi una RB universal i incondicional que permeti desenvolupar l'estat del benestar i que aporti a cada persona una renda de subsistència.

Un tema molt debatut davant de la crisi és la necessitat de sostenir el consum de la població. De fet, moltes famílies van tenir en els anys del boom una capacitat de consum per sobre dels seus ingressos laborals gràcies a la inflació de preus d'actius financers i de crèdits, especialment hipotecaris però també de consum. Aquest consum per endeutament de les famílies no afavoreix els grups més pobres. A més, amb les polítiques de retallades i austeritat no només s'acaben aquests ingressos extres sinó que els reduïts ingressos laborals hauran de utilitzar-se en part per pagar el deute acumulat. La RB és sens dubte un estabilitzador del consum fonamental per sostenir la demanda en temps de crisi, especialment pels grups més vulnerables, i d'aquesta manera evita l'ampliació de les bretxes de desigualtat econòmica i social.

7.6. La proposta del repartiment del treball

En primer lloc cal començar clarificant que quan es parla de repartiment del treball habitualment del que estem parlant és del treball assalariat i no pas d'un altre tipus de treball com el domèstic, el qual seria molt convenient des d'un punt de vista de la igualtat entre homes i dones. No tot el treball és al mercat. Les activitats socialment útils que es realitzen fora de la relació mercantil, com el treball domèstic o qualsevol treball motivat pel parentiu, la solidaritat o l'amor, s'han de tenir en compte a l'hora de parlar de repartiment del temps de treball. Considerar treball només a l'activitat humana que es realitza a canvi d'una renda, suposa una reducció del concepte de treball que condemna a la invisibilitat a més de sis milions de dones que realitzen treball domèstic a l'Estat espanyol.

Una de les vies que històricament han defensat els sindicats i alguns partits d'esquerra és la reducció de jornada. Sobre aquesta mesura s'ha escrit molt i no pretenem aportar gaires novetats al respecte malgrat la seva importància en un context. En tot cas analitzarem l'experiència francesa i intentarem treure alguna conclusió. En els darrers temps també s'ha fet un experiment a Göteborg (Suècia) de reducció a sis hores i els resultats obtinguts, a manca de disposar de més dades del que ha suposat, han estat prou positius en quan a millora de la productivitat i la conciliació familiar.¹⁶⁹

a) L'experiència francesa

El cas de França és important per tractar-se d'un país i per tenir una experiència d'un grapat d'anys. El 1998 el govern francès va permetre a les empreses reduir voluntàriament la jornada laboral als treballadors a canvi d'ajuts públics i reducció de cotitzacions socials en els nous contractes. La durada legal del treball es va reduir a 35 hores per a les empreses de més de 20 empleats mantenint els esmentats subsidis. Finalment, l'any 2002 es va limitar la jornada laboral a 35 hores també per a les empreses de menys de 20 treballadors, tot i que amb uns resultats decebedors (només van reduir la jornada el 18% d'aquest tipus d'empreses). A partir de 2003, es va començar a revertir la tendència facilitant l'extensió de la jornada a través d'hores extraordinàries.

¹⁶⁹ Suècia està liderant un projecte d'aplicació de la jornada de treball de 6 hores diàries i que està donant bons resultats: http://www.infolibre.es/noticias/mundo/2015/09/28/la-jornada-laboral-seis-horas-prueba-con-exito-suecia-38424-1022.html?utm_source=twitter.com&utm_medium=smmshare&utm_campaign=noticias (darrera consulta: 18/10/15).

Alguns autors com Eduardo Garzón (2015) han tret les següents conclusions de l'experiència: durant els anys en què es va aplicar la mesura, l'ocupació va augmentar notablement. Està encara en debat si aquest increment en el nombre d'ocupats es va deure a la reducció de la jornada laboral o als ajuts a la contractació que venien acompanyant a la mateixa (a més de la influència del cicle econòmic que fins 2001 va ser molt positiu). Va haver-hi empreses amb més facilitat per reduir la jornada laboral sense reduir els salaris (la qual cosa suposa un augment salarial per hora) que d'altres. Les grans empreses i les més rendibles van poder aplicar la mesura però la majoria de les empreses amb menys de 20 treballadors no van poder fer-ho malgrat el suport governamental.

Les que van recórrer més a la reducció de la jornada laboral van ser les dones treballadores, i sobretot les que tenien fills menors de 12 anys al seu càrrec. Això evidencia dues qüestions estretament relacionades: 1) el treball de cures en l'àmbit familiar recau fonamentalment en les dones, i 2) mesures de reducció de jornada laboral que no vinguin acompanyades de polítiques que contribueixin al repartiment solidari d'aquest tipus de treball invisible tendiran a reproduir i perpetuar aquesta desigual distribució de les càrregues familiars.

b) Efectes d'una reducció de jornada

Alguns autors (Albarracín i Montes, 1993; Raventós, 2007) han analitzat què podria suposar una reducció de la jornada laboral. Una de les primeres preguntes que cal fer-se és qui finança la reducció de la jornada. El finançament pot recaure sobre els propietaris de les empreses, sobre els treballadors, sobre els dos conjuntament o sobre el govern. Si es redueix la jornada i es manté el salari, el que es produeix és un augment del salari/hora per treballador. Si els treballadors redueixen els salaris per finançar la reducció de jornada, aquesta modalitat es pot subdividir en dues variants: 1) amb una reducció dels salaris proporcionalment menor que la reducció de jornada, el finançament seria compartit amb els empresaris però amb un cost proporcionalment superior per aquests; 2) amb una reducció dels salaris proporcionalment major que la reducció de la jornada, el finançament seria compartit pels empresaris però amb un cost proporcionalment superior pels treballadors (Raventós, 2007:158).

Sense oblidar això que hem dit respecte al finançament, també cal tenir present la intensitat de la reducció i el temps que es necessiti per portar-la a terme. No és el mateix fer-ho de cop i amb una reducció important d'un 20-25% de la jornada, que gradualment i només d'un 10%. Els efectes en l'atur poden ser molt diferents. Albarracín y Montes (1993) van fer una estimació de reducció de la

jornada a 32 hores i si s'apliqués de forma immediata van calcular que difícilment suposaria la creació de 300.000-400.000 nous llocs de treball pel que fa a l'economia espanyola. En una situació de crisi com l'actual (a finals del 2015) amb més de cinc milions d'aturats, treballadors a temps parcial de forma involuntària, amb augments de jornada sense compensació econòmica, amb un deteriorament important de les condicions laborals degut a les reformes laborals dels darrers anys, amb processos de deslocalització d'empreses i amb una actitud sindical resignada i a la defensiva (que han deixat de reivindicar la reducció de jornada, encara que sigui a 35 hores) es fa complicat que aquesta sigui una mesura per poder canviar significativament la situació de milions de persones.

D'altra banda, la RB, com ja s'ha comentat més amunt no és una mesura que sigui incompatible amb les reduccions de jornada, ans al contrari. Autors com Lluís Torrens (2014a i 2014b) han analitzat una reducció important de la jornada (i salari) per a poder repartir el treball existent entre la població aturada però acompanyada d'una RB universal i incondicional que garanteixi que els sous baixos i mitjans no surtin perdent.

És perfectament possible la distribució del temps de les persones entre els diversos tipus de treball (domèstic, voluntari i remunerat) no discriminant entre els qui desenvolupen un treball o d'altre. Al rebre una RB, el grau d'equiparació entre els tipus de treballs seria molt més gran que el que es dona a l'actualitat i una reducció laboral escollida lliurement podria ser un fet (Raventós, 2007: 160).

7.7. Una altra proposta de protecció social però només pels pobres: la Renda Garantida Ciutadana (RGC)

En els darrers anys i per respondre a la situació de pobresa i atur derivades de la crisi també ha guanyat força una proposta per a millorar substancialment la cobertura de població de les rendes mínimes d'inserció. Es tracta de la RGC (Arcarons, Garganté, Toledano, 2013) que està recollida a l'Estatut de Catalunya, aprovat en un referèndum el 2006. S'ha fet recentment una Iniciativa Legislativa Popular que ha estat recolzada per un bon nombre de forces polítiques, sindicals, socials i fins i tot des del mateix Consell assessor de polítiques socials i familiars de la Generalitat (2015).¹⁷⁰

¹⁷⁰Per tenir més dades sobre tot el moviment generat al voltant de la ILP, veure la seva pàgina web: <http://www.rendagarantidaciutadana.net/index.php/ca/>

La RGC tal com es recull en els diferents articles de la proposta de Llei ha d'assegurar els mínims d'una vida digna a les persones i a les famílies o nuclis de convivència que es troben en situació de pobresa. És un dret subjectiu de totes les persones i no estarà condicionada a cap tipus d'activitat d'inserció laboral o social, sense perjudici del dret de les persones titulars de participar i en cap cas es pot condicionar a raons de caràcter pressupostari. Tenen dret les persones que reuneixin els requisits següents: a) que acreditin una edat com a mínim de 18 anys, excepte menors emancipats; b) que estiguin vivint legalment a Catalunya, i c) que acreditin residència continuada a Catalunya durant un mínim de 12 mesos.

L'indicador que marca la quantia és el de la renda de suficiència de Catalunya que cada any ha de fixar la Llei de Pressupostos de la Generalitat. Actualment equival a uns 664 euros al mes. Es contempla una suma addicional que serà igual a multiplicar pel 70% de l'anterior quantitat el nombre de persones que conviuen en el nucli familiar. Així, en el cas de 2 persones, seria de 1.129 euros/mes, en el cas de 3 persones de 1.594 euros/mes, etc.

El dret a rebre la RGC ho és pel temps en què s'acrediti la situació de necessitat i el compliment dels diferents requisits. Així mateix cal renovar la demanda cada 2 anys necessàriament i sense perjudici de l'obligació permanent de les administracions públiques responsables de fer les comprovacions pertinents.

Pel que fa a les obligacions del titular, consisteixen en comunicar els canvis de situació personal o familiar, no perdre de forma voluntària altra prestació o ajuda que es pugui estar cobrant en el moment d'accedir a cobrar la RGC, facilitar la tasca de les persones que han d'avaluar la situació del demandant i col·laborar-hi, respondre als requeriments que facin les administracions competents, mantenir-se inscrit com a demandant d'ocupació i no rebutjar una oferta de treball adequada, que haurà d'adequar a la professió i a les titulacions acadèmiques o professionals de la RGC i haurà de respectar la seva dignitat, i sempre que la retribució no es vegi minorada com a conseqüència de les despeses de mobilitat o d'una altra naturalesa que suposin l'acceptació de l'oferta de treball. També ha de trobar-se de forma permanent a Catalunya durant el temps en què es cobri la prestació econòmica, encara que no computin com absències les que interrompin la continuïtat si han estat comunicades a l'òrgan pertinent, que no superin un mes en un període de 12 mesos.

El dret queda suspès per haver obtingut un treball de caràcter temporal que comporti uns ingressos econòmics que situïn la persona o el nucli familiar o de convivència per sobre del llindar de l'Indicador de suficiència (uns 664 euros actualment, com queda dit), o per no atendre de forma injustificada els requeriments de l'òrgan gestor. En aquest cas es pot suspendre durant dos mesos i si segueix el beneficiari sense atendre els requeriments se suspendrà definitivament. I un altre motiu de suspensió es dóna si no tramita qualsevol altra prestació econòmica, contributiva o no contributiva, a la qual es pugui tenir dret, sigui quina sigui la quantia.

La proposta de la RGC, com pot observar-se, millora substancialment la RMI que va deixar el govern de Convergència i Unió de Catalunya com hem vist en el capítol 6, amb un import individual que pràcticament és de la mateixa quantia que el màxim que reconeix la RMI per a una família nombrosa, que sempre serà inferior al salari mínim interprofessional, de 641 euros el 2012. La RGC proposta està molt per sobre de la majoria de RMI existents de les diverses comunitats autònomes del Regne d'Espanya, ja sigui pel que fa a recuperar un dret subjectiu i no arbitrari o a disposició de pressupost, ja sigui per tractar-se d'una renda que està en el nivell de la renda de suficiència de Catalunya (uns 664 euros) i pel fet que es percebi el temps que duri la situació de manca d'ingressos.

7.8. Avantatges d'una Renda Bàsica respecte una Renda Garantida Ciutadana

La renda bàsica és una proposta molt més interessant que la RGC. La RGC és un subsidi condicionat. Per rebre'l, tal com he exposat, s'haurien de complir una sèrie de requisits. Es pot tractar de condicions més o menys exigents o generoses, però són condicions. Això suposa uns costos administratius molt alts en proporció al pressupost general del programa condicionat. En canvi, la RB representa una simplificació administrativa envejable com fins i tot han vingut a reconèixer alguns dels seus crítics. Resulta obvi que aquesta característica de la RB, l'absència gairebé absoluta de costos administratius, pot ser de vital importància en la perspectiva d'una efectiva racionalització de les polítiques socials i de redistribució de la riquesa.

La RB es garanteix ex-ante; la RGC, en cas de poder tenir-hi accés, ex-post. Aquesta característica converteix la RB en una mesura essencialment preventiva de l'exclusió. Sobre la RGC, per raons evidents, no es pot afirmar el mateix (Raventós i Raventós, 2013). La RB permet eludir les anomenades trampes de la pobresa i de l'atur. Aquestes trampes apareixen pel fet que les quantitats monetàries dels subsidis condicionats, com és el cas de la RGC, no són acumulatives (amb això

volem dir que són subsidis complementaris a una renda ja existent i fins a un llindar establert). D'aquí la inexistència d'estímuls per a acceptar ocupacions a temps parcial o de qualsevol remuneració. Tècnicament es pot expressar de la següent manera: el tipus impositiu marginal que s'aplica a la RGC és del 100%, és a dir, es perd completament, en la majoria de casos, la referida RGC en cas de percepció d'una altra font de renda. Les trapes de la pobresa i de l'atur, dit ràpidament, apareixen quan la percepció dels beneficis, fiscals o d'un altre tipus, es troba condicionada a la verificació, per part de les autoritats, de la suficiència dels ingressos rebuts dins del mercat laboral. A diferència de la RGC, la RB no constitueix un sostre, sinó que defineix només un nivell bàsic, a partir del qual les persones poden acumular qualsevol altre ingrés. A més, la RB podria ser en molts casos un estímul per desenvolupar treballs remunerats, mentre que els subsidis condicionats no només no suposen aquest incentiu sinó que representen tot el contrari.

Si bé en condicions de crisi i d'atur massiu com en l'actualitat aquesta raó pot quedar més afeblida, la RB també permetria evitar els danys psicològics i morals vinculats a l'estigmatització social del receptor d'un subsidi condicionat com seria el cas de la RGC.

7.9. Crítiques a la proposta de la Renda Bàsica

Una mesura amb les característiques transformadores de la RB és habitual que tingui un exèrcit de detractors. Les crítiques o objeccions que ha rebut la renda bàsica són prou diverses. Em centraré en algunes de les que considero més importants i recurrents, sense ànim de voler analitzar totes les que es fan. Alguns autors també han fet un recull d'algunes d'aquestes crítiques (Raventós, 1999 i 2007; XRB, 2007).

- 1) Una de les més habituals és la que es pregunta si la gent treballaria amb una RB. Malgrat l'enquesta que es va fer el mes de juliol sobre la RB (GESOP, 2015), i que ja hem analitzat més amunt, més d'un 85% de la gent consultada manifestava que seguiria treballant amb una RB i només un 2% deixaria de treballar, és habitual seguir escoltant aquesta objecció a la RB. La resposta majoritàriament afirmativa a l'esmentada pregunta és de suposar que està expressant que bona part de la gent en el treball busca a més d'ingressos, un reconeixement social, sentir-se útil i fins i tot certa autorealització. Són objectius que també cal dir que es poden assolir tant en treballs assalariats com en altres treballs voluntaris o participant en associacions.

Tanmateix, avui en dia, i sense disposar d'una RB trobem que hi ha molta gent amb salaris mitjos o alts que segueixen voler obtenir més ingressos, fet que tindrà a veure segurament amb d'altres factors culturals i/o de consum (XRB, 2006). El que si probablement es podria donar és que alguna gent (el 8% segons l'enquesta del GESOP) reduís les hores de treball de les seves feines a temps complet per poder dedicar-lo a d'altres activitats com està més temps amb la família, lleure, millora de feina o estudiar. Activitats que no veiem que tinguin cap aspecte problemàtic.

- 2) Una altra crítica habitual de la possible implantació d'una RB és la que incentivaria el “parasitisme” o “afavorirà el manteniment de dropos”. Més enllà que no és una crítica gaire nova per part de la dreta i la patronal quan es tracta de mesures que puguin ser benefiques per la població més pobre, la RB permetria per primera vegada fer allò que des de sempre han fet els més rics: viure sense l'obligació de fer cap contribució.¹⁷¹ Seria una possibilitat (molt limitada per la quantitat d'ingressos) oberta a tota la ciutadania, no només als que viuen de rendes. El principi paulí “qui no treballa, no menja” només ha estat efectiu pels pobres, no per a tots els components de la societat, en cap cas pels rics. Existeix la possibilitat que alguna gent no faci cap contribució i atorga alguna oportunitat al parasitisme (Raventós, 2007:204).

- 3) Hi ha una crítica que en determinats ambients d'esquerra és freqüent i és aquella que diu que la RB consolidaria la “dualització” de la població treballadora. El que es vol remarcar és que actualment hi ha una població treballadora que té uns salaris dignes i gaudeixen de certa estabilitat laboral i una altra part que viuen de forma insegura, precària i amb salaris de subsistència. Pensar que la RB pot agreujar això és sorprenent, si s'entén a qui beneficia més una implantació de la RB segons el model de finançament que hem exposat més amunt, en el que un 70% de la població (els més pobres) sortirien guanyant. En tot cas amb una RB és possible que algunes ocupacions mal pagades, desagradables i poc motivadores tinguessin una certa pressió per augmentar els salaris. Tanmateix és probable que augmentaria la llibertat de moltes persones per a poder escollir millor les seves feines i optar a treballs a temps parcial per poder estudiar o estar amb la seva família.

¹⁷¹ També en relació a la prestació d'atur és habitual sentir aquesta afirmació de parasitisme sense cap tipus de pudor entre gent que molts d'ells han heretat imperis sense haver fer cap contribució

- 4) També des de certa esquerra ha estat habitual sentir que “una RB pot justificar la desaparició dels serveis públics”. És cert que amb tota proposta de canvi social hi ha sectors que poden defensar models de RB ben diferents i per tant també podem trobar algú que sigui partidari d'una RB i a la vegada no defensar els serveis públics existents. Una redistribució de la renda determinada podria beneficiar encara més a sectors amb nivells de renda més elevats. No és el cas que aquí s'ha vingut defensant de RB. El model de finançament que s'ha defensat més amunt (Arcarons, Raventós i Torrens, 2013) defensa una RB mantenint el finançament de la resta de serveis públics. En algunes ocasions també s'ha dit que una RB no es pot contemplar com una proposta aïllada respecte a d'altres (millora dels serveis públics, repartiment del treball, lluita contra la pobresa, etc.) si es volen aconseguir veritables canvis socials. La universalització de la ciutadania exigeix la “universalització de la propietat” i uns ingressos incondicionals afavoreixen aquesta possibilitat de fer plans de vida propis.
- 5) Una de les objeccions que cada cop van quedant més esmorteïdes però encara sonen és la del seu finançament. És possible el finançament de la RB? I si és possible sortiria perdent la classe mitja? La primera pregunta creiem que ja ha quedat resposta en l'apartat 7.3 d'aquest treball. Actualment hi ha un model de finançament prou sòlid ,que requereix en tot cas de voluntat política per tirar-lo endavant però els càlculs estan fets i són viables econòmicament. És evident que hi haurà tensions polítiques doncs els sectors més poderosos econòmicament surten perdent i aquest és un fet que no es pot menysprear en cap moment. Sobre si les classes mitges surten perdent cal recordar que segons aquest model un 70% de la població sortiria guanyant i un 10% es quedaria més o menys igual. Estem parlant que és un 20% de la població la que sortirà perdent i és per tant una redistribució de la renda prou clara, de dalt a baix. Es tracta d'una ampla majoria de la població que hi sortiria guanyant (amb tot el recolzament que això podria suposar), només per això ja seria important poder-la implantar, encara que una part de la població hi perdi.
- 6) Una altra de les crítiques habituals és la que creu que provocarà un efecte crida de la immigració procedent dels països pobres cap als països rics. Però ja s'ha comentat en diverses ocasions (Boso, 2007; Raventós, 2007; XRB, 2006) que això no pot suposar una crítica a la RB. És obvi que tota mesura que suposi una millora de la situació dels sectors més pobres dels països rics augmentarà la diferència respecte a la població pobre dels països

pobres. Les reformes socials que s'han de posar en pràctica en els països rics no poden deixar de fer-se pel fet que els habitants dels països pobres no la tenen. Algú creu que no hem de millorar les condicions laborals, les pensions, l'ensenyament, la sanitat...per no augmentar les diferències amb els països pobres? En tot cas, les causes de les pressions per emigrar dels països pobres tenen a veure ja des de fa temps (amb o sense RB) amb el convenciment de la impossibilitat de portar una vida en el seu país sense penúries extremes (Raventós, 2007:218). L'efecte crida seguirà existint, com s'està veient des de fa anys, a causa de la pobresa i de les guerres i mentre no existeixen possibilitats reals de poder viure en els països pobres. Cal recordar també que la població de la UE s'està envellint i en els propers anys hi haurà una taxa nominal de dependència (que mesura el nombre de persones en situació de jubilació respecte a les persones en edat laboral) del 51%, el que significa que hi haurà 2 persones en edat de treballar per cada persona laboralment jubilada. Aquesta proporció actualment és de 4 a 1. Per tant, també caldrà milions d'immigrants més per a mantenir aquesta taxa de dependència. En qualsevol cas, la RB té una vocació universal i és vàlida per a tota la població mundial. Tal com hem vist també han hagut diverses experiències entre gent pobre d'alguns països (Índia, Namíbia, Kenya, etc.) on els efectes han estat molt positius en diversos terrenys com la reducció de la pobresa, la millora de la salut, augment de l'escolarització, de les relacions familiars, etc.

- 7) Una objecció important i recurrent és aquella que defensa que els ajuts econòmics es destinin a determinats col·lectius més necessitats. Ja hem estat analitzant que els avantatges d'un ajut universal respecte a un focalitzat són superiors. En primer lloc gaudeixen de més suport i consens popular. Només cal veure com estan ben valorats entre la població els sistemes públics i universals de sanitat i ensenyament (malgrat els intents constants en els darrers anys de determinats sectors de privatitzar-los). També hem valorat que els subsidis no universals tenen molts costos administratius. Així mateix una proposta com la RB de tipus universal salva els coneguts problemes de les *Trampes de la pobresa i de l'atur* que no permeten que els subsidis condicionats es puguin acumular amb d'altres rendes. Fet que provoca que no hi hagi estímuls per acceptar ocupacions que pugui fer perillar la percepció del subsidi. A diferència dels subsidis, la RB no constitueix un sostre sinó un nivell bàsic a partir del qual les persones poden acumular altre ingrés. El focalitzar a determinats col·lectius afavoreix també que hi pugui haver tensions entre grups de població que resten exclosos o inclosos en funció de criteris de vegades prou arbitraris i requisits molt exigents

per evitar que pugui haver molts perceptors del subsidi. A favor que sigui universal també estaria el fet que en les nostres societats la frontera entra la gent que entra i surt del mercat de treball fa que el risc de pobresa sigui cada cop més extensiu a amplis sectors de la societat. La incondicionalitat de la RB també va lligada a la promesa d'eradicar pràctiques assistencials fonamentades en el clientelisme i relacions de dependència. El fet de no focalitzar estalvia també els problemes associats a l'estigmatització social del perceptor d'un subsidi condicionat (XRB, 2006). Cal recordar que el fet que avui dia alguna gent cobra un tipus de prestació o pensió determinada (per discapacitat, per invalidesa, etc.) pressiona socialment per treballar de forma remunerada, fet que no es produiria si existís una RB universal i estigués estesa socialment i no lligada a tenir un tipus de discapacitat o viure en la pobresa.

- 8) Una crítica també important i prou punyent és la que observa que si la quantitat de la RB que s'instauri és petita bona part de les virtuts de la RB no s'aconseguiran. Efectivament. Si l'import d'una RB és per posar un exemple d'uns 200€ o 300€ es fa difícil pensar que s'aconseguiria reduir significativament la pobresa¹⁷², augmentar el poder de negociació del treballador davant de l'empresari, millorar la independència econòmica de moltes dones, poder reduir la jornada de treball i deixar una feina a temps complet per poder dedicar-se a d'altres projectes formatius o familiars, etc. L'import de la RB hauria de ser per tot això del voltant del llindar de la pobresa.
- 9) No voldria oblidar una de les objeccions de les que he estat testimoni en determinants ambients de l'anomenat tercer sector (les entitats socials que treballen gestionant serveis i programes per l'administració). Es tracta d'aquella que expressa un temor (dissimulat a vegades) a perdre els propis llocs de treball si finalment s'implanta una RB. A part de ser una preocupació mesquina i no gaire solidària amb la realitat social amb la que tot just es treballa, considero que una part molt important de la feina que es fa (educativa, social, psicològica, etc.) seguirà sent necessària que es segueixi fent. Tot just tenir les necessitats econòmiques cobertes podrà contribuir a desenvolupar tota una sèrie de feines més tècniques, rehabilitadores i terapèutiques que ara queden eclipsades per haver de garantir la

¹⁷² Cal recordar que l'Índex de suficiència garantida per a l'any 2015 és de 570€ per a l'any 2015. Per sota d'aquest import, establert cada any per la Generalitat, la persona estaria vivint per sota el llindar de la pobresa.

seva existència material. Cal recordar un cop més que quan una persona pateix la pobresa els seus recursos cognitius estan limitats de forma molt significativa (Noble, 2015).

7.10. Una RB com a mesura preventiva per a la salut mental

Què podria suposar una RB universal, incondicional, compatible amb altres fonts de renda segons la definició estàndard que proposa la Xarxa Renda Bàsica per a la salut mental en aquests moments de crisi? Em centraré en alguns punts que guarden relació amb els possibles efectes en la salut d'una possible implantació d'una renda bàsica. Alguns autors ja han apuntat que podria millorar en diversos terrenys: pel que fa a la privació material, la inseguretats material, les eleccions personals, l'exclusió social, la cohesió social i l'ansietat social (De Wispelaere i Wester, 2013).

Quan parlem de protecció social al llarg de la vida, una mesura com la renda bàsica amb el que portem analitzat fins ara apareix com una bona eina per a garantir l'existència material de la ciutadania. Tanmateix, aplicar polítiques de protecció social al llarg de la vida és una de les recomanacions de l'informe de la Comissió dels Determinants Socials de la Salut de la OMS (2008:10). Entre d'altres recomanacions que es fan en aquest informe destaco la que fa referència a la protecció social al llarg de la vida, concretament es diu:

- Aplicar polítiques de protecció social universal d'ample abast o millorar les existents per a que tota la població gaudeixi d'un nivell d'ingressos suficient i pugui tenir una vida sana.
- Aconseguir que els sistemes de protecció social incloguin als qui solen estar exclosos: persones en situació de precarietat laboral, en particular qui treballa en el sector no estructurat, el servei domèstic o l'assistència a d'altres persones.

Algunes institucions significatives de determinats àmbits de lluita contra la pobresa i la defensa dels drets humans han pres partit per la renda bàsica en diverses ocasions (Càritas, 2007; IDHC, 2004). Cal recordar també que s'ha recollit a la Carta de drets humans emergents que es va impulsar en els Fòrums de les cultures, celebrats a Barcelona l'any 2004 i en Monterrey el 2007.

La RB que aquí es defensa no és a canvi de renunciar a cap dels pilars ni serveis de l'estat del benestar com pot ser la sanitat pública, l'educació o els serveis socials públics i de qualitat com defensen alguns autors de dretes. Tot el contrari. Aquí es considera i es valora a la renda bàsica

com una peça important per enfortir l'estat del benestar i no per debilitar-lo, i com a eina per tenir un millor poder de negociació en el món de l'empresa tant per rebutjar ofertes de treball no desitjades com per tal de millorar l'ocupació.

La RB s'aparta de la línia de moltes de les mesures, subvencions i ajudes tradicionals dels últims anys, ja que les polítiques que s'han dut a terme, si ens guiem per les dades estadístiques dels diversos informes que hem estat analitzant en aquest treball no han canviat molt l'estat de la salut en el món. Segurament perquè com diuen alguns experts com Joan Benach i Carles Muntaner (2005): "Les desigualtats en salut són la malaltia de la nostra època, la principal epidèmia. Les malalties de masses requereixen remeis de masses."

a) RB: la seguretat econòmica i la salut mental

La seguretat econòmica que pot proporcionar una RB podria reduir considerablement l'estrès que actualment pateixen determinats sectors de la població com la població que pateix l'atur, treballadores amb contractes precaris, treballadors afectats per expedients de regulació d'ocupació, població immigrant de països pobres, gent que realitza excessos de jornada per arribar a final de mes, etc. i que ja hem pogut comprovar com aquestes condicions d'inseguretat vital impacten en la salut mental de la població. Tal i com hem apuntat més amunt, la salut mental de les persones que cobren una prestació d'atur és millor que aquelles que no la perceben. Aquest fet fa pensar que una RB podria ser un instrument eficaç per a la salut de la població que resta a l'atur i sense prestació alguna. La pèrdua involuntària de l'ocupació provoca una situació de gran inseguretat econòmica i vital. Perdre el lloc de treball però disposar d'una renda bàsica suposaria afrontar la situació de forma menys angoixant. La RB pot ser, per tant, un bon factor de protecció per a la salut mental. En una situació de greu crisi, on la quantitat d'atur és molt gran i prolongada, l'accés a una renda bàsica cobra major importància social. Més encara amb la creixent debilitat o directa inexistència de subsidis d'atur. El que avui és transitori i inestable és l'ocupació mateix (i especialment l'ocupació de qualitat).

Alguns autors (Pinilla i Sanzo, 2004) han proposat una RB parcial, de quantitat reduïda com a primer pas vers a una RB més substancial. El que és evident és que si la quantia de la RB no arriba a uns nivells equivalents al llindar de la pobresa, malgrat algunes millores que s'han pogut veure en les experiències de determinats països, les diverses virtuts de la RB (augment de la llibertat, autonomia, dedicació a projectes socials, autoocupació, estudis, voluntariat, etc.) seran difícils de

materialitzar. Una de les conseqüències més assenyalades de la RB seria la gran mitigació de la pobresa. Fins i tot permetria de manera realista plantejar la seva efectiva eradicació si superés el llindar de la pobresa. No només possibilitaria treure a milions de persones de la pobresa, sinó que construiria un suport de protecció per no recaure-hi.

A causa de la crisi i per por de perdre la feina hi ha grups de població que actualment realitzen llargues jornades laborals i està augmentant el que es conegut per "presentisme laboral". Segons l'Enquesta de salut de Barcelona de 2006, el 41,4% dels homes que treballaven realitzaven més de 40 hores setmanals i d'aquests un 11,3% més de 50 hores. Amb la crisi aquestes llargues jornades s'han allargat encara més i els riscos d'accidents laborals i atacs de cor també han augmentat. Una RB podria compensar aquesta necessitat de complementar ingressos que obliga a realitzar excessives jornades amb el consegüent risc per a la salut. Arribat a aquest punt de tipus econòmic cal recordar que l'increment de baixes per malaltia, les pensions no contributives, l'augment d'incapacitats¹⁷³ de tot tipus, el control que s'ha de fer sobre aquestes, etc. derivat de l'augment de les patologies mentals que suposa una despesa força considerable també per a les arques públiques.¹⁷⁴

b) Reduir la dependència material i millorar la salut

Hi ha bones raons per creure que una RB podria ajudar a facilitar la decisió de deixar llocs de treball encara que fos temporalment, a molts treballadors que actualment suporten condicions laborals que estan perjudicant de manera irreversible la seva salut (mental). També podria contribuir a viure de forma menys angoixant i estressant una pèrdua de la feina, fet del tot freqüent i habitual avui en dia. És de suposar també que els sectors més castigats en el mercat laboral en èpoques de crisi, ja sigui per les condicions de precarietat de la seva ocupació, amb ocupacions poc gratificants i amb baixos salaris com és el cas de bona part dels joves, immigrants pobres, moltes dones, discapacitats, majors de 45 anys que busquen feina, etc. podrien tenir amb la renda bàsica un matalàs econòmic més estable, augmentant la seva capacitat de decisió de continuar o no en una feina que els està perjudicant la seva salut.

¹⁷³ Tot i que en els darrers anys s'han denegat moltes pensions d'invalidesa. Si en el 2008 es van rebutjar 5.933 peticions, en el 2013 van ser 9.549 les rebutjades. Les peticions admeses es van reduir del 57,3% al 50% en els mateixos anys (Altarriba, 2015).

¹⁷⁴ Algunes estimacions situen el cost dels trastorns mentals en més de 46.000 milions d'€ anuals per Espanya i supera la despesa pública en sanitat: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=5421 (darrera consulta: 22/10/15)

Tenir garantida una renda bàsica de més de 600 euros mensuals (com la que plantegen alguns autors que ja hem vist) i que sigui compatible amb altres fonts d'ingressos, en un mercat de treball en el qual s'exclou a molts grups vulnerables, facilitaria que moltes persones que actualment cobren algun tipus de pensió (no compatible amb el treball remunerat) poguessin entrar al mercat de treball sense por de perdre la RB, a diferència de les prestacions condicionades, encara que fos en treballs de poca qualificació i de curta durada.

Un dels aspectes que no es pot deixar d'esmentar és la condicionalitat laboral de la protecció social i com s'està criminalitzant la pobresa, controlant als usuaris, amb mecanismes sancionadors, obligacions, etc. La tendència a subordinar la protecció social als condicionaments laborals suposa passar de la societat solidària i inclusiva a una altra de signe autoritari (Torre, 2014).

Les persones que ja pateixen de problemes mentals podrien tenir una certa tranquil·litat psicològica amb una RB, sabent que la seva subsistència no dependrà d'una alteració o variació en el seu estat psicològic i que això li pugui suposar perdre la feina (Raventós, S. 2010). En aquests temps de crisi econòmica aquesta situació d'intranquil·litat s'ha aguditzat considerablement. Actualment el cost dels trastorns mentals (directes i indirectes) són molt considerables i alguns autors (Parés-Badell, et al. 2014) ho han arribat a quantificar amb més de 46.000 milions d'euros per l'any 2010. El cost per pacient és la mitjana del consum de recursos dels pacients individuals amb un trastorn donat en un període de temps donat. En aquest estudi, per a cada pacient es van considerar en tres categories: 1) els costos d'atenció mèdica directa inclouen l'atenció hospitalària, atenció ambulatoria, medicaments i procediments i dispositius mèdics; 2) els costos no mèdics directes comprenen les atencions informals, els costos d'adaptació i els costos de transport; i 3) els costos indirectes es refereix a la absència permanent o temporal de la feina i la jubilació anticipada.

Segons això pel que fa als trastorns mentals un 41% dels costos seria degut a l'atenció mèdica directa, un 47% els no sanitaris i un 12% els costos indirectes. El que podria suposar d'estalvi econòmic pel que fa als trastorns mentals amb la introducció d'una RB a hores d'ara es fa difícil d'estimar, malgrat alguns intents,¹⁷⁵ però una part d'aquests costos és molt probable que es reduïssin sobretot pel fa determinats tipus de trastorn (ansietat, ànim).¹⁷⁶ És evident que per a algunes

¹⁷⁵ Hi ha alguns autors que han fet estimacions del que suposa l'estalvi de diners en vacunes i han arribat a equiparar una RB com una gran vacuna pel segle XXI: <https://medium.com/basic-income/universal-basic-income-as-the-social-vaccine-of-the-21st-century-d66dff39073> (darrera consulta: 17/10/15).

¹⁷⁶ Que segons aquest estudi citat (Parés.Badell, et al. 2014) els trastorns d'ansietat i de l'ànim tenen un cost de més 20.000 milions d'euros anuals

persones seria una forma potser d'abandonar treballs submergits o informals que es realitzen en condicions no gaire saludables i estressants¹⁷⁷ però ara es veuen necessitats de fer-los per a complementar la seva miserable pensió.¹⁷⁸

Si la renda bàsica fos universal podrien desaparèixer algunes pensions i prestacions amb quanties insuficients i miserables i que van associades a uns requisits estigmatitzants i a la vegada estan descoordinades i amb diferents criteris¹⁷⁹ entre si i alhora augmenten la complexitat¹⁸⁰ administrativa i burocràtica de la protecció social, feta a ben segur per limitar l'accés de la gent malgrat el seu dret.¹⁸¹

L'absència d'una garantia d'ingressos que ofereixi un mínim de seguretat econòmica a tota la població i amb prestacions que no garanteixen una existència digna com les pensions no contributives (PNC) amb 366€ mensuals¹⁸² per 14 pagues o la Renda activa d'inserció (RAI) amb un munt de requisits i un import similar (Sanzo, 2010).¹⁸³ Seria el cas d'haver d'obtenir un 65% de certificat de disminució per a poder optar a tramitar una pensió no contributiva, o haver de demostrar ser pobre de solemnitat per demanar una renda mínima d'inserció. També convindria que pugui desaparèixer l'obligació (Torre, 2015) de participar en algunes accions i/o programes d'inserció laboral que en moltes ocasions no es té una bona salut per a fer-los i l'eficàcia i utilitat dels mateixos tampoc és massa clara. En tot cas, ho podrien fer de forma voluntària i no amb la possibilitat de perdre la prestació o la pensió.

Cal dir que alguns d'aquests serveis d'orientació laboral o formativa poden ser importants i han de ser complementaris en el seu procés rehabilitador, però aquest sempre és molt millor

¹⁷⁷ Les diverses enquestes que hi ha a l'entorn de l'estrès en el treball van d'un 26% a un 40% de persones que manifesten sentir-se bastant o molt estressats a la feina. http://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/99-101_sp/ (darrera consulta: 12/10/15).

¹⁷⁸ Unes pensions que es poden aturar i es deixen de percebre mentre es treballa, però es pot trigar uns quants mesos a tornar-les a cobrar.

¹⁷⁹ Pensions que si es cobren a través dels pares (per fill a càrrec) són més compatibles amb les rendes del treball que si es cobren individualment.

¹⁸⁰ Com mostra aquest informe:

http://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/recursos/1/1410503349_emin_informe_septiembre_2014.pdf darrera consulta: (22/09/15)

¹⁸¹ Com es posa de manifest en aquest document: http://adapt.it/englishbulletin/wp/wp-content/uploads/2015/09/ef-21_9_15.pdf en el que l'estigma, la manca d'informació i la complexitat per accedir-hi posen barreres a la gent (darrera consulta: (11/10/15)

¹⁸² Per a més informació sobre la prestació i qui la pot rebre:

http://benestar.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicas/11discapacitat/ajuts_i_prestacions_economicas/columna_dreta/d ocuments/triptic_pensio_no_contributiva.pdf (darrera consulta: 19/10/15)

¹⁸³ Veure tots el requisits per a poder percebre-la:

http://www.sepe.es/contenidos/que_es_el_sepe/publicaciones/pdf/pdf_prestaciones/folleto_rai_esp.pdf (darrera consulta: 27/09/15)

terapèuticament fer-lo amb llibertat, amb motivació i sense pressions de cap tipus (Raventós, 2005). De fet el que hi ha de fons aquí també és qüestionar la centralitat del treball remunerat i si el treball remunerat ha de ser l'únic indicador del valor de l'aportació d'activitat que els integrants d'una societat realitzen (Ramos, 2003). Hi ha moltes activitats que poden satisfer moltes necessitats socials i no passen pel treball remunerat i poden ser molt importants per a les persones en quan a realització personal, com activitat rehabilitadora, relacional o saludable.¹⁸⁴ De cap manera exclou que hi hagi suport a les persones mitjançant les polítiques actives d'ocupació i que han donat resultats interessants en alguns països nòrdics pel que fa a la salut dels individus. Stuckler i Basu (2013:193) citen el cas de Suècia com un país que inverteix grans quantitats de diners per ajudar als aturats en programes actius de mercat laboral actiu. Segons aquets autors, a Suècia aquests programes van ajudar considerablement a evitar un augment del consum d'antidepressius entre el 2007 i 2010 que només es va incrementar en un 6% a diferència del Regne Unit o el Regne d'Espanya.

Tanmateix les relacions assistencials entre usuaris i professionals dels serveis socials haurien d'estar més orientades a tractar determinats problemes i ajudar a les persones vulnerables a ser més independents i capaços, no tant a dedicar esforços a haver de controlar i a fiscalitzar les seves pensions o prestacions miserables per imperatiu de l'administració o de forma arbitrària.

c) RB i capacitat de negociació laboral

En la crisi es pot observar perfectament que la renda bàsica no és una alternativa substitutiva del salari i no afebleix la defensa dels interessos de la classe treballadora malgrat alguns sindicats segueixen insistint amb aquesta idea (Van Parijs i Vanderborght, 2006), sinó que apareix com un instrument que enforteix la posició de tota la força de treball tant en el mateix lloc de feina com a la pròpia recerca d'ocupació.¹⁸⁵ La RB podria permetre unificar la lluita de la classe treballadora al voltant d'un dret universal que beneficiaria a bona part de la ciutadania, no importa quina fos la situació de la seva activitat específica, alhora que donaria molt més aire per resistir els ajustos sobre les condicions de treball o sobre el propi nivell d'ocupació. També podria pressionar en la millora dels salaris de feines menys gratificants i poc qualificades.

¹⁸⁴ Com poden ser les activitats formatives, de voluntariat, esportives o de lleure.

¹⁸⁵ La desconfiança pot respondre a diversos motius: al fet que els empresaris aprofitin l'ocasió per a reduir els salaris argumentant que la RB els completa; també el poder de negociació dels treballadors es pot independitzar del canal dels sindicats; que pugui ser substituït d'altres dispositius de protecció social, etc.

A més, alguns autors també han contemplat que la RB suposaria, en cas de vagues, una mena de caixa de resistència incondicional els efectes per a l'enfortiment del poder de negociació dels treballadors (Casassas i Loewe, 2001; Casassas, 2010). També la renda bàsica possibilitaria la reducció del risc de les persones que hagin emprès projectes d'auto-ocupació. En una situació de crisi econòmica com l'actual, la renda bàsica, a més de suposar un instrument que podria facilitar alguns projectes d'auto-ocupació, fins i tot l'organització cooperativa dels seus beneficiaris, representaria una major garantia econòmica per poder fer front, encara que fos parcialment, als que no tinguessin èxit amb el seu petit negoci al disposar d'una seguretat d'ingressos.

7.11. Conclusions

En un context de crisi i d'atur molt elevat calen propostes de protecció social que donin resposta a les greus necessitats socials que pateix una part molt considerable de la població.

La formulació de polítiques de futur és molt probable que es caracteritzin per limitacions ecològiques greus i menors taxes de creixement i ocupació com asseguren diversos estudis i investigacions (Nef, 2010; Frey i Osborne, 2013) fet que també cal tenir ben present per a propostes com la RB que no estan lligades a un model productiu. La RB ha irromput en els darrers anys en diverses agendes i programes de partits polítics i està sent una de les propostes més debatudes de protecció social en diversos països, entre ells el Regne d'Espanya. Hi ha alguns països que s'han mostrat favorables a iniciar alguns experiments en determinades ciutats (Utrech) o en grups experimentals (Finlàndia). També cal considerar les propostes de repartiment de la jornada laboral combinat amb una RB tant per activar als joves al mercat laboral com per retornar l'esperança als més grans d'edat que encara poden aportar molt a aquesta societat, tot i reconeixent que hi ha altres formes d'aportar al bé col·lectiu diferents a les d'un treball mercantilitzat (Torrens, 2013).

De propostes de RB n'hi ha de diversos tipus malgrat que algunes són parcials i la seva quantia no arriba al llindar de la pobresa. Aquí s'ha optat per una proposta de finançament que contempla arribar al llindar de la pobresa. Les estimacions disponibles indiquen que la RB és viable econòmicament i afavoriria a més del 70% de la població, contribuint a reduir les desigualtats socials considerablement, com han posat de manifest alguns autors amb un model sòlid i redistributiu de finançament (Arcarons, Raventós i Torrens, 2014) sense renunciar a cap pota dels serveis de benestar social. Tot i que si caldria suprimir aquelles pensions i ajuts que estan per sota de la RB i que són en molts casos incompatibles amb un treball remunerat.

La reducció de jornada sempre que anés acompanyada d'una RB podria ser una mesura prou interessant per redistribuir el treball remunerat existent i per donar oportunitats laborals a d'altres grups de població.

Malgrat la importància i la necessitat social que pugui tenir per a moltes persones pel que fa als ingressos d'una possible RGC, aquesta proposta que hem estat analitzant té alguns problemes de condicionalitat, de compatibilitat d'ingressos, d'examen de recursos, de trampes de la pobresa, etc. que la fan considerablement menys interessant que una RB universal i incondicional que es percebi *ex-ante* i per tant preventiva de l'exclusió.

La hipòtesi del que podria suposar una RB *ex-ante* com a mesura de protecció social i de prevenció de la salut mental ja ha tingut alguns experiments interessants (Manitoba, Índia, Namíbia, Indis Cherokee, etc.) que mostren la importància d'uns ingressos garantits en diversos indicadors de salut mental entre la població. Aquests experiments, malgrat les seves limitacions metodològiques, cal tenir-los molt en consideració pels seus resultats generalment positius en diversos terrenys (millores en educació, nutrició, tractaments mèdics, en les relacions familiars, en la seguretat econòmica, capacitat de planificació de futur) que poden ser tinguts en compte per a una possible implantació d'una RB.

Tanmateix s'han trobat resultats positius en determinats aspectes psicològics quan s'ha fet un seguiment de premis a guanyadors de loteria. La seguretat econòmica que podria generar una RB entre amplis grups de la població (aturats, gent en risc de pobresa, joves, dones, treballadors pobres, treballadors precaris, eventuais, etc.) contribuiria a alleugerir considerablement els múltiples problemes de salut mental derivats de la precarietat i la incertesa laboral que estan estesos considerablement tant pel fa a Catalunya com al Regne d'Espanya que hem estat analitzant. Una mesura que la reclamen diverses institucions de salut, de drets humans, de defensa del medi ambient o de lluita contra la pobresa.¹⁸⁶

Les crítiques a una proposta com aquesta han vingut des de diversos àmbits, tan de l'esquerra com de la dreta. Algunes d'aquestes crítiques principals ja les hem estat analitzant i són recurrents.

¹⁸⁶ Des de fa temps que organitzacions com Càritas han mostrat en algunes ocasions una certa simpatia per la RB. Darrerament algunes organitzacions com Greenpeace, Amnistia Internacional i Intermon també s'han manifestat a favor: <http://www.greenpeace.org/espana/es/news/2015/Julio/Amnistia-Internacional-Greenpeace-y-Oxfam-Intermon-exigen-una-reforma-constitucional-que-blinde-los-derechos-humanos/> (darrera consulta: 23/10/15).

Malgrat tot, el suport a la proposta de la RB quan s'ha fet alguna enquesta ha estat aclaparador. El suport per aquesta mesura, en diverses enquestes d'opinió que s'han fet, és prou considerable com ha estat el cas de França, Finlàndia o Catalunya.

En un món com l'actual, on l'acumulació privada de grans fortunes conviu amb la més absoluta de les misèries, l'existència per milions de persones està amenaçada per la urgència de trobar qualsevol mitjà per sobreviure. La RB apareix com un mecanisme institucional que seria capaç de garantir al conjunt de la ciutadania (i als residents acreditats) l'existència material i contribuiria a reduir considerablement aquestes grans desigualtats socials. Una RB universal i compatible amb d'altres possibles fonts d'ingressos es perfila com una mesura cada cop més imprescindible, com a protecció social i per tant de salut, per a la humanitat.

Capítol 8. Conclusions

L'objectiu general d'aquesta tesi era esbrinar en quina mesura, després de revisar i analitzar en profunditat la bibliografia sobre la salut mental i les desigualtats socials, un sistema de garantia d'ingressos incondicional com la Renda Bàsica pot incidir en la prevenció dels trastorns mentals i en la millora de la salut mental. Per poder arribar a aconseguir aquest objectiu també vam fixar una sèrie d'objectius específics que estan detallats en la Introducció d'aquest treball.

En primer lloc, calia elaborar un marc conceptual integrat a partir de les definicions de “salut mental” i “malaltia mental”, que a la vegada ens permetés identificar quins factors incideixen en la producció de patologies mentals. Per fer-ho calia clarificar i separar conceptualment els trastorns mentals i els problemes de salut mental derivats de les condicions socials o econòmiques. La definició que millor ens ha permès poder fer aquesta tasca analítica és la del filòsof Jerome Wakefield: “un trastorn mental existeix quan algun sistema psicològic intern no funciona tal qual està dissenyat per a aquesta funció, i aquesta disfunció està definida com a inapropiada en un context particular”. En aquest cas, per tant, no entrarien en la categoria pròpiament de trastorns mentals les respostes esperades a determinades condicions socials, producte de l'estrès intens pel fet d'estar a l'atur o quedar-se sense habitatge. És, per això, que més enllà de les “causes properes” de la salut o la malaltia, tenen una importància cabdal les causes de les causes, el que es coneix com els *determinants socials de la salut*. Així, s'entén més precisament que una part important del patiment mental que es produeix en la nostra societat és originat principalment per les precàries circumstàncies socials o econòmiques en les que vivim; i, per tant, es comprèn millor que la salut mental és un procés que podrà evolucionar positivament o negativament, depenent de les polítiques existents, generadores d'entorns més saludables, reductores de les desigualtats socials i/o de protecció social de la ciutadania.

Hem dedicat un esforç molt considerable en aquest treball, concretament en tres capítols, a analitzar la importància que té l'estudi de les desigualtats socioeconòmiques per a la salut mental, sobretot per dues raons fonamentals: la primera perquè cal comprendre que l'accés als recursos està relacionat amb les condicions de vida de la gent i el no disposar d'uns ingressos mínims, una alimentació adequada o un habitatge digne, això tindrà conseqüències en la salut. Pel que fa a la segona raó, perquè les desigualtats d'accés a recursos com l'educació o a una ocupació laboral dificulten molt la vida i la salut de les persones. Les desigualtats socials, pel que hem pogut

investigar en el capítol 2 i 3, interactuen en els diferents àmbits socials en els que desenvolupem les nostres vides i tenen múltiples conseqüències per a la salut, ja sigui pels efectes perjudicials que causen la pobresa, la discriminació, l'exploació o la inseguretad econòmica.

La definició clàssica de Whitehead de l'any 1990, segons la qual les desigualtats en salut són aquelles diferències en salut innecessàries, evitables i injustes, ens ha encaminat bé a un dels àmbits centrals d'aquest treball: entendre que les polítiques macroeconòmiques i les polítiques socials formen part dels determinants estructurals de la salut en el sentit que condicionen causalment de forma robusta els estils de vida, les conductes de consum, l'accés a una alimentació o abusar de l'alcohol.

Les evidències científiques, en actualitzada bibliografia, sobre l'augment de les desigualtats socials i sobre com aquestes van acompanyades d'un augment de les patologies mentals són prou considerables; establir i contrastar tant teòricament i empíricament aquesta relació ha estat fonamental en aquest treball. Per a poder realitzar aquesta tasca, en el capítol 3 hem hagut d'analitzar quines són les principals causes de les desigualtats socioeconòmiques en la salut mental i hem estudiat a les dues teories que creiem que han tingut més importància i guarden millor relació amb la tesi: es tracta de les anomenades teoria psicosocial i teoria neomaterialista. La primera teoria, amb representants com Richard Wilkinson, considera que el que realment importa per a la salut no són els nivells absoluts de renda i benestar, sinó la renda relativa i l'estatus social. Per a aquests autors, és cabdal comparar el nivell de renda i la qualitat de vida no en si mateixes, sinó en relació als demés. El que de debò importa és el lloc que ocupem en la jerarquia social. El fet de ser exclòs de la vida social i rebre un tractament d'inferioritat és una causa de pitjor estat de salut. L'estrès de viure en la pobresa per les mares durant l'embaràs o restar a l'atur durant molt temps és particularment perjudicial. Determinades circumstàncies psicològiques o socials poden causar un estrès perllongat: la inseguretad econòmica d'estar a l'atur, l'aïllament social o la manca de control sobre el treball o la vida domèstica podrien exercir efectes importants sobre la salut. Són per tant factors de tipus psicosocial (prestigi i estatus, estrès, nivell de control en el medi laboral, entre d'altres) els principals factors determinants de les desigualtats socials en la salut per aquests autors. És interessant constatar com també recorren a la teoria evolutiva per tal d'entendre de quina manera els humans ens veiem afectats per la naturalesa de l'estructura i l'entorn socials actuals.

A diferència de l'enfocament psicosocial, el corrent teòric neomaterialista, amb autors com Carles Muntaner, defensa que l'estructura política i econòmica produeix processos que generen

desigualtat, i que aquesta desigualtat existeix prèviament a què els seus individus l'experimentin al seu nivell individual o micro, com apunta la teoria psicosocial. Les desigualtats es produïrien perquè sovint les classes populars estan més exposades a una situació global menys saludable que no pas les altres classes socials. Les classes socials menys avantatjades treballen en ocupacions que estan més exposades a factors de risc físics, químics i psicosocials, habiten en residències de menys qualitat i sovint viuen en àrees de més contaminació ambiental.

Tot i les diferències entre aquests dos corrents, les anàlisis són complementàries per a poder comprendre les explicacions sobre les condicions de salut mental vinculades a les desigualtats socials. Ambdós enfocaments també aporten bagatges teòrics procedents de diverses disciplines científiques. El que és prou manifest, no obstant, és com la manca de seguretat econòmica, la precarietat vital i laboral i el formar part d'una classe social baixa o estar en un lloc baix de la jerarquia social, habitualment comporta tenir pitjors indicadors de salut, malgrat les diferències de cada marc teòric sobre on cal posar l'accent, si en l'anàlisi de la classe social (enfocament més marxista) o en l'estatus social (weberiana).

Hem estat analitzant i contrastant els diversos informes i documents que orienten les estratègies (polítiques) per a la reducció de les desigualtats en salut, juntament amb les estratègies de prevenció i promoció de la salut mental, i en totes es contempla la protecció social com una de les seves orientacions prioritàries. El diagnòstic dels experts és prou clar: cal augmentar la despesa social i assignar recursos a les accions sobre els determinants socials de la salut, reduir les desigualtats de renda a través de la fiscalitat, incrementar la despesa pública en serveis de salut, educació i socials, millorar les pensions i la protecció social, entre altres mesures. Ara bé, ja apuntàvem en la introducció d'aquest treball que les polítiques preventives sobre els determinants de salut en la pràctica no s'han dut a terme, o s'ha fet amb molt poca intensitat. Efectivament, quan es tracta de passar de les paraules a l'acció, ens trobem que la promoció i la salut mental són poc prioritàries i retòriques. Els recursos destinats a la salut mental estan lluny de ser proporcionals a les necessitats de la població, durament castigada per la crisi i les polítiques d'ajust estructural.

A la segona part de la tesi hem dedicat els capítols 5, 6 i 7 a analitzar algunes polítiques de protecció social com són les de garantia de rendes, examinant les seves insuficiències i limitacions, juntament amb la crisi dels Estats de benestar, per acabar defensant una política que transcendeix l'actual marc

de les polítiques públiques aplicades: la Renda Bàsica universal i incondicional, com a part d'un nou paquet de mesures de disseny institucional per a protegir i promoure la salut mental.

És cada cop més evident que segons quines polítiques de protecció social es desenvolupin en un país concret, tindrem millors o pitjors resultats en salut. Hem estat analitzant alguns exemples històrics i contemporanis sobre les repercussions de les diferents polítiques públiques, pel que fa a la salut de les persones –concretament en el capítol 6–, tant pel que fa a comparar alguns països que van impulsar polítiques socials i de benestar social en una època de greu depressió econòmica, com el cas dels Estats Units amb el *New Deal* dels anys 30 del segle XX, com també d'altres països de la ex-URSS que van aplicar polítiques d'austeritat i ajustament econòmic durant els anys 90 per fer la transició cap al capitalisme. El *New Deal* ha estat considerat el programa de salut pública més important que s'ha portat mai a terme en la història dels Estats Units (tot i que no va ser pensat deliberadament per ser un programa de salut) al proporcionar un ajut indirecte per a mantenir el benestar de la gent (Stuckler i Basu, 2013).

En l'actualitat tenim els exemples d'Islàndia i Grècia. En el cas d'Islàndia, i després del contundent rebuig de la població als plans d'austeritat, es va impulsar una política de manteniment del seu sistema de protecció social i de suport als més necessitats; segons alguns càlculs, es tracta d'una política que, si no s'hagués donat, un terç de la població hauria arribat a caure en la pobresa. El cas de Grècia, malauradament, és prou conegut pels efectes devastadors, entre d'altres, en la salut d'una part important de la població derivats de les polítiques d'austeritat dels successius governs durant la crisi. La crisi ha estat com un tràgic “experiment social” a gran escala i que ha tingut terribles seqüeles per a la salut mental de part de la població, com s'ha evidenciat amb diversos indicadors: augment important de problemes d'ansietat i depressió, abús d'alcohol, consum superior d'ansiolítics, increment dramàtic dels suïcidis i d'altres problemàtiques de salut. Una crisi que, com hem pogut analitzar en el capítol 4, ha aguditzat molt més les desigualtats socials existents i ha incrementat molt considerablement l'atur i la pobresa també a llocs com Catalunya.

Hem pogut comparar els dispositius de protecció social d'alguns països europeus (capítol 6), que han estat capaços de respondre a aquesta crisi, però no ha estat pas el cas del Regne d'Espanya on ha quedat palès que el sistema de protecció social no estava preparat per fer front a una crisi tan intensa i perllongada. Els nivells de cobertura han estat del tot insuficients i poc generosos per l'enorme magnitud de l'atur. La prestació d'atur s'ha mostrat del tot limitada i escassa en el temps.

I a més, cal afegir que en un país on es donen uns nivells alts d'atur i de contractació eventual, accedir a la prestació d'atur és força complicat. El sistema espanyol és un sistema clarament contributiu, creat amb el supòsit de tenir treball per a tota la vida i això ha saltat pels aires.

Un Estat espanyol, on quasi 2 milions de persones viuen sense un ingrés de cap tipus i on les rendes de tipus més assistencial per cobrir les necessitats més bàsiques només arriben a cobrir un 35% de les llars sense ingressos. Aquestes rendes per als més pobres, formen part del sistema públic de serveis socials i són competència exclusiva de les Comunitats Autònomes. A totes les Comunitats tenen uns requisits per accedir molt exigents i els seus imports d'uns 423€ al mes per titular estan lluny del llindar de la pobresa (uns 569€ a l'any 2015). Cobreixen un percentatge molt petit de la població més pobre, tenen uns costos administratius considerables, són estigmatitzants i no poden evitar caure en la *trampa de la pobresa i de l'atur*.

Alguns dels Estats del benestar més avançats com són els règims nòrdics (Suècia, Noruega, Finlàndia i Dinamarca) han concebut les prestacions socials com un dret de ciutadania i han establert polítiques socials de cobertura universal que en general es caracteritzen per la seva generositat i qualitat. La universalització també produeix un major grau de “desmercantilització” (menys dependència del mercat de treball) i uns efectes redistributius importants. Així mateix, aquests programes universals permeten que els grups amb salaris més baixos gaudeixin de millors prestacions que les que rebrien mitjançant programes selectius que són de més baixa qualitat. Malgrat tot, cal dir que en aquests països s'ha revisat l'universalisme i han augmentat les orientacions cap al *workfare* i els controls administratius. Tot i que han hagut alguns canvis, segueixen però mantenint l'objectiu redistributiu del model (Rubio, 2013).

Aquesta seguretat i confiança del suport social que ofereix el sector públic garantint determinades prestacions i serveis facilitaria, segons diverses investigacions, la independència i seguretat personals, sentiments relacionats amb tenir una bona salut. En canvi, a països de règims mediterranis (també als de tipus continental o liberal) de benestar com Grècia, el Regne d'Espanya, Itàlia o Portugal hi ha una dualització cada cop més gran entre treballadors amb drets contributius (*insiders*) i aquells que tenen feines de caràcter informal, precàries o discontinues (*outsiders*) amb remuneracions molt inferiors (fins a un 36% menys) respecte als fixos. L'evidència pel que respecta a l'estat de salut d'aquests *insiders* s'ha constatat en diversos estudis que és molt pitjor.

L'anàlisi de les polítiques de salut mental han permès observar com hi ha una sèrie de principis que coincideixen amb les preocupacions exposades aquí, però els propis informes d'avaluació d'aquelles polítiques apunten una manca de correspondència amb la pràctica, ja que sovint queden amb meres declaracions d'intencions sense recursos per a ser aplicades. Els recursos destinats a la cura de la salut mental estan lluny de ser proporcionals als problemes actuals de la població. Sense polítiques de redistribució de la riquesa i augment dels impostos a les rendes més altes es fa complicat que s'inverteixi en polítiques socials per reduir la pobresa, lluitar contra l'exclusió social, reduir l'atur i la precarietat laboral i augmentar les polítiques a favor de la salut i l'ensenyament públic i de qualitat (Benach i Muntaner, 2005). És per això que calen mesures redistributives i que redueixin significativament les desigualtats socials. La mesura que en aquest treball es proposa és la Renda Bàsica.

En el capítol 7 hem analitzat a fons la proposta de la Renda Bàsica (RB) i hem pogut aprofundir en unes quantes experiències internacionals d'aplicació d'una assignació monetària (en molts casos) incondicional, si bé parcials i limitades en el temps, amb resultats prou positius pel que fa a determinats indicadors com la salut en general i específicament en la salut mental. Aquestes experiències, realitzades a llocs tan diversos com el Canadà, la Índia, Mèxic, Namíbia o Carolina del Nord, juntament amb d'altres experiments científics ben dissenyats i rigorosos metodològicament de seguiment a guanyadors de premis de loteries, contribueixen a tenir evidència empírica dels possibles efectes benefactors d'una assignació universal i incondicional i de caràcter permanent com la RB que s'ha analitzat en aquest treball. La proposta de la RB té anys de recorregut, però en els darrers temps s'ha donat molt més a conèixer entre la població per la introducció en el debat polític i la incorporació en els programes electorals d'alguns partits polítics. Ha estat també ben estudiada la seva viabilitat econòmica i amb propostes de finançament redistributives i reductores de la desigualtat social (Arcarons, Raventós i Torrens, 2013). Tanmateix, en els darrers temps hi ha la voluntat d'introduir-la, entre d'altres llocs, a algunes ciutats i països europeus (com per exemple Utrecht i Finlàndia, respectivament).

Hem destacat tres raons per les quals una RB podria ser molt important per al cas concret de la salut mental:

1. Per la seguretat econòmica: podria reduir la incertesa vital i el desgast psíquic causat per l'estrès que pateixen milions de persones aturades, precàries, eventuais i treballadors pobres, entre d'altres.
2. Reduiria la dependència material: disposar d'una renda segura incondicional és fàcil suposar que podria contribuir a viure de forma menys angoixant i estressant una pèrdua de feina, fet prou habitual avui dia. Es guanyaria en autonomia i confiança probablement per la tranquil·litat que suposa una garantia incondicional d'ingressos. També és probable que facilitaria intentar canviar de lloc de treball i no haver de suportar el xantatge econòmic de determinades ocupacions poc gratificants i poc satisfactòries que contribueixen, com s'ha demostrat en molts casos, a emmalaltir. No poc important seria per a moltes persones una RB que fes desaparèixer totes aquelles pensions o subsidis inferiors i que actualment són incompatibles amb el treball assalariat.
3. La capacitat de negociació laboral: una RB podria suposar un enfortiment de la capacitat negociadora de la classe treballadora alhora de poder pressionar per la millora de les feines existents, per una reducció de la jornada laboral i recuperar uns salaris més dignes, i no poc important també per a poder disposar d'una "caixa de resistència", en el cas de conflictes i vagues laborals.

Aquesta proposta també ha rebut crítiques de diversos tipus (finançament inviable, incentivació del parasitisme, temor a la desaparició d'altres serveis públics, efecte "crida" d'immigrants pobres de països pobres, entre d'altres) de les que hem donat en la tesi alguna resposta. Hi ha que també ha considerat que pot tenir algun possible efecte negatiu en la salut mental per la possible inactivitat laboral que podria suposar entre molta població. És una crítica d'aquells que consideren el treball remunerat a "font de salut i benestar" (sense entrar a fons en el treball assalariat actualment existent) i que no contempen altres treballs com el voluntariat i la participació en associacions, la cura dels demés i estar més temps amb la família, entre moltes d'altres activitats.

La proposta d'una RB, com a mesura de protecció social, hem comprovat que ha avançat força i de manera robusta en experimentació social i models de finançament. Disposar d'uns ingressos garantits com els que podria representar una RB, com corrobora la literatura científica i analitzat en aquesta tesi, podria contribuir a tenir un important efecte preventiu i promotor de la salut mental de la ciutadania.

Algunes rendes mínimes, fins i tot generoses com les que s'estan aplicant a Euskadi, estan començant a mostrar les seves limitacions: ja sigui per no combatre bé determinada pobresa, per no evitar caure a *la trampa de la pobresa*, pels diversos i creixents controls administratius, per l'estigmatització, etc. Davant les limitacions i ineficàcies dels sistemes de protecció social tradicionals de lluita contra la pobresa, caldrà valorar també quines repercussions tindrà l'automatització i robotització de la producció en la destrucció de llocs de treball i en la desaparició de determinades ocupacions. Crec, per totes aquestes raons, que en els propers anys caldrà seguir investigant i desenvolupant la necessitat d'un possible repartiment del temps de treball, acompanyat d'una RB, com han vingut defensant alguns autors (Torrens, 2013 i 2014).

També seria convenient poder fer algun experiment similar com els que hem pogut analitzar en aquesta tesi, del tipus de seguiment de guanyadors de loteria o aplicació d'una RB, encara que fos limitada en el temps i amb algun grup de població concret, per tal de poder tenir alguna experiència més local i propera. Les aplicacions d'una RB en els propers anys, encara que siguin experimentals, en algunes ciutats i països d'Europa com Finlàndia, poden ser també experiències prou importants per analitzar el paper d'una mesura d'aquestes característiques en el territori europeu, tant pel que fa a replantejar el sistema actual (caòtic) de prestacions i pensions, com per reduir les desigualtats socials i els seus efectes positius en la salut.

Bibliografia

- Adda, J., Banks, J. i Von Gaudecker, H.M. (2009). The impact of income shocks on health: evidence from cohort data. *Journal of the european economic association*, 7: 1361-1399.
- Adelantado, J. (coord.) (2000). *Cambios en el Estado del bienestar. Políticas sociales y desigualdades en España*. Barcelona: Icaria.
- Adelantado, J. i Calderón, E., (2005). Globalización y estados del bienestar: ¿respuestas semejantes a problemas parecidos? *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 23 (2)
- Adema, W., Fron, P. i Ladaique, M. (2014). How much do OECD countries spend on social protection and how redistributive are their tax/benefit Systems? *International Social Security Review*, 67 (1).
- Adeyi, O. Et al. (1997). Health Status during the transition in Central and Eastern Europe: development in reverse? *Health Policy and Planning*, 12 (2): 132-145.
- Agència d'Informació i Avaluació i Qualitat en la Salut (2011). Informe de Salut de Catalunya. Observatori del sistema de salut de la Generalitat de Catalunya.
- Agència de Salut Pública (2000). *La salut mental a Barcelona*. Ajuntament de Barcelona.
- Agència de Salut Pública (2010). *La salut a Barcelona 2009*. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona.
- Agència de Salut Pública (2014). *La salut a Barcelona, 2014*. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona.
- Alameda-Palacios, J., Ruiz-Ramos, M. i García-Robredo, B. (2014). Suicidio, prescripción de antidepresivos y desempleo en Andalucía. *Gaceta Sanitaria*, 28(4): 309-312.
- Albarracín, J., Montes, P. (1993). El debate sobre el reparto del empleo. *Viento Sur*, 12.
- Alexander, R. (1994). *Darwinismo y asuntos humanos*. Barcelona: Salvat.
- Allen, J., Balfour, R., Bell, R. i Marmot, M. (2014). Social determinants of mental Health. *International review of psychiatry*, 26 (4): 392-407.
- Alonso, L.E. (1998). *La mirada cualitativa en Sociología*. Madrid: Fundamentos.

- Altarriba, L. (2015a). Els “supersous” de l’Ibex-35 augmenten un 15% en dos anys. *El Crític*. Recuperat a: <http://www.elcritic.cat/investigacio/els-supersous-de-ibex-35-pugen-un-15-en-dos-anys-3219>
- Altarriba, L. (2015b). El viacrucis de les malalties cròniques: sense poder treballar i sense pensió d’invalidesa. *El Crític*. Recuperat a <http://www.elcritic.cat/investigacio/el-via-crucis-de-les-malalties-croniques-sense-poder-treballar-i-sense-pensio-dinvalidesa-4468>
- Alvaro, J.L. i Garrido A. (2003). *Psicología social. Perspectivas psicológicas y sociológicas*. Madrid: McGraw Hill.
- Amable, M. (2008). *La precariedad laboral y su impacto en la salud. Un estudio en trabajadores asalariados en España*. Tesis doctoral. Universitat Pompeu Fabra.
- Antentas J.M. i Vivas, E. (2014). Impacto de la crisis en el derecho a una alimentación sana y saludable. Informe SEESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28 (1).
- Apouey B. i Clark A. E., (2014) Winning big but feeling no better? The effect of lottery prizes on physical and mental health. *PSE Working Pappers n2009-09*. <halshs-00566789v2>
- Arcarons, J., Boso, A., Noguera, J. A. i Raventós, D. (2005). *La Renda Bàsica de Ciutadania. Una proposta viable per a Catalunya*. Barcelona: Ed. Mediterrànea. Col·lecció Polítiques núm. 45.
- Arcarons, J., Garganté, S. i Toledano, D. (2013). *Rescatem les persones. Preguntes i respostes sobre la Iniciativa legislativa popular per la Renda Garantida de Ciutadania*. Barcelona: Icaria Asaco.
- Arcarons, J., Raventós, D. i Torrens, Ll. (2013). Un modelo de financiación de la Renta Básica técnicamente factible y políticamente no inerte. Recuperat a: <http://www.sinpermiso.info/articulos/ficheros/RBnoinerte.pdf>
- Arcarons, J., Raventós, D. i Torrens, Ll. (2014a). Feasibility of financing a basic income. *Basic Income Studies*, 9 (1-2): 79-93
- Arcarons, J., Raventós, D. i Torrens, Ll. (2014b). ¿Siete argumentos contra la renta básica? No exactamente. Recuperat a: <http://www.sinpermiso.info/textos/index.php?id=7244>
- Arcarons, J., Domènech, A., Raventós, D. i Torrens, Ll. (2014). Un modelo de financiación de la Renta Básica para el conjunto del Reino de España: sí, se puede y es racional. Recuperat a: <http://www.sinpermiso.info/textos/un-modelo-de-financiacion-de-la-renta-basica-para-el-conjunto-del-reino-de-espana-si-se-puede-y-es>

- Arechederra, J.J., Ayuso, P.P., Choza, J. i Vicente, J., (1995). *Bioètica, Psiquiatria y Derechos Humanos*. Madrid: I.M.& C.
- Aristóteles (2007). *Ética Nicomáquea*. Barcelona: RBA
- Artazcoz, L.(2004) Desigualtats en salut en un marc integrat de gènere, classe social i treball. Tesi doctoral. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona.
- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C. i Cortès, I. (2004). Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *American Journal of public health*. 94 (1)
- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C. i Cortés, I. (2005). Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health. *J. Epidemiol. Community Health* 59: 761-767.
- Artazcoz, L., Escribà, V. i Cortès, I. (2006). El estrés en una sociedad instalada en el cambio. *Gac. Sanit.* 20 (1): 71-80
- Asamblea 15M del barrio del Pilar (2015). Recuperat el 10/08/15 a: <https://barriodelpilar15m.wordpress.com/>
- Asociación Española de Neuropsiquiatria (1995). *Salud mental en el mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Cuadernos técnicos, 1. Madrid.
- Asociación Española de Neuropsiquiatria (2008). Consenso sobre promoción de la salud mental, prevención del trastorn mental y disminució del estigma de la Asociación Española de Neuropsiquiatria. Cuadernos técnicos, 8. Madrid.
- Achotegui, J.(2000). Los duelos de la inmigración. *Jano; psiquiatria y humanidades*. (2) 1:10-14.
- Achotegui, J.(2005). Emigrar en el Siglo XXI: El Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico, Múltiple y Extremo (Síndrome de Ulises). *Mugak*, 32
- Avison, W.R., McLeod J.D. i Pescosolido B.A. (2007). *Mental Health, social mirror*. New York: Ed. Springer.
- Ayala, F. J. (1994). *La naturaleza inacabada*. Barcelona: Salvat Ciencia.
- Ayala, L. i Rodríguez M. (2013). Health-related effects of welfare-to-work policies:evidence from Spain. *Papeles de Trabajo 1*, Instituto de Estudios Fiscales.

- Badcock, Ch. (1995). *Psychodarwinism. The new Síntesis of Darwin and Freud*. Glasgow: Flamingo Harper Collins Publishers.
- Barkow, J., Cosmides L. i Tooby J. (1992). *The adapted mind*. Oxford University Press, New York.
- Barr, B., Taylor-Robinson, D. i Scott-Samuel, A., et al. (2012). Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis, *BMJ*, 345: pàg.e5142
- Barragué, B. (2015). *Renta bàsica y los límites de la distribución*. (Tesi doctoral no publicada). Universidad Autónoma de Madrid.
- Bartoll, X.; Palència L.; Malmusi D.; Suhrcke M. i Borrell C. (2013). The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. *European Journal of Public Health* 1-4.
- Basaglia y otros. (1975). *Psiquiatria, antipsiquiatria y orden manicomial*. Barcelona: Barral.
- Basic Income Gran Pilot Project (2009). *Making the difference. The BIG in Namibia*. Assessment Report. Namibia.
- Bauwens, M. (2010). Namibia's successfull basic income experiment. *P2P Foundation*. Recuperat el 27 de setembre del 2015 a: <http://blog.p2pfoundation.net/namibias-successful-basic-income-experiment/2010/05/10>
- Benach, J. i Muntaner, C. (2005). *Aprender a mirar la salud*. Barcelona: El Viejo Topo.
- Benach, J. i Muntaner, C. (2011, març, 29). Paro, emergencia de salud pública. El desempleo puede multiplicar por siete el riesgo de contraer enfermedades mentales. *El Periódico de Catalunya*. Recuperat a: <http://www.nodo50.org/redrentabasica/descargas/salutrb.pdf>
- Benach, J., Muntaner C., Solar O., Santana V. I Quinlan M. (2010). *Empleo, Trabajo y Desigualdades en Salud: Una visión global*. Barcelona: Icaria Editorial
- Benach, J., Vergara M. i Muntaner C. (2008). Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI. *Papeles* 103.
- Benach, J., Muntaner, C., Tarafa, G. i Vergara, M. (2012). Impacto del informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud cuatro años después. Recuperat a: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol38_5_12/spu12512.htm
- Benach et al. (2012). *La sanidad está en venta*. Icaria: Barcelona.
- Benach, J i Borrell C. (2014). Els determinants socials de la salut a *El preu de la salut. Interessos, classe i model sanitari*. Barcelona: EspaiFàbrica.

- Benach, J., Vives, A., Amable, A., Vanroelen, C., Tarafa, G. i Muntaner, C. (2014). Precarious employment: understanding an emergent social determinant of health. *Annu. Rev. Public Health* 35: 229-53
- Benavides, F.G i Delclos, G. L. (2005). Flexible employment and health inequalities Recuperat a: [Http://jech.bmjournals.com/cgi/content/full/59/9/719](http://jech.bmjournals.com/cgi/content/full/59/9/719).
- Beneduce, R. (2002). Comunicació personal. *Jornades Sexualitat, Immigració i prevenció de la SIDA*. Barcelona, 6 i 7 de juny.
- Beneyto, P. J. (2015). Globalización y trabajo decente. *Revista Estudios y Cultura* 72, 43-48. Madrid: Fundación 1 Mayo.
- Blazer, D.G., Kessler, R.C., McGonagle, K.A., i Swartz, M.S. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the national comorbidity survey. *American Journal of Psychiatry*, 151: 979-986.
- Bleda, J.M. (2005). Determinantes sociales de la salud y de la enfermedad. 1ºPremio Fermín Caballero de Ensayo corto en Ciencias Sociales 2005
- Bloch, S., Chodoff, P. i Grenn, S.A., (edit). (2001). *La ética en psiquiatría*. Madrid: Triacastela.
- Bones K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C. i Obiols, J. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*, 22 (3): 389-395.
- Borrell, C. (1998). *Les desigualtats socials en la salut*. Institut Municipal de Salut Pública. Ajuntament de Barcelona, Barcelona
- Borrell, C. [ca. 2007]. *Las desigualdades sociales en salud: qué son, su relevancia y sus causas*, ponència presentada a Bilbao.
- Borrell, C. i Benach, J. (coord.) (2003). *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Mediterrània.
- Borrell, C. et al. (2008). Inequalities in health by social class dimensions in European countries of different political traditions. *International Journal of Epidemiology*, 1 (11)
- Borrell, C. i Artazcoz, L. (2008). Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gac.Sanit.* 22(5): 465-73

- Boso, A. (2007). ¿Deben los inmigrantes beneficiarse de una Renta Bàsica?: El derecho a existir más allá de las fronteras territoriales”. 1er Premi a la Comunicació del VII simposi de la Xarxa Renda Bàsica-Red Renta Bàsica, 22 i 23 de novembre del 2007, Barcelona.
- Bowlby, J. (1998). *El apego*. Barcelona: Paidós.
- Bowles, J. (2014). The computerisation of European jobs. Recuperat a: <http://bruegel.org/2014/07/the-computerisation-of-european-jobs/>
- Branas, C., Kastanaki, A., Michalodimitrakis, M., *et al.* (2015) The impact of economic austerity and prosperity events on suicide in Greece: a 30-year interrupted time-series analysis. *BMJ open*, 5.
- Brown, P. i Pantelis, C. (2001). Aspectos éticos del tratamiento farmacológico en Bloch, S., Chodoff, P., Green, S.A. (coord.) *La ética en psiquiatría*. Madrid: Triacastela
- Buendía J. (1993). *Estrés y psicopatología*. Madrid: Pirámide.
- Bufill, E. (2004). ¿Los cambios evolutivos explican que la enfermedad de Alzheimer sea exclusivament humana? en Julio Sanjuán, coord., *La Teoría de la evolución y las ciencias de la conducta: el estado de la cuestión* (en prensa).
- Bunge, M. (2012). *Filosofía para médicos*. Barcelona: Gedisa
- Campillo, J.E. (2007). *El mono obeso*. Barcelona: Crítica.
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris: Quadrige, PUF.
- Carey C., Crammond B. i De Leeuw, E. (2015). Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalisme. *International journal for equity in health*, 14:81, 1-8
- Càritas (2007). *Vides trencades. Pobresa i salut precària: una visió des de Càritas*. Barcelona.
- Casassas, D., i Loewe, G. (2001). “Renta Bàsica y fuerza negociadora de los trabajadores”, en Raventós, D. (coord.), *La Renta Bàsica. Por una ciudadanía más libre, más igualitària y más fraterna*. Barcelona: Ariel.
- Casassas, D. (2007) *Filosofía y política de la Renta Bàsica: la experiencia internacional*. Primer Seminario Internacional sobre el Ingreso Ciudadano Universal, México. Recuperat el 25 de juny 2009 a: www.redrentabasica.org

- Casassas, D. (2010). Renta bàsica, acceso al trabajo y emancipación social: reflexiones para un programa de izquierdas. *Revista Sinpermiso*, 7.
- Casassas, D. (2014). La Renta Básica en la revolución democrática. *Sinpermiso*. Recuperat a: <http://www.sinpermiso.info/textos/la-renta-basica-en-la-revolucion-democrtica>
- Cases, N. i Sanjuán, J. (2004). Teoría de la competición social y trastornos afectivos en Julio Sanjuán i C. Jose Cela Conde (coord.) *Darwinismo y Psicopatología*. Madrid: Ars.
- Cases, N. i Sanjuán, J. (2004b). Ansiedad y depresión como extremo de reaccion adaptativas. en Julio Sanjuán i C. Jose Cela Conde (coord.) *Darwinismo y Psicopatología*. Madrid: Ars.
- Catalano, R. (1991). The health effects of economic insecurity. *American Journal of Public Health*, 81 (9).
- CCOO (2014). Informe sobre parcialitat i hores efectives de treball a Catalunya. Novembre 2014, Barcelona.
- Chang, S., Stuckler, D., Yip, P. i Gunnell, D. (2013). Impact of 2008 global econòmic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ* 347. F5239
- Cifuentes, M. E. (2004). Condiciones laborales psicosociales decentes. Cómo pasar de lo valórico a lo operacional. *Ciencia & Trabajo*, 14: 162-173
- Clays et al. (2007). Job stress and depression symptoms in middle aged workers. Prospective results from the Belstress study. *Scandi. J. Work Environ. Health*, 33: 252-259.
- Colino, C. i Del Pino, E. (2013). Los regímenes de bienestar liberales: orgígenes, resultados y cambios a Del Pino, E., Rubio, M. J. (eds.) *Los estados de bienestar en la encrucijada. Políticas sociales en perspectiva comparada*. Madrid: Tecnos
- Comité Económico y Social Europeo (2013). DICTAMEN del Comité Económico y Social Europeo sobre la Renta mínima europea e indicadores de pobreza. SOC/482
- Comisión de las Comunidades Europeas (2005). Libro Verde. *Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*. Bruselas.
- Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España (2010). *Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior. Ministerio de Sanidad y Política Social.

- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2005). *Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud*. Documento de trabajo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Borrador.
- Corrigan, PW. i Watson, AC. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1):16-20
- Contandriopoulos, A. P. (1999). La salud entre las ciencias de la vida y las ciencias sociales, *Ruptures*, 6 (2): 174-191. Universidad de Montreal: Canadá.
- Cortès-Franch, I., Artazcoz, L., Rodríguez-Sanz, M. i Borrell, C. (2004). Desigualdades en la salud mental de la población ocupada. *Gaceta Sanitaria* 18(5): 351-9
- Cortès-Franch, I. i Artazcoz, L. (2009). *Treball i salut a Barcelona*, Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona.
- Cortès-Franch, I. i González, B. (2014). Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectives. Informe SESPAS 2014. *Gaceta sanitaria*, 28 .
- Cosmides, L. i Tooby, J. (2002). Orígenes de la especificidad de dominio: la evolución de la organización funcional, a Hirschfeld, Lawrence A. i Gelman, Susan A. en *Cartografía de la mente. La especificidad de dominio en la cognición y en la cultura*. Vol. 1. Barcelona: Gedisa.
- Costa J. M. (1994). *Manual de Psiquiatría*. Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona.
- Costas, A. (2015, 29 de març). El fatalismo de la desigualdad inevitable. *El País*. Recuperat a: www.caffereggio.net/2015/03/29/el-fatalismo-de-la-desigualdad-inevitable-de-anton-costas-en-el-pais
- Costello, E. J., Erkanli, A., Copeland, W. i Angold, A. (2010). Association of family income supplements in adolescence with development of psychiatric and substance use disorders in adulthood among an American Indian population. *JAMA*, 303(19):1954-1960.
- Crompton, R. (1993). *Clase y estratificación. Una introducción a los debates actuales*. Madrid: Tecnos.
- Dahlgren, G. i Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote equity in health*. Copenhagen: WHO. Regional office for Europe.
- Damasio, A. (2005). *En busca de Spinoza*. Barcelona: Crítica.
- Davey Smith, G. et al. (1996). Socioeconomic differentials in mortality risk among men screened for multiple risk factor intervention trial: I White men. *Am. J. Public Health*. 86: 486-496.

- DDAA (2005): *Estructura social i desigualtats a Catalunya. Volum1. Classes socials, educació, treball i usos del temps*. Fundació Jaume Bofill. Barcelona: Mediterrània
- DDAA (2005): *Estructura social i desigualtats a Catalunya. Volum II. Pobresa, salut, joventut, habitatge i llengua*. Fundació Jaume Bofill. Barcelona: Mediterrània
- Del Pino, E. i Rubio, MJ. (2015). *Los Estados de Bienestar en la encrucijada. Políticas sociales en perspectiva comparada*. Madrid: Tecnos.
- De Waal, F. (2007). *Primates y filósofos. La evolución de la moral del simio al hombre*. Barcelona: Paidós.
- De Wispelaere, J. i Wester, G. (2013). *Is Basic Income Good for Public Health?* [Diapositives de Powerpoint]
- Domènech, A. (2004). *El eclipse de la fraternidad. Una revisión republicana de la tradición socialista*. Barcelona: Crítica.
- Domènech, A. (2006). República y socialismo, también para el siglo XXI. *Sin Permiso*, 1: 17-46.
- Dooley, D., Fielding, J. i Levi, L. (1996). Health and unemployment. *Annual Reviews Public Health*. 17: 449-65.
- Duran, M. A. (1983). *Desigualdad social y enfermedad*. Barcelona: Tecnos.
- Durkheim, E. (1992). *El suicidio*. Barcelona: Akal
- EAPN (2015) El estado de la pobreza, 4 informe. Resumen ejecutivo. 2009-2013. EAPN-España
- Economou, M.; Madianos, M; êppou, L.E., et al. (2013). Major depression in the era of econòmic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *J. Affect Disord*, 145: 308-314
- Ehrenreich, B. (2012). *Sonríe o muere. La trampa del pensamiento positivo*. Turner: Madrid
- Encuesta Nacional de Salud (1989). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo
- Engels, F.[1895] (1977). *La situación de la clase obrera en Inglaterra*. México: Edición de Cultura Popular.
- Esnaola, S., Bacigalupe de la Hera, A., Sanz, E., Martín, U. i Aldasoro, E. (2012). *Las políticas para reducir las desigualdades en salud en Europa*. Osagin Txostenak 2012-3. Vitoria-Gasteiz.
- Esping-Andersen, G. (1993). *Los tres mundos del Estado del Bienestar*. València: Edicions Alfons el Magnanim.
- Espino, A. (2014). Crisis económica, políticas, desempleo y salud (mental). *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(122), 385-404. doi:10.4321/S0211-57352014000200010

- Espino, A.(coord.) (2012). *Vida laboral, estrés y salud mental*. Asociación Española de Neuropsiquiatría, 49
- Espluga, J. (coord.); Boso, A.; Gallego, L.; Martí, J. (2010) *Salut i Joves. Percepcions, pràctiques i polítiques sobre els processos de pèrdua de salut de la joventut a Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Secretaria de Joventut
- Espluga, J., i Boso, A (2014a) “Salut: Entre la satisfacció vital i els impactes de la precarietat sobre la salut de la joventut de Catalunya”. A: P. Serracant (coord.) *Enquesta a la joventut de Catalunya 2012. Vol. 2*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Secretaria de Joventut. Pàgs. 83-116.
- Espluga, J., i Boso, A. (2014b) “¿Por qué las políticas de salud juvenil suelen ser parciales, incómodas y tienden a la invisibilidad?” En: O. Romaní & L. Casadó (coord.) *Jóvenes, desigualdades y salud: vulnerabilidad y políticas públicas*. Tarragona: Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili (Colección Antropología Médica, núm. 13). Pàgs. 369-388.
- Espluga, J. i Caballero, J. (2005). *Introducción a la prevención de riesgos laborales. Del trabajo a la salud*. Barcelona: Ariel.
- Espluga, J., Baltiérrez, J. i Lemkow, L. (2004a) “Relaciones entre la salud, el desempleo de larga duración y la exclusión social de los jóvenes en España”. *Cuadernos de Trabajo Social*, 17: 45-62.
- Espluga, J.; Lemkow, L.; Baltiérrez, J. i Kieselbach, T. (2004b) *Desempleo juvenil, exclusión social y salud. Investigaciones, experiències y acciones institucionales en España*. Barcelona: Icària.
- Eurobarometer (2010). Special Eurobarometer 345. Mental Health. European Commission
- Eurofound (2013). *Quality of employment conditions and employment relations in Europe*, Eurofound: Dublin.
- Eurostat [en línea]. Data de consulta: el 08/09/15. Base de dades disponible a:
www.ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&language=en&pcode=teilm020&tableSelection=1&plugin=1
- Euzéby, A. (2010). Crisi econòmica y protección social en la Unión Europea: más allá de lo evidente. *Revista Internacional de Seguridad Social*, 63(2).

- Evans-Lacko, S., Knapp, M., MacCrone, P., Thornicroft, G. i Mojtabai, R. (2013). The mental health consequences of the recession: economic hardship and employment of people with mental health problems in 27 European Countries. *Plos One*, 8 (7) e69792.
- FADSP (2012). Los efectos del desempleo sobre la salud. Madrid
- Falagas, M.E., Vouloumanou, E.K., Mavros, M.N., et al. (2009). Economic crises and mortality: a review of the literature. *Int.J. Clin. Prac.* 6388: 1128-1135.
- Faulkner, N. (2013). *De los neandertales a los neoliberales*. Barcelona. Pasado y Presente.
- FEANTSA (2006). Informe Anual Europeo. El derecho a la salud es un derecho humano.
- Fehr, E., Gintis, H., Bowles, S. i Boyd, R. (2004). *Moral Sentiments and Material Interests: The Foundations of Cooperation in Economic Life*, Cambridge, Mass: MIT Press
- Fernandez-Rivas, A. i González-Torres, M.A. (2013). The economic crisis in Spain and its impact on the mental health of children and adolescents. *Ecap Journal*, 22: 583-586
- Fishback, P., Haines, M. R. i Kantor, S. (2007). Births, deaths and New Deal relief during the Great Depression. *The review of economics and statistics*, 89 (1): 1-14.
- Foley, R. (1995). *Humanos antes de la humanidad*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Forget, E. (2011). The town with no poverty: the health effects of a Canadian guaranteed annual income field experiment. *Canadian Public Policy-Analyse de politiques*, 37 (3).
- Foucault, M. (2006). *Historia de la locura en la Época clásica vol. 1*. México: FCE.
- Fountoulakis, K. N., Siamouli, M. i Grammatikopoulos, I. A. (2013). Economic crisis-related increased suicidality in Greece and Italy: a premature overinterpretation. *J. Epidemiol. Community Health*, 67 (4): 379-380.
- Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales?* Barcelona: Ariel.
- Freud, S. (1975). *Compendio de Psicoanálisis*. En Freud, S. *Obras completas*, vol. 5. Barcelona: Biblioteca Nueva.
- Frey C. B. i Osborne, M. A. (2013). The future of employment: How susceptible are jobs to computerisation? Recuperat a: www.robots.ox.ac.uk
- Fulford, K.W.M. (2001). Filosofía analítica, neurociencias y concepto de trastorno a Sydney Bloch, Paul Chodoff, Stephen A. Green (edit). *La ética en psiquiatría*. Madrid: Triacastela.

- Fundació Caixa Catalunya (2009). *Informe de la inclusió social a Espanya*, Barcelona: Fundació Caixa Catalunya.
- Fundació Congrés Català de Salut Mental (2013). *Quina crisi estem patint, com afecta la salut i com ens en sortirem?* Document de síntesi. DDAA.
- Fundació Jaume Bofill. (2002). *Les desigualtats socials en salut a Catalunya*. Barcelona: Informe del Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris i la Fundació Jaume Bofill.
- Fundación 1º Mayo (2015). *Hisparómetro*. Madrid
- Fundació Víctor Grífols (2014). *Ética y salud pública en tiempos de crisis*, 32. Barcelona.
- Gabriel, P. i Liimatainen, M-R. (2000). *World Social Security Report 2010/2011: providing coverage in the time of crisis and beyond*, Ginebra: International Labour Organization.
- Galbraith, James K. (2012). *Inequality and Instability. A Study of the World Economy Just Before the Great Crisis*, Oxford: Oxford University Press.
- García, B. (2007). ¿Dónde se encuentra la prevención y promoción de la salud mental en el momento actual?. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 27(100): 355-365.
- García-Gómez, P., Hernández-Quevedo, C. i López-Nicolás, A. (2008). Renta absoluta y renta relativa: ¿Cuál es su papel en la determinación de las desigualdades en salud? a M. Rodríguez, R. Urbanos (ed.). *Desigualdades sociales en salud*. Barcelona: Elsevier Masson.
- García del Pozo, J. Et al. (2004). Utilización de ansiolíticos e hipnóticos en España (1995-2002), *Revista Española de Salud Pública*, 78 (3).
- Gardner, J. i Oswald, A. J. (2006). Money and Menatl Wellbeing: A Longitudinal Study of Medium-Sized Lottery Wins. No 754, *Warwick Economic Research Papers*, Department of Economics, The University of Warwick.
- Garzón, E. (2015). *La experiència francesa en reducció de la jornada laboral*. Recuperat de: <http://www.attac.es/2015/09/12/la-experiencia-francesa-en-reduccion-de-la-jornada-laboral/>
- Gazzaniga, M.S. (2010). *¿Qué nos hace humanos?* Barcelona: Paidós.
- Generalitat de Catalunya (2006) *Pla Director de Salut Mental i Addiccions de Catalunya*. Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut. Barcelona.

- Generalitat de Catalunya (2010). *Estudi de costos i càrrega de la depressió a Catalunya*. (CostDep-2006). Departament de Salut. Barcelona
- Generalitat de Catalunya (2015a). *Catalunya i l'agenda social de futur*. Consell assessor de polítiques socials i familiars. Barcelona
- Generalitat de Catalunya (2015b). *Mapa de prestacions socials de Catalunya*. Departament de Benestar Social i Família. Barcelona
- Generalitat de Catalunya (2015c). *Protecció social*. Recuperat el 8/09/15 a: http://observatoriempresaiocupacio.gencat.cat/ca/obs_ambits_tematicos/obs_proteccio_social/
- Generalitat de Catalunya (2015d). *Determinants de la salut i equitat*. Recuperat el 3/10/15 a: http://salutpublica.gencat.cat/ca/promocio_salut/determinants_de_salut/
- GESOP(2015 juliol). *L'omnibús del Gesop*. Recuperat el 4/10/15 a: http://www.redrentabasica.org/rb/wpcontent/uploads/2015/07/1028_O%CC%80M_NGESOP_Estiu15_XRB_Informe.pdf
- Gestha (2013). La desigualdad en tiempos de crisis: hombre rico, hombre pobre. *El País*. Recuperat:<http://elpais.com/descargables/2013/12/31/140d86dde665dbbb044f5f24054f0ec5.pdf>
- Gili, M.; Roca, M.; Sanjay, B.; Mackee, M. i Stuckler, D. (2012). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centre, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health*, 1-5
- Giner, S. et al (1998). *Diccionario de Sociología*. Madrid: Alianza editorial.
- Gintis, H. (2000). Strong Reciprocity and Human Sociality. *Journal of Theoretical Biology* 206 (2): 169–179. doi:10.1006/jtbi.2000.2111
- Gintis, H. i Bowles, S. (2011). *A Cooperative Species: Human Reciprocity and Its Evolution*, Princeton, N.J: Princeton University Press
- Glennerster, H., Bradshaw, J., Lister, R. i Lundberg, O. (2009). Reducing the risks to Health: the role of social protection report of the social protection task group for the strategic review of Health inequalities in England post 2010. *Centre for analysis os social exclusion*, 139. London School of economics.

- Glonti, K., Gordeev, V., Goryakin, Y., Reeves, A., Stuckler, D., Mackee, M. i Roberts, B. (2015). A systematic review on health resilience to economic crises. *Plos One* 10 (4).
- Goffman, E. (1970). *Estigma. La imagen deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- González, H. i Pérez, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Grant, M., Bird, C. i Marno, P., (2012). Health inequalities and determinants in the physical urban environment: evidence briefing. *Working paper*. University of the West of England: Bristol.
- Guimón, J. (2007). *El diagnóstico psiquiátrico no categorial*. Bilbao: OMEditorial
- Gutiérrez, A. (2015) Salir del fiasco socio-liberal para revitalizar el socialismo a Bunge, M, Gabetta, C. (comps.) *¿Tiene porvenir el socialismo?* Barcelona: Gedisa.
- Gwatkin, D. R. (2000). Health inequalities and the health of the poor: What do we Know? What can we do? *Butlletin of the World Health Organization*, 78 (1).
- Harnecker, M. (1975). *Los conceptos elementales del materialismo histórico*. Madrid: S. XXI
- Haro, JM., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., et al. (2006). Prevalence of mental disorders and associated factors: Results from the ESEMeD-Spain Study. *Medicina Clínica*, 126: 445-451.
- Harper, S., King NB., Meersman SC., Reichman ME., Breen N. i Lynch J. (2014). Juicios de valor implícitos en la medición de las desigualdades en salud. *Revista Panamericana de Salud Pública* 35(4).
- Haushofer, J. (2014). The price of poverty. *Foreign affairs*, july 15.
- Hempstead, K. i Phillips, J. (2015). Rising suicide among adults aged 40-64 years. The role of job and financial circumstances. *American Journal of Preventive Medicine*
- Honkonen, T. Et al. (2007). Employment status, mental disorders and service use in the working age population, *Scandinavian Journal of work, Environment & Health*, 33 (1): 29-36.
- Horwitz, A. V. (2002). *Creating mental illness*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Horwitz, A. V. (2008). Classical Sociological Theory, Evolutionary Psychology and Mental Health a Avison W.R., McLeod J.D., Pescosolido B.A. a *Mental Health, social mirror*. New York: Ed. Springer.

- Houtman, I., Jettinghoff, K. i Cedillo, L. (2008). Sensibilizando sobre el estrés laboral en los países en desarrollo. Un riesgo moderno en un ambiente tradicional de trabajo: consejos para empleadores y representantes de los trabajadores. *Protección de la salud de los trabajadores*, 6. Organización Mundial de la Salud
- Husson, M. (2013) la disminució de los salarios en el origen de la crisi *Sinpermiso*. Recuperat el 10/09/2015 a: http://www.sinpermiso.info/sites/default/files/textos/5sp_husson_salarios3.pdf
- Institut de Drets Humans de Catalunya (IDHC) (2004). projecte de Carta de Drets Humans Emergents. Els Drets Humans en un món globalitzat. Barcelona.
- INSHT (2004). V Encuesta Nacional de condiciones de trabajo, Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Institut Municipal de Salut Pública (2002). *La salut dels immigrants estrangers*. (Informe 2000) Barcelona.
- Instituto de Salud Pública de Madrid (2005). Informe final ESCM05. Madrid.
- Isern, LL., Fernandez de Sammamed, M.J., Moya, J., Codina, J. *et al* (2013). Quina crisi estem patint, com afecta la salut i com ens en sortirem? Document de síntesi, GT1. Fundació Congrés Català de Salut Mental.
- Jané-Llopis, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria*, 24 (89): 67-77
- Jané-Llopis, E. i Anderson P. (2006). *Mental Health promotion and mental disorder prevention across European member status: a collection of country stories*. Luxembourg: European Communities.
- Jarne, A. i Talarn, A. (2012). *Manual de Psicopatología clínica*. Barcelona: Paidós.
- Jung, C. G. (1970). *Arquetipos e inconsciente colectivo*. Buenos aires: Paidós.
- Kandel, E.R. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. *American journal of psychiatry*, 155: 457-469.
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., Mackenbach, J. i Mackee, M. (2013). Financial crisis, austerity, and Health in Europe. *The Lancet*. Health in Europe 7.

- Karsten, I.P., Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior* 74: 264-282
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Reeves, A., Mackee, M. i Stuckler, D. (2014). Greece's health crisis: from austerity to denialism. *Lancet* 383: 748-53.
- Kenworthy, L. (2015, març). Is income inequality harmful? *The Good Society*. [Entrada de blog]
- Kieselbach, T. Ed (2000). Youth unemployment and health. A comparison of Six European Countries. *Psychology of social Inequality*, 9. Yuseder Publications, no. 1. Leske + Budrich. Germany.
- Kivimäki et al. (2002). Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *BMJ* 325: 857-860
- Korpi, W. i Palme, J. (1998). The paradox of redistribution and strategies of equality: ewlfare State institutions, inequality and poverty in Western Countries. *American Sociological Review*, 63 (5): 661-687.
- Krieger, N. (2002). Glosario de epidemiología social. *Rev. Panam. Salud Pública* 11: 480-490
- Kuznets, S. (1955). Economic growth and inequality. *American Economic Review* 45: 1-28
- Lajer, M. (1982). Unemployment and hospitalization among bricklayers. *Scand J Soc Med*.
- Lambeck, F. (2010). Alemania: el número de enfermos se duplica entre los desempleados, *SinPermiso*, Recuperat el 23/05/14 a: <http://www.sinpermiso.info/textos/alemania-el-numero-de-enfermos-se-duplica-entre-los-desempleados>
- La Parra, D. (2002). *La atención a la salud en el hogar: desigualdades y tendencias*. Universidad de Alicante.
- Lehtinen, V., Solhman, B. i Kovess-Masfety, V. (2005). Level of positive mental health in the European Unio: results from the Eurobarometer 2002 survey. *Clinical practice and Epidemiology in mental health* 1 (9).
- Levy, B. S. i Sidel, W.V (2009). Crisis económica y salud pública. *Medicina Social*. 4(2).
- Lewontin, R. C., Rose, S. i Kamin, L. J. (2003). *No está en los genes*. Barcelona: Crítica.
- Lieberman, D. (2013). *La historia del cuerpo humano*. Barcelona: Ediciones de Pasado y Presente, S.L.
- Lynch J., Davey Smith G., Kaplan G. A. i House James S. (2000). Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ*, 320: 1200-4

- Lopez Bernal, J. A., Gasparrini, A., Artundo, C.M. i Mackee, M. (2013). The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. *European Journal of Public Health*, 1-5.
- López, N. (2007). *La dinámica de la evolución humana*. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra.
- López, J.M. i Terrada M.L. (2000). *Introducción a la medicina*. Barcelona: Crítica.
- López, S., Garrido, F. i Hernández, M. (2000). Desarrollo histórico de la epidemiología. Su formación como disciplina científica. *Salud pública de México*, 42 (2): 133-143
- Luengo, F. (2015). ¡Basta ya de engaños con las cuentas públicas! Recuperat a: <http://www.sinpermiso.info/textos/la-renta-basica-ante-las-elecciones-del-20d-una-oportunidad-perdida>
- Lundberg, O., Aberg Yngwe, M., Bergqvist, K., i Sjöberg, O. (2014). DRIVERS final scientific report: the role of income and social protection for inequalities in health, evidence and policy implications. Report produced as part of the 'DRIVERS for Health Equity' project, <http://health-gradient.eu/> Stockholm: Centre for Health Equity Studies.
- Mackee, M., Karanikolos, M., Belcher, P. i Stuckler, D. (2012). Austerity: a failed experiment on the people of Europe. *Clinical Medicine* 12(4): 346-50
- Magdoff, F. i Bellamy Foster, J. (2015). La difícil situación de la clase obrera en los Estados Unidos. *Monthly Review. Selecciones en castellano*, 1.
- Malmusi, D., Vives, A., Benach, J. i Borrell, C., (2014). Gender inequalities in health in the intersection of social class: exploring the contribution of socioeconomic conditions. *Global Health Action*. <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v7.23189>
- Malmusi, D. i Gotsens, M., (coordinadores), (2014). Estado de salud, determinantes y uso de servicios de la población inmigrada en España. Encuestas Nacionales de Salud 2006 y 2012. CIBERESP.
- Malo, P. (2015). Psicología positiva para los parados. *Vientosur*. Recuperat de: <http://vientosur.info/spip.php?article10504>
- Mani, A., Mullainathan, S., Shafir, E. i Zhao J.,(2013). Poverty impedes cognitive function. *Science* 341
- Marmot, MG (2004). *The Status Syndrome*. New York: Owl Books.

- Marmot, MG et al. (1984). Inequalities in death- specific explanations of a general pattern? *Lancet*. 1003-6
- Martí, O. (1995). *Introducció a la medicina social*. Barcelona: ICESB.
- Martínez, A.; Vergara, M.; Benach, J. i Tarafa, G. I Grup de treball sobre l'impacte de la privatització de la sanitat a Catalunya (2014). *Convertir la sanitat en un negoci. Els processos de privatització i mercantilització de la sanitat a Catalunya i els seus efectes en la salut i la desigualtat*. Barcelona: Icaria.
- Martos, A. (2004). *Los errores del alma*. Madrid: McGraw-Hill.
- Marx, A. i Peeters, H. (2004). Win for life. What, if anything, happens after the introduction of a Basic Income? *Workshop 10th Basic Congress*, Barcelona.
- Marx, C. (1992). *Manuscritos económicos-filosóficos de 1844*. Barcelona: Grijalbo.
- Mackee, M., et al. (2005). The composition of surrogate alcohols consumed in Russia. *Alcoholisme: Clinical and experimental Research*. 29 (10): 1884-1888
- Mckeown, T. (2006). *Los orígenes de la enfermedades humanas*. Madrid: Triacastela.
- McLaughlin, K.A.; Standish, K.; Abrans, R.C., et al. (2012). Home foreclosure and risk of psychiatric morbidity during the recent financial crisis. *Psychol. Med.* 42: 1441-1448.
- Mechanic, D. (1999). Mental health and mental illness a *The sociology of mental health and illness*. Ed. By Horwitz A.V, Scheid T.L. United Kingdom: Cambridge University Press.
- Meltzer, H.; Bebbington P.; Brugha T.; Farrell M. i Jenkins R. (2012). The relationship between personal debt and specific common mental disorders. *European Journal of Public Health*, 23 (1): 108-113.
- Meltzer, H., Gill, B., Peticrew, M., et al. (1995). *OPCS Surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain: 1995*. London: HMSO.
- Mesa, P. J. (1999). *Fundamentos de Psicopatología general*. Madrid: Piràmide.
- Míguel, F. i col.l. (1996). *Desigualtat i canvi. L'estructura social contemporània*. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Milner, A., Page, A. i LaMontagne, A.D. (2013). Long-Term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. *Plos-One* 8 (1) e51333.

- Mineiro, J. (2015). Desigualdades: cinco aspectos del problema europeo vistos desde Portugal. *Sinpermiso*. Recuperat el 27/07/15 <http://www.sinpermiso.info/articulos/ficheros/10portu.pdf>
- Mingote, J.C. et al. (2011). El trabajador con problemas de salud mental. Pautas fgenerales de detección, intervención y prevención. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(1): 1-262.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2003). *Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo*, Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2010). *Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo*, Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Centro de Publicaciones.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios) (2007). *Uso de Benzodiazepinas en España (1992-2006)*, Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2010). *Hacia la equidad en salud: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud*. Informe independiente de expertos comisionado por la Presidencia Española de la UE.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). *El Sistema público de Servicios sociales. Informe de rentas mínimas de inserción. Año 2013*. Madrid.
- Modreck, S., Stuckler, D., Mackee, M., Cullen, M. R. i Basu, S. (2013). A review of health consequences of recessions internationally and a synthesis of the US Response during the Great recession. *Public Health Reviews*, 35 (1)
- Mora, F. (2001). *El reloj de la sabiduría*. Madrid: Alianza.
- Mora, F. (2004). *¿Enferman las mariposas del alma?* Madrid: Alianza.
- Moreno, G. (2003). *Trabajo y ciudadanía. Un debate abierto*. Vitoria-Gasteiz: Ararteko.
- Moreno, L. i Marí-Klose, P. (2013). Las transformaciones del Estado de bienestar mediterráneo: trayectorias y retos de un régimen en transición a Del Pino, E., Rubio, M. J. (eds.) *Los estados de bienestar en la encrucijada. Políticas sociales en perspectiva comparada*. Madrid: Tecnos.
- Mosterín, J. (2006). *La naturaleza humana*. Madrid: Espasa Calpe.

- Moya, J.(1999). La salud mental en el siglo XXI. Una reflexión sobre el porvenir del malestar psíquico en el marco de las transformaciones sociales. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 19 (72): 693-702
- Mundó, J. (2006). Filosofía, ciencia social y cognición humana: de la *folk psychology* a la psicología evolucionaria. *Papers: Revista de Sociología*. 80: 257-281
- Mundó, J. i Raventós, D.(2000). Fundamentos cognitivo-evolucionarios de las ciencias sociales. *Revista Internacional de Sociología*. 25: 47-74.
- Muntaner, C., Eaton, WW, Diala, CC., Kessler, RC. i Sorlie, PD.(1998). Social class, assets, organizational control and the prevalence common groups of psychiatric disorders. *Soc. Sci. Med* . 47:2043-53
- Muntaner, C. i Lynch, J.(1999). Income inequality, social cohesion and class relations: a critique of wilkinson's neo-Durkheimian research program. *Int J Health Serv*. 29: 59-81
- Muntaner, C., Eaton, W. i Diala, Ch. (2000) Social Inequalities in Mental Health: a review of concepts and underlying assumptions. *Health*. 4: 89-113
- Muntaner, C., Borrell, C., Benach, E., Pasarin, I. i Fernandez, E. (2003). The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population. *Internacional Journal of Epidemiology*. 32: 950-958
- Muntaner, C., Eaton, W., Miech, R. i O'Campo, P. (2004). Socioeconomic position and major mental disorders. *Epidemiologic Reviews*. 26: 53-62. Oxford University Press.
- Muntaner, C., Borrell, C. i Chung, H. (2008): Class Relations, Economic Inequality and Mental Health: Why Social Class Matters to the Sociology of Mental Health a Avison W.R., McLeod J.D., Pescosolido B.A. (2008): *Mental Health, social mirror*. New York. Ed. Springer.
- Murali, V. i Oyebode, F. (2004). Poverty, social inequality and mental health. *Advances in Psychiatric Treatment*. 10: 216-224
- Mur de Vié, C. (2012). Trabajo, estrés y Sociedad actual a Espino, A., (coord.). *Vida laboral, estrés y salud mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Musto, D.F. (2001). Perspectiva histórica a *La ética en Psiquiatría* a Sydney Bloch, Paul Chodoff, Stephen A. Grenn (edit). Madrid: Triacastela.

- Navarro, J. (22 de juny 2011). Gràfic Index de Gini a Espanya (1973-2010) Recuperat el 26/09/15 a: <http://www.elblogsalmon.com/>
- Navarro, V. i Benach J. (1996). *Desigualdades sociales en la salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Navarro, V. i Shy L. (2001). The political context of social inequalities and health. *Soc Sci Med.* 52: 481-491
- Navarro, V. (2012). El error de las políticas de austeridad, recortes incluido, en la sanidad pública. *Gaceta sanitaria* 26(2): 174-175
- New economics Foundation (2010). 21 hours. Why a Shorter working week can help us all to flourish in the 21st century. London.
- Nesse, R.M. i Williams G.C. (2001). *¿Por qué enfermamos?* Barcelona: Grijalbo Mondadori.
- Noble, K.G. (2015). Los efectos de la pobreza sobre el desarrollo cerebral en la infancia. *Sinpermiso*. Recuperat a: <http://www.sinpermiso.info/textos/los-efectos-de-la-pobreza-sobre-el-desarrollo-cerebral-en-la-infancia>
- Noguera, J. A. (2001). Renta bàsica y el principio contributivo a Raventós, D. (coord.): *La Renta Bàsica. Por una ciudadanía más libre, más igualitària y más fraterna*. Barcelona: Ariel.
- Nogués, R. M. (2003). *Sexo, cerebro y género*. Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer i Paidós.
- Nordt, C., Warnke, I., seifritz, E. i Kawohl, W. (2015). Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000-11. *Lancet Psychiatry* 2: 239-45.
- Norström, T. i Grönquist, H. (2014). The Great Recession, unemployment and suicide. *J. Epidemiol Community Health*, 2014 (0): 1-7
- Nowak, M. (2012). *Supercooperadores. Las matemáticas de la evolución, el altruismo y el comportamiento humano*. Barcelona: Ediciones B.
- Nussbaum, M. (2007). *Las fronteras de la justicia*. Barcelona: Paidós.
- Observatori del sistema de salut a Catalunya (2014). Determinants socials i econòmics de la salut. Efectes de la crisi econòmica de la salut de la població a Catalunya.. Barcelona. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Generalitat de Catalunya.

- Observatori del Sistema de Salut de Catalunya (2015). Central de Resultats. Àmbit de salut mental i d'addicions. Dades 2014. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
- OECD (2014). Social Expenditure Update-Social spending is falling in some countries, but in many others it remains at historically high levels. Recuperat el 22/08/15 a: www.oecd.org/social/expenditure.htm
- OECD (2015). Todos juntos ¿Por qué reducir la desigualdad nos beneficia?...en España.
- O'Campo P., Molnar, A., Ng, E., Renahy, E., Mitchell, C., Shankardass, K., et al.. (2015). Social welfare matters: a realist review of when, how, and why unemployment insurance impacts poverty and health. *Social Science & Medicine* 132: 88-94.
- O'Hara, P. (2005). *Creating social and health equity*. Canadà: Edmonton Social Planning Council.
- Olshansky, J., et al. (2012). Differences in life expectancy dueto race and educational differences are widening, and maynot catch up. *Health Affairs* 31(8): 1803-10
- OMS (2001). *Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra.
- OMS (2001)b. *Proyecto de política de salud mental. Paquete de orientación sobre política y servicios*. Ginebra.
- OMS (2002). 55ª Asamblea Mundial de la Salud. 11 de abril de 2002. *Salud mental: respuesta al llamamiento a favor de la acción*. Informe de la secretaría. Ginebra.
- OMS (2003). *Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados*. Ed. Richard Wilkinson y Michael Marmot. Edición española, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- OMS (2004). *Promoción de la Salud Mental*. Informe compendiado. Ginebra.
- OMS (2005). *Política, planes y programas de salud mental (versión revisada)*. Ed. En español per Edimsa. Ginebra
- OMS (2005b). Declaración Europea de Salud Mental. Conferencia ministerial de la OMS para la Salud Mental, Helsinki 12 al 15 Enero de 2005
- OMS (2008). *Closing the gap in a generation. Health equity through action on social determinants of health*. Ginebra.

- OMS (2008b). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Comisión sobre los determinantes sociales de la Salud. Ginebra.
- OMS (2011). *Impact of economic crises on mental Health*. Ginebra.
- OMS (2013). *Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020*. Ginebra.
- Ortiz, L. Et al. (2007). Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cad. Saude Pública*. 23(6): 1255-1272.
- Ortún, V. (2000). Desigualdad y salud. *Política y sociedad*, 35: 65-71
- OXFAM (2014). *Iguales. Acabemos con la desigualdad extrema. Es hora de cambiar las reglas*. Oxfam internacional.
- OXFAM (2015). *Europa para la mayoría, no para las élites*. Informe de Oxfam 206. Recuperat el 29/09/15 a: https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/file_attachments/bp206-europe-for-many-not-few-090915-es_0.pdf
- Palier, B. (2013). El régimen de bienestar continental: de un sistema congelado a las reformas estructurales a Del Pino, E., Rubio, M. J. (eds.) *Los estados de bienestar en la encrucijada. Políticas sociales en perspectiva comparada*. Madrid: Tecnos.
- Palomino, P., Grande ML i Linares A. (2014). La salud y sus determinantes. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología* 72 (1): 71-91
- Palomo, L. (2005). Fundamentos de la globalización y de sus efectos sobre la salud. *Globalización y salud*. VVAA.. Madrid: FADSP.
- Parés-Badell, O., Barbaglia, G., Jerinic, P., Gustavsson, A., Salvador-Carulla, L. i Alonso, J. (2014). Cost of disorders of the brain in Spain. *Plos One*, DOI: 10.1371
- Parkar, SR., et al. (2003). Contextualizing mental health: gendered experiences in a Mumbai Slum. *Anthropology and Medicine*.
- Parra, M. (2004). Promoción y Protección de la Salud Mental en el Trabajo. Análisis Conceptual y Sugerencias de Acción. *Ciencia & Trabajo* 14: 153-161.
- Parreño, E. (2015). Crisi i salut mental: retrat d'una societat ferida. CRITIC. Barcelona

- Pérez, F., Cucarella, V. i Hernández, L., (2015). Servicios públicos, diferencias territoriales e igualdad de oportunidades. Bilbao: Fundación BBVA.
- Pérez, R. (2006). *Desigualdades en salud por clase social y política sanitaria. Las Encuestas de Salud de Cataluña (1994-2002)* (Tesis doctoral). Departament de Sociologia. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Piccinelli, M., i Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. *British Journal of Psychiatry*. 177: 486-492.
- Pickett, K. E. i Wilkinson, R.G. (2015). Income inequality and health: a causal review. *Social Science & Medicine*, 128: 316-326.
- Piketty, T (2014). *El capital en el siglo XXI*. Méjico: FCE.
- Pinilla, R. (2004). *La renta bàsica de ciutadania. Una proposta clau per a la renovaci3n del Estado de Bienestar*. Barcelona: Icaria M3s Madera.
- Pinilla, R. I Sanzo, L. (2004). La renta bàsica. Para una reforma del sistema fiscal y de protecci3n social. *Documento de Trabajo*. 42. Madrid: Fundaci3n Alternativas,
- Pinker, S. (1997). *C3mo funciona la mente*. Barcelona: Destino.
- Pinker, S. (2003). *La tabla rasa*. Barcelona: Paid3s.
- Pisarello, G. i de Cabo, A. (2006). *La renta bàsica como nuevo derecho ciudadano*. Madrid: Trotta.
- Porter, R. (2003). *Breve historia de la locura*. Madrid: Fondo de cultura econ3mica.
- Porth3, V. Amable M. i Benach J. (2007): La precariedad laboral y la salud de los inmigrantes en Espa3a: ¿qu3 sabemos y qu3 deber3amos saber?. *Arch.Prev. Riesgos labor*. 10 (1): 34-39
- Pou, Ll. i Negueruela, E. (2015). El sistema de prestaciones por desempleo: ni generoso, ni inclusivo ni adaptado a nuestra realidad laboral. *Nuevatribuna.es* 17/04/15
- Powdthavee, N., Boyce, C.J. i Wood, A.M., (2011). Can money change who we are? Estimating the Effects of Unearned Income on Measures of Incentive-Enhancing Personality Traits, *IZA Discussion Paper No.6131*
- Price, J.(1967). The dominance Hierarchy and the evolution of mental illness. *Lancet*, 29: 243-6
- Putnam, R.D. (2002). *Solo en la bolera: colapso y resurgimiento de la comunidad americana*. Barcelona: Galaxia Gutemberg.

- Puyol, À. (1999). *Justícia i Salut. Ètica per al racionament dels recursos sanitaris*. Universitat Autònoma de Barcelona
- Ramos, F. (2003). *Autorealización y Trabajo*. Tesis doctoral. Universitat de Barcelona.
- Raventós, D. (1999). *El derecho a la existencia*. Barcelona: Ariel.
- Raventós, D. (coord.) (2001). *La Renta Bàsica. Por una ciudadanía más libre, más igualitèria y más fraterna*. Barcelona: Ariel.
- Raventós, D. (2007). *Las condiciones materiales de la libertad*. Barcelona: El Viejo Topo.
- Raventós, D. (2014). La crisis económica, la existencia material garantizada y una propuesta provocadora. *Gazeta de Antropología*. 30 (2)
- Raventós, D. i Casassas, D. (2003). La Renta Bàsica y el poder de negociación de los que viven con permiso de otros. *Revista internacional de Sociología* 34: 187-201.
- Raventós, D. i Raventós, S. (2013a). La Renta garantizada de ciudadanía y la Renta Bàsica. *Sinpermiso*. Recuperat a: <http://www.sinpermiso.info/textos/la-renta-garantizada-de-ciudadania-y-la-renta-basica>
- Raventós, D. i Raventós, S. (2013b). La Renta Garantizada de ciudadanía consigue más de 120.000 firmas en Cataluña. Y algunos datos increíbles del IRPF. *Sinpermiso*. Recuperat a: <http://www.sinpermiso.info/textos/la-renta-garantizada-de-ciudadania-consigue-mas-de-120000-firmas-en-cataluna-y-algunos-datos>
- Raventós, D. i Raventós, S. (2014). La confusión va en aumento: ¿rentas mínimas, rentas garantizadas, renta bàsica? *Sinpermiso*. Recuperat a: <http://www.sinpermiso.info/textos/la-confusion-va-en-aumento-rentas-minimas-rentas-garantizadas-renta-basica>
- Raventós, D. i Wark, J. (2014). La idea de la Renta Bàsica echa raíces: ¿Dinero gratis para todos? ¡Parece mentira! *Sinpermiso*. Recuperat a: <http://www.sinpermiso.info/textos/la-idea-de-la-renta-basica-echa-raices-dinero-gratis-para-todos-parece-mentira>
- Raventós, D. i Wark, J. (2015a). El debate de la Renta Bàsica: aspectos políticos, filosóficos y económicos. *Sinpermiso*. Recuperat a: <http://www.sinpermiso.info/textos/index.php?id=8292>

- Raventós, D. i Wark, J. (2015b). Un informe, una encuesta, unos mitos y un proverbio. *Sinpermiso*. Recuperat a: <http://www.sinpermiso.info/textos/un-informe-una-encuesta-unos-mitos-y-un-proverbio>
- Raventós, S. (2005). Qué podría suponer una Renta básica para las personas con enfermedad mental? Comunicació presentada al V Simposi de la Renda Bàsica el 20-21 d'octubre del 2005 a València.
- Raventós, S. (2007). Noves propostes pels nous reptes en salut mental: La Renda Bàsica de ciutadania. Ponència presentada al VII Simposi de la Renda Bàsica el 21-22 de novembre del 2007 a Barcelona.
- Raventós, S. (2008). Desigualdades que matan. *Sinpermiso*. Recuperat a: <http://www.sinpermiso.info/textos/index.php?id=2670>
- Raventós, S. (2009). Las políticas de prevención y promoción de la salud mental son sólo una declaración de intenciones, *Sinpermiso*. Recuperat a: <http://www.sinpermiso.info/textos/index.php?id=2670>
- Raventós, S. (2010). Crisis, salud mental y renta bàsica. A Casassas D., Raventós D. (Eds). *La Renta Bàsica en la era de las grandes desigualdades*. Barcelona: Montesinos
- Raventós, S. (2011). Los más pobres ahora en el punto de mira del gobierno de Catalunya. Recuperat a: <http://www.sinpermiso.info/textos/los-ms-pobres-ahora-en-el-punto-de-mira-del-gobierno-de-catalunya>
- Raventós, S. (2012). Los causantes y algunos gestores políticos de la crisis son en buena parte responsables de los suicidios derivados de la misma. Entrevista. Recuperat a: <http://www.sinpermiso.info/textos/los-causantes-y-algunos-gestores-politicos-de-la-crisis-son-en-buena-parte-responsables-de-los>
- Raventós, S. (2013a). ILP por una Renta Garantizada de ciudadanía. *VientoSur*. Recuperat a: <http://www.vientosur.info/?article7825>
- Raventós, S. (2013b). La ILP por una Renta Garantizada de Ciudadanía y la Renta Bàsica. *VientoSur*. Recuperat a: <http://www.vientosur.info/?article8027>
- Read, J., Mosher, L.R. i Bentall, R.P. (eds.) (2006). *Modelos de locura*. Barcelona: Herder.
- Regidor, E. (coord.) (2002). *Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del siglo XX*. Murcia: Universidad de Alicante.

- Reeves, A., Mackee M., Gunnell D., Chang, S., Basu, S., Barr, B. Et al.(2014). Economic shocks, resilience, and male suicides in the Great Recession: cross-national analysis of 20 EU countries. *The European Journal of Public Health*: 1-6
- Reeves, A. Mackee, M., Mackenbach, J., Whitehead, M. i Stuckler, D. (2014). Introduction of a national minimum wage reduced depressive symptoms in low-wage workers: a natural experiment in the UK. *The European Journal of Public Health*, 24(2)
- Reeves, A., Mackee, M. i Stuckler, D. (2014). Economic suicides in the Great Recession in Europe and North America. *The British Journal of Psychiatry* 1-2.
- Rey, J.L. (2015). ¿La Renta Básica ante las elecciones del 20D: una oportunidad perdida? Recuperat a: <http://www.sinpermiso.info/textos/la-renta-basica-ante-las-elecciones-del-20d-una-oportunidad-perdida>
- Riddley, M. (2003). *Què nos hace humanos*. Madrid: Taurus
- Riumallo-Herl, C., Basu, S., Stuckler, D., Courtin, E. i Avedano, M. (2014). Job loss, wealth and depression during the Great Recession in the USA and Europe. *International Journal of Epidemiology*, 2014: 1-10.
- Rodríguez, A. i Sobrino, T. (1997). La evolución de la atención al enfermo mental crónico: la reforma psiquiàtrica y el desarrollo de la atención comunitaria. En Rodríguez, A. et al. *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Piràmide.
- Rodríguez, A. i Aparicio, A.(2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 23(101): 43-83
- Rodríguez, E. (2001). Keeping the unemployed healthy: the effect of means-tested and entitlement benefits in Britain, Germany, and the United States. *American Journal of public Health*, 91 (9): 1403-1411
- Rodríguez-Marín, J. (1992). Estrategias de afrontamiento y salud mental. En Álvaro José L. et al. *Influencias sociales y psicológicas en la salud mental*. Madrid: Siglo XXI.
- Rodríguez Pulido, F., Desviat Muñoz, M. i Vázquez-Barquero, J.L. (1997). *Psiquiatria Social y Comunitaria (I)*. Las Palmas: ICEPSS Editores.
- Rof Carballo, J. (1972). *Biología y psicoanàlisis*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Rojo, J. E. (1995). Estructuración del conocimiento en psiquiatra. Julio Vallejo (edit): *Update Psiquiatría*: 1-24. Barcelona: Masson.
- Rosefielde, S. (2001). Premature deaths; Russia's Radical Economic transition in Soviet perspective. *Europe-Asia Studies*, 53 (8): 1159-1176.
- Rosen, G. (1974). *Locura y sociedad*. Madrid: Alianza universidad.
- Rousseau, J.J. (1979) [1775]. *Discurso sobre el origen y los fundamentos de la desigualdad entre los hombres*. Madrid: Alfaguara.
- Roybens, I. (2006). ¿El precio del silencio o una puerta a la emancipación? Un análisis de género de la renta básica? En Pisarello G., de Cabo A. *La renta básica como nuevo derecho ciudadano*. Madrid: Ed. Trotta.
- Rubia, F. J. (2000). *El cerebro nos engaña*. Madrid: Temas de hoy.
- Rubio, M.J. (2013). Las transformaciones del Estado de bienestar socialdemócrata. Continuidad y cambio de sus señas de identidad a Del Pino, E., Rubio, M. J. (eds.) *Los estados de bienestar en la encrucijada. Políticas sociales en perspectiva comparada*. Madrid: Tecnos.
- Ruhm, C. (1996). Are recessions good for your health? *Working paper 5570*. Cambridge: National Bureau of Economic Research.
- Ruhm, C. (2006). Deaths Rise in Good Economic Times: Evidence from the OECD. *Economics and human Biology*, 4 (3): 298-316
- Sammamed, M. J. (2014). Impacto de la recesión económica y de las llamadas “políticas de austeridad” en la salud mental de las personas y las comunidades a Fundació Víctor Grífols. *Ética y salud pública en tiempos de crisis*, 32. Barcelona.
- Sampedro, J. (2002). *Deconstruyendo a Darwin*. Barcelona, Crítica.
- Sanchez, C. (2005). Les desigualtats socials i la salut a Catalunya a *Estructura social i desigualtats a Catalunya*, 2. *Pobresa, salut, joventut i llengua*. Fundació Jaume Bofill.
- Sanchez Bayle M. (coord.) (2013): *La contrarreforma sanitària*. Madrid: Los libros de la Catarata
- Sanjuán, J. (ed.) (2000). *Evolución cerebral y psicopatología*. Madrid: Triacastela.
- Sanzo, L. (2001). Líneas de actuación para el impulso de una política de garantía de ingresos. (Ponencia presentada en el I simposio de la Renta Básica) www.redrentabasica.org

- Sanzo, L. (2010). Renta bàsica y proteccion social en España a Casassas D., Raventós D. (Eds). *La Renta Bàsica en la era de las grandes desigualdades*. Barcelona: Montesinos
- Sapolsky, R. M.(2007). *El mono enamorado y otros ensayos sobre nuestra vida animal*. Barcelona: Paidós.
- Sapolsky, R.M. (2008). *¿Por qué las cebras no tienen úlcera?* Madrid: Alianza editorial.
- Sareen, J., Afifi, T., McMillan, K., Gordon, J. i Asmundson (2011). Relationship between household income and mental disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*, 68 (4): 419-427
- Segura, A. (2014). Recortes, austeridad y salud. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28.
- Segura del Pozo, J. (2013). *Desigualdades sociales en salud. Conceptos, estudios e intervenciones (1980-2010)*. Universidad Nacional de Colombia.
- Segura del Pozo, J. (2014). Las desigualdades sociales en salud: un reto para las políticas públicas. *Zerbitzuan* 55.
- Sen, A. (2002). Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública* 11: 5-6
- Sen, A. (2003). Missing women-revisited. *BMJ*, 327 (7427):1297-1298
- Skidelsky, R. (2015). Salario mínimo, ingreso vital, renta bàsica, *Sin Permiso*. Recuperat a: <http://www.sinpermiso.info/textos/index.php?id=8192>
- Smith, J. (2010). *El dolor del alma. Un camino para salir de la depresión*. Madrid: Alianza Editorial.
- Solé, M. i Rodriguez, M. (2008). Las políticas de corrección de las desigualdades en salud: un intento de clasificación y síntesis en Rodriguez, M., Urbanos, R. (eds.) *Desigualdades sociales en salud. Factores determinantes y elementos para la acción*. Elsevier Masson.
- Spitzer, R.L. i Endicott, J. (1978). *In critical issues in psychiatric diagnosis* D.F. Klein, Ed. New York: Raven Press.
- Spotorno, A.E.(2005). Medicina evolucionaria: una ciencia básica emergente. *Rev. Méd. Chile*. 133: 231-240
- Standing, G. (2014a). *Precariado. Una carta de derechos*. Madrid: Capitán Swing
- Standing, G. (18 de desembre 2014b). Basic income paid to the poor can transform lives. *Theguardian*. Recuperat de: <http://www.theguardian.com/business/economics-blog/2014/dec/18/incomes-scheme-transforms-lives-poor>
- Stevens, A. i Price, J. (1996). *Evolutionary Psychiatry. A new Beginning*. Londres: Routledge.

- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., et al. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*, 374: 315-323
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., et al. (2011). Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet*, 378:124-125
- Stuckler, D. i Basu, S. (2013). *Por qué la austeridad mata. El coste humano de las políticas de recorte*. Madrid: Taurus
- Szasz, T. (1976). *Ideología y enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Therborn, G. (2015). *La desigualdad mata*. Madrid: Alianza Editorial.
- Thomson, S., Figueras, J., Evetovits, T., Jowett, M., Mladovsky, P., Maresso, A., et al. (2014). Economic crisis, Health Systems and Health in Europe: impact and implications for policy. *Policy summary*, 12. WHO regional office for Europe and European Observatory on Health Systems and policies.
- Titmuss, R. (1958). *Essays on the Welfare State*. London: Allen and Unwin.
- Torre, I. (2014). Política vasca de garantía de ingresos: los riesgos de criminalización de la pobreza de un modelo condicional. *Zerbitzuan*, 57. 91-102
- Torrens, Ll. (2013). ¿Por qué sí a la renta básica universal? Por una salida urgente de la crisis basada en la RB y el Reparto del tiempo de trabajo. *Sinpermiso*. Recuperat a: <http://www.sinpermiso.info/textos/index.php?id=6234>
- Torrens, Ll. (2014a). *Reducció i repartiment del temps de treball*. [presentació diapositives powerpoint]
- Torrens, Ll. (2014b). *Renta bàsica y redistribución del Trabajo en Guipuzkoa*. Ponència XIII simposi de la Red Renta Básica, Donostia 31-1-14
- Uribarri, I. (2015). No es una buena idea extender el sistema de rentas mínimas condicionadas de Euskadi al conjunto del Reino de España. *Sinpermiso*. Recuperat a <http://www.sinpermiso.info/textos/no-es-una-buena-idea-extender-el-sistema-de-rentas-minimas-condicionadas-de-euskadi-al-conjunto-del> v
- Valiño, V. (Coord.) (2015). *Emergència habitacional a Catalunya*. Observatori DESC i PAH.
- Valles, M. S. (1997) *Investigación social cualitativa*. Madrid: Síntesis.
- Valverde, C. (2011). El lenguaje positivo como “sentido común” o el consentimiento del neoliberalismo. *El Viejo Topo*, 286: 32-39.

- Valladares, A., Dilla, T. i Sacristán, J. A. (2008). La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36.
- Valles, M. S. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Vanderborght, Y. i Van Parijs, P. (2006). *La Renta básica*. Barcelona: Paidós.
- Van Parijs, P.(1996a). ¿Cuándo son injustas las desigualdades? En VVAA., *Perspectivas teóricas y comparadas de la desigualdad*. Madrid: Fundación Argentaria.
- Van Parijs, P (1996b). *Libertad real para todos*. Barcelona: Paidós.
- Van Parijs, P. (2002). “Una Renta Básica para todos”, a *La Renta Básica. Por una ciudadanía más libre, más igualitaria y más fraterna*. Daniel Raventós (comp.). Barcelona: Ariel.
- Varoufakis, Y. (2015). *El Minotauro global. Estados Unidos, Europa y el futuro de la economía mundial*. Barcelona: Debolsillo.
- Velasquez-Manoff, M. (2014). What Happens When the Poor Receive a Stipend? *The New York Times* Recuperat a:http://opinionator.blogs.nytimes.com/2014/01/18/what-happens-when-the-poor-receive-a-stipend/?_r=0
- Ventura, S. (2008). *Els bojos a Catalunya 1850-2000*. Barcelona: Ed. 62.
- Virtanen, M., Kivimäki, M., Elovainio, M., Vahtera, J., Kokko, K. i Pulkkinen, L. (2005). Mental Health and hostility as predictors of temporary employment: Evidence from two prospective studies. *Social Science & Medicine* 61: 2084-2095.
- Vives, A., Amable, M., Ferrer, M., Moncada, S., Llorens, C., Muntaner, C., et al. (2013). Employment precariousness and poor mental Health: evidence from Spain on a new social determinant of Health. *Journal of environmental and public health*. ID 978656.
- Wagstaff, A. (2002). Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública* 11:5-6.
- Wakefield, J. (1992). The concept of mental disorder-on the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist* 47: 373-388
- Walhbeck, K. (2009). Background document for the thematic conference on prevention of depression and suicide. Luxembourg: European Communities.
- Walhbeck, K. i McDaid, D. (2012). Actions to alleviate the mental Health impact of the economic crisis. *World psychiatry* 11: 139-145.

- Watson, J. B. (1936). *Autobiography*. Worcester Mass. Clark University Press.
- Wheaton, B. (1999). Social Stress a Aneshensel, C. S. i Phelan, J.C. (eds.) *Handbook of the Sociology of Mental Health*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Whitehead, M. i Dahlgren, G. (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health. Levelling up (I). *Studies on social and economic determinants of population health, 2*. Copenhagen: World Health Organization
- Whitehead, M. (1990). *The Concepts and Principles of Equity and Health*. Copenhagen: World Health Organization.
- WHO (1999). Health21: The health for all policy framework for the WHO european Region (European Health for All Series; No 6). Denmark: WHO.
- WHO (2007a). *The social determinants of health: Developing an evidence base for political action*. Final report to WHO, Comission on the social determinants of health.
- WHO (2007b). *Our cities, our health, our future: acting on social determinants for health equity in urban settings*. Report of the Knowledge Network on Urban Settings. WHO comission on Social Determinants of Health. Prepared by the WHO Centre for Health Development, Kobe, Japan.
- WHO (2007c). *Employment conditions and health inequalities*. Final report to the WHO. Employment conditions knowledge network.
- WHO (2009). *Mental health, resilience and inequalities*. Dr. Lynne Friedli. WHO Europe.
- WHO (2012). *Risks to metal health: an overview of vulnerabilities and risk factors*. Background paper by who secretariat for the development of a comprehensive mental health action plan. Discussion paper.
- Widerquist, K. (24 d'abril 2015). The Alaska model: a citizen's income practice. *Opendemocracy*. Recuperat de <https://www.opendemocracy.net/ourkingdom/karl-widerquist/alaska-model-citizens-income-in-practice>
- Wilkinson, R.G.(1992). Income distribution and life expectancy. *BMJ*. 304: 165-8
- Wilkinson, R.G.(1996). *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*. London: Routledge.
- Wilkinson, R.G. (2000). Inequality and the social environment: a reply to Lynch et al. *J. Epidemiol. Community Health* 54: 411-413.

- Wilkinson, R.G.(2001a). *Las desigualdades perjudican*. Barcelona: Crítica.
- Wilkinson, R.G. (2001b). Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *BMJ*. 322: 1233-6
- Wilkinson, R.G. i Pickett, K. (2009). *Desigualdad. Un análisis de la (in)felicidad colectiva*, Madrid: Turner Noema.
- Wilson, E. O. (1999). *Consilience. La unidad del conocimiento*. Barcelona: Galaxia Gutenberg.
- Wing, J. K.,(1978). *Reasoning about madness*. London: Oxford University Press.
- Wright, E. O. (1992). Reflexionando, una vez más, sobre el concepto de estructura de clases. *Zona abierta*. 59/60: 16-125
- Wright, E.O. (2000). *Class Counts: Comparative studies in Class Analysis*. Cambridge University Press.
- Xarxa Renda Bàsica (2006). *Preguntes i respostes sobre la Renda Bàsica*. Recuperat el 09/10/2015 a: <http://www.redrentabasica.org/textosimpresion/index.php?x=502>
- Yanes, P. (2004). Universal citizen's pension in Mexico City: an opportunity for debate on basic income. Presentació al "VII Seminario sobre política social" de la Universitat Autònoma Metropolitana Xochimilco.
- Yanes, P. (Coord.) (2007). *Derecho a la existencia y libertad real para todos*. México: La Ciudad.
- Yanes, P. (2011). Transferencias focalizadas y condicionadas: entre las oportunidades y los derechos. *Sinpermiso*. Recuperat de: <http://www.sinpermiso.info/textos/transferencias-focalizadas-y-condicionadas-entre-las-oportunidades-y-los-derechos>
- Zarifian, E. (1990). *Los jardineros de la locura*. Madrid: Espasa.
- Zeisel, H.; Jahonda, M. i Lazarsfeld, P. (1996). *Los parados de Marienthal*. Madrid: La Piqueta
- Zimmerman, S.L. (2002). States' spending for public welfare and their suicide rates, 1960 to 1995: what is the problem? *J Nerv Ment dis*, 190: 349-360.
- Zivin, K., Paczkowski, M. i Galea, S. (2011). Economic downturns and population mental health: research findings, gaps, challenges and priorities. *Psychological Medicine*, 41: 1343-1348.