

Facultat de Ciències Polítiques i Sociologia

Treball de Fi de Grau

Títol: Renta básica y salud mental: Los efectos de un sistema de garantía de ingresos en la salud mental de la población.

Autor/a: Merlina Del Giudice

Tutor/a: Ismael Blanco

Data: 03/06/2020

Grado en: Ciències Polítiques i Gestió Pública

Abstract: En los últimos años el discurso sobre la importancia de no tomar a la ligera los trastornos mentales se ha hecho escuchar con más y más fuerza. ¿Que se puede hacer desde las políticas públicas en este sentido? ¿Es posible paliar estos problemas desde la acción política? En la investigación presentada se aborda la propuesta de la renta básica universal, y se aportan argumentos al debate abierto sobre en qué medida y bajo qué condiciones puede contribuir a mejorar el bienestar en nuestras sociedades en materia de salud mental. Para ello, se busca comprobar empírica y teóricamente sí podemos establecer una relación entre determinantes sociales y salud mental, a la vez que se realiza un análisis sobre los efectos de dos pruebas piloto de renta básica en la salud mental de la población beneficiaria.

Palabras clave: Salud mental, renta básica, determinantes sociales, pobreza, sistema de garantía de ingresos.

Agradecimientos: Antes que nada, agradecer a mi tutor, Ismael Blanco, por el constante apoyo y seguimiento del trabajo. A los/las entrevistadas, por su buena disposición a ayudarme con mi trabajo. A mi compañera y amiga, Anna Desola, que se ha tomado la molestia de leer y comentar las primeras versiones del trabajo, y sin las aportaciones de la cual el resultado final distaría mucho de ser el que es. Y finalmente, un agradecimiento especial a todas aquellas profesionales que siguen investigando y apostando por llevar a cabo políticas públicas que permitan reducir las desigualdades sociales.

1. Introducción	4
2. Diseño de la investigación i propuesta metodológica	6
3. Analisis	8
3.1 Análisis teórico	8
Renta Básica	8
Rentas Mínimas	9
Salud mental	10
Determinantes sociales	10
Síntesis	12
3.2 Análisis empírico	13
Proyecto B- Mincome. Barcelona, España:	13
Experimento de renta básica, Finlandia:	15
4. Síntesi y conclusiones	18

1. Introducción

Según datos del Ministerio de Sanidad, el suicidio es la primera causa de muerte por factores externos en España. Los datos más actuales (2017) de los que dispone el Instituto Nacional de Estadística señalan que hay 10 suicidios de media al día. Además, según la OMS, cada suicidio afecta al menos a otras seis personas.

Si miramos las estadísticas oficiales sobre salud mental - estrés, ansiedad y depresión (antecedentes de la mayoría de suicidios)- de los últimos años vemos que, coincidiendo con la crisis económica de 2008, ha habido un incremento de estas patologías. Según un informe de la OMS donde se analizan los efectos de la crisis en la salud mental (2011), se estima que hay unos 350 millones de personas afectadas a nivel mundial por la depresión, una de cada diez personas presenta depresión mayor y casi una de cada cinco tendrá el trastorno durante algún momento de su vida. En los años posteriores a la crisis de 2008, las tensiones financieras y la recesión económica han trastocado nuestra existencia. Se ha precarizado el trabajo, ha aumentado el paro y el riesgo de exclusión se extiende a todas las etapas de la vida y a todos los grupos sociales (Palomino, Grande, y Linares, 2014). Además, se estima que en España el coste directo e indirecto que de las enfermedades mentales equivale al 4,2% del PIB, unos 45.000 millones euros (OECD/EU 2018:26).

Estos datos son previos a una de las mayores sacudidas que hemos sufrido en nuestros tiempos, la crisis sanitaria y social a la que nos enfrentamos a causa del virus COVID-19. En China, país que se encuentra en un estado más avanzado en la gestión de esta crisis mundial, encontramos que ha tenido efectos devastadores en la salud mental de la población. Según la Sociedad China de Psicología, un 42% de los 18.000 ciudadanos chinos encuestados mostraba síntomas de ansiedad relacionada con el Covid-19. Por otra parte, un 16% de 14.000 presentó indicios de padecer distintos niveles de depresión (Arana, 2020). Otro estudio realizado con residentes de Wuhan, una de las ciudades que más ha sufrido con el Covid-19, revela que la prevalencia de los síntomas de estrés postraumático fue del 7% un más después del inicio de la pandemia (Liu et al., 2020). Estos datos ya nos avisan de las consecuencias psicológicas que tendrá la situación en la que nos encontramos. No obstante, hay que tener en cuenta los efectos que la crisis de 2008 tuvo en la salud mental de la población y que la nueva normalidad vendrá acompañada de una nueva regresión. Los efectos que esto tendrá a nivel social, político y económico están en el centro del debate político actual.

En España, con tal de paliar estos efectos, se han puesto en marcha diferentes políticas públicas que buscan reducir el golpe de la crisis venidera. Ejemplos de estas políticas son los famosos ERTes o la Renta Mínima Vital. Esta última medida ha causado un gran debate público y la iniciativa del gobierno de implantarla ha puesto en el centro del debate a los sistemas de garantías de ingresos, sus beneficios y sus desventajas. El momento coincide con la publicación, el 6 de mayo, de los resultados finales del experimento de renta básica realizado en Finlandia entre 2017 y 2019, lo cual aviva aún más el debate. Esta

investigación, cuyo tema se decidió hace más de un año, se encuentra curiosamente con un escenario altamente inesperado e interesante.

En medio de la crisis global, las políticas asistenciales habilitadas para la ciudadanía pueden ser insuficientes y la administración pública dispuesta para gestionar las diferentes ayudas de emergencia disponibles está colapsada¹. ¿Cómo se asegura que las ayudas lleguen a las personas más vulnerables? ¿Es posible detectar, mediante los registros públicos, todas las situaciones de vulnerabilidad acontecidos los últimos dos meses? ¿Podrá una administración colapsada gestionar a tiempo todas las ayudas necesaria para paliar el sufrimiento de la ciudadanía?

La situación actual pone de relieve que vivimos en una sociedad de interdependencia y fragilidad mutua y hace más visibles que nunca el trabajo reproductivo históricamente invisibilizado. Aunque fuera algo predicado e infinitamente repetido por el movimiento feminista, el cuidar adquiere importancia social y desde las esferas políticas no queda más remedio que pensar en políticas a la altura de la necesidad de cuidados de la ciudadanía.

La renta básica universal es una solución defendida por expertos, intelectuales e incluso algunos gobiernos² frente a esta situación. Esta medida facilita no dejar a nadie desamparado gracias a su carácter universal, y reduce los problemas de gestión y los estigmatizantes que tienen las políticas asistenciales. Entendiendo, además, que puede construirse como una potente herramienta de protección social, una herramienta para cuidar.

Las investigaciones sobre la renta básica universal, sus beneficios y efectos son muy amplias y abarcan una gran cantidad de temáticas, dentro de las cuales se encuentra la de la salud y específicamente la de la salud mental. Con esta investigación pretendo aportar argumentos al debate abierto sobre si esta medida favorece a la salud mental de las personas, teniendo en cuenta que la salud individual y la condición social se entrelazan causando que fenómenos como la pobreza, la masificación, la contaminación ambiental y la seguridad del trabajo se transformen en algunos de los factores claves para el bienestar del individuo (Bunge, 2012). Debido a la situación de excepcionalidad que estamos viviendo y a la crisis que desencadenará, además, se trata de un debate más actual que nunca.

¹ Abundan las noticias sobre cómo pese a los esfuerzos la administración del estado se ha visto colapsada para gestionar a tiempo los Expedientes de Regulación de Empleo Temporal. Para ejemplos consultar Montero, 2020: (<https://www.larazon.es/economia/20200418/xqjrbpkuenf2dmnbmmritxfnru.html>)

² Consultar: Casas, Sin y Raventós, 2020 (<http://www.redrentabasica.org/rb/llueve-sobre-mojado-urge-una-renta-para-la-transformacion-social/>) y Paton, 2020 (<https://www.independent.co.uk/news/uk/home-news/universal-basic-income-ubi-scotland-uk-nicola-sturgeon-coronavirus-a9498076.html>)

2. Diseño de la investigación i propuesta metodológica

Con esta investigación pretendo aportar argumentos al debate abierto sobre en qué medida y bajo qué condiciones, la renta básica puede contribuir a mejorar el bienestar en nuestras sociedades. Para ello, aparte de realizar una revisión de literatura en la cual se abordarán las tres variables a estudiar y la relación entre ellas, me remitiré a dos proyectos realizados en los últimos años en dos países europeos: el proyecto B-Mincome en España y el experimento de renta básica en Finlandia. Pretendo llevar a cabo un análisis comparado sobre los beneficios que aportaron a la salud mental y bienestar de sus beneficiarios/as estos dos programas, con el objetivo de encontrar una base empírica que sostenga la relación entre las variables estudiadas. Esta investigación de carácter comparado no se ha realizado hasta el momento.

Los experimentos han sido escogidos por sus similitudes: ambos realizados en periodos de tiempo similares y en países europeos.

Las preguntas de investigación planteadas son las siguientes:

PI.1: ¿Existen patrones comunes en los resultado encontrados que nos permiten establecer una relación entre determinantes sociales y salud mental?

PI.2: ¿Los programas piloto de rentas del B-Mincome y el experimento finlandés han supuesto una mejora en el bienestar y la salud mental de las personas que lo percibían?

La dinámica de investigación se ha dividido en dos fases. La primera, de carácter más cualitativo, ha consistido en una revisión sistemática de fuentes secundarias escritas por los principales autores especializados en los tres conceptos a tratar. En segundo lugar, se realiza un análisis cuantitativo basado, en buena medida, en la revisión de siete estudios ya realizados. Esto es así a razón de la dificultad de acceder a datos primarios en ambos caso (debido a las leyes de protección de datos y a la lejanía en el caso finlandés) y a las circunstancias excepcionales en que se ha desarrollado el trabajo de campo.

También, como evidencia empírica, se han consultado fuentes primarias que serán citadas a lo largo del trabajo. Estas consisten en dos entrevistas, las cuales se encuentran anexadas, con los expertos Sergi Raventós y Carme Borrell, autores habituales en el debate público sobre salud, determinantes sociales y políticas públicas, desde sus respectivas posiciones de investigadores.

Los informes analizados en la segunda fase son los siguientes:

BARCELONA	FINLANDIA
<p><i>B-Mincome's impact on life satisfaction</i>, ICTA, 2019</p>	<p><i>The basic income experiment 2017–2018 in Finland : Preliminary results</i>. Reports and Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health, 2019:9</p>
<p><i>Barcelona city council welfare programme: Impact evaluation results</i>, IVALUA, 2019</p>	<p><i>Evaluation of the Finnish basic income experiment</i>, Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health, 2020: 15</p>
<p><i>GETTING BY IN BARCELONA: A portrait of life before basic income</i>, The Young Foundation 2019</p>	
<p><i>Analysis of the results and its progress and final report</i>, IGOP, 2019</p>	
<p><i>Informe de resultados preliminares del proyecto piloto B-MINCOME (2017 - 2018)</i>, Lluís Torrens y Josep Villareal (Dirección de Planificación e Innovación, Área de Derechos Sociales, Ayuntamiento de Barcelona), 2019</p>	

3. Analisis

La investigación planteada nos obliga, en primer lugar, a indagar en la literatura en relación al estudio de la salud mental, sus determinantes y de aquella relacionada con los sistemas de garantías de ingresos. A continuación, se realiza una revisión de la literatura existente en estos tres campos, a la vez que se relacionan entre ellos y se crea el marco teórico sobre el cual se reflexiona. Por esta razón, aunque el siguiente apartado pretende estar organizado abordando los sistemas de garantías de ingresos, la salud mental y los determinantes sociales (en ese orden), se apuesta por una estructura circular y/o en espiral que permita ir relacionando constantemente los tres conceptos.

3.1 Análisis teórico

Renta Básica

Según la Red Renta Básica, sección española de la *Basic Income Earth Network*, la renta básica universal es un ingreso pagado a cada miembro de pleno derecho de la sociedad o residente, incluso si no quiere trabajar de forma remunerada, independientemente de cuáles puedan ser las otras fuentes de renta y sin importar con quien conviva, es una asignación monetaria pública incondicional a toda la población³.

Así pues esta definición parte de tres principios: (1) la **incondicionalidad** de la renta, es decir, que es totalmente compatible con otro tipo de ingresos y que por tanto no está condicionada a la vinculación con el mercado laboral (2) Su **universalidad**, ya que es accesible a toda la ciudadanía (los términos con los que se defina ciudadanía dependerán de cómo políticamente se acote este término por lo que el alcance de la renta básica dependerá de cómo sea definida), independientemente de su renta. (3) Y por último su **individualidad**, debe pagarse a cada persona individualmente y no por unidad familiar u otras fórmulas.

Esta medida siempre sigue la misma estructura, pero las formas de justificarla y financiarla pueden variar. Por esta razón, puede ser defendida por partidos políticos ideológicamente dispares, aún así esto no debe llevar a confusiones; la propuesta como política económica siempre es la misma (Raventós, 2018) un ingreso incondicional, universal e individual. Sin embargo, puede estar acompañada de otras políticas económicas bien diferentes y su implementación también es posible que se justifique de modos dispares en función del objetivo político al que sirva dicha implantación, lo cual quiere decir que los impactos variarán en función de su financiación y las políticas que la acompañen.

A la práctica, una política como la renta básica universal - tal y como la definimos académicamente- no se ha llevado a cabo nunca, lo cual dificulta el realizar un análisis de sus beneficios sobre la salud mental de las personas. No obstante, contamos con la realización de algunas pruebas piloto como son el proyecto B-Mincome o el proyecto finlandés de renta básica. Éstas no entrarían en la definición como una renta básica universal

³ ¿Que es la Renta Básica?: <http://www.redrentabasica.org/rb/que-es-la-rb/>

debido a que no cumplen con todas las características necesarias para serlo, sino que se trataría de rentas mínimas, pero nos permiten visualizar qué efectos tiene un sistema de garantía de ingresos. A continuación, se explican las características que diferencian estos dos tipos de rentas, que no son los únicos existentes - ya que también contamos con la modalidad de rentas de participación - pero sí los relevantes para el análisis. Esta diferenciación se realizará desde una concepción teórica y social, no sobre la discusión sobre la viabilidad económica de éstas.

Rentas Mínimas

Como se ha señalado, la renta básica universal se caracteriza por ser individual, universal e incondicional. Si hurgamos a fondo en estas tres características encontramos las diferencias que tienen estos dos tipos de rentas.

En las rentas mínimas:

1. El beneficiario es la unidad familiar o de convivencia, por lo tanto no es individual.
2. Acostumbra a ser una renta temporal, con una duración definida.
3. Se define como una dotación universal (Jiménez Lasheras, M. et al. 1990). No obstante, cuando hablamos de universalidad en este caso lo hacemos refiriéndonos a que no se excluye a nadie del acceso a ésta. Pero, tienden a estar condicionadas a la reinserción, a estudiar o a buscar trabajo, siendo una prestación de carácter asistencial y no emancipador con un doble objetivo: proteger a las familias sin recursos e insertar-las laboral y socialmente (Ysàs, H. 2017). En cambio, en lo que respecta a la renta básica universal, hablamos de universalidad para referirnos a que la recibirá toda la ciudadanía sin más condición.

Salud mental

En lo que se refiere al concepto de salud mental no existe una definición oficial usada a nivel internacional, debido sobretodo a diferencias culturales.

No obstante, se tienden a definir dos enfoques diferentes, uno más centrado en la capacidad individual del sujeto y otro que pone el foco de atención en los determinantes externos. Aún así, es necesario señalar que todas las definiciones coinciden en no definir la salud mental únicamente como ausencia de enfermedad.

La perspectiva más individualista centra su atención en el sujeto y en su capacidad de agencia, definiéndola entonces como la capacidad de dominar el entorno o ganarse la vida (Lewinson i Ginsberg, citado en Costa y Molinari, 1994), como un control razonable de los instintos, la capacidad de dar y recibir cordialmente y una plena participación en la vida familiar y social (Menninger, citado en Costa y Molinari 1994) o la capacidad de reaccionar favorablemente a los cambios en el entorno (Macklin, citado en Costa y Molinari, 1994).

Desde el otro punto de vista, la Organización Mundial de la Salud (2001) la define como un estado de bienestar en el que el individuo se da cuenta de sus propias habilidades, puede hacer frente al estrés normal de la vida, puede trabajar de manera productiva, fructífera, y puede contribuir a su comunidad. También la Federación Mundial de la Salud Mental (2006) la explica como el mejor estado posible atendiendo a las condiciones existentes.

Determinantes sociales

Cuando hablamos de determinantes externos nos referimos a que existen efectos sociales, como por ejemplo quedarse en paro o ser desahuciado, que se han relacionado con enfermedades psicosomáticas, aparte de con algunas enfermedades reconocidas por la psiquiatría. Con frecuencia, estos padecimientos son difíciles de definir, raramente reconocidos y estudiados, van desde la fatiga al insomnio, pasando por dolores musculares, malestares, ansiedad o insatisfacción (Casassas y Raventós, 2011). Encontramos varias investigaciones realizadas en momentos y a sujetos con diferentes perfiles que sostienen esta relación.

Después de la Gran Depresión, Eisenberg y Lazarsfeld (1938), en *The Psychological effects of unemployment*, ya establecieron las consecuencias derivadas de un determinante como es el desempleo: el deterioro emocional, descenso de la autoestima, pérdida del sentido estructurante del tiempo vital y apatía e indolencia, con disminución de las actividades cotidianas y de la participación social y política (Eisenberg y Lazarsfeld 1938; 35: 358-390). También la Oficina Regional para Europa de la OMS, en su informe de 2011 sobre el impacto de la crisis económica en la salud mental, señala al desempleo junto con el empobrecimiento, los problemas de alojamiento y la menor accesibilidad a los servicios públicos - es decir, determinantes sociales intermedios, como veremos a continuación- como los principales factores de riesgo para la salud mental (Libro verde sobre la salud mental, 2005: 484). Los problemas de vivienda también se han estudiado como causantes de problemas de salud mental, la Agencia de Salud Pública de Barcelona realizó un estudio con la Plataforma de Afectados por la Hipoteca que concluyó que el 90% tienen riesgo de tener un problema de salud mental, mientras que en la población en general el riesgo es de un 15%.⁴ Finalmente, Gili *at all.* (2012) analizaron los datos sobre los pacientes que asistieron a Centros de Atención Primaria entre 2006/07 y 2010/11, es decir, antes y durante la crisis económica, y los datos mostraron una frecuencia significativamente mayor de trastornos de salud mental y abuso de alcohol, particularmente entre familias que sufrían desempleo y dificultades para el pago de la hipoteca.

Como se puede ver en los ejemplos anteriormente citados, los determinantes sociales que funcionan como estresores pueden darse de formas variadas, ya sea mediante el empleo/desempleo, factores económicos o temas de vivienda entre otros. Por ello, con tal de realizar un análisis lo más estructurado posible nos remitimos al modelo desarrollado por

⁴ Entrevista de elaboración propia a Carme Borrell. Anexos 1.

la Agencia de Salud Pública de Barcelona, donde los determinantes sociales se dividen en dos tipos⁵:

Estructurales: Donde encontramos los ejes de desigualdad atravesados por el poder, - como son la clase social, el género, la edad, la etnia y el territorio - el contexto socioeconómico y político- es decir el gobierno y la tradición política - los actores económicos/ sociales y la cultura y los valores.

Intermedios: Son aquellos relacionados con las condiciones de vida de las personas, las condiciones de empleo y trabajo, el trabajo doméstico y de cuidados, la situación económica, la vivienda, la situación material y el entorno residencial.

Desde el enfoque de los determinantes sociales, y como muestra el modelo de la Agencia de Salud Pública, se pone el interés en los aspectos de tipo social, se busca ver cómo el hecho de no tener un trabajo, unos ingresos garantizados, una protección social o una vivienda óptima y tiene igual o más importancia que, por ejemplo, el hecho de que tú puedas tener algunos hábitos menos o más saludables.⁶ Estos aspectos atados a los servicios de salud y otros factores psicosociales determinan tanto nuestra salud mental como nuestra salud en general.

La implantación de una renta básica universal para toda la ciudadanía supondría una alteración en los determinantes sociales de carácter estructural debido a la reestructuración necesaria del sistema político y financiero para financiarla, y también de los de carácter intermedio. Como veremos más adelante, en el análisis realizado de los proyectos de renta básica pondremos el foco en los determinantes de carácter intermedio, ya que al no tratarse de experimentos de renta básica universal tal como la definimos no afectan de manera estructural al sistema político y financiero. Aún así, hay que tener en cuenta que estos determinantes puede influir, en el acceso o el uso de los servicios sanitarios y en factores conductuales, aspectos que pertenecen al primer bloque de determinantes (Espelta, Contintea, Domingo-Salvany, Domínguez-Berjónf, Fernández-Villag, Mongeh, Ruiz-Canteroi, Perez, Borrell, 2016:39).

Síntesis

Cuando relacionamos sistemas de garantías de ingresos con la situación social de sus beneficiarios/as, Raventós define la Renta Básica Universal como una medida de política social que podría contribuir a aumentar la igualdad y la libertad de las personas (Raventós, 2008: 86), a causa de la perspectiva republicana democrática⁷ de esta defensa, definir salud mental implica tener en cuenta el entorno, los determinantes sociales y las condiciones

⁵ La definición de determinantes sociales se extrae de la entrevista realizada a Carme Borrell, gerenta de la Agencia de Salud Pública, que se encuentra en los Anexos 1.

⁶ Entrevista de elaboración propia a Sergi Raventós. Anexos 2.

⁷Esta perspectiva defiende que deben asegurarse los medios para que toda la ciudadanía sea materialmente independiente, y por lo tanto libre (Domenech y Raventós, 2013:152)

materiales, ya que al no ser materialmente independientes la capacidad de agencia de los sujetos queda siempre condicionada por estas variables.

Para esta investigación, cuya base pretende ser construida sobre la relación entre determinantes sociales y salud, se adoptará la perspectiva republicana democrática que comparte también la *Basic Income Earth Network* y se construirá sobre las definiciones de salud mental que de entrada tienen en cuenta los determinantes externos.

Como no se ha realizado nunca la implantación de una renta básica universal, la primera fase del análisis ha consistido - después de una explicación sobre qué es la renta básica universal - en una revisión de investigaciones y opiniones de expertos que relacionan problemas económicos y problemas de salud mental como son el estrés, la ansiedad y el bienestar entre otros. A modo de primeras conclusiones, las cuales servirán como base para la siguiente fase del análisis, podemos decir que hablar de salud mental nos obliga a tener en cuenta la capacidad de agencia de los sujetos, porque su estado de bienestar y su capacidad de hacer frente a los sucesos de la vida dependen de la capacidad que éstos tengan de ser independientes y por lo tanto libres y para que la ciudadanía pueda serlo es necesario asegurar los medios materiales. Si nos encontramos en un escenario en el cual los medios materiales no están asegurados la salud mental puede verse más fácilmente afectada por los determinantes sociales, tanto estructurales como intermedios. La renta básica universal, aparte de asegurar los medios materiales, supondría alteraciones en los determinantes sociales, y estos a su vez influyen en la salud mental de las personas.

3.2 Análisis empírico

El objetivo de este apartado es analizar los resultados para buscar evidencias empíricas que sostienen la relación entre las variables construida en el apartado anterior. Este análisis se realiza también con ánimo de visualizar cómo afecta un sistema de garantías de ingresos a la ciudadanía en diferentes aspectos relacionados con su salud mental. Y se basa, como hemos dicho, en la comparación de dos experimentos de rentas mínimas en base a la información empírica extraída de sus evaluaciones.

Proyecto B- Mincome. Barcelona, España:

En Barcelona se ha realizado el proyecto piloto B-Mincome de una duración de dos años y que llegó a su fin en Octubre de 2019. Es un proyecto piloto cofinanciado por el programa Urban Innovative Actions de la Unión Europea y liderado por el área de Derechos Sociales del Ayuntamiento de Barcelona. Involucra a 1000 familias, de entre las cuales se otorga a 450 hogares una prestación incondicional. El proyecto piloto pretende comparar las prestaciones dadas a estos 450 hogares con las 550 prestaciones otorgadas de forma condicionada. Estos subsidios condicionados van acompañados de cuatro políticas activas diseñadas para lograr la integración socio-laboral de las personas beneficiarias. Con esta metodología se pretende comparar el cruce de la variables entre condicionalidad de subsidio vs incondicionalidad del subsidio y subsidios limitados vs ilimitados. De este modo quedan 4 modelos comparables entre ellos y con el grupo de control de más de 391 familias. Esto permitirá establecer establecer cual de estos modelos es más eficiente para combatir la pobreza, exclusión y otros factores

Como he explicado anteriormente, los proyectos analizados deben ser clasificados, dadas sus características, como proyectos de rentas mínimas. En este caso debido al carácter estigmatizador de la prueba (ya que se otorga solo a familias con bajos ingresos) a su duración limitada.

El proyecto B-Mincome es uno de los más completos realizados hasta el momento, cuenta con múltiples informes y análisis de una gran cantidad de variables. Para nuestro análisis, no obstante, se ha realizado una lectura exhaustiva de todos los informes existentes y se ha seleccionado la información relacionada con aspectos relacionados con la salud mental, como son la salud autopercebida, la ansiedad, la confianza o la calidad del sueño. Además se han recogido algunos testimonios facilitados por el informe de la *Young Foundation*, en los que personas beneficiarias de la ayuda hablaban de su salud mental.

Análisis de resultados

La *Young Foundation* realizó un informe de prospección previo a la puesta en marcha del experimento. En este se procura realizar una profunda investigación etnográfica, entre Julio y diciembre de 2017, de cómo era la vida en los tres barrios antes de B-MINCOME (Hill-Dixon, Green, Davis, Boelman y Sanchez 2019:2)⁸. El informe, entre otras cosas, recoge

⁸ Las referencias a este informe se abreviaran en el formato: *YF.2019:Pag.*)

testimonios de ciudadanos/as del Eix Besos. Algunos de estos testimonios reflejan la relación entre salud mental y determinantes sociales ya que explican cómo los problemas económicos que tienen les causan estrés, y este a su vez les impide desenvolverse con normalidad en su día a día. A continuación se recopilan algunos ejemplos extraídos del informe:

Jazmin, Bon Pastor (VF.2019:44):

"I always stressed, checking out if they have paid me the Plan Prepara."

Mendez, Besòs i el Maresme pag (VF.2019:58):

"If a person doesn't have money to pay all the bills and expenses and is at risk of having their electricity and water cut... and on top of that owes money to bank... I have to pay 700 euros regarding past water bills... Okay? So, I don't have mental conditions to go to these meetings, and if somebody says: "Hey let's do some puzzles!" I would throw the puzzles through the window! My mind it's not for that! I can't!"

Según otro informe realizado por el Instituto Catalán de Evaluación de Políticas Públicas (Ivàlua), el proyecto B-Mincome no registra datos estadísticamente significativos, al realizar la comparación con el grupo de control, en los nuevos diagnósticos de ansiedad o depresión (Todeschini y Sabes-Figuera, 2019:67)⁹. No obstante, si se registra una reducción de posibilidades de desarrollar enfermedades mentales [un 9,8% menos] (Torrens y Villareal 2019:25) y del estrés general asociado a las dificultades económicas (Torrens y Villareal 2019:38). Además, como se ha señalado anteriormente, una correcta salud mental no se define solo por la ausencia de enfermedad, por no decir que el diagnóstico de las dolencias mentales no siempre es sencilla, si no que hay otros factores a tener en cuenta. Por ejemplo, los resultados de este mismo informe registran como la prestación tiene un **efecto positivo en el número de horas y la calidad del sueño**, específicamente la calidad del sueño aumenta 6.6 puntos porcentuales en comparación con el grupo de control (Torrens y Villareal 2019: 66).

El experimento también registra **datos estadísticamente significativos relacionados con el bienestar y los niveles de satisfacción con la vida**. En el análisis realizado por Bonilla y Sekulova para el Instituto de Ciencia y Tecnología Ambientales se pregunta a las personas participantes del proyecto sobre su bienestar, con la pregunta "Haciendo un balance general de tu vida, ¿qué tan satisfecho estás actualmente?", pregunta mediante la cual se obtiene un valor subjetivo de satisfacción con la vida que va entre 0 y 10. Los datos registran un aumento general del 27% en las tasas de satisfacción con la vida para las personas beneficiarias del proyecto. En la siguiente tabla, que recoge resultados expuestos en el informe de Bonilla y Sekulova (2019) para ICTA, se plasman los datos más interesantes para este análisis sobre la relación de los determinantes sociales intermedios y los niveles de satisfacción con la vida.

⁹ Las referencias a este informe se abreviarán en el formato: IVALUA.2019:Pag.)

Variables materiales y económicas	Coefficiente de satisfacción con la vida
Empleo a tiempo completo	0,46
Buscando empleo	-0,55
Tener una lavadora	1,04
Sufrir privación material	-0,54
No poder pagar una semana de vacaciones	-0,68
No poder calentar el hogar	-0,62

El informe concluye que los ingresos representan un predictor muy significativo y fuertemente correlacionado de la satisfacción de la vida (Bonilla y Sekulova, 2019:37).

Para ejemplificar la importante relación entre la satisfacción que tienen con sus vidas y las condiciones materiales que poseen: **las personas que poseen una lavadora están en promedio 1,04 puntos más satisfechas con la vida que los que no la tienen**, uno de los resultados más significativos y que muestra una fuerte correlación (Bonilla y Sekulova, 2019:29).

Finalmente, es relevante el nivel de autoestima y confianza que registran las personas encuestadas, - ya que el tener más o menos confianza ayuda a las personas a desarrollar mejor sus competencias y desenvolverse mejor en su día a día, y el tener una alta autoestima reduce las posibilidades de desarrollar trastornos mentales - las cuales, como recoge el informe realizado por el IGOP, **valoran el programa B-Mincome como muy o bastante importante para adquirir confianza en uno mismo y sentirse felices** (Blanco, Fernández, Gallego, Marra, Yanes, 2019:55). También observamos que **el sentirse capaces de tomar decisiones informan de casi un punto más de satisfacción con su vida**, mientras que aquellos que dicen sentirse impotentes frente a las dificultades informan de una bajada de 0,78 puntos más bajos (Bonilla y Sekulova, 2019:34).

Experimento de renta básica, Finlandia:

Entre el 1 de Enero de 2017 y el 31 de Diciembre de 2018, se realizó en Finlandia un experimento de rentas. Para su realización se prestó un ingreso básico parcial de 560 euros al mes a un total de dos mil personas de entre 25 y 58 años. Las personas fueron seleccionadas de entre un conjunto que habían recibido una prestación por desempleo durante el año 2016, mediante un muestreo aleatorio y sin ninguna otra variable a considerar. Tampoco tuvieron que cumplir con ningún requisito burocrático para poder obtener la ayuda mensual. El objetivo principal del experimento es investigar si un modelo de seguridad social basado en una renta básica universal podría promover una participación más activa de la población en el mercado laboral. En este caso solo existían dos grupos, el que recibía la prestación y el grupo control.

A lo largo del experimento se ha realizado una evaluación del mismo. Se han estudiado los efectos en la situación laboral, financiera, de salud y bienestar de sus participantes. De este experimento cuento con dos informes realizados por el Ministerio de Asuntos Sociales y Salud: el primero es un informe de resultados preliminares, y el segundo el informe final, publicado en mayo de 2020. Ambos informes analizan múltiples aspectos de la vida de los

beneficiarios de la renta, aunque para el análisis me centraré en los datos que facilitan en materia de salud mental, bienestar, confianza y satisfacción con la vida.

Análisis de resultados

Los resultados preliminares del experimento finlandés, publicados en 2019, muestran que **un 17% de los receptores del ingreso experimentaron un grado muy alto o bastante alto de estrés, mientras que en el grupo control esta cifra se eleva al 25%**. Además, **más de la mitad (54,8%) de los receptores no experimentaron ningún tipo de estrés o solo lo experimentaron en niveles bajos**, mientras que en el grupo control solo un 46% se encuentran dentro de esta franja (Kangas, Jauhiainen, Simanainen, Ylikännö, 2019:25) .

Los resultados finales también confirman esta tendencia. Para medir el estrés, este informe ha basado sus indicadores en cinco cuestiones: el nerviosismo vivido, la capacidad de alegrarse de los sucesos, la de serenarse y levantar el ánimo, la tristeza y la felicidad percibida. Como se puede ver en las tablas¹⁰ de datos, el grupo beneficiario del ingreso experimenta significativamente menos tristeza y apatía que el grupo control. A su vez, este expresa más dificultad para animarse. También, aunque no de forma significativa, el grupo beneficiario afirma haber experimentado más momentos de felicidad y alegría, y menos de nerviosismo. En indicador MHI-5, creado a partir de los datos recogidos mediante esas cinco preguntas y que indica **el estrés mental de los encuestados, en los resultados finales del informe los datos para el grupo control son de un 24% mientras que la cantidad de beneficiarios es de un 17%** (Kangas, Jauhiainen, Simanainen, Ylikännö, 2020: 58).

Experimentar nerviosismo	Participantes %	Control %
Todo o casi todo el tiempo	5,4	9,3
Por algún tiempo	7,5	25
Poco o para nada	64,3	57
Sin respuesta	0,5	0,6

Experimentar tristeza y apatía ▼	Participantes %	Control %
Todo o casi todo el tiempo	11,6	15,5
Sin respuesta	2,3	2,3
Por algún tiempo	15,2	21
Poco o para nada	70,9	61,2

Incapacidad para levantar el animo ▼	Participantes %	Control %
Todo o casi todo el tiempo	7,2	11,3
Sin respuesta	1,2	1,5
Por algún tiempo	12,2	14,2
Poco o para nada	79,5	70,9

¹⁰ Tabla de elaboración propia en base al análisis del informe: Evaluation of the Finnish basic income experiment, Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health.

Experiencia de serenidad	Participantes %	Control %
Todo o casi todo el tiempo	71,8	66,4
Por algún tiempo	17,2	17,4
Poco o para nada	10,2	15,6
Sin respuesta	0,8	0,6

Experimentar felicidad	Participantes %	Control %
Todo o casi todo el tiempo	67,7	60,5
Por algún tiempo	16,7	20,2
Poco o para nada	14	18,2
Sin respuesta	1,6	1,2

A parte del indicador MHI-5, el informe ofrece datos sobre el abatimiento o la capacidad para experimentar placer o interés, indicadores que se encuentran basados en síntomas propios de trastornos depresivos. En este caso, los indicadores son significativos para ambas preguntas, ya que **un 32,4% del grupo control afirma haberse sentido abatido frente a un 22% del grupo beneficiario**. La diferencia es similar al preguntar sobre si han sentido incapacidad para disfrutar: un 35,9% entre el grupo control y un 24,4 entre los beneficiarios (Kangas, Jauhiainen, Simanainen, Ylikännö, 2020:57). También son significativos los registros relacionados con la sensación de soledad, **donde el grupo beneficiario senyalo mayoritariamente no sentir nunca o casi nunca sensación de soledad** (Kangas, Jauhiainen, Simanainen, Ylikännö, 2020:59). La diferencia se volvió a comprobar mediante un modelo de regresión no lineal y fue de nuevo significativa (Kangas, Jauhiainen, Simanainen, Ylikännö, 2020:61).

Tanto el informe preliminar como el final, realizado por Kangas, Jauhiainen, Simanainen y Ylikännö (2020), ofrecen, al igual que el de Barcelona, un apartado donde se analizan los niveles de satisfacción con la vida. No obstante, en este caso no se analiza en relación a otras variables sobre condiciones materiales, sino tan solo a nivel comparativo entre grupo beneficiario y grupo control.

En los resultados preliminares, ya se observa una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos, el grupo beneficiario con 7,32 puntos y el control con 6,76 (Kangas, Jauhiainen, Simanainen, Ylikännö, 2019:20). En el informe final se confirma esta tendencia, ya que la diferencia sigue siendo estadísticamente significativa. En una escala de 0 a 10, el grupo beneficiario registra de media 7,30 y el de control 6,80 puntos. **Tan solo un 1% del grupo de beneficiarios puntuó con un 0 su nivel de satisfacción con la vida, mientras que en el grupo control fue un 2%. La máxima puntuación fue escogida por un 9% del grupo beneficiario y por un 7% del grupo control.** (Kangas, Jauhiainen, Simanainen, Ylikännö, 2020:53)

4. Síntesi y conclusiones

En la siguiente tabla¹¹ se ofrece, a modo de resumen, una comparación de los resultados de los informes.¹² Al ser proyectos independientes que no han sido realizados bajo los mismos indicadores, no se puede realizar una comparación cuantitativa normal, no obstante se recogen de forma cualitativa los resultados obtenidos para facilitar la discusión¹³.

BARCELONA	FINLANDIA
Reducción en los niveles de estrés	Reducción en los niveles de estrés
Menor probabilidad de diagnóstico de enfermedades mentales	Menor tristeza y apatía
Subida en la calidad y horas de sueño	Menor sensación de abatimiento
Mayor satisfacción con la vida	Mayor satisfacción con la vida

En ambos experimentos encontramos indicadores que informan sobre cómo ciertos aspectos materiales influyen en los niveles de satisfacción o estrés, lo que permite confirmar la relación teórica entre determinantes sociales y salud mental. Además, encontramos - en los informes facilitados por la Young Foundation y ICTA - evidencias empíricas sobre los problemas de salud mental, causados por razones económicas, que sufrían las personas beneficiarias de la renta al inicio del programa. Estos datos nos permiten responder afirmativamente a la primera pregunta de investigación:

PI.1: ¿Existen patrones comunes en los resultado encontrados que nos permiten establecer una relación entre determinantes sociales y salud mental?

En lo que respecta a la segunda pregunta de investigación:

PI.2: ¿Los programas piloto de rentas del B-Mincome y el experimento finlandés han supuesto una mejora en el bienestar y la salud mental de las personas que lo percibían?

La podemos responder afirmativamente, ya que los dos proyectos registran mayores niveles de bienestar con la vida y menores niveles de estrés - entre otros indicadores- para el grupo beneficiario en comparación al grupo control. Esto se visualiza en diferentes indicadores que, si bien no miden el número de casos diagnosticados, sí que se ajustan a la

¹¹ Tabla de elaboración propia en base al análisis de los informes

¹² La tabla expresa de forma simple si el grupo beneficiario registra mejoras significativas en aspectos de salud mental y bienestar. No se ha creído necesario plasmar de nuevo los datos de los informes analizados, ya que este ejercicio se ha realizado en los apartados anteriores de forma minuciosa.

¹³ Los resultados de la tabla se refieren al grupo beneficiario en comparación con el grupo control.

definición de salud mental amplia referenciada al principio, aquella que se expresa no solo por la ausencia de enfermedad sino por la capacidad de los sujetos para desarrollarse con normalidad y sin estrés, y los niveles de satisfacción con su propia vida, lo cual queda claramente plasmado están influenciados por el hecho de recibir o no la prestación. En conclusión, los resultados obtenidos nos permiten visualizar parcialmente¹⁴ los efectos positivos que un sistema de garantía de rentas tendría sobre la salud mental de la ciudadanía.

Estos resultados nos permiten alimentar el debate sobre los impactos de medidas como la renta básica universal en la salud mental, los cuales son muy positivos, ya que solo modificando mínimamente ciertos determinantes sociales intermedios la salud mental mejora.

Como señala la introducción, todo indica a que nos encontramos a las puertas de una crisis económica a nivel internacional que afectará a todos los estratos de la sociedad, pero especialmente a las personas más vulnerables. Aparte, aún están por ver las consecuencias psicológicas causadas por la pandemia, el confinamiento, y la pérdida de familiares y amigos. Por ello, las implicaciones de este estudio para el momento actual son de gran interés, ya que demuestran que existe una política pública que ayuda a reforzar nuestro sistema de salud, reduciendo los problemas de salud mental y actuando como medida preventiva, a la vez que mitiga los problemas socioeconómicos de la ciudadanía sin estigmatizar a sus beneficiarios/as.

Finalmente, y aunque los resultados permiten esgrimir argumentos a favor de la renta básica universal como medida para paliar los problemas de salud mental, el análisis se realiza entendiendo que el impacto de una medida como esta puede variar en función de su forma de financiación, y que por sí sola no puede paliar la gran problemática que suponen los problemas mentales. Una iniciativa como esta tiene, necesariamente, que venir acompañada de otras medidas focalizadas en mejorar nuestro sistema sanitario y que apuesten por colocar la vida y los cuidados en el centro de la acción política. Algo que, por otra parte, es de vital importancia en el momento histórico en el que vivimos.

¹⁴ Hablamos de visualizar parcialmente por que, tal y como destaca Bollaín (2018), las personas son conscientes de que el ingreso que reciben tiene una fecha en la que se terminara, lo que implica que el comportamiento cambie respecto si supieran que es un derecho inalienable y que garantiza su existencia material de por vida. Además, no se pueden ver los posibles impactos que la renta básica pueda tener sobre el mercado laboral porque esta limitación del tiempo no permite aumentar de manera significativa el poder de negociación (Bollaín, 2018). Pero no solo esto, sino que estos proyectos se financian a través de ayudas o financiaciones públicas, lo que no nos permite ver la capacidad redistributiva, y por lo tanto los cambios en los determinantes estructurales, de la renta básica ya que la financiación de este subsidio no se hace a través de una reforma fiscal del IRPF.

Bibliografía

- ▀ Arana, Ismael (2020). *El peaje psicológico de la cuarentena en Wuhan*. La Vanguardia <https://www.lavanguardia.com/internacional/20200329/48146670004/wuhan-impacto-psicologico-coronavirus-china-hubei.html>
- ▀ Bonilla, F. Sekulova, F. (2019). *B-Mincome's impact on life satisfaction*, ICTA.
- ▀ Bollain, J. (2018) *El estrepitoso fracaso del proyecto finlandés de Renta Básica ¿Cómo manipular la realidad?*. Cuarto poder. <https://www.cuartopoder.es/economia/2018/04/29/renta-basica-finlandia-manipulacion/>
- ▀ Blanco, I. Fernández, C. Gallego, R. Marra, G. Yanes, S (2019) *Analysis of the results and its progress and final report*, IGOP
- ▀ Bunge, M. (2012). *Filosofía para médicos*. Barcelona: Gedisa
- ▀ Casassas, D. Raventós, D. (2011) *La renta básica en la era de las grandes desigualdades*. Editorial Montesinos, España ISBN: 978-84-15216-27-8
- ▀ Costa J. M. (1994) *Manual de Psiquiatría*. Publicaciones de la Universidad Autònoma de Barcelona.
- ▀ Domenech, A. y Raventós, D. (2013) *La Renta Garantizada de Ciudadanía y la Renta Básica* http://usuaris.tinet.cat/mpl/doc/renta_basica_garantizada.pdf#page=111
- ▀ Espelta, A. Contentea, X. Domingo, A. Domínguez, F. Fernández, T. Monegh, S. Ruiz, T. Perez, G. Borrell, C. (2016) *La vigilancia de los determinantes sociales de la salud*. Gaceta Sanitaria. Volume 30, Supplement 1, Pages 38-44 <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.011>
- ▀ Eisenberg P y Lazarsfeld P F. "The Psychological effects of unemployment." *Psychological Bulletin*, Vol 35(6), Jun 1938, 358-390
- ▀ Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., & Stuckler, D. (2012). *The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010*. *The European Journal of Public Health*, 23(1).
- ▀ Jiménez Lasheras, M. et al.(1990). *La renta mínima garantizada en el marco de la lucha contra la pobreza*." Documentos de trabajo de la secretaría de Estado de Hacienda, Instituto de Estudios Fiscales, Madrid
- ▀ Hill-Dixon, A. Green, H. Davis, H. Boelman, V. Sanchez, S.(2019) *GETTING BY IN BARCELONA: A portrait of life before basic income*, The Young Foundation

- ─ Libro verde sobre la salud mental. Comisión de Comunidades Europeas. Bruselas. COM 2005
- ─ Liu, N., Zhang, F., Wei, C., Jia, Y., Shang, Z., Sun, L., Wu, L., Sun, Z., Zhou, Y., Wang, Y., & Liu, W. (2020). Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 Outbreak in China Hardest-hit Areas: Gender differences matter. En *Psychiatry Research* (p. 112921). <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112921>
- ─ Novoa, A, i Bottazzi, L. (2018) *Radiografies de la situació del dret a l'habitatge, la pobresa energètica i el seu impacte en la salut a Barcelona Informe III* <https://pahbarcelona.org/wp-content/uploads/2018/11/Informe-III-Estudi-Salut.pdf>
- ─ Raventós, D. (2018) *La concepción histórica de la libertad republicana para entender el mundo actual. Y una propuesta inmediata*. Sin permiso. <http://www.sinpermiso.info/textos/la-concepcion-historica-de-la-libertad-republicana-para-entender-el-mundo-actual-y-una-propuesta>
- ─ Raventós, S. (2008) “Desigualtats socials i salut mental. Una proposta d'intervenció: la Renda Bàsica” Director: Josep Lluís Esluga Trenc Departament de Sociologia. Universitat Autònoma de Barcelona. Curs: 2007-2008. Treball de recerca de Doctorat en Sociologia.
- ─ Ministerio de Sanidad, consumo y Bienestar Social. Página web consultada el 10 de mayo de 2020: <https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4654>
- ─ OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- ─ OMS (2011). Impact of economic crises on mental Health. Ginebra.
- ─ Palomino, P., Grande, M.L., and Linares, M. (2013) La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*, 72, 1, (71-91)
- ─ Santens, S. (2019) ¿Qué hay que aprender del experimento de la renta básica de Finlandia? ¿Fue un éxito o un fracaso?. Red Renta Básica <http://www.redrentabasica.org/rb/que-hay-que-aprender-del-experimento-de-la-renta-basica-de-finlandia-fue-un-exito-o-un-fracaso/>
- ─ Todeschini, F, Sabes-Figuera, R. (2019) *Barcelona city council welfare programme: Impact evaluation results*, IVALUA
- ─ Torrens, L. Villareal, J. (2019) *Informe de resultados preliminares del proyecto piloto B-MINCOME (2017 - 2018)*. Dirección de Planificación e Innovación, Área de Derechos Sociales, Ayuntamiento de Barcelona.

- Kangas, O. Jauhiainen, S. Simanainen, M. Ylikännö, M. (2019) *Evaluation of the Finnish basic income experiment*, Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health, 2020: 15 <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161361>
- Kangas, O. Jauhiainen, S. Simanainen, M. Ylikännö, M. (2020) *Evaluation of the Finnish basic income experiment*, Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health, 2020: 15 <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162219>
- World Health Organization. The World Health Report (2001) - *Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization
- Ysàs, H. 2017. “*Alternativas de protección social de los trabajadores de edad frente al desempleo o al empleo precario: ¿perfección de rentas mínimas o tránsito hacia la renta básica?*” Ediciones Cinca.

Anexos

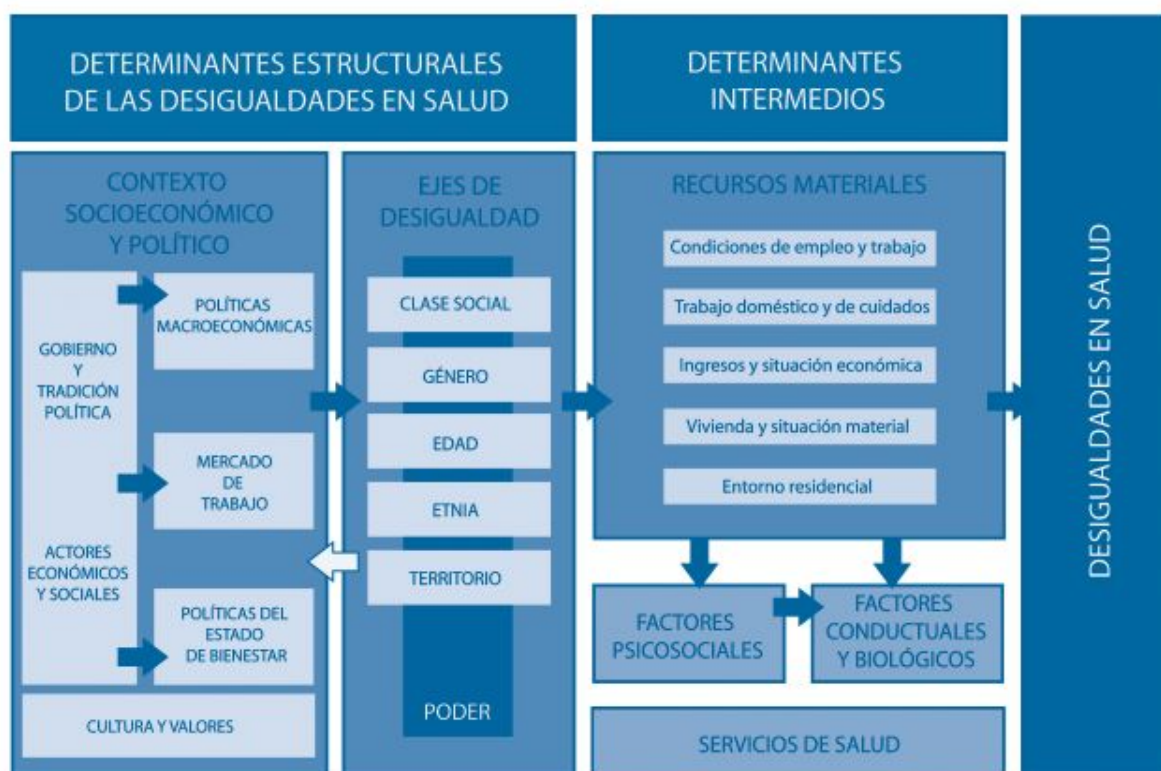
Entrevistas

1. **Carme Borrell**, doctora en salud pública y gerente de la Agencia de Salud Pública de Barcelona.

Muchas veces cuando pensamos en salud mental lo hacemos desde una perspectiva individual, nos pasa algo en la vida que de algún modo nos supera y eso nos causa estrés o ansiedad. Existen más factores determinantes de la salud y los trastornos mentales?

Los determinantes sociales de la salud, hay varios modelos conceptuales para explicar cuales son los determinantes sociales de la salud, nosotros trabajamos con el modelo que creamos para la comisión de desigualdades en España. Allí repartimos estos determinantes entre factores estructurales: gobiernos, tradición política, las políticas relacionadas con la vivienda, los ejes de desigualdad...y factores intermedios que son todas las condiciones de vida de las personas, desde la vivienda, el barrio, el trabajo en casa y fuera de esta, la red social... Todo esos aspectos sociales, económico y políticos que están atado a los servicios de salud acaba determinandonos, tanto en nuestra salud mental como en la salud en general.

Figura 1. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010. Basado en Solar e Irwin¹ y Navarro⁷.



Los determinantes sociales nos afectan a todas por igual?

El modelo tiene los ejes de desigualdad que son ejes atravesados por el poder. Evidentemente no es el mismo poder el que tiene un hombre que el que tiene una mujer o el que tiene una persona de una clase privilegiada que una de clase menos privilegiada, estos ejes de desigualdad acaban generando una estratificación en la sociedad que repercute en la salud, de manera que las personas más privilegiadas tienen mejor salud.

Esto es lo que genera las desigualdades en salud, las personas dependiendo de su entorno y de sus ejes de desigualdad tienen distintas posibilidades de tener una buena salud.

Entonces cómo afectó la crisis?

Aquí hay una gran cantidad de bibliografía al respecto y depende del resultado de salud que analicemos. Claramente en el suicidio, muchas publicaciones señalan como la crisis ha afectado- no obstante en el caso del estado español hay artículos que se contradicen- pero a nivel general el suicidio es claramente un indicador que se ha visto afectado. Sobre todo por que se ve muy rápido, otras enfermedades tienen un periodo de latencia mucho más largo, necesitan más tiempo

Los indicadores de salud mental, es decir la salud mental que se recoge con las encuestas, son los que han empeorado claramente más en la crisis. De todos modos cabe señalar que en el estado español dentro de todo los indicadores de salud tampoco se han deteriorado tanto, esto es algo que nos ha llevado a discutir porque, que tenemos nosotros que a lo mejor no han tenido otros países, algunos apuestan por las redes de personas.

Grecia por otro lado es el peor, hay un trabajo en el que comparamos Grecia, España y Italia, allí mirábamos lo publicado respecto a la crisis y hacíamos un estudio sobre si había empeorado o no. Curiosamente en España la mayoría de trabajos aún no muestran que haya habido deterioro en la salud general de la población, excepto en los indicadores de salud mental.

Últimamente se está problematizando la cuestión de las casas de apuestas, si no me equivoco sobretudo en hombres jóvenes, es un problema relacionado con la salud mental o es más bien un problema de adicción? Tienen alguna relación?

Salud mental y adicciones normalmente comparten paraguas, nosotros aquí lo tenemos igual un poco por separado, por que tenemos por un lado toda la red de tratamiento de las adicciones, con los centros de atención a las drogodependencias que están separados de los centros de la salud mental, lo que no quiere decir que a la larga a lo mejor esten juntos. Ya que en realidad las adicciones son también un problema de salud mental.

Las políticas públicas pueden intervenir y mejorar la salud mental de la población?

En el caso de las apuestas, para seguir con este ejemplo. Catalunya ya tiene una normativa muy restrictiva, y Barcelona aún más, la nueva normativa establece que si una casa de apuestas se cierra ya no se podrá abrir otra. Hay comunidades autónomas que no tienen estas restricciones, por que tienen independencia para legislar de formas diferentes.

Las políticas públicas como el Plan de Salud Mental de Barcelona pueden ayudar. Aún así hay que tener en cuenta que toda la parte del tratamiento, que quedaría fuera de todo lo que es salud pública, en lo que se refiere a salud mental hay que mejorarla, por que esta en manos de muchos distintos proveedores y cada uno tiene una distinta concepción del trato que hay que darle a esta problemática, hay muchas teorías y esto puede llevar a problemas. Además, así como ir al médico de cabecera es fácil, tener un tratamiento de salud mental, una psicoterapia, si no te la pagas es casi imposible de conseguir. La pública en este sentido tiene que fortalecer la parte de los tratamientos.

En cuanto a determinantes sin duda las políticas públicas pueden contribuir a hacer una sociedad más justa, a que las personas tengan trabajo, o unas condiciones de trabajo mejores, poder acceder a una vivienda.

Los problemas de vivienda por ejemplo son algo gravísimo para esta cuestión, nosotros hicimos un estudio con la Plataforma de Afectados por la Hipoteca y el 90% tienen riesgo de tener un problema de salud mental, mientras que la población en general es un 15%. Es una diferencia brutal, ahí se ve claramente como las condiciones de vida acaban afectando y mucho a nuestra salud mental.

Mirando datos me ha parecido curioso que en la infancia y primera adolescencia los hombres tienen peor salud mental, no obstante de adultos (a partir de los 14 años) esto se invierte, por que puede darse esto? Tienen que ver aquí los determinantes sociales de los que hablábamos?

Las condiciones de vida de las mujeres son más difíciles, en el sentido de que la mujer trabaja en casa y fuera de casa. Son las responsables del hogar, en los trabajos tienden a tener peores condiciones y peores sueldos. La vida social de las mujeres es diferente, y muchas veces peor, que la de los hombres, implica también más discriminación, sexismo y toda una serie de cosas que hacen que tengan peores indicadores de salud.

Aún así, también es importante la relación que existe entre la masculinidad y la salud, los hombres suelen tener otro tipo de enfermedades o de indicadores causados por esa masculinidad hegemónica, como son los accidentes de coche o los accidentes de trabajo. Hay una doble vertiente, las mujeres tienen peores indicadores de salud a pesar de que viven más años, pero los hombres tienen una serie de enfermedades letales que les hacen morir antes. De hecho hay pocos investigadores en España que hablen de masculinidad y salud pero fuera es un tema muy estudiado.

Existen ayudas para personas en situaciones de emergencia, que obviamente están hechas con buena intención, pero suelen cargar con un estigma negativo, a parte de que a veces el proceso burocrático para pasarlo no es exactamente sencillo. Puede ser esto negativo para la salud mental de las personas?

Esto pasa siempre, yo lo comento con el sistema de salud de Estados Unidos que tienen para un servicio para los más pobres. Entonces se crea el estigma de que si uno va a este servicio es por que es pobre. Cuando se tienen servicios muy selectivos el sistema es más débil que cuando se tiene un servicio universal. Cuando para algo en particular no hay presupuesto suficiente para realizarlo

universal se hace selectivo, pero lo ideal de las rentas básicas es la idea de universalizar, sino cuando es algo tan selectivo puede pasar que ese estigma negativo tenga un impacto negativo en la salud mental de las personas.

Lo ideal igual sería dar servicios universales. No obstante, sin duda es mejor una política selectiva de asistencia que no hacer nada.

Ha habido algunos proyectos de rentas mínimas, como son la famosa prueba finlandesa, que son lo más cercano que estamos por ahora de hacer una prueba de RBU. En los resultados preliminares de estas se comentaba cómo las personas que la reciben sentían mayor bienestar y seguridad en comparación a aquellas que eran parte del grupo de control. Son estos indicadores fiables? Siendo el estrés, la ansiedad y el malestar elementos tan subjetivos. Cómo podemos medir si realmente hay una mejora?

En todo lo que son los instrumentos de medición de las encuestas es importante que los indicadores estén validados. Hay una pregunta muy sencilla pero que yo creo que es super importante, es la pregunta sobre la salud percibida, esta variable se ha relacionado con la enfermedad y con la mortalidad, entre otras cosas. Después está el Golberg 12 que es una batería de 12 preguntas de salud mental que también ofrecen indicadores muy válidos para realizar análisis.

Al final en una encuesta siempre preguntamos por la percepción, pero la percepción es importante, está bien que lo preguntemos así, probablemente si dicen que les ha mejorado es que es cierto. Lo ideal es también hacer la comparativa con un grupo control.

2. Sergi Raventós, doctor en sociología y miembro de la Red Renta Básica

Moltes vegades quan pensem en salut mental ho fem des d'una perspectiva individual, ens passa alguna cosa en la vida que d'alguna manera ens supera i això ens causa estrés o ansietat. Existeixen més factors determinants de la salut i els trastorns mentals? L'estabilitat material afecta?

Aquest és un dels temes que considero importantíssims, que es com el tipus de paradigma que existeix focalitza molts dels problemes socials a l'individu. És un dels problemes que també pateix l'àmbit de la sanitat en general. L'enfocament biomèdic opera per sobre d'altres enfocaments com són els determinants socials de la salut i això es tradueix en focalitzar la responsabilitat en l'individu. Aquest enfocament se sol centrar en els factors genètics, en temes de la medicació, o fins i tot en aspectes d'estil de vida.

En canvi l'enfocament dels determinants socials de la salut i de la salut pública, té interès en els aspectes de tipus social, veure com el fet de no tenir una feina, uns ingressos garantits, una protecció social o un habitatge opera molt més i té més importància que el fet de que tu puguis tenir alguns hàbits menys o més saludables. Des de la perspectiva dels determinants socials s'enten moltes coses, alguns investigadors han fins i tot ponderat la importància dels aspectes socials i econòmics a la salut i tindran més importància que els aspectes genètics. No tenir una protecció econòmica, com podria ser una renda bàsica, es clau per entendre com en alguns experiments s'ha trobat diferències, per exemple, entre tenir una prestació d'atur o no, veiem com la gent que no en tenia una pitjor salut mental que la gent que si en tenia en igualtat de condicions. Estant a l'atur la gent que tenia una cobertura econòmica tenia menys problemes de salut mental que els altres.

Hi ha consens entre els/les experts/as en definir les causes d'una dolenta o bona salut mental?

No, és important veure com evidentment els diferents enfocaments i les diferents escoles operen. Depèn de si tenen una base més psicològica o biològica. Aquí podem veure com tenint present únicament el paradigma teòric de tipus psicològic només es veuen els factors individuals. Això també ho veig dia a dia, de cara a buscar feina, a trobar-la, la gent moltes vegades focalitza en la motivació de l'individu, en la predisposició a buscar feina, en que la persona tingui molt d'interès, que tingui una sèrie de competències determinades, etc...No es parla dels factors de tipus estructural, de com està configurat el mercat de treball i de com les polítiques condicionen moltes de les coses que perjudiquen la salut, i aquest és un anàlisi importantíssim. És entendre les causes de les causes de moltes de les problemàtiques de salut, ens aturem massa en la part més superficial. Si no es tenen en compte altres disciplines, com les ciències socials, l'enfocament molt poc acotat i integrat i no serveix per veure com viure en una determinada societat amb unes polítiques i mercat laboral condiciona molt més que el fet de que tu hi posis més o menys ganes.

Per què, encara que hi ha determinants molt importants en el que és l'entorn social i econòmic, la prevenció i el discurs hegemònic segueix dirigit a la modificació dels estils de vida personals?

Si anem analitzant la història més recent podem veure que després dels anys 70 es trenquen els consensos establerts posteriors a la segona guerra mundial. En aquest, degut també a la importància que va tenir la Unió Soviètica en la configuració dels blocs, les classes treballadores van tenir un paper important durant tots aquells anys, després les classes propietàries afluïxen la pressió perquè se n'adonen que si tensen molt la corda pot ser acaben perdent més del que els interessa. Aquest famós consens, posterior a la segona guerra mundial i que dura uns trenta anys, es trenca als anys 70 amb el discurs més neoliberal encapçalat per la Thatcher i en Rigan.

Aquest discurs anunciava que no hi ha societat, tan sols hi ha individu. A partir d'aquí es construeix tot un discurs de com es l'individu qui decideix. Es posa en el centre la capacitat i voluntat individual, i aposta per reduir l'estat a la seva mínima expressió, es diu allò de que no hi han classes i s'imposa l'enfocament individual i biomèdic a les esferes de l'investigació. Tot això queda plasmat quan ens fixem en el pes que tenen aquests articles de caire genètic o biomèdic, ja que és molt gran en comparació al que tenen els articles de caire social o polític en el àmbit de la salut mental, quan justament la salut es molt més que la sanitat.

La salut es un aspecte que afecta a moltes àrees i moltes polítiques. Estem envoltats de determinants que afecten a la salut: com està configurat l'urbanisme, si tenim espais verds, si vivim en barris degradats, si vivim a barris contaminats, si tenim més o menys transport públic. Tot això són factors que moltes vegades no es tenen en compte.

Tenim un concepte de salut molt petit i es una idea molt sedimentada que acaba operant. Igualment en els darrers anys hi ha hagut intents de posar la mirada en la importància de les desigualtats socials, com son els informes de la OMS, per exemple. Es fan petits progressos pero per canviar aquest paradigma dominant s'haurà de fer molta feina.

En aquest moment existeixen moltes persones que es troben en situació d'atur i això provoca òbviament inseguretat, però també existeix una gran quantitat de persones que treballen que es troben en risc de pobresa. Estem en un escenari en el qual sembla que el tenir feina pot funcionar com a estressor i el no tenir-la també? Com s'aborda un problema com aquest des de les polítiques públiques?

Aquest és un tema que s'ha anat mitificant molt amb els anys. Abans el treball era pràcticament una assegurança en tots els aspectes, i això ara no és així, tenir feina avui en dia no es una garantia de tenir assegurada la economia a casa teva, inclús al contrari, si tens una renda del treball que estan per sota del llindar de la pobresa ets pobre. Hi ha al voltant d'un 14% de la població que tenint feina es troba en situació de pobresa. Això evidentment li afegim la gent que no té feina i el grau d'incertesa, inseguretat i vulnerabilitat psicològica que això suposa, el fet de no saber si podràs pagar el lloguer o no poder tenir accés a determinats aliments. Tot això evidentment genera una preocupació i un malestar psicològic que va passant factura, i pot desencadenar problemes greus d'ansietat i depressió. A més problemes que no es superen fàcilment i poden desembocar en situacions de malalties mentals més severes.

Hi han feines que no tenen cap tipus d'interès, no tenen motivació, no son gratificants ni estimulats i tampoc ben pagades. Tot això fa que la gent que acudeix a la feina ho faci com un càstig, no com una cosa ben viscuda, tenir una bona feina és una situació molt escassa. El que abunda més son les feines temporals i els contractes de curta durada. A Barcelona l'any passat el 40% dels contracte que

s'havien fet eren d'una setmana, això vol dir que no tens cap tipus de seguretat. Les persones en aquest grau d'inestabilitat tenen un gran malestar psíquic, que es va deteriorant.

Hi ha un estudi important sobre aquest tema, de com el fet de viure en situacions de pobresa fa que el teu cervell es centri en una estratègia per sobreviure i no està per altres coses, osigui que tan sols funciona una part determinada, la destinada a poder sobreviure al dia a dia, no hi ha capacitat d'anticipar o de planificar.

Existeixen ajudes per a les persones que estan en situacions de risc i exclusió social, però tendeixen a estar caracteritzades per comportar una gran quantitat de burocràcia, a més d'obligar la persona a passar pel procés de confessar i demostrar que són persones pobres o estan en situacions de vulnerabilitat. Quines conseqüències té això per a elles?

Aquests subsidis condicionats tenen molts problemes, hi ha pel·lícules on queda molt plasmada aquesta problemàtica, com per exemple *The Full Monty*, on per no voler demostrar que esta al'atur l'home e vesteix cada dia amb jaqueta i corbata i fa com si anés a treballar. L'estigma que suposa a la comunitat, al seu marc de relacions el perdre la feina, i ser per tant un perdedor, fa que fins i tot les persones no vulguin accedir a demanar ajuts econòmics. Hi ha molta gent que no vol passar per la finestra dels assistents socials. El fet de despullar-se davant d'una persona que l'únic que fa és prendre nota de totes les coses que et passen fa que molta gent no tingui intenció en voler-ho fer, això fa que hi hagi una part de la població que no accedeix a aquests ajuts econòmics que necessiten.

Això de l'estigma te també a veure amb que a ningú li agrada haver de demanar ajuts quan a sobre és molt difícil accedir a tots els requisits que demanen, no t'ho posen fàcil, s'ha de demostrar que no tens ingressos entre d'altres coses. Quan estàs en aquesta situació el que necessites és suport, comprensió i ajut, si has d'estar tot el día buscant papers i paperassa, fent cua i portan-te desenganys fa que molta gent renunciï a les ajudes.

La renda basica tot això ho salva perquè al ser universal ho percep sense necessitat d'acreditar quin nivell d'ingressos tens ni res d'això. Ja queda palès en altres coses com la declaració de la renda. És la gran diferència que tenen els sistemes universals dels sistemes més focalitzats. Els sistemes més universals com son la sanitat o l'ensenyament donen la possibilitat d'anar al centre públic i si vols/pots tens la possibilitat d'accedir als serveis privats. Pero d'entrada tens la garantia de tenir accés a una xarxa pública que et cobreix. Amb la renda bàsica ens trobaríem que tindrem uns ingressos garantits que podem complementar amb altres ingressos de feines per exemple.

Perquè el problema de les feines precàries es que per poder generar atur has de treballar un any com a mínim, i això és molt complicat amb aquestes feines temporals.

Els experiments de renda bàsica com com el de Finlàndia o el B-Mincome a Barcelona en quina mesura ens serveixen per a tenir una idea dels efectes que una renda bàsica universal tindria en la ciutadania?

S'han fet moltes investigacions al voltant dels experiments que s'han realitzat fins ara i els efectes en la salut i la salut mental.

Em fa certa il·lusió veure com una tesis que vaig fer en un moment en el cual no es parlava d'això o fins hi tot era agosarat fer aquestes hipòtesis, finalment s'ha confirmat. La majoria dels experiments que s'han fet coincideixen en que un dels aspectes que més ha millorat ha sigut la salut mental de

les persones. L'experiment del B-Mincome, el de de Canada, el del Cherokees, el de Finlàndia... tots han coincidit en què ha millorat el benestar psicològic de la gent, s'ha reduït l'estrès, s'ha donat tranquil·litat psíquica a la gent, ha fet que es tingui la perspectiva de tranquil·litat en comparació a la que tenia abans. Això et dóna pistes de que evidentment tenir una cobertura econòmica i una protecció social alleugereix la pressió psicològica del personal. Crec que els experiments que han aportat moltes coses, algunes que ens esperaven i altres que no, i moltes vegades no han aportat el que ens esperàvem però si altres molt interessants. També s'ha de tenir en compte que són limitats, i això afecta a la gent, si sap que tan sols durara dos anys per exemple, doncs la reacció és diferent, a més hi ha part de la comunitat que ho percep i altres que no... per tant clar tots els efectes que podria provocar que és fer universal en una societat no ho podem veure.

A Alaska també és molt important posar la mirada, allà reben una renda per tot el del petroli- no és l'ideal per que la clau seria que es dones arrel de una distribució de la riquesa- però és interessant veure com allà la natalitat ha crescut moltíssim des de que hi ha aquesta renda anual. Les persones s'animen a tenir fills perquè saben que tenen uns ingressos anuals, que poden variar però sempre en rebran.

Aquests experiments ens conviden a reflexionar, el B-Mincome i Finlàndia si alguna cosa ens diuen es que s'ha reduït l'estrès i ha augmentat el benestar psicològic. A Finlàndia, a més, ha crescut la confiança en la classe política, una cosa que no és gens fàcil avui dia.

Finalment, s'ha de tenir en compte que hi han partidaris de la renda bàsica des de sectors més progressistes, que aposten per una renda bàsica integrada a l'estat de benestar, des d'un punt de vista redistributiu de la riquesa, però també des de punts de vista neoliberals, que aposten per desmantellar amb l'estat de benestar i els serveis públics, són interessos molt diferents. Per tant, també és bo aclarir que de partidaris de la RBU hi ha d'esquerra i de dreta, la clau és com es financia, si en impostos als més rics o desmantellant l'estat de benestar. Per la salut mental tan sols, tindria sentit en un marc progressista, dins una caixa de serveis públics, per què per si sola no arregla per exemple els problemes d'addiccions.

De quina manera els sistemes de garanties d'ingressos poden funcionar com una política pública de millora de la salut mental de la població? Doncs no és una política específica per a aquesta temàtica.

La Renda bàsica com una prestació econòmica contribueix a ser un determinant de la salut mental, i es preventiu de possibles problemes que desemboquen en problemes mentals, com es no tenir habitatge.

Evidentment hi ha molts tipus de problemes de salut mental, alguns tenen a veure també amb factors biològics, neurològics o factors de toxicomanies, aspectes de males relacions familiars o de parelles, etc... Hi han molts aspectes, per tant no ho poden simplificar a factor econòmic i social però hi ha una quantitat molt gran de problemàtiques de salut mental al voltant de no tenir ingressos i no tenir garantides unes condicions.

Evidentment tenint una renda bàsica haurem de continuar apostant per tot un treball de salut mental tant en l'àmbit sanitari com en el conjunt de les altres polítiques. El sistema sanitari és un dels determinants de la salut, però ni és el únic ni segurament és el més important. No tenir un sostre o uns ingressos pot arribar a ser més important.

Seria la renda bàsica una mesura d'atac o de prevenció en el que a salut mental representa?

La renda bàsica es una mesura preventiva, a diferencia de les mesures pal·liatives, que son aquelles assistencials (aquelles que un cop ets pobre et facilita un ajut) la renda basica fa de xarxa preventiva. Fa que abans de ser pobre ja tinguis accés a algo que d'entrada dificulta que caiguis en la pobresa, per que si tècnicament cobres això ja et situa en el llindar de la pobresa. Això és molt important, és una mesura ex-ante, a diferencia de les mesures tradicionals que son ex-post. Un problema molt greu de les mesures assistencials es que moltes vegades ni tan sols arriben a tota la gent que ho necessita, aquí per exemple la renda garantida no arriba ni a un 14% de cobertura de la gent que ho necessita i l'atur está al 60% aproximadament. Hi ha una gran quantitat de gent que no te cobertura. Després estan les persones que reben pensions no contributives, que tenen uns ingressos que s'allunyen molt del llindar de la pobresa.