

Una mirada polièdrica a les desigualtats socials en salut. Una perspectiva de futur

Recepció: 27/10/2020 / Acceptació: 24/02/2021

Resum

La salut i la malaltia són fenòmens multidimensionals que cal comprendre i abordar de forma holística i integral. La salut i la malaltia no poden ser enteses com a processos únicament biològics o objectius, sinó com el resultat de la confluència de múltiples causes i circumstàncies que interaccionen mútuament. L'experiència subjectiva de cada persona envers aquests processos, així com l'expressió dels significats i models explicatius al respecte, són, més enllà de les lògiques científiques i biològiques, un relat únic i fonamental en l'experiència de patiment. Al mateix temps, la salut i la malaltia no poden deslligar-se dels fenòmens socials i estructurals que impregnen les persones i els seus entorns, així com dels eixos de desigualtats que conflueixen i expliquen les seves experiències vitals. En aquest article es presenta una aproximació als fenòmens de salut i malaltia de les persones que pretén aprofundir en com la desigualtat influeix en l'experiència de malaltia per mitjà dels eixos de desigualtat. Situant el model sobre interseccionalitat com a marc teòric principal i punt de partida de les autores, es presenten tres casos que exemplifiquen subjectivitats i models explicatius diferents davant el fenomen de malaltia. Finalment, es conclou amb una reflexió sobre la necessitat d'incorporar aquesta perspectiva en la formació dels futurs professionals de la salut, adreçada a formar persones sensibles i competents en la identificació i acció davant d'aquestes realitats diverses.

Paraules clau

Salut, malaltia, desigualtats socials en salut, educació, salut pública.

Una mirada poliédrica a las desigualdades sociales en salud. Una perspectiva de futuro

La salud y la enfermedad son fenómenos multidimensionales que hay que comprender y abordar de forma holística e integral. La salud y la enfermedad no pueden ser entendidas como procesos únicamente biológicos u objetivos, sino como el resultado de la confluencia de múltiples causas y circunstancias que interaccionan mutuamente. La experiencia subjetiva de cada persona en relación con estos procesos, así como la expresión de los significados y modelos explicativos al respecto, son, más allá de las lógicas científicas y biológicas, un relato único y fundamental en la experiencia de sufrimiento. Al mismo tiempo, la salud y la enfermedad no pueden desligarse de los fenómenos sociales y estructurales que impregnan a las personas y sus entornos, así como de los ejes de desigualdades que confluyen y explican sus experiencias vitales. En este artículo se presenta una aproximación a los fenómenos de salud y enfermedad de las personas que pretende profundizar en cómo la desigualdad influye en la experiencia de enfermedad mediante los ejes de desigualdad. Situando el modelo sobre interseccionalidad como marco teórico principal y punto de partida de las autoras, se presentan tres casos que ejemplifican subjetividades y modelos explicativos diferentes ante el fenómeno de enfermedad. Finalmente, se concluye con una reflexión sobre la necesidad de incorporar esta perspectiva en la formación de los futuros profesionales de la salud, dirigida a formar personas sensibles y competentes en la identificación y acción ante estas realidades diversas.

Palabras clave
Salud, enfermedad, desigualdades sociales en salud, educación, salud pública.

A multifaceted look at social inequalities in health. Outlook

Health and illness are multidimensional phenomena that should be understood and addressed in a holistic, comprehensive way. Health and disease cannot be understood as purely biological or objective processes, but as the result of the confluence of multiple causes and circumstances that interact together. Each individual's subjective experience of these processes, and expressions of significance and explanatory models with regard to them, go beyond scientific and biological logic to form a single, basic narrative of the experience of suffering. Similarly, health and illness cannot be isolated from the social and structural phenomena that impregnate people and their environments, nor from the axes of inequalities that converge and explain their life experiences. This article presents an approach to the phenomena of people's health and illness that seeks to explore how inequality influences the experience of illness through the axes of inequality. Taking the intersectionality model as both main theoretical framework and starting point, the authors present three case studies that exemplify different subjectivities and explanatory models with regard to the phenomenon of disease. Finally, the paper concludes with a reflection on the need to incorporate this perspective into the training of future health professionals with a view to preparing sensitive, competent people equipped to identify and take action in response to these diverse realities.

Keywords
Health, disease, social inequalities in health, education, public health.

Com citar aquest article:

Graells Sans, A. i Insa Calderón, E. (2021).
Una mirada polièdrica a les desigualtats socials en salut. Una perspectiva de futur.
Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa, 77, p. 57-81.



▲ La salut, un fenomen polièdric

“Per què aquesta persona ha contret aquesta malaltia en aquesta oportunitat?”, es preguntava Geoffrey Rose, l’any 1985, en el seu article “Sick individuals, sick populations” (Rose, 1985). Aquesta pregunta, si bé aparentment és simple, podria dir-se que porta implícits gran part dels qüestionaments que han marcat el desenvolupament de la salut pública moderna. Amb aquest interrogant, Rose confrontava les teories sobre l’etiologia de la malaltia, obrint la mirada més enllà de l’individu i el mer diagnòstic (sovint, el centre de l’atenció biomèdica) i encoratjant a posar el focus en altres escenaris on la multicausalitat i, sobretot, l’entorn social i estructural esdevenien elements clau. Així mateix, amb aquests perquè, Rose deixa entreveure que la malaltia no és quelcom fortuït o fruit de l’atzar, sinó el resultat d’un entramat de causes que interseccionen i interaccionen entre elles, des dels nivells més proximals a l’individu, fins aquells més distals i estructurals.

Si bé les causes que produeixen salut i malaltia són d’extremada rellevància, aquests processos no es poden deslligar de la vivència personal. L’experiència de salut i malaltia es construeix socialment i respon a una lògica subjectiva, dinàmica i multifactorial per a cada persona i comunitat. L’estudi de com la malaltia es construeix a partir de les creences i formes d’organització social permet comprendre com les diferents forces socials modelen la concepció i les accions dels diferents actors socials. Així mateix, la malaltia pot ser explicada des de diferents perspectives o dimensions; des de l’experiència subjectiva de malaltia (*illness*), el procés patològic descrit des del paradigma hegemònic biomèdic (*disease*) i des de la seva concepció social (*sickness*) (Kleinman, 1981 i 1988). La construcció i comprensió de la malaltia des de la *illness* implica entendre la malaltia dins el flux constant que és l’experiència i acceptar que no és una entitat objectiva sinó una transformació radical de la quotidianitat en aturar les activitats més rutinàries i convencionals i fer-les explícites (Carel, 2012). L’accés a l’experiència de malaltia des d’aquesta perspectiva comporta donar primacia a la percepció (Csordas, 1994) i atorgar un lloc central al cos (Merleau-Ponty, 1945), entès com un mitjà de comunicació entre nosaltres i el món. En canvi, la construcció de la *disease* i la *sickness* sovint responen a normes socials i al discurs hegemònic dominant establert pel model biomèdic i que pot, o no, coincidir amb la percepció individual de malaltia, i poden aparèixer línies de tensió entre elles quan són discrepants. Aquestes diferències poden ser l’origen de buits percebuts com a necessitats no cobertes per a les persones que pateixen la malaltia, quan el model biomèdic imperant no ofereix una resposta o, fins i tot, en nega l’existència.

El repte actual és, doncs, una aproximació a la malaltia que incorpori les tres perspectives per a reduir les desigualtats socials en salut. En aquest article fem una proposta d’abordatge de la malaltia des de la salut pública amb un recorregut que parteix de l’explicació tradicional del paper dels determinants

El repte actual és una aproximació a la malaltia que incorpori les tres perspectives per a reduir les desigualtats socials en salut

socials de la salut en la generació de desigualtats socials en salut, flueix per la presentació de la interseccionalitat com a estratègia per a evidenciar i combatre les desigualtats en salut, s'atura en l'exploració de l'experiència de malaltia des d'una mirada interseccional i finalitza amb una reflexió al voltant de la formació necessària en salut pública dels futurs professionals de la salut per a atendre la realitat social actual.



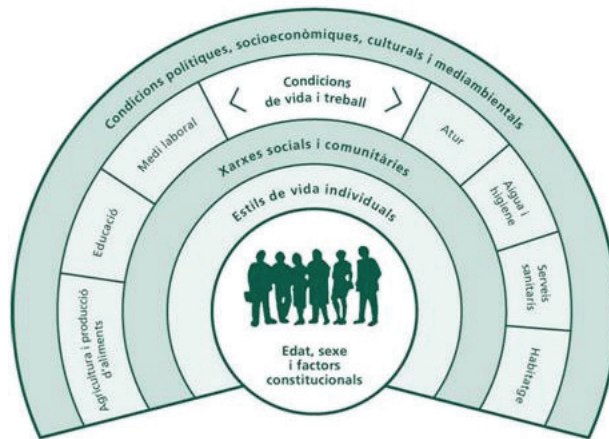
Una mirada des de la salut pública

Determinants socials de la salut

“La justícia social és una qüestió de vida o mort. Afecta la manera com viuen les persones la probabilitat d'emmalaltir i el risc d'aquestes a morir de forma prematura” (Comision on Social Determinants of Health, 2008). Així de contundent era la Comissió sobre Determinants Socials de la Salut l'any 2008 en el seu informe emblemàtic, *Closing the gap in a generation*¹, on s'emplaçava els diferents governs i organismes polítics mundials a liderar accions globals adreçades a assolir nivells més alts d'equitat en salut. La salut i les condicions socials en què les persones viuen no poden ser enteses de forma independent o separada, és més, esdevenen vasos comunicants on un és en funció de l'altre, i viceversa.

Segons l'Organització Mundial de la Salut, els determinants socials de la salut (DSS) són les circumstàncies en què les persones neixen, creixen, viuen, treballen i envelleixen, incloent-hi el sistema de salut. Aquestes circumstàncies són el resultat de la distribució dels diners, el poder i els recursos a nivell mundial, nacional i local i, al seu torn, depenen de les polítiques de cada context. Són diversos els models que s'han proposat per exemplificar l'efecte dels DSS sobre la salut de les persones. Probablement, el model més extensament emprat és el que Dahlgren i Whitehead (1993) van proposar: un esquema en què, mitjançant arcs concèntrics, es disposen al centre les característiques invariables de les persones i, en els diferents arcs consecutius, els DSS segons si són més proximals o distals a l'individu (figura 1). En funció de la distància d'aquests elements en relació amb el centre del model, és a dir, de l'individu, la persona té més capacitat de poder-los modificar. En canvi, els elements situats a la perifèria de l'esquema, els més distals, són aquells que fan referència als aspectes més estructurals i lluny de l'abast d'influència de les persones que, al seu torn, influeixen sobre les seves oportunitats i sobre la forma com aquestes interactuen amb els seus determinants més proximals.

Figura 1. Model social de la salut. Dahlgren i Whitehead, 1993



Font: Dahlgren G. i Whitehead M. (1993). Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried. *Working paper prepared for the King's Fund International seminar on Tackling Inequalities in Health*. Ditchley Park, Oxfordshire, Kings Fund.

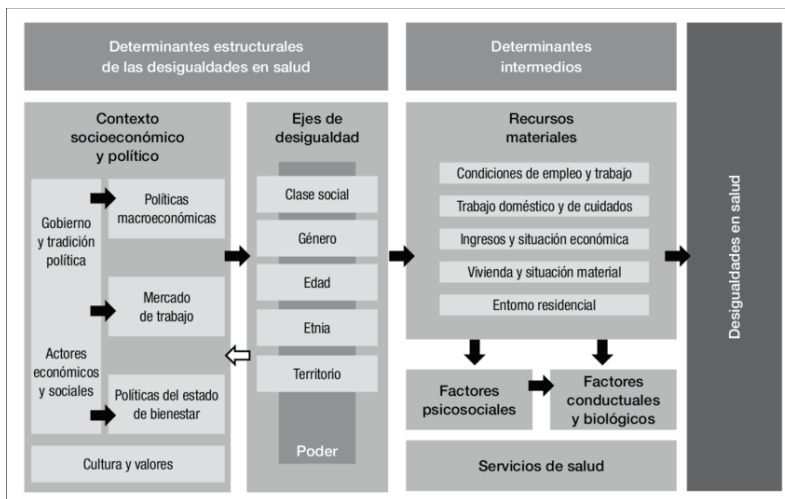
Aquest model permet fer una aproximació a les múltiples causes dels fenòmens de salut i malaltia, i com aquestes són, al mateix temps, causes i conseqüències entre elles. És el que Michael Marmot definiria com les *causes de les causes*.

Els DSS no es distribueixen de manera uniforme al llarg de la població i expliquen una gran part de les desigualtats socials en salut, que són aquelles diferències injustes i evitables entre grups poblacionals definits socialment, econòmicament, demogràficament o geogràficament. Aquestes desigualtats són el resultat de les diferents oportunitats i recursos relacionats amb la salut que tenen les persones en funció de la seva classe social, sexe, territori o ètnia, cosa que es tradueix en una salut pitjor entre els col·lectius socialment menys afavorits (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para la reducción de las desigualdades sociales en la salud en España, 2015; Solar i Irwin, 2010; Whitehead, 1992). Aquestes desigualtats es visualitzen en l'existència d'un gradient social en què, en la mesura que es descendeix en l'escala social, també disminueix l'estat de salut de les persones. Aquest fet implica que la mala salut no és quelcom exclusiu dels col·lectius socioeconòmicament més precaritzats, sinó que en tots els nivells socioeconòmics hi ha una degradació pel que fa al nivell de salut: com millor és la posició, millor és la salut (Comisión on Social Determinants of Health, 2008; Marmot *et al.*, 2008).

Posterior al model sobre els DSS proposat per Dahlgren i Whitehead, la Comissió per a la reducció de les desigualtats socials de la salut a Espanya (2015) va elaborar un nou marc conceptual dels determinants de les desigualtats socials de la salut, en què es diferencien dos elements principals: els factors estructurals i els intermedis, i en què també es va incorporar l'efecte dels eixos de desigualtat com a mediadors de l'impacte dels DSS (figura 2). Així, d'entre els determinants estructurals, poden diferenciar-se aquells elements propis del context socioeconòmic i polític, és a dir, aquells que determinen l'estructura i organització social, i els eixos de desigualtat (classe social, gènere, edat, ètnia, territori, entre d'altres) que determinen les jerarquies de poder dins les societats, així com les diferents formes de discriminació. Al seu torn, tots aquests elements estan intervinguts per la distribució del poder i dels recursos. Els determinants intermedis venen condicionats pels estructurals i, alhora, impacten en l'aparició de desigualtats en salut (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para la reducción de las desigualdades sociales en la salud en España, 2015).



Figura 2. Marc conceptual dels determinants socials de la salut. Comissió per a la reducció de les desigualtats socials de la salut a Espanya, 2010.



Font: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para la reducción de las desigualdades sociales en la salud en España. *Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España.*

Aquest marc conceptual, per tant, permet comprendre els mecanismes mitjançant els quals es constitueixen les desigualtats socials de la salut, fet que ens duu a concloure que l'abordatge de les desigualtats no es pot reduir únicament a l'atenció dels problemes de salut des del sistema biomèdic, sinó que el propòsit de fomentar la salut ha de ser quelcom primordial en tots els sectors de la societat més enllà del sanitari i, en conseqüència, incorporat i tingut en compte en totes les decisions i formulació de polítiques socials. Aquesta aproximació rep el nom de *salut en totes les polítiques* i ha estat àmpliament desenvolupada amb la finalitat de fomentar que els organismes i càrrecs polítics prenguin consciència de les implicacions que la seva tasca té sobre la salut poblacional (World Health Organization, 2014). Així mateix, el model en qüestió incorpora l'impacte dels eixos de desigualtat sobre l'efecte dels determinants estructurals i intermedis en la generació d'aquestes desigualtats socials de la salut. No obstant això, són múltiples les contribucions que han considerat que l'estudi dels eixos de desigualtat com a elements independents en la creació de desigualtats és insuficient i que, en el context real, aquests actuen de forma combinada generant formes d'opressió i exclusió úniques per a cada persona (Couto *et al.*, 2019). Aquestes veus consideren que les formes d'opressió resultants no són la mera suma de l'efecte dels diferents eixos de desigualtat, sinó que hi ha una interacció (efecte multiplicatiu) entre els mateixos. Aquest fenomen rep el nom d'*interseccionalitat*, i procurarem abordar-lo més endavant en aquest article.

Alguns exemples actuals sobre desigualtats socials en salut

Com ja hem vist, la relació entre pobresa i salut és quelcom estèsament sabut i estudiat. Florence Nightingale (1859), el Black Report (1980), l'informe Lalonde (1974) i l'Organització Mundial de la Salut són exemples clàssics de com l'associació entre la salut i les condicions de vida en què viuen les persones ha estat objecte d'interès i estudi per part de professionals de totes les disciplines de salut, perfils investigadors i organismes polítics.

A tall d'exemple, en el nostre context, una revisió sistemàtica realitzada a partir de publicacions compreses entre els anys 2000 i 2017 que analitzaven l'existència de desigualtats socials en la salut de la població de més de seixanta-cinc anys a Espanya va determinar l'existència de desigualtats socials en tots els indicadors de salut estudiats. Més específicament, el nivell d'estudis i els indicadors ecològics (aquells que fan referència a l'entorn estructural de les persones) van identificar-se com els que més desigualtat evidenciaven.

Així, per exemple, el baix nivell d'estudis s'associava de forma inversa a la fragilitat, la dependència i la discapacitat. Pel que fa a la salut autopercebuda –un indicador àmpliament emprat en els estudis de salut poblacionals per la seva facilitat de recollida i fiabilitat– va veure's directament associada, i de forma significativa, amb el nivell d'estudis, la posició socioeconòmica, el nivell d'ingressos i la ocupació, entre d'altres, mentre que presentava una relació inversa amb la privació de l'àrea de residència: com més privació, menor salut autopercebuda (Manchón *et al.*, 2020). Aquests resultats també varen mostrar diferències d'aquesta desigualtat segons el sexe; així, les dones, presentaven una desigualtat més marcada, fet que reafirma la importància d'una anàlisi interseccional de les desigualtats socials en salut.



Actualment vivim un moment socialment i sanitàriament històric amb la irrupció mundial de la pandèmia per covid-19. Hem vist com el ritme mundial s'ha vist alterat i com poblacions senceres s'han hagut de confinar a les seves llars durant llargs períodes de temps. No obstant això, per bé que el missatge general ha estat que el virus afecta a tothom igual i que totes les persones n'estan igualment exposades, les dades acumulades després de tots aquests mesos no mostren, ni de bon tros, una distribució homogènia entre la població. Si agafem, a tall d'exemple, les dades recollides a la ciutat de Barcelona entre els mesos de març i agost de 2020, es pot observar una associació entre la incidència de casos i el nivell socioeconòmic de la població. Així, segons les dades de renda personal de 2016, el quintil poblacional amb més privació socioeconòmica presenta un 52% més de risc de contraure la infecció per covid-19 que el quintil amb menys privació. Barris amb més privació socioeconòmica com La Marina del Port Vermell (Sants-Montjuïc) o Torre Baró (Nou Barris) tenen unes incidències de 3.371 i 2.517 casos diagnosticats per cada 100.000 habitants, respectivament, molt per sobre de la mitjana de la ciutat, que se situa en els 1.269 per cada 100.000 habitants; mentre que a Pedralbes (Les Corts), la incidència és de 692 casos per cada 100.000 habitants (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2020). Les dades són clares, com més privació socioeconòmica, més risc d'infecció per covid-19, i estan en consonància amb la bibliografia existent, tot posant de manifest com la pandèmia ha tingut un impacte desigual segons la classe social. De nou, les dades deixen en evidència el lligam entre pobresa i mala salut.

Amb la irrupció mundial de la pandèmia per covid-19, les dades acumulades després de tots aquests mesos no mostren, ni de bon tros, una distribució homogènia entre la població

Amb tot, l'abordatge d'aquestes situacions de salut requereix, necessàriament, d'una mirada àmplia que contempli de forma íntegra la complexitat d'aquesta realitat social. Si tornem a la frase de Geoffrey Rose amb què iniciàvem aquest article i ens preguntéssim *per què aquesta persona ha contret aquesta malaltia* (per exemple, la infecció per covid-19) *en aquesta oportunitat?*, les respostes no les trobaríem ni en el seu codi genètic ni en les seves característiques biològiques, sinó en les condicions socials en què aquesta

Michael Marmot afirmava que, si les causes principals de la mala salut són socials, també ho han de ser els remeis

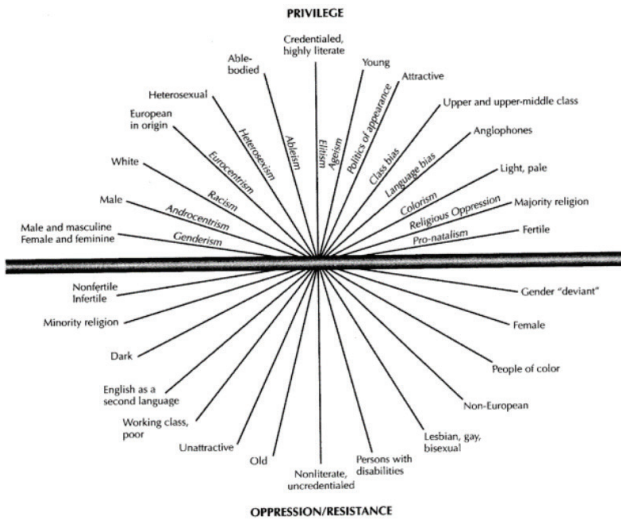
persona viu, treballa i es relaciona: un estat de l'habitatge deteriorat, amb poca ventilació, on conviuen moltes persones o on no es pot garantir la distància en cas d'haver d'aïllar possibles casos contagiats; condicions laborals precàries que augmentin l'exposició; o l'accés desigual als recursos necessaris per a satisfer les necessitats personals bàsiques. Tots aquests elements ens acostarien a les respostes necessàries per tal de comprendre el fenomen de forma íntegra i més enllà del mer diagnòstic, tal com ens emplaçava Rose. Havent arribat a aquest punt, considerem convenient recordar la cita de Michael Marmot, el qual afirmava que, si les causes principals de la mala salut són socials, també ho han de ser els remeis (Marmot, 2005)

Interseccionalitat, on es creuen les desigualtats

El terme *interseccionalitat* fou emprat per primera vegada per l'acadèmica i activista Kimberlé Crenshaw els anys noranta, vinculat als seus estudis feministes sobre experiències de racisme i discriminació de dones afroamericanes als Estats Units. Crenshaw defensava que les experiències d'opressió de les persones no poden ser enteses a través d'aspectes únics de la seva identitat, sinó per la interacció de múltiples identitats simultànies (Crenshaw, 1989). Patricia Hill Collins (1993) afegia que cal fugir de les aproximacions que tendeixen a conceptualitzar l'opressió com la mera suma de desigualtats enteses de forma dicotòmica (home/dona, blanc/negre, classe alta/baixa, etc.). Collins apunta que el pensament dicotòmic no és tan sols reduccionista en la capció de la complexitat de la realitat social que es vol descriure, sinó que pot esdevenir problemàtic pel fet que tendeix a establir una única classificació entre oprimits i opressors, on la possibilitat que ambdues situacions es produeixin de forma simultània queda automàticament impossibilitada (Collins, 1993). La mirada interseccional advoca, per tant, per una ferma creença que les experiències humanes no poden ser enteses des del prisma d'una única categoria o eix de desigualtat, i considera que les diferents posicions que ocupen les persones en l'escala social estan construïdes socialment, són flexibles i fluides i s'han de contextualitzar en temps i espai. Així, les identitats esdevenen fenòmens dinàmics, supeditats al temps i a l'espai, on una persona pot autoidentificar-se i experimentar diferents identitats, simultàniament o asincrònicament, en funció del context o del moment vital (Kapilashrami *et al.*, 2015).

Figura 3. Models de representació del concepte d'interseccionalitat

Figura 3.a. Intersecció dels eixos de privilegi, dominació i opressió (*Intersecting Axes of Privilege, Domination and Oppression*)



Font: Morgan, K. P. (1996). Describing the Emperor's New Clothes: Three Myths of Educational (In-)Equity. Dins D. Ann, B. Houston, K. P. Morgan i M. Ayim (Eds.). *The Gender Question in Education. Theory, Pedagogy and Politics* (1st ed.). Routledge.

Figura 3.b. Interseccionalitat disposada en un diagrama de roda (*Intersectionality Displayed in a Wheel Diagram*, 2009)



Font: Simpson, J. (2009). *Everyone Belongs: A toolkit for Applying Intersectionality*. Canadian Research Institute for the Advancement of Women (CRIAOW).

Més centrat en l'àmbit de la salut i la salut pública, Hankivsky defineix que, d'acord amb la perspectiva interseccional, les desigualtats mai no són el resultat de factors únics i/o independents, sinó el resultat de la intersecció entre diferents posicions socials, relacions de poder i experiències (Hankivsky *et al.*, 2014). L'aproximació interseccional desafia les pràctiques que donen privilegi a un únic eix de desigualtat i emfatitza l'existència de configuracions variades i fluides que defineixen els diferents posicionaments i processos socials que acaben actuant com a productors de desigualtat social i de salut. La seva comprensió requereix del coneixement i anàlisi de les jerarquies i dels sistemes de dominació existents que impregnen la societat i exploten i controlen sistemàticament la vida de les persones. Així mateix, la interseccionalitat esdevé un paradigma d'investigació que té com a objectiu considerar la complexitat pel que fa a les formes de creació i manteniment de les desigualtats socials i de salut d'una forma íntegra (Hankivsky, 2012).

Amb la finalitat d'exemplificar com s'ha intentat representar de forma gràfica la complexitat que recull aquesta aproximació, la figura 3.b mostra el model sobre interseccionalitat proposat per l'Institut de Recerca Canadenc per al desenvolupament de les dones (CRIAOW). Disposa els diferents eixos d'opressió i exclusió de forma concèntrica i interrelacionada per tal de copsar les múltiples dimensions que configuren l'experiència; des dels elements més individuals fins aquells més estructurals. L'esquema proposat situa en el nucli del model les circumstàncies úniques de cada persona, seguit d'un segon cercle on es fa referència als aspectes relacionats amb la identitat, així com les condicions en què les persones viuen i treballen (determinants socials de la salut), els eixos de desigualtat, les experiències úniques, etc. El tercer cercle situa les diferents formes de discriminació que impacten en el desenvolupament de la identitat i de les experiències vitals i, finalment, el quart cercle es relaciona amb les condicions estructurals de tipus sociopolític que reforcen les estructures d'exclusió.

Històricament, la tradició biomèdica ha estudiat i ha mesurat les qüestions de salut des d'una perspectiva androcèntrica que situa l'home, blanc, heterossexual i de classe mitjana-alta al centre de la seva teoria (Rogers i Kelly, 2011), emprant-lo com a patró des d'on fonamentar les bases del seu coneixement, fet que ha dut a la consolidació d'un discurs sovint massa rígid per encabir la realitat que presenta la diversitat social de què formem part. Tot allò que s'escapa del discurs hegemònic dominant és minimitzat, no reconegut o negat, forçant les persones que no encaixen a iniciar llargs itineraris terapèutics dins o fora del sistema. Aquest fet es fa palès tant en l'infradiagnòstic davant de quadres clínics definits com a atípics o inespecífics –com podria ser el cas de l'expressió simptomàtica de l'infart agut de miocardi en dones–, la manca sistemàtica d'una representació equivalent entre sexes en els assajos clínics

o altres estudis, l'existència de retards en el temps d'assistència de col·lectius racialitzats o l'excés de prescripció farmacològica ansiosa-depressiva que presenten les dones en relació amb la seva contrapartida masculina, entre d'altres (Ruiz Cantero, 2019). No obstant això, amb el propòsit de trencar amb aquesta tendència esbiaixada, s'han introduït diferents models que vetllen per aplicar la mirada interseccional en els estudis sobre salut i salut pública. D'entre aquestes aplicacions, es poden diferenciar tres estratègies principals i interconnectades: (1) la interseccionalitat com a aproximació epistemològica, (2) com a estratègia metodològica i d'anàlisi i (3) com a instrument d'acció i intervenció social (Heard *et al.*, 2020). El primer supòsit, adoptar la interseccionalitat com a marc teòric, implica reconèixer que les experiències individuals són el resultat del conjunt de relacions complexes entre identitats individuals i l'efecte dels sistemes socials de poder, tot situant les persones en un context polític i social complex i canviant. Aquesta forma d'aproximació epistemològica ofereix una alternativa als models de salut centrats en les conductes que redueixen la població a individus descontextualitzats capaços de respondre de forma similar a qualsevol intervenció de salut. Pel que fa a la segona alternativa, l'aplicació de la interseccionalitat com a estratègia metodològica i analítica, McCall (2005) distingeix entre tres tipus d'enfocaments: (a) l'anti-categòric, que vetlla per la deconstrucció de les categories socials hegemòniques com el gènere, la classe o l'etnicitat, entre d'altres (vegeu, per exemple, la teoria Queer) (b) l'intra-categòric, que se centra en grups socials concrets i situats en contextos determinants i que es troben als marges de les identitats, en les interseccions, i (c) l'inter-categòric, que se centra en el creuament entre múltiples categories d'anàlisi (McCall, 2005).

Aplicat en termes de salut i salut pública, l'aplicació d'una perspectiva interseccional implica l'estudi i posterior abordatge dels problemes de salut de la població d'una forma àmplia i sensible als diferents eixos de desigualtat. Així, si posem per cas l'aplicació de la interseccionalitat en la recerca quantitativa en salut des d'un enfocament inter-categòric aplicat a l'anàlisi de les dades, l'estratificació dels resultats de salut segons categories socials permet valorar l'efecte interseccional i multiplicatiu entre les mateixes. En estudis sobre bona salut autopercebuda a Catalunya, per exemple, s'observa sistemàticament un patró de gènere i edat en què les dones manifesten pitjor qualitat de vida que els homes en totes les franges d'edat i de forma progressiva. No obstant això, si hi afegim la variable classe social (ja sigui en termes de nivell d'ocupació o nivell d'estudis) i/o categories que recullin aspectes relacionats amb l'etnicitat (el país d'origen o l'estat migratori, per exemple) veiem que el patró de gènere no només es manté, sinó que es veu exacerbada en les classes més desfavorides socioeconòmicament i en aquelles que són nascudes en àrees empobrides fora del context espanyol; ser dona, de classe social baixa i migrant procedent de països de renda baixa té un efecte multiplicatiu en el risc de mala salut (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2016; Malmusi *et al.*, 2010).



Es poden diferenciar tres estratègies principals i interconnectades: (1) la interseccionalitat com a aproximació epistemològica, (2) com a estratègia metodològica i d'anàlisi i (3) com a instrument d'acció i intervenció social

En estudis sobre bona salut autopercebuda a Catalunya s'observa sistemàticament que les dones manifesten pitjor qualitat de vida que els homes en totes les franges d'edat

Finalment, l'aplicació de la interseccionalitat també pot prendre una vessant més aplicada si s'empra no tan sols com a estratègia per evidenciar les desigualtats socials, sinó com a fórmula per a combatre-les. Fer-ho, implica per als professionals que vetllen per la salut de les comunitats cercar estratègies innovadores que posin el focus i treballin tant a nivell micro, les persones, com macro, les polítiques de salut. Amb aquest propòsit, un equip de Canadà va dissenyar una eina per a l'anàlisi i detecció de desigualtats en les polítiques de salut, sistematitzant així el procés de revisió i reformulació de les mateixes amb la finalitat d'assolir solucions transformadores per a l'equitat i la justícia social (Hankivsky *et al.*, 2014).

Si bé aquestes aportacions sobre l'aplicació de la interseccionalitat són d'enorme valor teòric i tècnic, ens resulta impossible no pensar i qüestionar-nos com poden aplicar-se en l'àmbit quotidià de les relacions entre professionals i població. Com a professionals de la salut ens plantegem: és possible l'aplicació d'una perspectiva interseccional en la tasca diària dels professionals de la salut *a peu de llit* o a consulta? Com pot dur-se a terme una acció en salut que s'adreci íntegrament a donar resposta a les necessitats socials i de salut de la població d'avui, des d'una mirada interseccional? En definitiva, què significa incorporar una perspectiva interseccional per als professionals de la salut i altres disciplines que vetllen per la millora de la salut i el benestar de les comunitats?

L'experiència de malaltia des de la interseccionalitat

L'experiència de malaltia (*illness*) pot ser entesa com un fenomen propi de l'existència, fet que comporta que per a la seva aproximació sigui necessari l'ús d'un mètode que permeti la descripció de l'existència i dels aspectes que en són propis (Parish, 2008). Diversos autors (Carel, 2011, 2012; Desjarlais i Jason Throop, 2011) assenyalen la fenomenologia com un mètode útil per a aquesta fita ja que descriu l'existència tot focalitzant l'atenció en la consciència dels fenòmens, en com se'ns apareixen i com els percebem, més que no pas com són en realitat. En definitiva, és el mètode que permet la descripció directa de l'experiència tal com és (Carel, 2012; Merleau-Ponty, 1945) a partir d'una actitud cap a l'experiència que inclou els pensaments, les imatges, els sentiments, les emocions, els humors, les sensacions, les percepcions, els judicis, així com de les propietats atribuïdes als objectes físics, als cossos, a les persones, als animals, etc. (Throop, 2009). Tanmateix, malgrat la seva demostrada utilitat, la difuminació entre allò subjectiu i allò objectiu de la realitat ha fet que el mètode, fins a l'actualitat, xoqui frontalment amb el paradigma positivista, fet que explica la seva escassa adhesió, de mode general, per part de la biomedicina. Només algunes disciplines en salut i alguns professionals han pres consciència del potencial del mètode

i l'usen per a: 1) poder adaptar-se a un model, el biomèdic, amb un marc mental que no encaixa amb totes les realitats i, per tant, no dona resposta a la diversitat de situacions a què s'han d'enfrontar, 2) per trobar sentit a la seva professió en recordar que l'experiència de malaltia no és construïda individualment sinó socialment i fruit de la interacció de múltiples identitats, i 3) per a resituar la relació amb l'usuari a partir de la comprensió de la seva experiència de malaltia, entesa dins el contínuum de l'existència i no com un fet aïllat i desvinculat de la vida de la persona.

L'aproximació a l'experiència de malaltia des de la interseccionalitat implica observar-la tot identificant la confluència d'eixos de desigualtat. La mateixa concepció del cos, per exemple, cabdal en l'experiència de malaltia així com dels processos que permeten prendre consciència del mateix, de les seves necessitats, dels seus límits, de la relació que s'hi manté i de les seves parts, està subjecta a condicionants estructurals i oportunitats contextuals. A continuació es presenten tres casos propers a les investigadores amb els quals es pretén exemplificar aquesta confluència i posar de manifest la rellevància d'una comprensió holística i lliure de judicis de l'experiència subjectiva de salut i malaltia que manifestem les persones en els diferents moments de la vida.

El primer cas, el de la Muntsa, és el d'una dona amb una malaltia limitant, de mitjana edat, vídua a la seva joventut, que va haver de treballar de sol a sol en el negoci familiar per a criar els seus fills i que no ha estat fins a la seva cinquantena que ha pogut cursar estudis i prendre consciència que en el món de la vida té lloc pensar en el cos.

[Pensar en el cos] és una cosa que jo no havia fet mai. Partint de la base que jo tinc 51 anys, he viscut en la meua vida moments difícils i complicats, i de jove, jo em vaig quedar vídua molt jove, amb 26 anys i tenia dos nens petits, i el meu cos és com un company. No m'ha fallat mai, sempre m'ha acompanyat, no he sentit mai el no puc, fins ara. A més, curiosament, al matricular-me a la universitat [...] vaig tenir l'oportunitat de dir: "Ostres, és que existeix pensar en el teu cos, en què és el teu cos". Que totes aquestes reflexions són d'ara. Jo mai no m'havia parat a pensar en el meu cos, no he tingut mai la necessitat, fins ara. Ara sí. (Muntsa, 2020)



L'aproximació a l'experiència de malaltia des de la interseccionalitat implica observar-la tot identificant la confluència d'eixos de desigualtat

La concepció i relació que la Muntsa ha mantingut al llarg de la vida amb el seu cos, així com les pràctiques de cura, han estat condicionades pel gènere, l'edat, l'estat civil i la classe social. De la mateixa manera, ara, en situació de malaltia, aquestes configuren una particular experiència de malaltia que la fan única, i no pot ser comparable amb la de cap altra persona. Per tant, el posicionament i l'actitud d'afrontament davant les conseqüències de la malaltia com ara la dependència, la limitació o la pèrdua també seran particulars, però estaran a disposició dels esdeveniments que s'esdevinguin en el present per a la seva reformulació.

Els eixos de desigualtat que existien en el passat, i que han estat encarnats per la persona, i els del present es conjuguen en l'experiència de malaltia aportant major complexitat a la seva aproximació. Això es pot observar amb més claredat en el cas d'en Marcos, un home de seixanta-vuit anys, amb estudis bàsics, que va treballar alhora com assalariat i com autònom durant més de trenta anys. El seu treball d'autònom va exigir-li estar constantment actualitzat en l'àmbit polític, econòmic i social i desenvolupar la capacitat narrativa com a tàctica per a assegurar el negoci. Després de més de vint-i-cinc anys sense cap problema de salut important, recentment li ha estat diagnosticat un tumor, malaltia que l'ha portat a iniciar un tractament terapèutic.

En la primera visita mèdica amb el cirurgià, abans de rebre la confirmació del diagnòstic, en Marcos va ser interrogat sobre el coneixement que tenia del seu estat de salut. En aquest procediment, en Marcos, malgrat ser home, blanc, de mitjana edat, de classe mitjana i amb una concepció del cos compartida amb la biomedicina i pròpia de les societats occidentals (instrumental, on el cos és entès com objecte donat per la natura, individual, fragmentable, accessible i separat d'allò que l'envolta), no va encaixar en el patró de pacient "tipus" de la biomedicina.

En el seu cas, durant les preguntes del professional, les respostes d'en Marcos no van complir amb les expectatives de la biomedicina. Van ser respostes narratives, llargues, plenes d'associacions d'idees que portaven a altres problemes de salut de poc interès per al professional i amb formulacions d'hipòtesis predictives que eren o bé incorrectes des del punt de vista biomèdic o bé la biomedicina no arribava a donar-hi resposta. Això va portar el professional a recomanar a en Marcos deixar-se portar pel que li era dit pels professionals i no "realitzar cap interpretació" sobre el seu problema de salut, la possible evolució dels esdeveniments o el resultat del procés terapèutic, tot al·legant que qualsevol interpretació que realitzés seria errònia. Tot i així, en Marcos va continuar responnent d'acord a un patró encarnat d'home, definit en el passat i determinat per un context particular, fins que la successió de recordatoris de "no interpretar" va arribar a tocar la seva identitat. En aquest moment en Marcos va deixar de compartir supòsits i també les seves pors i esperances. Va deixar de mostrar el seu mode d'afrontar l'amenaça de supervivència: la cerca en les seves fonts de coneixement, entre elles l'experiència, i el compartir narrativament amb l'altre. En definitiva, va deixar de

mostrar el seu món i, en ell, de mostrar-se ell mateix. Se li va fer evident la relegació de la seva subjectivitat a un segon terme i la negació de la capacitat d'acció coneguda en el procés de malaltia, impactant, ambdues coses, en la seva experiència de malaltia. La conseqüència d'aquest fet, però, cal esperar-la més enllà del present. Tenint en compte que els processos narratius al voltant de la malaltia en què participen usuaris, familiars i professionals construeixen el significat de malaltia (Good, 2003), la narrativa generada en la consulta probablement impactarà en el significat que en Marcos atribuirà a la seva, condicionant l'actitud que hi pugui tenir en el futur.



Aquest cas posa de manifest no només els eixos que interseccionen en la vivència de malaltia per part d'en Marcos, sinó aquells que conflueixen en el marc mental de la persona professional que actua com a interlocutor. La comprensió de la *illness* implica necessàriament la presa de consciència sobre quin és el posicionament que el personal de salut adopta i des d'on es genera el seu marc d'escolta envers l'altre. Més endavant, en aquest article, s'exposa com DasGupta (2008) incorpora el concepte de humilitat narrativa per fer referència a aquest procés d'auto-reflexivitat, el qual esdevé essencial en el que ha de ser la base de la relació terapèutica.

En el tercer cas que es presenta, el de la Maura, l'orientació vers el futur és clara com a conseqüència del significat atribuït a la malaltia. La Maura és una dona sense càrregues familiars, amb formació en l'àmbit de la salut i estudis de tercer cicle. Té un treball per compte aliè que li permet mantenir un nivell de vida mig-alt. Descriu un problema de salut crònic, iniciat quan tenia trenta-cinc anys, per al qual, sis anys després, encara no ha obtingut una etiqueta diagnòstica.

En el seu cas, la identificació d'eixos de desigualtat a partir de la seva experiència de malaltia li han configurat una particular concepció del cos i el manteniment d'una relació amb aquest completament diferent al de la Muntsa i en Marcos. El contacte de la Maura amb la malaltia comença amb un procés de malaltia crònica de la seva mare. Hi va poder observar com el fet de ser dona, dedicada a les tasques de la llar i sense estudis la van perjudicar en una diversitat de situacions mèdiques on el seu discurs va ser minimitzat o no va ressonar amb la importància que creia merescuda. Davant d'aquest fet, i amb el propòsit de transformar la realitat viscuda, decideix formar part del col·lectiu biomèdic patint un procés d'enculturació durant el període de formació. Tanmateix, poc després de formar-ne part, iniciaria un altre procés, de ruptura amb els supòsits de la biomedicina, que seria el resultat de l'observació de les seves limitacions. Aquest procés culminaria als trenta-cinc anys, quan percebria desigualtats en l'experiència de la malaltia pròpia i quan apareixeria un conjunt de símptomes que, en limitar la seva quotidianitat, la portarien a demanar ajuda professional. La dificultat, però, rau en el fet de no encaixar en cap etiqueta diagnòstica, la qual cosa derivaria, de vegades, en una negació per part dels professionals de l'existència d'un problema de salut, en d'altres, a passar el seu cas d'un professional a un altre i, finalment, en una explicació causal d'origen psicossomàtic o psicològic.

L'efecte de la travessia viscuda per la Maura és una concepció del cos on aquest és font d'expressió i resposta a les forces socials a què com a subjecte ha estat sotmesa. Essent així, entén que el cos pot expressar aspectes que no poden ser compresos des d'un punt de vista biologicista. En aquest sentit, el cos ha de ser escoltat malgrat que la informació no encaixi amb la classificació establerta per la biomedicina.

El posicionament de la Maura respecte al cos, juntament amb la identificació d'eixos de desigualtat, com el fet de ser dona, jove i soltera, és el que va empenyar-la a adoptar una actitud de lluita, resistència i rebel·lió. Aquesta actitud és la que ha mantingut al llarg dels darrers anys, i la que manté orientada al futur, fins aconseguir una teoria explicativa que li resulti vàlida per a poder viure la vida que vol viure amb el seu problema de salut.

Viure una “bona” vida, malgrat la malaltia, esdevé el propòsit de les persones amb malalties que ocasionen una ruptura de la quotidianitat

Viure una “bona” vida, malgrat la malaltia, esdevé el propòsit de les persones amb malalties que ocasionen una ruptura de la quotidianitat (Insa-Calderón, 2015). Entre els elements que configuren una “bona” vida trobem la construcció d'una experiència de malaltia amb unes característiques determinades, però en la qual passat, present i futur es conjuguen en un mateix moment. El repte per als professionals, tal com es pot desprendre dels tres casos exposats, no és l'accés a l'experiència de malaltia, sinó mirar-la des de la confluència de desigualtats socials i actuar d'acord amb el gradient resultant.

El repte de la formació dels futurs professionals de la salut

Cada vegada més, les facultats en ciències de la salut són cridades a incorporar una mirada sensible amb la responsabilitat social en el seu exercici acadèmic

Des de la nostra experiència personal com a docents en graus i màsters universitaris en ciències de la salut, ens hem qüestionat múltiples vegades com estem contribuint al desenvolupament de les noves generacions de professionals de la salut per atendre una realitat social cada cop més complexa i canviant. Cada vegada més, les facultats en ciències de la salut són cridades a incorporar una mirada sensible i compromesa amb la responsabilitat social en el seu exercici acadèmic. Així, en els darrers anys, l'estudi de l'efecte dels determinants socials sobre la salut de la població i l'aparició de desigualtats socials i de salut s'ha generalitzat, si bé això suposa un repte majúscul per a la docència en salut.

Encara que l'interès en la formació d'acord amb els DSS ha anat en auge, és molt poca la literatura disponible sobre l'impacte real d'aquesta docència en l'adquisició de competències i habilitats per a la reducció de les desigualtats socials per part dels qui seran els futurs professionals de la salut. Per exemple, s'ha vist que sovint es tendeix a la sobreinformació sobre l'efecte a gran escala dels DSS en la salut de la població, sense que això aportï un coneixement real sobre els recursos, les habilitats i les accions a l'abast dels

professionals per a combatre'n l'efecte, fet que pot generar un sentiment aclaparador en l'estudiantat. En aquesta línia, Sharma (2018) destaca que l'aproximació actual que es fa de les teories sobre determinants socials de la salut en les formacions universitàries s'apropa més a fórmules descriptives que consideren els DSS com a elements a tenir en compte en lloc de concebre'ls com a condicions a ser qüestionades i modificades (Sharma *et al.*, 2018).



En aquesta línia, un equip investigador de la Universitat de Nova York ha suggerit el terme *competència estructural* per fer referència a aquesta capacitat professional. La defineixen com “un marc per a la conceptualització i abordatge de situacions relacionades amb la salut i la justícia social, que emfatitza el reconeixement d'aquelles condicions econòmiques i polítiques productores de desigualtats en salut” (Hansen i Metzl, 2019; Metzl i Hansen, 2014; Metzl i Petty, 2017). Per a Metzl i Hansen, és prioritari que els professionals comprenguin les barreres estructurals a l'hora d'abordar qualsevol cas clínic. Per aquest motiu, l'anomenada competència estructural pretén avaluar la capacitat de l'estudiantat per identificar la relació entre les característiques i les condicions socials, culturals i estructurals que afecten les persones i els seus desenllaços de salut, així com demostrar coneixement i comprensió sobre els mecanismes mitjançant els quals aquests factors socials emmotllen els resultats de salut. Aquesta competència, per tant, va més enllà de la mera identificació de causes probables de mala salut i vetlla per la comprensió dels mecanismes complexos de producció de salut i malaltia.

No obstant això, les estratègies que s'emprin també han de ser capaces d'incorporar i promoure l'adquisició d'una mirada àmplia i integradora, que tant posi el focus en els elements estructurals de la salut, com en la vivència subjectiva de les persones. L'escolta esdevé transcendental en aquest procés de comprensió profunda de la vivència aliena. Però aquí ens preguntem: n'hi ha prou d'oferir l'espai necessari perquè les persones expressin (verbalment o no) la seva experiència? Quines barreres hi ha entre professionals i pacients que puguin limitar la mútua comprensió i la creació d'una genuïna relació d'ajuda? Quins privilegis ostenten els professionals de salut i com esdevenen una limitació en la relació i el procés d'empatia?

DasGupta proposa el concepte de humilitat narrativa (*narrative humility*), en què emfatitza la necessitat que els professionals de salut prenguin consciència dels seus propis prejudicis, creences i marcs d'escolta, no només davant la diversitat cultural, sinó davant de qualsevol narrativa (DasGupta, 2008). Es reconeix, per tant, que les vivències subjectives de les persones no són quelcom que pugui ser circumscrit o simplificat al mer relat o a les lògiques objectives, sinó entitats dinàmiques a les quals aproximar-se i involucrar-s'hi amb tota la seva complexitat i assumint, al mateix temps, la possibilitat de contradiccions i ambigüitats. La humilitat narrativa també emplaça els professionals de salut a reconèixer el propi desconeixement i a construir

amb l'altre un espai de coneixement mutu on ambdues parts cooperen des de les seves realitats i marcs de saber, tot desafiant els desequilibris jeràrquics preexistents entre ambdues parts. En aquesta mateixa línia, Kumagai i Lypson (2009) plantegen la necessitat d'una formació dels professionals de salut que els capaciti per abordar els problemes de salut en els diferents contextos socials, i emfatitzen la importància d'adquirir una consciència crítica (*critical consciousness*) que inclogui una presa de consciència sobre la pròpia posició de privilegi que es produeix en la relació professional - pacient, tot fomentant una reorientació de la pràctica cap a accions compromeses amb la justícia social (Kumagai i Lypson, 2009).

A tall d'exemple, un estudi publicat relatiu a l'efectivitat d'una experiència pilot a San Francisco, als Estats Units, sobre la implementació d'un curs de formació per a la incorporació de la competència estructural en la pràctica assistencial adreçat a professionals de salut de diferents categories i àmbits, considerava que la formació que s'oferia era adequada per a complementar els buits percebuts en la formació reglada, tot dotant les persones aprenents per a comprendre i donar resposta als diferents elements estructurals que influencien la salut de les persones i les comunitats (Neff *et al.*, 2020). A la taula 1 s'exposen els diferents resultats d'aprenentatge que es varen descriure per a l'esmentada formació, d'acord amb el marc conceptual de la competència estructural descrit pels seus autors (Metzl i Hansen, 2014).

Taula 1. Resultats d'aprenentatge d'una formació sobre competència estructural adreçada a professionals de la salut

Resultats d'aprenentatge	
<i>Després d'haver completat la formació, l'estudiantat serà capaç de:</i>	
1.	Reconèixer les influències de les estructures en la salut de les persones.
2.	Reconèixer les influències de les estructures en la pràctica assistencial.
3.	Generar estratègies per a donar resposta a les esmentades estructures en l'àmbit clínic.
4.	Generar estratègies per a donar resposta a les esmentades influències estructurals més enllà de l'àmbit clínic.
5.	Integrar la humilitat estructural ² com a aproximació aplicable dins i fora dels àmbits assistencials.

Font: Neff *et al.*, 2020.

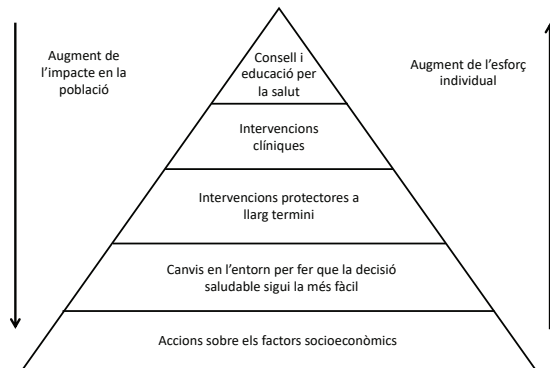
Amb tot, es tracta, doncs, d'afavorir l'adquisició d'habilitats i competències professionals *totals* que permetin mirar la complexitat dels fenòmens de salut de prop i de lluny al mateix temps, com si de la lent d'una càmera fotogràfica es tractés, actuant en els diferents nivells d'intervenció: intra-personal, interpersonal, clínica, comunitària, recerca i política. Recollint l'experiència descrita a la taula 1, el punt 1 fa referència a la comprensió per part dels professionals de la salut dels mecanismes únics mitjançant els quals els DSS s'interrelacionen i operen sobre els processos de salut i malaltia de les poblacions, mentre que el punt 2 reflexiona sobre com la pròpia pràctica assistencial i institucional realitzada pels professionals pot constituir, si no és degudament revisada i ajustada, una forma de manteniment de les desigualtats. Els punts 3 i 4 emplacen a la cerca d'estratègies que permetin revisar les esmentades influències estructurals tant dins els entorns institucionals com fora, en l'àmbit comunitari. Finalment, el punt 5 proposa la humilitat estructural com a posicionament necessari dels col·lectius professionals, que podria equiparar-se a la proposta d'*humilitat narrativa* proposada per DasGupta. Amb tot, l'estratègia que s'adopti no podrà anar deslligada de la col·laboració multi-professional i comunitària, on agents socials, educadors, sanitaris, entre d'altres, cooperin de forma coordinada en la consecució de les esmentades fites comunes. I és que, tal com diu el proverbi *Health is Wealth*³, la salut és un condicionant clau del benestar de les persones i les comunitats, així com de la seva capacitat per desenvolupar-se i adquirir les fites vitals que es proposen. La salut, tal com s'ha exposat extensament en aquest article, no pot entendre's deslligada dels elements socials que condicionen les vides individuals i col·lectives, motiu pel qual l'abordatge de les qüestions relatives a la salut no pot ser sinó coordinat amb els diferents col·lectius professionals que vetllen pel benestar de les comunitats.

Tanmateix, es tracta d'oferir les eines d'aprenentatge necessàries per adquirir competència i habilitat per a l'actuació –segons el que Frieden (2010) consideraria– a la base de la piràmide de l'impacte en salut. És en aquesta base (figura 4) on els esforços per assolir nivells més alts de salut i benestar a nivell poblacional es dirigeixen cap a la millora de les condicions socio-econòmiques i la modificació dels entorns per tal que les opcions saludables esdevinguin no només l'opció predeterminada, sinó la més fàcil.



L'abordatge de les qüestions relatives a la salut no pot ser sinó coordinat amb els diferents col·lectius professionals que vetllen pel benestar de les comunitats

Figura 4. La piràmide de l'impacte en salut



Font: Frieden, 2010.

Conclusions

Amb aquest article hem procurat una aproximació holística al que creiem que és un dels majors reptes de les professions socials i de salut en el futur del nostre context: la cerca d'una atenció en salut més humanitzada, socialment integrada i dirigida a la consecució de comunitats i entorns més equitatius i saludables. La pobresa, així com la desigualtat social, condiciona innegablement la salut de les persones, i així s'ha recollit extensament a la literatura científica de les últimes dècades. No obstant això, amb aquest text, hem volgut anar més enllà de l'anàlisi d'indicadors de salut i hem intentat proposar una reflexió més àmplia sobre el que implica abordar la desigualtat social des de l'àmbit de la salut. Així mateix, hem volgut exemplificar com la lògica biomèdica, si bé emparada en el rigor del mètode científic, no està exempta de limitacions a l'hora de comprendre de forma íntegra els processos de salut i malaltia de les persones que conformem les societats d'avui, així com les seves experiències subjectives de malaltia. És en la proposta d'una mirada integral i holística que cal dirigir els esforços de les professions sanitàries a la promoció i restauració de la salut, tot abordant-la des del prisma dels determinants socials i la reducció de les desigualtats socials de la salut. Ara bé, aterrar la proposta a la realitat assistencial i de la formació de les futures generacions de professionals de la salut constitueix un dels grans reptes que se'ns planteja.

Aquest article esbossa estratègies que fan factible l'aplicació d'una perspectiva interseccional en el quotidià de les relacions entre professionals de la salut i població, tot plantejant-les en dos nivells diferenciats: a nivell col·lectiu, mitjançant el reconeixement de les diferents estructures i DSS que influeixen en la salut i la malaltia, i a nivell individual, a través de la comprensió de la *illness* des d'una posició d'humilitat narrativa per part dels professionals de la salut. Així mateix, s'ha posat de manifest que l'aproximació col·lectiva requereix d'una voluntat d'anar més enllà de la mera recollida d'informació relativa als determinants socials o eixos de desigualtat individuals, per a elaborar-ne un reconeixement dels mecanismes mitjançant els quals aquests condicionants s'interrelacionen i operen per a generar situacions úniques de salut i malaltia que, irremeiablement, es manifesten en la *illness*.



A mode de reflexió, per a concloure cal destacar que la recollida d'informació relativa als factors condicionants de les persones constitueix una paradoxa en si mateixa: si bé esdevenen cabdals en la comprensió dels fenòmens de salut i malaltia com a fenòmens socials i culturals, d'acord amb Zuboff (2019), les dades relatives a l'estat de salut, les emocions, entre d'altres, són cada cop més demandades atès el creixent interès en l'elaboració de productes, també de salut, basats en la predicció del comportament de la població (Zuboff, 2019). Només cal veure l'increment de noves tecnologies que rastregen dades personals i comportaments com és el cas de la intel·ligència artificial. Es tracta del que Zuboff anomena capitalisme de vigilància, que té una visió instrumental de la societat que va més enllà dels simples cossos i estableix un nou ordre social. Per tant, entenent que les dades són neutres i que som davant un moment de revalorització d'aquestes dades per part de la societat, el que cal plantejar-se, i mereix una reflexió profunda, és el posicionament i la mirada que els professionals adopten en analitzar-les, com seran utilitzades i en benefici de qui. Tanmateix, tan important com la forma d'aproximació a les dades col·lectives és l'aproximació a la individualitat: la necessitat de noves formes d'aproximació a aquesta individualitat és imperativa en un moment on les noves tecnologies han irromput per transformar dia rere dia l'entorn en què vivim, contribuint a relegar encara més la subjectivitat. La democratització a l'accés de la informació ha permès que allò que era un saber exclusiu dels professionals, ara no només sigui de domini públic, sinó que estigui exposat al qüestionament d'una població àvida de participació i apoderament. Amb tot, aquesta transició requereix de l'obertura cap a altres formes de saber i coneixement que ens permetin adquirir, també, posicionaments més integrals i sensibles a la realitat diversa, subjectiva i canviant de les persones, iniciant-la des de la formació de les futures generacions de professionals. És en aquest sentit que la formació de futurs professionals des d'una mirada interseccional i sensible a les diferents subjectivitats és entesa com la llavor d'una atenció social i de salut del futur dirigida a la reducció de les desigualtats socials de la salut. Així mateix,

si bé l'elaboració de propostes formatives alineades amb les competències requerides per donar resposta a les necessitats socials i de salut de les comunitats ja constitueix un repte en si mateix, es planteja un element més que hi afegeix complexitat: trobar les eines, no només per entrenar-les, sinó per poder avaluar de forma fidedigna l'adquisició d'aquestes competències per part de les futures generacions.

Ariadna Graells Sans
 Escola Superior d'Infermeria del Mar (ESIMar)
 Centre adscrit a la Universitat Pompeu Fabra
 Social Determinants and Health Education Research Group
 Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM)
 Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya⁴
 agralls@esimar.edu.es

Esther Insa Calderón
 Escola Superior d'Infermeria del Mar (ESIMar)
 Centre adscrit a la Universitat Pompeu Fabra
 Social Determinants and Health Education Research Group
 Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM)
 einsa@esimar.edu.es

Bibliografia

- Agència de Salut Pública de Barcelona (2020). *Covid-19 al dia BCN*. <https://webs.aspb.cat/covid19aldiabcn/>
- Carel, H. (2011). Phenomenology and its application in medicine. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 32(1), 33–46. <https://doi.org/10.1007/s11017-010-9161-x>
- Carel, H. (2012). Phenomenology as a Resource for Patients. *Journal of Medicine and Philosophy*, 37(2), 96–113. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhs008>
- Collins, P. H. (1993). Toward a New Vision: Race, Class, and Gender as Categories of Analysis and Connection. *Race, Sex & Class*, 1(1), 25–45. <https://www.jstor.org/stable/41680038%0A>
- Comision on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health* (Vol. 57, Issue 12). <https://doi.org/10.1103/PhysRevB.57.7103>
- Couto, M. T., de Oliveira, E., Separavich, M. A. A. i Luiz, O. do C. (2019). The feminist perspective of intersectionality in the field of public health: A narrative review of the theoreticalmethodological literature. *Salud Colectiva*, 15(1). <https://doi.org/10.18294/sc.2019.1994>

- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1. <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>
- Csordas, T. J. (1994). Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self. In *Cambridge University Press*. <http://doi.wiley.com/10.1525/ac.1997.24.4.940>
- DasGupta, S. (2008). The art of medicine. Narrative humility. *The Lancet*, 371(1939), 980–981. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60440-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60440-7)
- Desjarlais, R. i Jason Throop, C. (2011). Phenomenological Approaches in Anthropology. *Annual Review of Anthropology*, 40(1), 87–102. <https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-092010-153345>
- Frieden, T. R. (2010). A framework for public health action: The health impact pyramid. *American Journal of Public Health*, 100(4), 590–595. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.185652>
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2016). *Enquesta de salut de Catalunya. Informe dels principals resultats 2015*.
- Good, B. J. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. (E. Bellaterra (ed.)).
- Hankivsky, O. (2012). Women's health, men's health, and gender and health: Implications of intersectionality. *Social Science & Medicine*, 74, 1712–1720. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.029>
- Hankivsky, O., Grace, D., Hunting, G., Giesbrecht, M., Fridkin, A., Rudrum, S., Ferlatte, O. i Clark, N. (2014). An Intersectionality-Based Policy Analysis Framework: Critical Reflections on a Methodology for Advancing Equity. *International Journal for Equity in Health*, 13(119), 133–166. https://doi.org/10.1007/978-3-319-98473-5_6
- Hansen, H. i Metzl, J. M. (2019). *Structural Competency in Mental Health and Medicine. A case-based approach to treating the social determinants of health* (1st ed.). Springer US.
- Heard, E., Fitzgerald, L., Wigginton, B. i Mutch, A. (2020). Applying intersectionality theory in health promotion research and practice. *Health Promotion International*, 35(4), 866–876. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz080>
- Insa-Calderón, E. (2015). *El ser gen-ètic. Experiència de malaltia a Barcelona i Los Angeles*. [Universitat de Barcelona]. http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/104905/1/EIC_TESI.pdf
- Kapilashrami, A., Hill, S. i Meer, N. (2015). What can health inequalities researchers learn from an intersectionality perspective? Understanding social dynamics with an inter-categorical approach? *Social Theory and Health*, 13(3–4), 288–307. <https://doi.org/10.1057/sth.2015.16>
- Kleinman, A. (1981). *Patients and Healers in the Context of Culture*. University of California Press.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives. Suffering, healing and the human condition*. Basic Books.



- Kumagai, A. K. i Lypson, M. L. (2009). Beyond Cultural Competence : Critical Cultural Competency : A Critique. *Academic Medicine*, 84(6), 782–787.
- Malmusi, D., Borrell, C. i Benach, J. (2010). Migration-related health inequalities: Showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Social Science and Medicine*, 71(9), 1610–1619. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.07.043>
- Manchón, M., Mosquera, I., Larrañaga, Is., Martín, U. i Vergara, I. (2020). Desigualdades económicas en la salud de la población mayor en España. *2Gaceta Sanitaria*, 34(3), 276–288. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.008>
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099–1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A. i Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661–1669. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)
- McCall, L. (2005). The Complexity of Intersectionality. *Journal of Women in Culture and Society*, 30(3), 1771–1800.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phenomenology of perception*. Routledge.
- Metzl, J. M. i Hansen, H. (2014). Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Social Science & Medicine*, 103(February), 126–133. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.032>
- Metzl, J. M. i Petty, J. (2017). Integrating and Assessing Structural Competency in an Innovative Prehealth Curriculum at Vanderbilt University. *Academic Medicine*, 92(3), 354–359. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001477>
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para la reducción de las desigualdades sociales en la salud en España (2015). *Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*.
- Neff, J., Holmes, S. M., Knight, K. R., Strong, S., Thompson-Lastad, A., McGuinness, C., Duncan, L., Saxena, N., Harvey, M. J., Langford, A., Carey-Simms, K. L., Minahan, S. N., Satterwhite, S., Ruppel, C., Lee, S., Walkover, L., De Avila, J., Lewis, B., Matthews, J. i Nelson, N. (2020). Structural Competency: Curriculum for Medical Students, Residents, and Interprofessional Teams on the Structural Factors That Produce Health Disparities. *MedEdPORTAL: The Journal of Teaching and Learning Resources*, 16, 10888. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10888
- Parish, S. M. (2008). Toward a Psychology of Possible Selves. In *Subjectivity and Suffering in American Culture* (p. 125–151). Palgrave Macmillan US. https://doi.org/10.1057/9780230613188_4
- Rogers, J. i Kelly, U. A. (2011). Feminist intersectionality: Bringing social justice to health disparities research. *Nursing Ethics*, 18(3), 397–407. <https://doi.org/10.1177/0969733011398094>
- Rose, G. (1985). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 14(1), 32–38. <https://doi.org/10.1093/ije/30.3.427>

- Ruiz Cantero, M. (2019). *Perspectiva de género en medicina (Monografías 39)*. Fundació Dr. Antoni Esteve.
- Sharma, M., Pinto, A. D. i Kumagai, A. K. (2018). Teaching the Social Determinants of Health : A Path to Equity or a Road to Nowhere ? *Academic Medicine*, 93(1), 25–30. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001689>
- Solar, O. i Irwin, A. (2010). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. In *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. [https://doi.org/ISBN 978 92 4 150085 2](https://doi.org/ISBN%20978%2092%204%20150085%202)
- Throop, C. J. (2009). Intermediary Varieties of Experience. *Ethnos*, 74(4), 535–558. <https://doi.org/10.1080/00141840903202116>
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429–445. <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>
- World Health Organization. (2014). Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action. In *8th Global Conference on Health Promotion*. <https://www.who.int/healthpromotion/frameworkforcountryaction/en/>
- Zuboff, S. (2019). *The Age of Surveillance Capitalism: The Fight for a Human Future at the New Frontier of Power*. Public Affairs.



-
- 1 Subsanan les desigualtats en una generació.
 - 2 La humilitat estructural adverteix els proveïdors de no fer suposicions sobre el paper de les estructures en la vida dels pacients, en lloc d'incentivar la col·laboració amb els pacients i les comunitats per desenvolupar la comprensió i les respostes a la vulnerabilitat estructural.
 - 3 “La salut és benestar / riquesa / poder”. Proverbi del filòsof americà Ralph Waldo Emerson. El seu significat rau en la importància de la salut com a condicionant indispensable del benestar i les oportunitats per al desenvolupament individual i comunitari, transcendent la línia del benestar físic i l'absència de malaltia per adquirir una rellevància que impregna tots els aspectes de la vida.
 - 4 Aquest treball s'ha realitzat en el marc del programa de doctorat interuniversitari en Estudis de Gènere: Cultures, Societats i Polítiques de la Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya.
-