

## **La salud empieza en el barrio: desigualdad, comunidad y democracia**

**Imanol Zubero**

Sociólogo, UPV/EHU

<https://orcid.org/0000-0001-5699-337X>  
<https://ekoizpen-zientifikoa.ehu.eus/investigadores/129472/detalle>  
[https://imanol-zubero.blogspot.com/](https://imanol-zubero.blogspot.com/imanol.zubero@ehu.eus)  
[imanol.zubero@ehu.eus](mailto:imanol.zubero@ehu.eus)

Idea central: la salud se juega, en buena medida, fuera de los centros sanitarios, en las condiciones materiales y sociales en las que transcurre nuestra vida cotidiana. Por eso, democratizar la salud exige actuar sobre esas condiciones y reconocer a las personas y comunidades afectadas como protagonistas de su transformación.

### **1. ¿Dónde empieza la salud?**

Imaginemos a una persona mayor que vive sola en un cuarto piso sin ascensor, con una pensión baja, dificultades para mantener la vivienda caliente y una movilidad cada vez más reducida. Tiene tarjeta sanitaria, centro de salud, médico de familia y acceso a medicamentos. Pero su salud depende también de si puede bajar a la calle, hacer la compra, encontrarse con otras personas, alimentarse adecuadamente y recibir ayuda cuando la necesita.

El sistema sanitario puede atender algunas de sus enfermedades. Difícilmente podrá resolver, por sí solo, las condiciones que las agravan.

¿De qué sirve garantizar formalmente el derecho a la asistencia sanitaria si dejamos que las condiciones de vida deterioren continuamente la salud de las personas?

Hablar de democratización de la salud exige hablar de vivienda, renta, urbanismo, servicios sociales, relaciones comunitarias y participación.

### **2. La desigualdad social se convierte en desigualdad de salud**

Las condiciones laborales, los ingresos, la vivienda, el nivel educativo, el género, el origen migratorio o la existencia de redes de apoyo condicionan la exposición a la enfermedad y las posibilidades de recuperación.

- Euskadi, 2024 **20,6 %** Población en riesgo de pobreza o exclusión social (AROPE)
- Euskadi, 2024 **17,8 %** Población en riesgo de pobreza monetaria
- Euskadi, 2024 **6,7 %** Población en situación de privación material

(Fuente: EAPN Euskadi, resumen de los indicadores de la EPDS 2024, publicado en abril de 2026).

El dato más significativo es que el indicador AROPE ha aumentado del 19,5 % en 2022 al 20,6 % en 2024. La privación material ha pasado del 4,7 % al 6,7 %, mientras que la baja intensidad laboral apenas ha variado, del 7,8 % al 7,9 %.

Esto permite introducir una reflexión importante: la mejora relativa del empleo no garantiza, por sí sola, una mejora de las condiciones materiales de vida.

También disponemos de un contraste interesante. Según Eustat, en 2024 la esperanza de vida en Euskadi alcanzó los 81,7 años para los hombres y los 87 para las mujeres, cifras superiores a las medias europeas. El mismo informe señala, sin embargo, un deterioro de la percepción de buena salud en los últimos cinco años.

Es decir, podemos mejorar en longevidad y mantener problemas importantes de desigualdad y bienestar.

Para mostrar cómo se distribuyen esas desigualdades dentro de Euskadi, la Encuesta de Salud 2023 permite consultar indicadores de salud por grupo socioeconómico, nivel de estudios, sexo y territorio histórico. Es la fuente oficial adecuada para documentar el gradiente social de salud, aunque sus datos corresponden a 2023.

Euskadi tiene una esperanza de vida elevada y un sistema sanitario desarrollado. Pero una quinta parte de su población continúa en riesgo de pobreza o exclusión. Las buenas medias sanitarias no deberían ocultarnos las desigualdades que existen dentro de nuestra sociedad.

Conviene subrayar tres cuestiones:

- La desigualdad no afecta únicamente al acceso a los servicios sanitarios. Afecta a las condiciones de vida que producen salud o enfermedad.
- Las desigualdades se acumulan. Una persona con empleo precario puede tener también dificultades de vivienda, inseguridad económica y escasas posibilidades de descanso.
- El sufrimiento que resulta de estas situaciones termina apareciendo en las consultas médicas, aunque su origen se encuentre fuera de ellas.

¿Cuánto de lo que atendemos como enfermedad es el resultado de condiciones sociales que podríamos modificar?

### **3. El agotamiento del Estado del bienestar: cuando atender no basta**

El problema no se reduce a la insuficiencia de recursos, aunque estos sean fundamentales. También importa cómo organizamos la respuesta institucional al sufrimiento.

El diagnóstico puede apoyarse en datos oficiales que muestran tanto la fortaleza del sistema como las presiones que soporta.

La presión sobre la atención primaria: **70 %** de las consultas de atención primaria están relacionadas con la cronicidad y la pluripatología, según la memoria explicativa de los presupuestos sanitarios de Euskadi para 2026. Este dato es relevante porque la atención de enfermedades crónicas exige continuidad, seguimiento, cuidados y coordinación con otros servicios.

Además, los datos de salud mental indican un aumento de los síntomas de ansiedad y depresión entre 2018 y 2023 → Síntomas de ansiedad y depresión en Euskadi. Porcentaje de población, por sexo. Encuesta de Salud 2018 y 2023:

- Mujeres: 16,4 % (2018) → 26,5 % (2023)
- Hombres: 9,6 % (2018) → 17,7 % (2023)

(Fuente: Eustat, Panorama de la Salud 2025).

Entre las mujeres, la prevalencia alcanzó el 26,5 % en 2023; entre los hombres, el 17,7 %. No son diagnósticos clínicos de trastorno mental, sino indicadores de síntomas de ansiedad y depresión.

La atención primaria atiende una demanda creciente de enfermedades crónicas y sufrimiento psicológico. Necesita más capacidad y mejores condiciones de trabajo, pero también que otras políticas públicas actúen sobre los problemas que llegan a sus consultas. El propio Pacto Vasco de Salud reconoce la importancia de la equidad y la orientación comunitaria. La cuestión es cómo convertir esos principios en prácticas y recursos concretos.

Evitaría presentar el agotamiento del Estado del bienestar como un hecho consumado. Es más preciso hablar de los límites de un modelo que intenta compensar individualmente desigualdades que se siguen produciendo estructuralmente.

Pensemos en una mujer que recibe atención sanitaria por ansiedad, tratamiento farmacológico y seguimiento profesional, mientras continúa viviendo bajo la amenaza de un desahucio o de la violencia machista en el seno de la pareja. La intervención médica puede ser necesaria y beneficiosa, pero las condiciones que alimentan su sufrimiento permanecen.

Lo mismo ocurre con las personas mayores que sufren soledad, con quienes no pueden mantener una alimentación adecuada o con las familias que viven en viviendas insalubres.

Tres problemas que señalaría:

- **Fragmentación institucional:** Osakidetza, servicios sociales, vivienda, empleo y entidades comunitarias intervienen sobre dimensiones de una misma vida mediante circuitos diferentes (→ el **espacio sociosanitario** como animal mitológico).

En Euskadi existe un espacio sociosanitario reconocido institucionalmente, pero resulta más discutible que exista un verdadero sistema sociosanitario integrado. La fragmentación competencial entre Gobierno Vasco, diputaciones forales y ayuntamientos no impide necesariamente la integración sociosanitaria. De hecho, esa distribución de responsabilidades ha dado lugar a órganos de coordinación, planificación compartida y algunos recursos de atención conjunta. Sin embargo, dificulta que las personas reciban una respuesta verdaderamente integral, especialmente cuando sus necesidades son complejas, persistentes y afectan simultáneamente a la salud, la vivienda, la autonomía personal y la inclusión social.

Conviene distinguir tres niveles:

- ✓ Coordinación sociosanitaria: diferentes sistemas mantienen sus competencias, pero establecen procedimientos para trabajar juntos.
- ✓ Atención sociosanitaria integrada: las personas reciben una atención continuada, con valoración compartida, profesionales de referencia y objetivos comunes.
- ✓ Sistema sociosanitario integrado: existen responsabilidades, financiación, información y mecanismos de rendición de cuentas suficientemente articulados para garantizar esa atención con independencia del territorio y de la institución que intervenga.

Euskadi ha avanzado considerablemente en el primero y ha desarrollado experiencias del segundo. El tercero sigue siendo una aspiración más que una realidad plenamente alcanzada.

**¿Qué existe realmente en Euskadi?** La existencia del espacio sociosanitario tiene un fundamento legal y una estructura institucional relativamente desarrollada. El Decreto 150/2022, de 7 de diciembre, de gobernanza sociosanitaria de Euskadi, regula la coordinación entre los sistemas sanitario y de servicios

sociales. Se apoya en la Ley de Ordenación Sanitaria de 1997 y en la Ley de Servicios Sociales de 2008. Entre sus instrumentos destacan el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, los órganos de coordinación territoriales y las figuras de coordinación profesional. Existe también una Dirección de Atención Sociosanitaria dentro del Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

Además, se han desarrollado sucesivas estrategias de atención sociosanitaria. La correspondiente a 2021-2024 apostaba por una red de ecosistemas locales de cuidados sociales y sanitarios. A octubre de 2026, el portal oficial indica que la Estrategia 2025-2030 está en elaboración, y ofrece la evaluación del periodo anterior.

Por tanto, en Euskadi existe una arquitectura institucional destinada a coordinar ambos sistemas.

**¿Dónde están los principales problemas?** La distribución competencial no es el único obstáculo. El problema aparece cuando las diferencias entre sistemas se trasladan a la atención cotidiana.

| Dimensión       | Dificultad potencial                                                                                                                                            |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Competencias    | La atención sanitaria corresponde fundamentalmente al Gobierno Vasco; los servicios sociales se distribuyen entre Gobierno Vasco, diputaciones y ayuntamientos. |
| Financiación    | Cada sistema dispone de presupuestos, prioridades y responsabilidades diferentes.                                                                               |
| Acceso          | Los requisitos para recibir prestaciones sanitarias y sociales no siempre coinciden.                                                                            |
| Organización    | Los equipos profesionales trabajan con procedimientos, sistemas de información y estructuras de gestión diferentes.                                             |
| Territorio      | Los recursos y las posibilidades de coordinación pueden variar entre municipios y territorios históricos.                                                       |
| Responsabilidad | Cuando una persona necesita simultáneamente atención sanitaria y social, puede resultar difícil determinar quién garantiza la continuidad de la intervención.   |

Estas son dificultades estructurales del modelo, no una demostración de que todas se produzcan con la misma intensidad en todos los servicios.

La pregunta crítica sería: ¿hasta qué punto los mecanismos de coordinación tienen capacidad efectiva para superar las fronteras presupuestarias, organizativas y administrativas?

**Un ejemplo reciente de integración real: Proyecto POBA (Pertsonen Ongizatea Begirada Anitzetik Aretxabaleta).** En enero de 2026, el Gobierno Vasco, la Diputación Foral de Gipuzkoa y el Ayuntamiento de Aretxabaleta presentaron un proyecto piloto que integra atención sanitaria, servicios sociales y recursos comunitarios en el mismo edificio, dirigido especialmente a personas mayores de 70 años. Lo más interesante del proyecto no es que compartan instalaciones. Su planteamiento incluye una valoración conjunta de las necesidades sanitarias, funcionales, cognitivas, emocionales y sociales, y la elaboración de un Plan Individualizado de Atención Sociosanitaria consensuado con cada persona.

Este es un ejemplo de lo que significa avanzar desde la coordinación administrativa hacia una atención realmente integrada. Pero también permite formular una pregunta: si este modelo se presenta en 2026 como una experiencia pionera, ¿hasta qué punto se ha generalizado ya una integración semejante en el conjunto de Euskadi?

**Una cuestión especialmente relevante: la exclusión social severa.** Buena parte del desarrollo sociosanitario se ha organizado alrededor de situaciones como la dependencia, el envejecimiento, la discapacidad, la enfermedad crónica o las necesidades de cuidados de larga duración. Son ámbitos fundamentales. Sin embargo, la integración sociosanitaria debería evaluarse también desde las

necesidades de las personas en exclusión residencial y social severa. Pensemos en una persona que vive en la calle, presenta problemas de salud mental, tiene una enfermedad crónica y carece de ingresos suficientes. Puede necesitar simultáneamente atención primaria, salud mental, servicios sociales municipales, recursos forales de inclusión y una solución residencial. La cuestión no es que todos estos recursos existan. Importa saber si la persona dispone de un itinerario comprensible, accesible y continuado, sin tener que demostrar una y otra vez su situación ante instituciones diferentes.

**¿Qué debería exigirse para hablar de un verdadero espacio sociosanitario?** Propondría cinco criterios verificables:

1. Una puerta de entrada accesible, de modo que las personas con necesidades complejas no tengan que reconstruir por sí mismas los circuitos administrativos.
2. Una valoración compartida, que integre las dimensiones sanitarias, sociales, residenciales y comunitarias.
3. Un plan individualizado y una referencia profesional clara, con responsabilidades definidas y continuidad asistencial.
4. Financiación y compromisos interinstitucionales estables, que eviten que cada administración traslade los problemas a otra.
5. Evaluación pública de resultados y desigualdades territoriales, incluyendo la experiencia de las personas atendidas y su capacidad de participar en las decisiones.

Mi conclusión sería que Euskadi dispone de un espacio sociosanitario institucionalizado, con avances reales, pero todavía no podemos dar por acreditada una atención sociosanitaria plenamente integrada, equitativa y accesible en todos los territorios y para todos los colectivos.

Democratizar la salud exige que el espacio sociosanitario incorpore también la vivienda, el territorio, las redes comunitarias y la participación de las personas afectadas. De otro modo, corremos el riesgo de coordinar mejor la atención a las consecuencias sociales de la enfermedad sin intervenir suficientemente sobre las condiciones que la producen.

- **Individualización de los problemas:** se pide a las personas que modifiquen comportamientos que están fuertemente condicionados por sus circunstancias.
- **Sobrecarga asistencial:** los servicios atienden consecuencias que reaparecen mientras sus causas continúan actuando.

Aumentar la capacidad asistencial sigue siendo imprescindible, pero resulta insuficiente si no se acompaña de políticas que reduzcan la producción social de enfermedad.

#### 4. El código postal como determinante de salud

Las desigualdades sociales se inscriben en el territorio. El lugar donde vivimos condiciona nuestra salud.

No todas las personas tienen las mismas oportunidades de vivir una vida saludable, ni de vivir el mismo número de años.

Euskadi dispone de un sistema sanitario público desarrollado, pero la universalidad de la asistencia no elimina las desigualdades de salud.

- Diferencia de esperanza de vida masculina entre los barrios extremos de Bilbao en 2011-2015: **6,4 años** (Fuente: I Plan Municipal de Salud de Bilbao).
- Diferencia entre las cifras publicadas para Indautxu (82,5) y Otxarkoaga (76,6): **5,9 años** (Fuente: Diagnóstico municipal de Bilbao difundido en mayo de 2026).

El Observatorio de Salud de Euskadi dispone de un visor geográfico que permite consultar indicadores de mortalidad, esperanza de vida y condiciones socioeconómicas en áreas pequeñas. Es una herramienta especialmente adecuada para ilustrar cómo las desigualdades territoriales se traducen en desigualdades de salud.

Este es probablemente el apartado en el que disponemos de los datos locales más expresivos y recientes.

En mayo de 2026, el Ayuntamiento de Bilbao presentó un diagnóstico de salud por barrios como parte del proceso de elaboración de su II Plan Municipal de Salud. Los resultados muestran diferencias importantes en determinadas enfermedades y problemas de salud.

Indicadores presentados en el diagnóstico municipal de Bilbao, mayo de 2026. Tasas por cada 1.000 habitantes del grupo correspondiente.

| Indicador                      | Barrios con valores elevados                                                                          | Barrios con valores bajos                                             |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Diabetes en hombres            | Más de 115 por 1.000 en Otxarkoaga, Uretamendi e Iturrigorri-Peñasal                                  | Menos de 70 por 1.000 en Abando, Indautxu, La Ribera y Castaños       |
| Síntomas depresivos en mujeres | Más de 130 por 1.000 en Otxarkoaga y Arangoiti                                                        | Menos de 95 por 1.000 en Abando, Indautxu, Basurto, Ametzola y Matiko |
| Pluripatología en mujeres      | Más de 35 por 1.000 en Otxarkoaga, Arangoiti, Arabella, Zabala, Bilbao la Vieja e Iturrigorri-Peñasal | Menos de 20 por 1.000 en Abando, Indautxu, Basurto y Ametzola         |

La desigualdad también aparece en los ingresos. El mismo diagnóstico sitúa a Otxarkoaga, Arabella, San Francisco, Altamira, Uretamendi e Iturrigorri-Peñasal entre los barrios con rentas anuales inferiores a 18.000 euros, frente a otros como Abando e Indautxu, que superan los 30.000 euros en el indicador utilizado.

Hay una asociación territorial muy clara entre desventaja socioeconómica y peores indicadores de salud. Sin embargo, no deberíamos presentar estos datos como una demostración de causalidad individual: las diferencias de edad, composición demográfica y otros factores también pueden influir. Para establecer comparaciones causales rigurosas serían necesarias tasas ajustadas y análisis adicionales.

Propondría hablar de tres realidades observables:

La vivienda. La humedad, el frío, las barreras arquitectónicas y el hacinamiento tienen consecuencias directas sobre la salud. En los barrios con edificios antiguos y hogares de rentas bajas, las dificultades de rehabilitación y accesibilidad adquieren especial relevancia.

El espacio público. Las pendientes, la calidad de las aceras, los lugares de encuentro, los espacios verdes y las conexiones de transporte determinan las posibilidades de movilidad, ejercicio y vida social. Un banco, una plaza accesible o un ascensor urbano pueden tener tanta importancia para la vida cotidiana de una persona mayor como otras intervenciones específicamente sanitarias.

La segregación y el estigma. Vivir en un barrio identificado con la pobreza o la marginalidad puede añadir barreras simbólicas a las desigualdades materiales. Los barrios populares no deben presentarse únicamente como territorios problemáticos: también poseen organizaciones, relaciones y capacidades colectivas.

¿Qué ocurriría si evaluáramos cada intervención urbanística o política de vivienda preguntándonos también qué efectos tendrá sobre la salud y sobre las desigualdades entre barrios?

## 5. La afonía participativa: tener necesidades, pero no tener voz

Las personas en exclusión severa aparecen constantemente como destinatarias de intervenciones, pero mucho menos como participantes en las decisiones que afectan a sus vidas.

La expresión afonía participativa me parece muy sugerente, aunque introduciría un matiz: muchas personas no carecen de voz. Lo que falta son espacios, relaciones y procedimientos institucionales capaces de reconocerla y otorgarle consecuencias. Más que afonía hay sordera.

- ¿Quién define las necesidades de las personas en exclusión?
- ¿Quién decide qué respuestas son adecuadas?
- ¿Qué capacidad tienen esas personas para modificar los servicios y las políticas que las afectan?

No he localizado una estadística oficial que mida directamente cuántas personas en exclusión severa participan en la definición o evaluación de las políticas de salud en Euskadi.

La ausencia de ese indicador no demuestra por sí sola que exista exclusión participativa. Sí señala una limitación de los datos disponibles para conocerla y la escasa importancia que se da a conocer esta realidad.

Podemos apoyar el argumento en tres evidencias concretas.

**La participación institucional está reconocida, pero hay que comprobar su alcance.** El Pacto Vasco de Salud incluye la participación entre sus principios y ha incorporado a asociaciones de pacientes y profesionales en su elaboración. El Ayuntamiento de Bilbao también inició en mayo de 2026 un proceso participativo para su II Plan Municipal de Salud. La pregunta pertinente sería: ¿participan en estos procesos las personas sin hogar, quienes viven situaciones de exclusión severa o quienes encuentran mayores dificultades para relacionarse con las instituciones? ¿Lo hacen directamente o mediante entidades que hablan en su nombre? Como digo, no he encontrado datos suficientes para responder con rigor. Por eso propondría formularlo como una exigencia de transparencia y evaluación participativa.

**Una experiencia de investigación participativa en Bilbao.** En agosto de 2025, el Instituto de Investigación Sanitaria Biobizkaia difundió los resultados de una investigación sobre el diseño urbano y la actividad física en tres áreas de Bilbao, realizada con metodología fotovoice. Las personas participantes documentaron mediante fotografías y relatos los aspectos del entorno que facilitaban o dificultaban la actividad física. El proyecto incluyó espacios de diálogo con asociaciones vecinales, responsables políticos, profesionales de Osakidetza y personal investigador.

**ERDU - Fundación Gizakia.** Programa comunitario especializado de atención sociosanitaria de proximidad dirigido a personas con problemática de adicciones y salud mental con serias dificultades para establecer un vínculo con los recursos existentes, que acerca la atención allí donde se encuentre la persona. La memoria de 2025 señala que aproximadamente en ocho de cada diez casos se alcanzaron los objetivos acordados con la persona atendida. Estos objetivos incluían mejoras de salud, reducción de consumos, acceso a recursos y estabilización residencial. El programa ERDU es especialmente interesante porque sus equipos se desplazan a la calle, los albergues, los comedores sociales y otros espacios donde se encuentran las personas en exclusión severa. El dato de ocho de

cada diez casos es un resultado comunicado por el programa, no una estimación de eficacia causal frente a un grupo de comparación. Aun así, ofrece evidencia de que el trabajo sociosanitario de proximidad puede alcanzar objetivos concretos y verificables.

Participar no consiste simplemente en asistir a actividades. Consiste en poder aportar, decidir y ser reconocida como alguien que forma parte de la comunidad. Pero no debemos idealizar la participación. Las personas que viven situaciones de exclusión severa pueden necesitar primero seguridad material, estabilidad residencial y apoyos continuados. La participación no puede convertirse en una obligación adicional que deban cumplir para demostrar su voluntad de inclusión.

## 6. Las redes vecinales: cuando la comunidad también produce salud

Los barrios no son únicamente escenarios donde se acumulan problemas. También son espacios donde se producen respuestas colectivas.

Cuatro experiencias breves, distintas entre sí.

**Txoko Gurea, Otxarkoaga.** Un proyecto impulsado por personas usuarias de Bizitegi, con organización asamblearia y actividades culturales y comunitarias. Su interés está en la capacidad de las propias personas para organizar espacios de relación y participación.

**Aukeragune, Otxarkoaga.** Un centro de atención diurna y promoción comunitaria para personas mayores que colabora con entidades sociales, educativas y sanitarias del barrio. En 2025, 43 personas participaron en actividades comunitarias, el 45 % de las atendidas. Es un ejemplo de articulación entre cuidados profesionales y relaciones vecinales.

**Ondoan, Bilbao la Vieja, San Francisco y Zabala.** Una experiencia de intervención comunitaria basada en la presencia de educadoras en el espacio público, la escucha y el acompañamiento, desarrollada en el marco del Plan Zubirik 2021-2025. Ilustra la importancia de salir de los despachos y trabajar donde transcurre la vida cotidiana.

**AURKIGUNE.** Mi experiencia de evaluación de AURKIGUNE, el proyecto impulsado por Zubietxe y Bizitegi en Abusu-La Peña y Errekaldeberri ("¿Evaluar la vida?", Amaia González Llama e Imanol Zubero. <https://documentacionsocial.es/21/a-fondo/evaluar-la-vida>). En La Peña, la Casa Amarilla, impulsada por Zubietxe, y en Errekaldeberri, el trabajo comunitario de Bizitegi, buscan crear espacios de encuentro entre personas en exclusión y vecindario, favoreciendo actividades compartidas y relaciones de pertenencia. Este caso permitiría explicar una transformación fundamental: pasar de considerar a las personas como usuarias de servicios a reconocerlas como participantes en la vida comunitaria. De la evaluación que trabajamos sobre AURKIGUNE recuperaría cuatro aprendizajes:

1. La participación comunitaria puede fortalecer la autoestima, el reconocimiento y el bienestar de personas que experimentan aislamiento y exclusión.
2. El encuentro cotidiano ayuda a cuestionar los prejuicios que separan a las personas atendidas del resto del vecindario.
3. La participación necesita acompañamiento, tiempo, espacios estables y relaciones de confianza.
4. La continuidad de estos proyectos exige compromisos institucionales y corresponsabilidad vecinal; no puede descansar exclusivamente en la buena voluntad de unas pocas personas.

Estas experiencias permiten mostrar que las relaciones sociales tienen consecuencias sobre la salud. El encuentro, el apoyo cotidiano, la posibilidad de participar y el sentimiento de pertenencia pueden actuar como factores protectores frente al aislamiento y el sufrimiento.

Pero introduciría una advertencia política: la comunidad no debe convertirse en la solución barata a los déficits del Estado del bienestar. Las redes vecinales necesitan servicios públicos sólidos, recursos y apoyo institucional, no pueden asumir indefinidamente responsabilidades que corresponden a las administraciones. También hay que evitar una visión idealizada de los barrios, pues en ellos existen desigualdades, conflictos, relaciones de poder y formas de exclusión. Construir comunidad requiere trabajar sobre esas contradicciones.

La cuestión es cómo establecer relaciones de cooperación entre servicios públicos, organizaciones sociales y vecindario que fortalezcan la autonomía de las personas y su capacidad colectiva de decisión.

## **7. Cinco propuestas para democratizar la salud desde los barrios**

**Primera. Incorporar la equidad territorial a todas las políticas públicas.** Los indicadores de salud por barrios deberían orientar las prioridades de inversión en vivienda, accesibilidad, espacios públicos, educación y servicios sociales. No basta con distribuir recursos de manera uniforme cuando las necesidades son profundamente desiguales.

**Segunda. Reforzar la atención primaria y su dimensión comunitaria.** Los centros de salud necesitan capacidad para trabajar con los servicios sociales, las organizaciones vecinales y las entidades comunitarias. Esto exige tiempo profesional, estabilidad de los equipos y mecanismos de coordinación que no dependan exclusivamente de iniciativas personales.

**Tercera. Garantizar una participación efectiva de las poblaciones en exclusión.** Crear espacios donde las personas puedan intervenir en el diseño, desarrollo y evaluación de los servicios que utilizan. La participación debe tener consecuencias verificables sobre las decisiones institucionales.

**Cuarta. Financiar de manera estable las infraestructuras comunitarias.** Proyectos como AURKIGUNE muestran que construir relaciones requiere continuidad. Las subvenciones de corta duración dificultan mantener procesos de confianza, participación y cooperación que necesitan años para consolidarse.

**Quinta. Reconocer el conflicto social como parte de la salud democrática.** Las movilizaciones por la vivienda, contra los desahucios, por la accesibilidad o en defensa de los servicios públicos también forman parte de la lucha por la salud. Ponen de manifiesto necesidades colectivas que pueden quedar invisibilizadas en los procedimientos administrativos.

## **8. Una conclusión posible (reformista, para el mientras tanto)**

Sabemos que la desigualdad enferma. Lo sabemos desde hace mucho tiempo y disponemos de datos suficientes para demostrarlo. Sabemos también que muchas de las condiciones que deterioran nuestra salud pueden modificarse mediante decisiones políticas.

El problema es que seguimos organizando nuestras respuestas de una manera que atiende las consecuencias de la desigualdad mientras permite que sus causas continúen actuando.

Democratizar la salud desde el territorio exige interrumpir esa dinámica. Significa preguntarnos qué decisiones urbanísticas, económicas, laborales y sociales están produciendo sufrimiento evitable, quiénes se benefician de ellas y qué podemos hacer para transformarlas.

Y significa reconocer que las personas que viven en nuestros barrios, incluidas aquellas que experimentan las situaciones más graves de exclusión, tienen conocimientos, capacidades y derechos que deben formar parte de las decisiones colectivas.

Un barrio saludable es un barrio donde las personas pueden vivir dignamente, relacionarse, recibir cuidados y participar en las decisiones que afectan a sus vidas. La salud necesita servicios sanitarios de calidad, pero también necesita vivienda, seguridad material, vínculos comunitarios y democracia.

Hay una diferencia entre demostrar que existen desigualdades de salud, mostrar experiencias comunitarias prometedoras y demostrar que una intervención determinada reduce la desigualdad sanitaria. Disponemos de evidencias sólidas sobre lo primero, experiencias bien documentadas sobre lo segundo y todavía necesitamos evaluaciones más rigurosas para lo tercero.

Ahí puede situarse una reivindicación importante para OSALDE: que la democratización de la salud se traduzca en objetivos públicos medibles, participación efectiva de las poblaciones más vulnerables y evaluación de las transformaciones reales en las condiciones de vida de los barrios.

## **9. Radicalizar la democratización de la salud desde el territorio: algunas reflexiones a partir de *Health Communism***

Si volvemos ahora a la cuestión de democratizar la salud desde el territorio, pero radicalizamos nuestra reflexión a partir de la lectura de *Health Communism*, de Beatrice Adler-Bolton y Artie Vierkant (2022; hay traducción al español en la editorial Virus, 2026. <https://viruseditorial.net/libreria/comunismo-de-la-salud-2/>), aparecen algunas preguntas que nos obligan a ir más allá de las propuestas que hemos planteado hasta aquí. El libro comparte la preocupación por las desigualdades sociales de salud, pero introduce una perspectiva más exigente al invitarnos a preguntarnos por qué nuestra organización económica y social produce sistemáticamente enfermedad y sufrimiento, cómo gestiona sus consecuencias y qué relaciones de poder se reproducen mediante esa gestión.

La primera cuestión tiene que ver con la manera en que comprendemos los determinantes sociales de la salud. Hemos insistido en que la vivienda, el trabajo, los ingresos, el entorno urbano o las relaciones comunitarias condicionan nuestras posibilidades de vivir saludablemente. Sin embargo, esta manera de plantear el problema puede llevarnos a considerar esas circunstancias como factores externos que influyen sobre la salud de las personas. La crítica desarrollada en *Health Communism* nos exige profundizar en esta relación, ya que las condiciones que producen enfermedad y sufrimiento forman parte de la propia organización de nuestras sociedades. La precariedad laboral, la inseguridad residencial, la pobreza energética, la exposición desigual a riesgos ambientales o la dificultad para acceder a cuidados adecuados son consecuencias de decisiones económicas y políticas, de determinadas relaciones de propiedad y de una distribución profundamente desigual de los recursos y del poder.

Esto significa que debemos **pasar de una preocupación por los determinantes sociales de la salud a una reflexión sobre la producción social de la enfermedad**. No basta con demostrar que las personas pobres enferman más, que la esperanza de vida varía según los barrios o que determinadas condiciones laborales deterioran la salud física y mental. Debemos preguntarnos por qué seguimos reproduciendo esas condiciones cuando conocemos sus consecuencias. La desigualdad sanitaria es una expresión de relaciones sociales que distribuyen desigualmente las posibilidades de vivir una vida saludable.

Desde esta perspectiva, también debemos revisar nuestra manera de hablar del agotamiento del Estado del bienestar. Hemos señalado que los sistemas sanitarios y sociales se enfrentan a necesidades cada vez más complejas, que requieren recursos, coordinación y continuidad asistencial, pero el problema es más profundo. Nuestras instituciones se esfuerzan por atender las consecuencias de desigualdades que nuestra organización económica y social continúa produciendo.

La contradicción es evidente, pues dedicamos recursos crecientes a reparar daños mientras toleramos las condiciones que contribuyen a producirlos. Esto no resta importancia a la defensa de unos servicios públicos universales, bien financiados y de calidad; al contrario, refuerza su necesidad, pero nos obliga a reconocer sus límites. Incluso un espacio sociosanitario plenamente integrado podría terminar coordinando mejor la atención a las consecuencias de la desigualdad sin modificar sustancialmente los mecanismos que la generan. La integración de servicios es imprescindible para evitar que las personas sufran la fragmentación administrativa de unas necesidades que, en sus vidas, son inseparables. Pero esa integración debe acompañarse de políticas capaces de transformar las condiciones materiales que deterioran su salud.

Adler-Bolton y Vierkant introducen, además, una crítica especialmente relevante a la manera en que nuestras sociedades valoran a las personas según su capacidad productiva. Su reflexión sobre las poblaciones consideradas excedentes (*surplus*) permite comprender cómo determinadas vidas aparecen definidas fundamentalmente por su distancia respecto al empleo, la autonomía económica o los patrones socialmente establecidos de normalidad. Las personas enfermas, discapacitadas, dependientes o excluidas del mercado laboral pueden acabar siendo consideradas una carga que el resto de la sociedad debe sostener.

Esta representación se encuentra detrás de muchos debates sobre la sostenibilidad de los sistemas de protección social. Es legítimo y necesario preguntarnos cómo financiar los cuidados y utilizar adecuadamente los recursos colectivos, lo problemático aparece cuando el coste de atender a las personas se convierte en el criterio fundamental para valorar sus necesidades o cuando se exige que las políticas sociales demuestren su rentabilidad mediante la recuperación de capacidades productivas. ¿Por qué debemos justificar la atención a una persona enferma o dependiente apelando a su posible reincorporación al trabajo, al ahorro futuro que puede generar o a los beneficios económicos de la intervención? ¿Acaso el derecho a vivir dignamente depende de nuestra capacidad para producir?

Esta pregunta afecta directamente a las políticas de inclusión social. En el marco de las llamadas políticas de activación la intervención se organiza alrededor de itinerarios que pretenden devolver a las personas a situaciones de autonomía y productividad previamente definidas. Es comprensible que muchas personas aspiren a acceder a un empleo, recuperar su independencia o participar más activamente en la sociedad, pero deberíamos evitar que esas aspiraciones se conviertan en condiciones para merecer reconocimiento y protección. El derecho a recibir cuidados y a vivir dignamente no puede depender de la capacidad de cada persona para responder a nuestras expectativas de integración.

Aquí adquiere especial importancia la cuestión de la participación de las personas en exclusión severa. Hemos hablado de su «afonía participativa», aunque quizá sería más preciso hablar de la sordera de unas instituciones que tienen dificultades para escuchar y reconocer a quienes atienden. *Health Communism* permite comprender esta situación como algo más que un déficit de participación. Cuando una persona es identificada fundamentalmente como paciente, usuaria, beneficiaria o dependiente, corre el riesgo de quedar reducida a sus necesidades y carencias. Su experiencia se convierte en objeto de valoración profesional y administrativa, mientras sus

conocimientos, preferencias y capacidades para intervenir en las decisiones colectivas reciben un reconocimiento mucho menor.

Cuando las personas en exclusión participan en actividades compartidas con el vecindario, establecen relaciones de reciprocidad y encuentran espacios donde sus aportaciones son reconocidas, se cuestionan algunas de las fronteras que las separan del resto de la comunidad. Pero tampoco podemos convertir la participación comunitaria en una nueva obligación. Una persona tiene derecho al cuidado y al reconocimiento, aunque no participe en actividades, aunque no pueda aportar nada que consideremos socialmente útil o aunque necesite apoyos permanentes. De lo contrario, habremos sustituido la exigencia de productividad económica por otra de productividad comunitaria.

La perspectiva de *Health Communism* también permite profundizar en nuestra lectura de las desigualdades territoriales. Los datos que hemos presentado sobre Bilbao muestran diferencias importantes entre barrios en ingresos, enfermedades crónicas, problemas de salud mental y esperanza de vida. Estas desigualdades expresan una distribución territorial de las condiciones materiales necesarias para vivir saludablemente, pero debemos ir más allá y preguntarnos qué relaciones económicas y políticas contribuyen a mantenerlas. Se llama capitalismo (y colonialismo y patriarcado).

Resulta especialmente sugerente el concepto de «abandono extractivo» que desarrollan Adler-Bolton y Vierkant y con el que describen situaciones en las que determinadas poblaciones sufren formas de desprotección y, al mismo tiempo, se convierten en objeto de actividades económicas que obtienen beneficios de su vulnerabilidad. El abandono no significa necesariamente ausencia de instituciones o de intervención, puede coexistir con una intensa actividad asistencial, administrativa y empresarial. Esta idea abre preguntas relevantes sobre el mercado de la vivienda, la precariedad residencial, los procesos de segregación urbana o la organización de determinados servicios de atención. ¿Quién obtiene beneficios de unas condiciones de vida que deterioran la salud? ¿Qué intereses económicos dificultan su transformación? ¿Hasta qué punto algunas respuestas institucionales administran situaciones de vulnerabilidad sin modificar las relaciones que las producen?

No se trata de aplicar mecánicamente este concepto a nuestros barrios, ni deducir de las diferencias estadísticas de salud la existencia de mecanismos concretos de extracción económica, pero puede ayudarnos a formular nuevas preguntas de investigación y a reconocer que las desigualdades territoriales no son únicamente el resultado de una distribución desigual de necesidades, sino también de decisiones sobre la inversión, la propiedad, el acceso a los recursos y las prioridades públicas.

Finalmente, *Health Communism* ofrece una perspectiva especialmente fecunda para pensar el papel de las redes comunitarias y del apoyo mutuo. Las autoras recuperan la experiencia del Colectivo Socialista de Pacientes de Heidelberg para mostrar cómo las personas enfermas pueden convertir sus experiencias compartidas de sufrimiento en conocimiento colectivo y acción política. Más allá de las particularidades y controversias de aquella experiencia, su interés reside en cuestionar la separación entre quienes conocen y deciden y quienes reciben pasivamente las intervenciones.

Esto nos invita a ampliar nuestra concepción de la salud comunitaria. Las redes vecinales pueden contribuir a combatir la soledad, acompañar a personas vulnerables, facilitar el acceso a recursos y mejorar el bienestar cotidiano, son funciones fundamentales, pero su capacidad transformadora no se agota en complementar la atención profesional. También pueden -y deben- identificar injusticias, cuestionar decisiones institucionales, reclamar derechos y organizar respuestas colectivas frente a las condiciones que producen sufrimiento.

Una movilización contra un desahucio puede ser una intervención sobre las condiciones sociales de salud, como lo son las luchas por mejorar las condiciones laborales, garantizar suministros básicos, eliminar barreras arquitectónicas o defender los servicios públicos. En todas ellas encontramos una dimensión de cuidado que desborda los espacios sanitarios y asistenciales, adquiriendo un significado político: proteger la vida exige actuar sobre las relaciones sociales que la ponen en riesgo.

Todo esto nos devuelve a una cuestión que he venido trabajando en otros ámbitos: la **interrupción** como práctica de transformación social. Si nuestra organización económica y social produce sistemáticamente determinadas formas de enfermedad y sufrimiento, democratizar la salud exige desarrollar capacidades colectivas para interrumpir los mecanismos que las reproducen. Interrumpir la inseguridad residencial, la explotación laboral, la segregación urbana, la subordinación de los cuidados a la rentabilidad económica o las prácticas institucionales que reducen a las personas a categorías administrativas.

La interrupción adquiere aquí una doble dimensión. Por una parte, permite hacer visibles las dependencias y relaciones de poder que permanecen ocultas durante el funcionamiento ordinario de nuestras instituciones. Por otra, puede abrir posibilidades para construir relaciones diferentes. Las experiencias de organización comunitaria, apoyo mutuo y movilización social adquieren todo su alcance cuando consiguen modificar las condiciones que producen vulnerabilidad y fortalecer las capacidades colectivas para sostener la vida.

Por supuesto, estas prácticas no garantizan por sí solas transformaciones estructurales. Muchas interrupciones son parciales, temporales o terminan siendo absorbidas por las instituciones y los mercados. De ahí la importancia de conectar las iniciativas comunitarias con políticas públicas, derechos exigibles y mecanismos democráticos capaces de consolidar sus resultados. Necesitamos comunidades con capacidad de iniciativa e instituciones dispuestas a compartir poder, asumir responsabilidades y modificar sus prioridades.

## 10. La salud como proyecto colectivo: del cuidado a la democracia

Quisiera terminar recuperando una reflexión que aparece en *El espíritu del 45*, el documental de Ken Loach sobre la construcción del Estado del bienestar británico tras la Segunda Guerra Mundial ([https://www.documaniatv.com/historia/el-espiritu-del-45-video\\_6bebac235.html](https://www.documaniatv.com/historia/el-espiritu-del-45-video_6bebac235.html)). En él interviene Julian Tudor Hart (1927-2018), un médico que ejerció durante décadas en una comunidad minera de Gales y que fue uno de los grandes defensores del Servicio Nacional de Salud británico (NHS). Su compromiso con una medicina pública, universal y socialmente orientada tuvo también una importante influencia en España, donde mantuvo estrechos vínculos con la medicina de familia, particularmente en Cataluña.

Tudor Hart es conocido, entre otras aportaciones, por haber formulado en 1971 la denominada «ley de cuidados inversos», según la cual la disponibilidad de una buena atención médica tiende a variar inversamente con las necesidades de la población atendida, una tendencia que se acentúa cuando los servicios sanitarios están más expuestos a las fuerzas del mercado (*The Lancet*, 1971 Feb 27;1(7696):405-12. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4100731/>). Dicho de otro modo, quienes más necesitan atención son, con frecuencia, quienes encuentran mayores dificultades para recibirla. Esta constatación, formulada hace más de medio siglo, conserva toda su actualidad y nos recuerda que la universalidad formal de los servicios no garantiza, por sí sola, la equidad efectiva en el acceso a los cuidados.

Pero la cuestión es todavía más profunda. En su libro *¿Cuánto vale una vida? O cómo pensar la dignidad humana en un mundo desigual* (2022. <https://imanolzubero.blogspot.com/2024/07/cuanto-vale-una-vida.html>), el médico, antropólogo y sociólogo Didier Fassin plantea una pregunta radical: ¿tienen todas las vidas humanas el mismo valor en nuestras sociedades? Formalmente afirmamos que sí, pero las condiciones materiales en las que viven y mueren las personas muestran una realidad muy diferente. La esperanza de vida, la exposición a la enfermedad, la posibilidad de recibir cuidados o la probabilidad de morir prematuramente se distribuyen de manera profundamente desigual. Como señala Fassin, «las desigualdades ante la vida son, simplemente, el precio que pagar por las desigualdades estructurales de la sociedad generadas por las leyes del mercado y la ausencia de corrección, siquiera parcial, por parte de los servicios públicos sanitarios y sociales».

La reflexión de Fassin nos obliga a reconocer que las desigualdades de salud no son únicamente diferencias estadísticas entre grupos sociales o territorios, sino la expresión de una jerarquización efectiva de las vidas humanas. Cuando unas personas pueden esperar vivir varios años más que otras simplemente por el barrio en el que residen, cuando determinadas poblaciones soportan condiciones de trabajo, vivienda o alimentación que deterioran sistemáticamente su salud, o cuando las personas más vulnerables encuentran mayores dificultades para acceder a los cuidados que necesitan, estamos ante algo más que un problema de organización sanitaria, estamos ante una cuestión de justicia y de dignidad humana. Una sociedad que proclama la igualdad de todas las vidas, pero tolera desigualdades evitables en sus posibilidades de supervivencia y bienestar, está incumpliendo su promesa democrática fundamental.

En un momento del documental, Tudor Hart afirma: «Creo que podemos aprender a ser socialistas en el servicio sanitario, pienso que el servicio sanitario es un servicio gratuito en el que juntamos los riesgos para que todo el mundo se sienta responsable de todo el mundo. Somos los cuidadores de nuestros hermanos y nuestras hermanas».

Me parece una reflexión especialmente pertinente para cerrar esta intervención, porque nos recuerda que el sistema público de salud no es solamente una estructura institucional destinada a prestar determinados servicios, sino la expresión de una determinada manera de entender la vida en común. Compartir los riesgos, asumir colectivamente la responsabilidad por el bienestar de todas las personas y garantizar que nadie quede desprotegido por carecer de recursos son decisiones profundamente políticas. En este sentido, las políticas de salud no son simplemente *policies*, intervenciones sectoriales que podemos evaluar atendiendo exclusivamente a su eficacia o eficiencia, sino que remiten también a la *polity*, a la propia configuración de nuestra comunidad política, a los derechos y obligaciones que reconocemos y a las relaciones de solidaridad sobre las que queremos organizar nuestra convivencia.

Desde esta perspectiva, democratizar la salud desde el territorio significa, por supuesto, garantizar servicios sanitarios y sociales universales, accesibles y de calidad, reducir las desigualdades entre barrios, fortalecer las redes comunitarias y reconocer a todas las personas como sujetos de derechos y participantes en las decisiones colectivas. Significa también superar la fragmentación institucional, reforzar la atención primaria y reconocer que las condiciones de vida cotidiana son tan importantes para la salud como la atención que recibimos cuando enfermamos.

Pero, si llevamos hasta sus últimas consecuencias las reflexiones que hemos desarrollado, particularmente las que nos propone *Health Communism*, democratizar la salud exige algo más. No basta con distribuir mejor los recursos sanitarios ni con organizar de manera más eficiente la atención a las personas enfermas. Es necesario democratizar las decisiones sobre la producción y distribución

de las condiciones materiales que hacen posible una vida saludable, lo que significa discutir sobre la vivienda, el trabajo, los cuidados, los recursos económicos, el urbanismo, las prioridades de inversión y, en definitiva, las relaciones de poder que atraviesan nuestra sociedad. Significa también cuestionar una organización social que sigue valorando de manera desigual las vidas según su productividad, su autonomía económica o su capacidad de consumo, como si el derecho a vivir dignamente dependiera de nuestra utilidad para el mercado.

No se trata de restar importancia a los servicios sanitarios ni de minusvalorar los avances que han hecho posible una atención pública de calidad. Al contrario, se trata de defenderlos desde una comprensión más amplia y exigente del derecho a la salud, porque sabemos que muchas de las enfermedades y sufrimientos que atendemos tienen su origen en condiciones sociales que podrían modificarse y porque sabemos también que las personas y comunidades afectadas no tienen por qué limitarse a recibir pasivamente las respuestas que otros diseñan para ellas, sino que pueden convertirse en protagonistas de su propia transformación.

La cuestión fundamental, por tanto, no es solamente cómo atender mejor a quienes enferman o sufren, sino por qué seguimos produciendo tantas situaciones evitables de enfermedad y sufrimiento, qué relaciones económicas y sociales permiten su reproducción, quiénes se benefician de ellas y qué podemos hacer colectivamente para transformarlas.

Volviendo a la reflexión de Tudor Hart, democratizar la salud consiste, en último término, en llevar hasta sus consecuencias políticas esa idea tan sencilla y tan radical de que todas las personas somos responsables del bienestar de todas las demás, no como una apelación abstracta a la solidaridad individual, sino como un compromiso colectivo para construir instituciones, comunidades y relaciones sociales que hagan posible una vida digna para todas las personas. Porque la salud no es algo que debemos proteger cuando se deteriora, sino una posibilidad de vida que debemos construir y garantizar colectivamente.