ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
EUROPA

LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

LOS HECHOS PROBADOS

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
SECRETARIA GENERAL DE SANIDAD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EPIDEMIOLOGÍA

LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

LOS HECHOS PROBADOS

Editado por Richard Wilkinson y Michael Marmot

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

SECRETARIA GENERAL DE SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EPIDEMIOLOGÍA

Published by the Regional Office for Europe of the World Health Organization in 2003 under the title Social determinants of health. The solid facts. Second edition.

© *World Health Organization, 2003*

Translation rights for an edition in Spanish have been granted to the Ministerio de Sanidad y Consumo by the Regional Director of the Regional Office for Europe of the World Health Organization.

The Publisher alone is responsible for the accuracy of the translation.

Publicado en 2003 por la Oficina Regional para Europa de la la Organización Mundial de la Salud con el título de *Social determinants of health. The solid facts. Second edition.*

© Organización Mundial de la Salud, 2003.

Los derechos de traducción de una edición en español han sido concedidos al Ministerio de Sanidad y Consumo por el Director Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud.

El Editor es el único responsable de la exactitud de la traducción.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Edición española, traducción de la 2ª Edición de la OMS

Edita
© SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA
Centro de Publicaciones

N.I.P.O.: 351-06-007-1
Depósito Legal: M-32.370-2006

Imprime: FER/EDIGRAFOS

CONTENIDOS

Prólogo 5

Colaboradores 6

Introducción 7

1. La pendiente social 10

2. El estrés 12

3. Los primeros años de vida 14

4. La exclusión social 16

5. El trabajo 18

6. El desempleo 20

7. El apoyo social 22

8. La adicción 24

9. Los alimentos 26

10. El transporte 28

La OMS y otras fuentes relevantes 30

La Organización Mundial de la Salud, el organismo de las Naciones Unidas especializado en salud, se creó en 1948 para que actuara como autoridad coordinadora y directora en materia de salud internacional y salud pública. Una de las funciones recogidas en la constitución de la OMS es ofrecer asesoramiento y una información fiable y objetiva en el campo de la salud humana, responsabilidad que cumple parcialmente a través de sus programas de publicaciones. La Organización pretende, a través de sus publicaciones, servir de apoyo a las estrategias nacionales en materia de salud y ofrecer una solución a los asuntos más urgentes de salud pública.

La Oficina Regional de la OMS para Europa es una de las seis oficinas regionales del mundo. Cada una de ellas gestiona su programa teniendo en cuenta los problemas sanitarios específicos de los países a los que sirve. La Región Europea engloba a los 870 millones de personas que viven en el área comprendida desde Groenlandia, al norte, y el Mediterráneo, al sur, y desde las costas de Atlántico, en el oeste, hasta la Federación Rusa. Por ello, el programa europeo de la OMS se centra tanto en los problemas relacionados con la sociedad industrial y post-industrial como en los problemas a los que se enfrentan las democracias emergentes de Europa Central y Oriental y la antigua URSS.

Con el fin de garantizar que la información fidedigna y las directrices en materia de salud tengan un grado máximo de disponibilidad, la OMS se asegura una amplia distribución internacional de sus publicaciones y fomenta la traducción y la adaptación de las mismas. Al ayudar a promover y proteger la salud, y a prevenir y controlar las enfermedades, los libros de la OMS contribuyen a lograr el objetivo principal de la Organización, a saber, que todos los pueblos puedan alcanzar el grado máximo de salud que se pueda lograr.

Centro de la OMS para la Salud Urbana

Esta publicación es una iniciativa del Centro para la Salud Urbana de la Oficina Regional de la OMS para Europa. El objetivo técnico del trabajo que se realiza en el Centro es desarrollar herramientas y materiales que proporcionen recursos para las áreas de política sanitaria, planificación integrada para la salud y el desarrollo sostenible, urbanismo y apoyo social y gubernamental. El Centro gestiona el programa Healthy Cities (*Ciudades Saludables*) y el gobierno urbano.

PRÓLOGO

La necesidad y la demanda de evidencias científicas claras que informen y apoyen el proceso de elaboración de políticas sanitarias nunca ha sido mayor. El campo de los determinantes sociales de la salud es quizás uno de los más complejos y desafiantes. Se trata de los aspectos claves de la vida y las circunstancias laborales de las personas y de sus estilos de vida. Se interesa por el efecto que ejercen sobre la salud las políticas sociales y económicas y también por los beneficios que pueden aportar los esfuerzos invertidos en el campo de las políticas sanitarias. Durante los cinco últimos años transcurridos desde la publicación de la primera edición de «Los determinantes sociales de la Salud. Los Hechos Probados» en 1998, se han difundido nuevas y más sólidas evidencias científicas. Esta segunda edición integra la nueva evidencia y se ha enriquecido con la inclusión de gráficos y tablas, más lecturas y la recomendación de sitios web.

Nuestro objetivo es concienciar, informar, debatir, y sobre todo, actuar. Queremos avanzar sobre el éxito de la primera edición que fue traducida a 25 idiomas y sirvió de herramienta para las personas responsables de la toma de decisiones en todos los ámbitos, académicos y profesionales, de la salud pública de dentro y fuera de los límites de la región europea. La buena noticia es que, en la actualidad, un número creciente de Estados miembros están desarrollando programas y políticas que tratan el origen de las causas de la mala salud, las desigualdades en el ámbito de la salud y las necesidades de las personas que viven en condiciones de pobreza y desventaja social.

Esta publicación ha podido llevarse a cabo gracias a la estrecha asociación entre el Centro de la OMS para la Salud Urbana y el Centro Internacional para la Salud y la Sociedad, del Colegio Universitario de Londres, Reino Unido. Me gustaría expresar mi agradecimiento al profesor Richard Wilkinson y al profesor Sir Michael Marmot que editaron esta publicación y a todos los miembros que integraron el equipo científico y que aportaron su colaboración a este importante trabajo. Estoy convencido de que será una herramienta muy válida para profundizar y ampliar nuestra comprensión y para fomentar el debate y la acción sobre los determinantes sociales de la salud.

Agis D. Tsouros

Director de Centro de la OMS para la Salud Urbana
Oficina Regional de la OMS para Europa

COLABORADORES

Profesor Mel Bartley, London University College, Reino Unido

Dr. David Blane, London Imperial College, Reino Unido

Dr. Eric Brunner, Centro Internacional para la Salud y la Sociedad, Colegio Universitario de Londres, Reino Unido

Profesor Danny Dorling, Escuela de Geografía, Universidad de Leeds, Reino Unido

Dra. Jane Ferry, London University College, Reino Unido

Profesor Martin Jarvis, Investigación del Cáncer, Reino Unido, Unidad de Conducta Sanitaria, London University College, Reino Unido

Profesor Sir Michael Marmot, Departamento de Epidemiología y Salud Pública, y Centro Internacional para la Salud y la Sociedad, London University College, Reino Unido

Profesor Mark McCarthy, London University College, Reino Unido

Dra. Mary Swan, Departamento de Medicina Social, Universidad de Bristol, Reino Unido

Profesor Aubrey Sheiham, Centro Internacional para la Salud y la Sociedad, London University College, Reino Unido

Profesor Stephen Stansfeld, Barts and the London, Escuela Queen Mary's College de Medicina y Odontología, Londres

Profesor Mike Wadsworth, Consejo de Investigación Médica, Inspección Nacional de la Salud y el Desarrollo, London University College, Reino Unido

Profesor Richard Wilkinson, Universidad de Nottingham, Reino Unido

INTRODUCCIÓN

Incluso en los países más prósperos, la esperanza de vida de las personas menos acomodadas es bastante más corta que la de las personas ricas. Estas diferencias en salud son no solo una gran injusticia social, sino que también, atraen la atención de los científicos sobre algunos de los más impactantes determinantes de los niveles de salud de las sociedades modernas. Y más concretamente, han permitido una mayor comprensión de la extraordinaria susceptibilidad de la salud ante el entorno social y de lo que ha empezado a conocerse como los determinantes sociales de la salud.

En esta publicación se ofrece una idea general de los aspectos más relevantes de este nuevo conocimiento en relación con áreas de política pública. Los diez temas tratados incluyen la importancia que tendrán durante toda la vida de la persona los determinantes de la salud presentes en la primera infancia, y los efectos de la pobreza, las drogas, las condiciones laborales, el desempleo, el apoyo social, la buena alimentación y la política de transporte. Para ofrecer un marco de referencia, comenzaremos presentando un debate sobre la pendiente social en la salud, seguido por una explicación acerca de cómo afectan a la salud física y a la longevidad las influencias sociológicas y psicológicas.

Se ha dedicado un apartado en cada capítulo para tratar el papel que pueden desempeñar las políticas públicas a la hora de dar una forma al entorno social para que favorezca una mejor salud; y esa intención se ha mantenido tanto si nos hemos referido a los factores conductuales como la crianza de los hijos, la nutrición, la práctica de ejercicio y el abuso de sustancias, como a las cuestiones más estructurales tales como el desempleo, la pobreza y la experiencia laboral. Cada uno de los capítulos contiene un breve resumen de los hallazgos más fiables establecidos por las investigaciones, seguido de una lista de implicaciones para el ámbito de la política pública. Al final de cada capítulo, se presenta una lista de referencias claves para la investigación, pero se puede hallar un debate más extenso sobre la evidencia en *Social determinants of health (Los determinantes sociales de la salud)* (Marmot, M, Wilkingson, RG, eds. Oxford, Oxford University Press, 1999) que se preparó para acompañar la primera edición de *Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados.* Por ambos trabajos estamos muy agradecidos a los investigadores de vanguardia en sus campos, la mayoría de los cuales están asociados al Centro Internacional para Salud y Sociedad del Colegio Universitario de Londres. Brindaron su tiempo y sus conocimientos técnicos especializados en la creación del borrador de los diferentes capítulos en ambas publicaciones.

Antes se consideraba que la política en materia de salud consistía en poco más que en la provisión de atención médica y su financiación: los determinantes sociales se debatían únicamente entre los académicos. En la actualidad, eso está cambiando. Si bien es cierto que la atención médica puede prolongar la supervivencia y mejorar el pronóstico después de las enfermedades graves, son las condiciones sociales y económicas las que ejercen una mayor influencia sobre la salud de la población en general, ya que son las que hacen que las personas enfermen y necesiten atención médica para empezar. No obstante, el acceso universal a la atención médica es sin ninguna duda uno de los determinantes sociales de la salud.

¿Y cómo se explica que en una publicación nueva sobre los determinantes de la salud no se mencione nada de los genes? Los nuevos hallazgos a cerca del genoma humano resultan emocionantes con esos prometedores avances que permitirían profundizar en la comprensión y el tratamiento de enfermedades específicas. Pero por muy importantes que puedan ser las susceptibilidades genéticas a las enfermedades del *individuo*, las causas comunes de la mala salud que afectan a *poblaciones* son ambientales y aparecen y desaparecen con mucha mayor rapidez que los cambios genéticos de ritmo lento porque reflejan los cambios en nuestra forma de vivir. Por este motivo, la esperanza de vida ha mejorado de manera tan

Los estilos de vida de las personas y las condiciones en que viven y trabajan ejercen un gran impacto sobre su salud.

© HEALTHY CITIES PROJECT/WHO

drástica durante las últimas generaciones. Y por eso mismo, se explica también el hecho de que algunos países europeos hayan mejorado su salud mientras que otros no lo hayan hecho. Y además, es por este motivo que las desigualdades en salud que se dan entre los distintos grupos sociales han ido aumentando o disminuyendo a medida que cambiaban las condiciones sociales y económicas.

Esta publicación se basa en la evidencia demostrada por numerosos estudios de investigación – varios miles en total. Algunos de esos estudios emplearon medios prospectivos, otros siguieron a decenas de miles de personas durante varias décadas – en algunos casos desde el nacimiento. Otros han empleado métodos transeccionales y han estudiado los datos individuales, locales, regionales, nacionales o internacionales. Las dificultades que surgieron a la hora de determinar la causalidad (quizás a pesar de los estudios de seguimiento) se superaron recurriendo a las evidencias proporcionadas por los estudios de

intervención, por los llamados experimentos naturales o por otros estudios realizados con especies de primates. No obstante, teniendo en cuenta que tanto la salud como los aspectos que mayor impacto ejercen sobre ella varían sustancialmente según los niveles de desarrollo económico, el lector y la lectora deberán recordar que el grueso de la evidencia sobre la que se basa esta publicación proviene de países desarrollados ricos y su relevancia para los países menos desarrollados puede ser más bien limitada.

Nuestra intención ha sido asegurarnos de que la esfera política a todos los niveles —en el gobierno, en las instituciones públicas y privadas, en los lugares de trabajo y en la comunidad— tenga debidamente en cuenta las recientes evidencias que sugieren que si el objetivo es crear sociedades sanas, el grado de responsabilidad debe ser más amplio. Pero una publicación tan corta como ésta no puede ofrecer una guía integral acerca de los determinantes de la salud pública. No se han incluido algunas de las áreas contempladas en las políticas de salud como por ejemplo la necesidad de proteger a las personas ante las exposiciones a materiales tóxicos en el trabajo porque ya son bien conocidas (aunque a menudo no lo bastante respetadas). Ya que las exhortaciones que pretenden fomentar un cambio en la conducta individual como medida de promoción de la salud también constituyen un planteamiento bien establecido, y teniendo en cuenta que la evidencia indica que, en algunas ocasiones, estas exhortaciones tienen un efecto limitado, resulta que no es mucho lo que pueden hacer los individuos para mejorar su propia salud. Nosotros, sin embargo, resaltaremos la necesidad de comprender cómo el entorno da forma al comportamiento, y siendo coherentes en el enfoque de la salud a través de sus determinantes sociales, recomendamos algunos cambios en el entorno que podrían provocar comportamientos más sanos.

Teniendo en cuenta que esta publicación se realizó con las contribuciones aportadas por reconocidos expertos de cada campo, lo que resulta asombroso es comprobar hasta qué punto todas las secciones convergen en la necesidad de crear una sociedad más humanitaria y justa – tanto en el ámbito social como económico. Si se combina la economía, la sociología y la psicología con la medicina y la neurobiología, parece como si todo depende en gran medida de la comprensión de la interacción entre las desventajas materiales y sus implicaciones sociales. No es simplemente que las circunstancias de pobreza material sean dañinas para la salud; el significado social de la pobreza, el desempleo, la marginación social, o de otros tipos de estigmas también cuentan. El ser humano, en calidad de ser social no necesita solamente contar con unas buenas condiciones materiales, sino que ya desde la primera infancia necesitamos sentirnos valorados y estimados. Necesitamos amigos, necesitamos sociedades más sociables, necesitamos sentirnos útiles y necesitamos un cierto nivel de control sobre un trabajo valioso. Sin todo ello, nos volvemos más propensos a la depresión, al uso de las drogas, a la ansiedad, la hostilidad y a la desesperación, y todo ello repercute en la salud física.

Confiamos en que al tratar de resolver algunas de las injusticias sociales y materiales, las políticas no sólo mejorarán la salud y el bienestar sino que además, reducirán una serie de problemas sociales que florecen junto con la mala salud y que también encuentran sus raíces en algunos de esos mismos procesos socioeconómicos.

Richard Wilkinson y Michael Marmot.

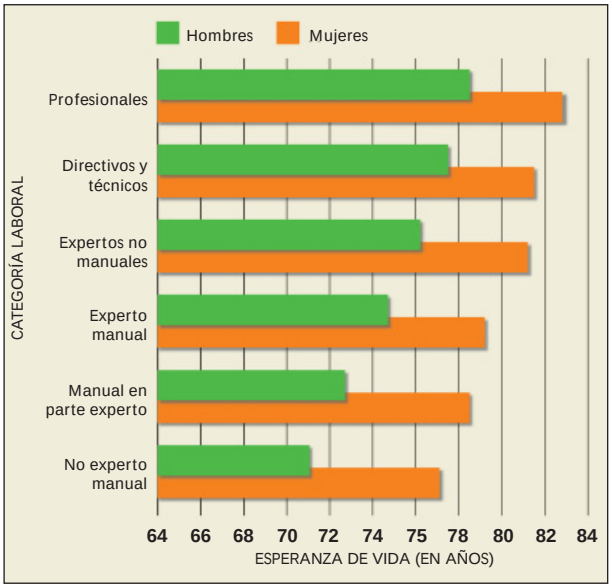
1. LA PENDIENTE SOCIAL

En todas las sociedades se da el hecho de que a medida que descendemos por la escala social, se va acortando la esperanza de vida y se vuelven más comunes la mayoría de las enfermedades. Las políticas de salud deben hacer frente a los determinantes sociales y económicos de la salud.

Hechos conocidos

Las circunstancias económicas y sociales asociadas a la pobreza afectan a la salud de por vida. Las personas que viven en los peldaños más bajos de la escala social suelen estar sometidas, como mínimo, a un riesgo doble de padecer enfermedades graves y muertes prematuras que las personas que viven más cerca de los peldaños superiores. Estos efectos tampoco se limitan a las personas que viven en condiciones de pobreza: la pendiente social en la salud se extiende a través de la sociedad, de tal manera que incluso dentro del grupo de los trabajadores de oficina de clase media, las personas que trabajan en las categorías inferiores padecen muchas más enfermedades y están más expuestos a una muerte prematura que las personas que ocupan las categorías superiores. (Fig. 1).

Fig. 1 Diferencias de la esperanza de vida según las categorías laborales Gales e Inglaterra, 1997-1999.



Son las causas psicosociales así como las materiales las que contribuyen a generar esas diferencias y su efecto se extiende a la mayoría de las enfermedades y las causas de muerte.

Una situación de desventaja muestra muchas formas y puede ser absoluta o relativa. Puede incluir tener pocos bienes familiares, recibir una educación pobre durante la adolescencia, tener un empleo inestable, quedarse atrapado en un empleo de riesgo o en un empleo sin salida, vivir en viviendas en malas condiciones, intentar sacar adelante una familia en circunstancias difíciles o vivir con una pensión de jubilación insuficiente.

Estas desventajas tienden a concentrarse alrededor de las mismas personas y sus efectos acumulativos sobre la salud se prolongan durante toda la vida. El desgaste que sufren las personas que viven en circunstancias social o económicamente estresantes aumenta al prolongarse el tiempo que están expuestos a ellas y, en la misma medida, se reducen sus posibilidades de disfrutar de una vejez sana.

Implicaciones en el ámbito político

Si la política no consigue dar una solución a estos hechos, no estará ignorando solamente los determinantes que ejercen un mayor impacto sobre los niveles de salud en nuestras sociedades modernas sino que además, estará ignorando una de las cuestiones de justicia social más importante a la que se enfrentan las sociedades modernas.

- En la vida suceden una serie de transiciones críticas: los cambios materiales y emocionales durante la primera infancia, el paso de la educación primaria a la secundaria, empezar a trabajar, salir de la casa

© JOACKIM LADEFOGED/POLFOTO

Las circunstancias de pobreza social y económica repercuten sobre la salud durante toda la vida.

paterna y crear una familia, cambiar de trabajo y quizás hacer frente a un despido, y con el tiempo, jubilarse. Cada uno de estos cambios puede afectar a la salud si conducen a las personas por un camino más o menos ventajoso. Teniendo en cuenta que las personas que han estado en circunstancias de desventaja en el pasado están expuestas a mayores riesgos en cada una de las siguientes transiciones, las políticas en materia de bienestar tienen que ofrecer además de redes de seguridad, unos trampolines que permitan compensar las desventajas anteriores.

- Una buena salud implica reducir los niveles de fracaso en la educación, reducir la inseguridad y el desempleo y mejorar el nivel de calidad de la vivienda. Las sociedades que permitan a todos sus ciudadanos desempeñar un papel útil y pleno en la vida social, económica y cultural de su sociedad, serán más saludables que aquellas donde las personas tengan que hacer frente a la inseguridad, la marginación y la privación.
- Otros capítulos de esta publicación tratan áreas políticas específicas y sugieren modos de mejorar la salud que reducirán también la pendiente social en la salud.

FUENTES CLAVE

Bartley M, Plewis. Accumulated labour market disadvantage and limiting long-term illness *International Journal of Epidemiology*, 2002, 31: 336-341

Michael R, Blane, D, Bartley M. Elevated risk of high blood pressure: climate and the inverse housing law. *International Journal of Epidemiology*, 2002, 31: 831-838.

Montgomery SM, Berneym LR, Blane D. Prepubertal stature and blood pressure in early old age. *Archives of Disease in Childhood,* 2000, 82:358-363

Morris JN et al. A minimum income for healthy living. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, 54:885-889.

Programme Committee on Socio-economics Inequalities in Health. *Reducing socio-economics inequalities in health.* La Haya, Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte, 2001.

Van de Mheen H et al. Role of childhood health in the explanation of socio-economic inequalities in early adult health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1998, 52:15-19.

Fuente de la Fig. 1: Donkin A, Goldblatt P, Lynch K. Inequalities in life expectancy b y social class 1972-1999. *Health Statistics Quaterly, 2002, 15: 5-15.*

2. EL ESTRÉS

Las circunstancias que provocan estrés, preocupan a las personas, les crean ansiedad y les hacen sentirse incapaces de salir adelante, perjudican la salud y pueden causar una muerte prematura.

Hechos conocidos

Las circunstancias psicológicas y sociales pueden causar un estrés duradero. Un estado de ansiedad prolongado, la inseguridad, una autoestima baja, el aislamiento social y la falta de control sobre el trabajo y la vida doméstica ejercen unos efectos impactantes sobre la salud. Esos tipos de riesgo psicosociales se van acumulando a lo largo de toda la vida y aumentan las posibilidades de padecer una pobre salud mental y una muerte prematura. Largos periodos de ansiedad e inseguridad y la falta de amistades que ofrezca su apoyo son perjudiciales en cualquier aspecto de la vida que se produzcan. Cuanto más inferior sea la posición que ocupa una persona dentro de la jerarquía social de los países industrializados, más comunes serán estos problemas.

¿Por qué afectan estos factores psicosociales a la salud física? Cuando nos encontramos ante una situación de emergencia, nuestros sistemas nervioso y hormonal nos preparan para hacer frente a una amenaza física inmediata desencadenando una respuesta de lucha o huída: aumenta el ritmo

La falta de control en el trabajo y en la casa puede afectar tremendamente a la salud

© FIRST LIGHT/POLFOTO

cardiaco, se moviliza la energía almacenada, la sangre se dirige a los músculos y se agudiza el estado de alerta. Aunque el estrés que se experimenta en la vida urbana moderna rara vez requiere una actividad física extenuante o ni siquiera moderada; una vez que se ha disparado una respuesta ante una situación de estrés, se desvían a otras partes del cuerpo los recursos y las energías invertidos en muchos procesos fisiológicos que son importantes para el mantenimiento de la salud a largo plazo. Este tipo de respuesta afecta tanto al sistema cardiovascular como al inmunológico. Esto no tiene gran importancia cuando sucede durante breves periodos de tiempo; pero cuando una persona se siente tensa con mucha frecuencia, o bien, cuando esa tensión se mantiene durante demasiado tiempo, esa persona se vuelve más vulnerable a una amplia serie de condiciones que incluyen las infecciones, la diabetes, una alta presión sanguínea, infartos cardiacos, derrames cerebrales, depresión y agresión (agresividad).

FUENTES CLAVE

Brunner EJ. Stress and the biology of inequality. *British Medical Journal*, 1997, 314:1472-1476.

Brunner EJ et al. Adrenocortical, autonomic and inflammatory causes of the metabolic syndrome. Circulation,202, 106: 2659-2665.

Kivimaki M et al. Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *British Medical Journal*, 2002, 325: 857-860.

Marmot MG, Standfeld SA. *Stress and heart disease*. London BMJ Books, 2002

Marmot MG et al. Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *Lancet*, 1997, 350: 235-239

Implicaciones en el ámbito político

Aunque la respuesta médica a los cambios biológicos que acompañan al estrés sea intentar controlarlos mediante el consumo de fármacos, se debería prestar más atención a las causas que lo provoca, reduciendo las principales causas generadoras del estrés crónico.

- En las escuelas, los lugares de trabajo y en otras instituciones, la calidad del entorno social y la seguridad material son tan importantes para la salud como el entorno físico. Las instituciones que pueden ofrecer a la gente un sentimiento de pertenencia, de participación y de ser valorados tienen más probabilidades de ser unos lugares más saludables que aquellos lugares en los que las personas se sienten marginadas, utilizadas o ignoradas.
- Los gobiernos deberían reconocer que los programas de bienestar social tienen que ofrecer una respuesta tanto a los problemas psicosociales como a las necesidades materiales: ambos son fuentes de ansiedad y de inseguridad. Concretamente, los gobiernos deberían respaldar a las familias con niños pequeños, promover las actividades comunitarias, combatir el aislamiento social, reducir la inseguridad material y económica y promover técnicas de superación de los problemas en los programas educativos y de rehabilitación.

3. LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA

Un buen comienzo en la vida significa apoyar a las madres y a los niños y niñas: el desarrollo temprano y la educación ejercen un impacto sobre la salud que dura toda la vida.

Hechos conocidos

Investigación observacional y estudios de intervención demuestran que en la primera infancia y el periodo prenatal se establecen las bases de la salud adulta. Un desarrollo lento y un apoyo emocional escaso aumentan el riesgo de tener una mala salud durante toda la vida y reducen el funcionamiento físico, emocional y cognitivo en la madurez. La experiencia temprana de la pobreza y el desarrollo lento se graban en la biología durante el proceso de desarrollo y conforman la base del capital humano y biológico del individuo, lo cual afecta a su salud durante toda la vida.

Una situación de pobreza durante el embarazo puede causar que el feto se desarrolle por debajo del nivel óptimo a través de una cadena de circunstancias que pueden incluir carencias en la nutrición durante el embarazo, estrés maternal, una mayor probabilidad de que la madre fume o abuse de las drogas y el alcohol, una falta de ejercicio o una asistencia prenatal insuficiente. Un desarrollo fetal pobre supone un riesgo para la salud en la vida posterior. (Fig. 2).

La experiencia infantil es importante para la salud (input) posterior debido a la continua maleabilidad de los sistemas biológicos. Debido a que los aportes sensoriales emocionales y cognitivos programan las respuestas del cerebro; las relaciones emocionales inseguras y la carencia de estimulación pueden ser la causa de la falta de disposición para ir a la escuela, de un bajo rendimiento académico, de un comportamiento problemático y del riesgo de sufrir marginación social durante la vida adulta. Los hábitos saludables como comer con sensatez, hacer ejercicio y no fumar están asociados a los ejemplos que pueden ofrecer los padres y las madres y los grupos de iguales y se asocian igualmente a una buena educación. El crecimiento físico lento o retrasado durante la infancia está asociado con un desarrollo y funcionamiento limitado del sistema cardiovascular, respiratorio, renal y pancreático, lo cual aumenta el riesgo de padecer enfermedades durante la vida adulta.

Implicaciones en el ámbito político

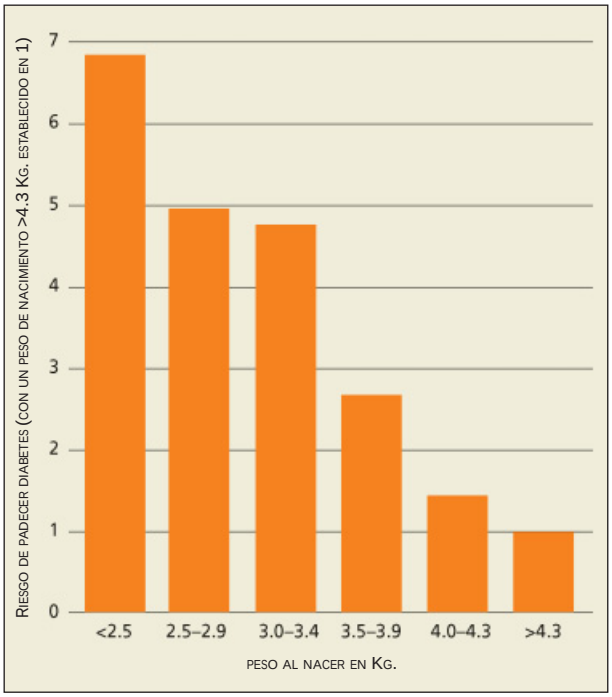
Estos riesgos que amenazan al niño en desarrollo son sustancialmente mayores entre aquellos niños y niñas

© RIKKE STEENVINKEL NORDENHOF/POLFOTO

En la primera infancia se establecen las bases fundamentales de la salud adulta.

Fig. 2. Riesgo de padecer diabetes entre los varones de 64 años según su peso al nacer

Ajustado para el índice de masa corporal



que viven en condiciones socioeconómicas deficientes, y la mejor manera de reducirlos es mejorar la atención sanitaria preventiva antes del primer embarazo y la atención prestada a las madres y niños en los periodos prenatal y postnatal, promover el bienestar infantil, los servicios médicos escolares y mejorar el nivel educativo de los progenitores y los niños. Ese tipo de programas de educación y salud tienen unos beneficios directos. Conciencian a los padres y madres de las necesidades de sus hijos y los hacen más receptivos a la información acerca de la salud y el desarrollo, y hacen que los padres y madres se sientan más seguros de su labor.

Las políticas dirigidas a mejorar la salud durante la primera infancia deberían tener como objetivo:

- elevar el nivel general de educación y ofrecer igualdad de oportunidades de acceso a la educación para mejorar la salud de las madres y los bebés a largo plazo;
- proporcionar una buena nutrición, educación para la salud, servicios de atención sanitaria y preventiva, y suficientes recursos económicos y sociales antes del primer embarazo, durante el embarazo y la infancia, con el fin de mejorar el crecimiento y el desarrollo prenatal e infantil y reducir el riesgo de padecer enfermedades y malnutrición durante la infancia, y:
- garantizar que las relaciones padres-hijos reciban apoyo desde el nacimiento, idealmente a través de visitas domiciliarias y la promoción de unas buenas relaciones entre los padres y las escuelas con el fin de incrementar el conocimiento que los padres tienen de las necesidades emocionales y cognitivas de sus hijos, de estimular el desarrollo cognitivo y el comportamiento pro-social en el niño y la niña y prevenir los malos tratos infantiles.

FUENTES CLAVE

Barker DJP. *Mothers, babies and disease in later life*, 2ª ed. Edimburgo, Churchill Livingstone, 1998.

Keating DP, Hertzman C, eds. *Developmental health and the wealth of nations*. New York, NY, Guildford Press, 1999.

Mehrotra S, Jolly R, eds. *Development with a human face*. Oxford, Oxford University Press, 2000.

Rutter M, RutterM. *Developing minds: challenge and continuity across the life span*. London, Penguin Books, 1993.

Wallace HM, Giri K, Serrano CV, eds. *Health care of women and children in developing countries*, 2ª ed. Santa Mónica, CA, Third Party Publishing, 1995

Fuente de la Fig. 2: Barker DJP. *Mothers, babies and disease in later life*, 2ª ed. Edimburgo, Churchill Livingstone, 1998.

4. LA EXCLUSIÓN SOCIAL

La vida es corta donde su calidad es pobre. La pobreza, la marginación social y la discriminación cuestan vidas porque provocan privaciones y resentimiento.

Hechos conocidos

La pobreza, la privación relativa y la exclusión social ejercen un gran impacto sobre la salud y provocan una muerte prematura. Algunos grupos sociales parecen estar más expuestos a las probabilidades de vivir en la pobreza.

La pobreza absoluta —entendida como la carencia de las necesidades materiales básicas de la vida— sigue existiendo, incluso en los países más ricos de Europa. Los desempleados, muchas minorías étnicas, los trabajadores inmigrantes, los discapacitados, los refugiados y las personas sin hogar están concretamente más expuestas a este riesgo. Las personas que viven en la calle tienen el índice más elevado de muerte prematura.

© JAN GRARUP/POLFOTO

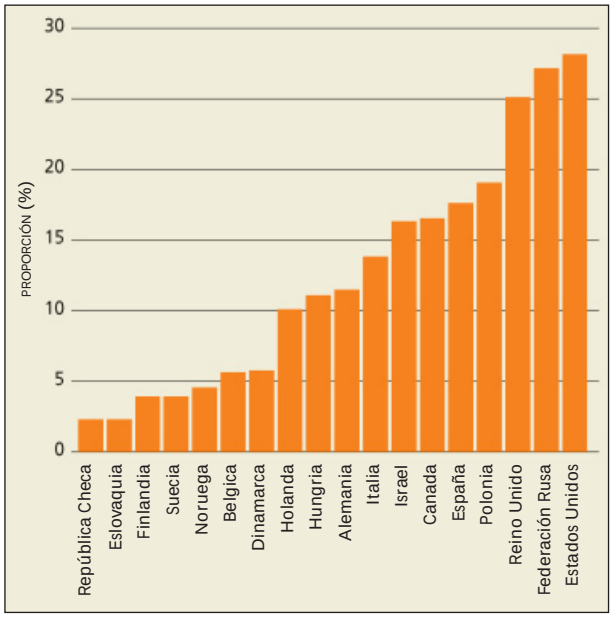
Las personas que viven en la calle sufren los índices más elevados de muerte prematura.

La pobreza relativa significa ser mucho más pobre que la mayoría de las personas de la sociedad y se suele definir como vivir con unos ingresos inferiores al 60% de la media nacional. Impide a las personas el acceso a una vivienda digna, a la educación, al transporte y a otros factores vitales para la participación plena en la vida. Ser excluido de la vida social y recibir un tratamiento de inferioridad causa la peor salud y los riesgos más elevados de padecer una muerte prematura. Y más concretamente, el estrés que produce vivir en la pobreza es particularmente perjudicial durante el embarazo, para los bebés, los niños y los ancianos. En algunos países, la cuarta parte de la población —y una proporción más elevada de niños y niñas— viven en condiciones de pobreza relativa. (Fig.3).

La marginación social es también el resultado del racismo, la discriminación, la estigmatización, la hostilidad y el desempleo. Estos procesos impiden a las personas participar en la educación o en la formación y acceder a los servicios y las actividades ciudadanas. Son social y psicológicamente perjudiciales, generan gastos materiales y deterioran la salud. Las personas que viven o han vivido en instituciones como prisiones, hogares infantiles y hospitales psiquiátricos son especialmente vulnerables.

Cuanto más se prolongue el tiempo que una persona vive en una situación de desventaja, mayor será su probabilidad de padecer una serie de problemas de salud, y más concretamente, de padecer enfermedad cardiovascular. Las personas entran y salen de las situaciones de pobreza durante su vida, por ello el número de personas que han experimentado la pobreza y la marginación social durante su vida es mucho mayor que el número actual de personas socialmente marginadas.

Fig. 3. Proporción de niños y niñas que viven en hogares pobres (con ingresos por debajo del 50% de la media nacional)



La pobreza y la marginación social aumentan el riesgo de divorcio y separación, discapacidad, enfermedad, adicción y aislamiento social y viceversa; con lo cual se crean círculos viciosos que agravan las situaciones difíciles que afrontan las personas.

Aparte de sufrir los efectos directos derivados de vivir en la pobreza, la salud también se ve comprometida de manera indirecta por el hecho de vivir en barrios asolados por la concentración de privaciones, una alta tasa de desempleo, viviendas de baja calidad, un acceso limitado a los servicios y un entorno deteriorado.

Implicaciones en el ámbito político

No existe ningún gobierno que no pueda ejercer un mayor control sobre la distribución de los ingresos si aplica medidas políticas sobre los impuestos, los beneficios, el empleo, la educación, la gestión económica y muchas otras áreas de actividad. La evidencia indiscutible de cómo este tipo de políticas afectaría al índice de mortalidad y enfermedad impone un deber público de eliminar la pobreza absoluta y reducir la desigualdad material.

- Todos los ciudadanos deberían estar protegidos por una garantía de ingresos mínimos, una legislación sobre salarios mínimos y el acceso a los servicios.
- Es necesario intervenir para reducir la pobreza y la marginación social tanto a nivel individual como comunitario.
- La legislación puede ayudar a proteger a las minorías y a los grupos vulnerables de la discriminación y la exclusión social.
- Las políticas en materia de salud pública deberían eliminar las barreras que dificultan el acceso a la atención sanitaria, los servicios sociales y a una vivienda asequible.
- El objetivo de las políticas en materia de bienestar familiar, educación y mercado laboral debería ser reducir la estratificación social.

FUENTES CLAVE

Clausse B, Davey Smith G, Thelle D. Impact of childhood and adulthood socio-economic position on cause specific mortality: the Oslo Mortality Study. *Journal of Epidemiology and Community Health,* 2003, 57:40-45.

Kawachi I, Berkman L, eds. *Neighborhoods and health.* Oxford, Oxford University Press, 2003.

Mackenbach J, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective.* London, Routledge, 2002.

Shaw M, Dorling D, Brimblecombe N. Life chances in Britain by housing wealth and for the homeless and vulnerably housed. *Environment and Planning A,* 1999, 31:2239 – 2248.

Townseed P, Gordon D. *Word poverty: new policies to defeat and old enemy.* Bristol, The Policy Press, 2002.

Fuentes de la Fig. 3: Bradshaw J. Child poverty in comparative perspective. In Gordon D, Townseed P. *Breadline Europe: the measurements of poverty.* Bristol, The Policy Press, 2000

El estrés en el trabajo eleva el riesgo de enfermedad. Las personas que tienen un mayor control sobre su trabajo están más sanas.

Hechos conocidos

En términos generales se sabe que es mejor para la salud tener un trabajo que no tenerlo. Pero la organización social del trabajo, los estilos de gestión y las relaciones sociales en el lugar de trabajo son igualmente importantes para la salud. La evidencia demuestra que el estrés en el lugar de trabajo es una de las principales causas que contribuyen a marcar esas grandes diferencias del estatus social en la salud, el absentismo laboral y la muerte prematura. Varios estudios europeos realizados sobre los lugares de trabajo demuestran que la salud de las personas se resiente cuando tienen escasas oportunidades de utilizar sus habilidades y poca autoridad para tomar decisiones.

Ajustado según edad, género, duración del seguimiento, desequilibrio entre el esfuerzo y la recompensa, categoría laboral, factores de riesgos coronarios y disposición psicológica negativa.

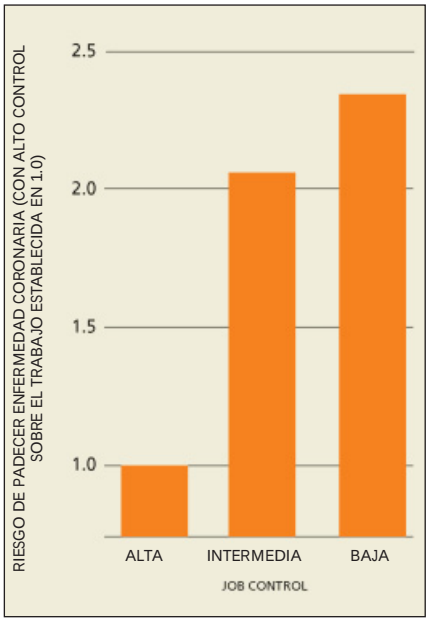
Concretamente, tener poco control sobre el trabajo que se realiza está estrechamente relacionado con riesgos más elevados de padecer dolores de espalda, absentismo laboral y enfermedad cardiovascular (Fig. 4). Se ha descubierto que estos riesgos no dependen de las características psicológicas de las personas estudiadas. Resumiendo, parecen estar relacionados con el entorno laboral.

Otros estudios han analizado también el papel que desempeña el grado de exigencia en el trabajo. Algunos llegan a la conclusión de que existe una interacción entre el nivel de exigencia y el grado de control. Los empleos con un alto nivel de exigencia y con un nivel bajo de control conllevan un riesgo especial. Alguna evidencia indica que el apoyo social en el lugar de trabajo puede ser protector.

Es más, se ha demostrado que recibir una recompensa insuficiente por el esfuerzo invertido en el trabajo está asociado a riesgo cardiovascular más elevado. La recompensa puede traducirse en dinero, en estatus y en autoestima. Los cambios que experimenta el mercado de trabajo en la actualidad pueden transformar la estructura de la oportunidad y hacer que a las personas les resulte más difícil recibir la recompensa que les corresponde.

Estos resultados muestran que el entorno psicosocial en el trabajo constituye un determinante importante sobre la salud y contribuye al gradiente social de mala salud.

Fig. 4. Percepción personal del nivel de control sobre el trabajo e incidencia de enfermedades coronarias en hombres y mujeres.



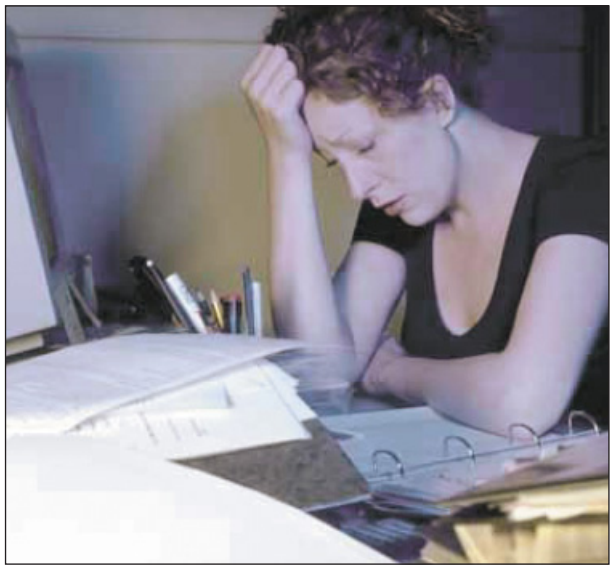
Los trabajos con un alto nivel de exigencia y un nivel bajo de control conllevan un riesgo especial.

Implicaciones en el ámbito político

- No hay cesión posible entre salud y productividad en el trabajo. Se puede establecer un círculo virtuoso: una mejora en las condiciones laborales

creará una fuerza de trabajo más saludable, lo cual a su vez incrementará la productividad y, por ende, la posibilidad de crear unos lugares de trabajo aún más sanos y productivos.

- Es probable que los empleados de todos los niveles de una organización se vean beneficiados si pueden participar en su justa medida en la toma de decisiones. Por ello se deberían desarrollar unos mecanismos que permitieran a una persona influir en el diseño y la mejora de su entorno laboral, de esta forma los empleados podrían tener un mayor control y mayor variedad y cantidad de oportunidades para el desarrollo de su trabajo.
- Una buena gestión incluye asegurar las recompensas adecuadas —en términos de dinero, estatus y autoestima— para todos los empleados.
- Los lugares de trabajo deben estar diseñados de acuerdo a los principios de la ergonomía para reducir la carga de las enfermedades musculoesqueléticas.
- Además de exigir una infraestructura efectiva con controles legales y poderes de inspección, la protección de la salud en el lugar de trabajo debería contar con servicios sanitarios en el lugar de trabajo dotados de personal formado en la detección temprana de los problemas de salud mental y en las intervenciones más adecuadas.



© RIKKE STEENVINKEL NORDENHOF/POLFOTO

Texto pie de foto: Los trabajos con un alto nivel de exigencia y un nivel bajo de control conllevan un riesgo especial.

FUENTES CLAVE

Bosma H et al. Two alternative job stress models and risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:68-74.

Hemingway H, Kuper K, Marmot MG. Psychosocial factors in the primary and secondary prevention of coronary heart disease: an updated systematic review of prospective cohort studies. In: Yusf S et al, eds. *Evidence-based cardiology*, 2ª ed. London, BMJ Books, 2003: 181 –217.

Marmot MG et al. Contribution of job control to social gradient in coronary heart disease incidence. *Lancet,*1997, 350:235-240.

Peter R et al. And the SHEEP Study Group. Psychosocial work environment and myocardial infarction: improving risk estimation by combining two complementary job stress models in the SHEEP Study. *Journal of Epidemiology and Community Health,* 2002, 56(4):294-300.

Schnall P et al. Why the workplace and cardiovascular disease? *Occupational medicine, State of the Art reviews,* 2000, 15:126.

Theorell T, Karasek R. The demand-control-support model and CVD. In: Schnall PL et al., eds. *The workplace and cardiovascular disease. Occupational medicine.* Philadelphia, Hanley and Belfus Inc., 2000: 78-83

Fuente de la Fig. 4: Bosma H et al. Two alternative job stress models and risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health,* 1998, 88:68-74.

6. EL DESEMPLEO

Un trabajo seguro incrementa la salud, el bienestar y la satisfacción laboral. Tasas de desempleo más elevadas causan más enfermedades y muerte prematura.

Hechos conocidos

El desempleo pone en riesgo la salud, y ese riesgo es mayor en las regiones donde el desempleo está extendido. La evidencia en algunos países demuestra que, incluso dejando un margen para otros factores, los desempleados y sus familias corren un riesgo considerablemente más elevado de padecer una muerte prematura. Los efectos que ejerce el desempleo sobre la salud están relacionados tanto con sus consecuencias psicológicas como con los problemas económicos que conlleva –especialmente el endeudamiento.

Los efectos sobre la salud comienzan cuando la persona empieza a sentir que su empleo está amenazado, antes incluso de quedarse sin él. Esto demuestra que la ansiedad que genera la inseguridad es igualmente perjudicial para la salud. Se ha demostrado que la inseguridad laboral incrementa los efectos en la salud mental (concretamente la ansiedad y la depresión), la auto percepción de mala salud, la enfermedad cardiaca y los factores de riesgo para la enfermedad cardiaca. Debido a que muchos empleos inestables o insatisfactorios puede resultar tan perjudiciales como el desempleo, el mero hecho de tener un trabajo no siempre será una protección de la salud mental y física: la calidad del trabajo también es importante (Fig.5).

Durante la década de los 90, los cambios en la economía y el mercado laboral de muchos países industrializados aumentaron el sentimiento de inseguridad laboral. Una inseguridad laboral prolongada actúa como un generador de estrés

© REUTER/POLFOTO

Los desempleados y sus familias están expuestos a un riego mucho más elevado de padecer una muerte prematura

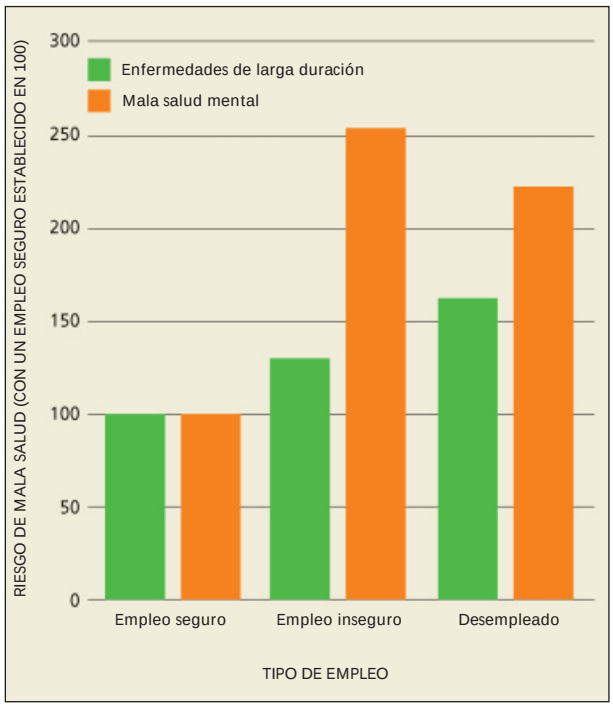
crónico, cuyos efectos aumentan con la duración de la exposición; que incrementa la tasa de absentismo laboral y el uso de los servicios sanitarios.

Implicaciones en el ámbito político

Las políticas en materia de salud deberían contemplar tres objetivos: prevenir el desempleo y la inseguridad laboral; reducir las dificultades que rodean a un desempleado; y devolver a las personas empleos estables.

- Una gestión gubernamental de la economía que trata de reducir las subida y bajadas en el ciclo empresarial puede contribuir enormemente a establecer una seguridad laboral y a reducir la tasa de desempleo.
- Establecer límites en el horario laboral puede resultar igualmente beneficioso si se pretende alcanzar la seguridad y satisfacción laboral.
- Preparar a las personas para la demanda laboral requiere ofrecer una educación de alto nivel y buenos programas de recapacitación.
- Una forma de proteger a los desempleados sería regular la prestación social por desempleo de acuerdo a un mayor porcentaje salarial.
- Las cooperativas de crédito podrían resultar muy beneficiosas a la hora de reducir deudas y aumentarían las redes sociales.

Fig. 5. El efecto que ejercen la inseguridad laboral y el desempleo en la salud



FUENTES CLAVE

Beale N, Nethercott S. Job-loss and family morbidity: a study of a factory closure. *Journal of the Royal College of General Practitioners,* 1985, 35: 510-514.

Bethune A. Unemployment and mortality. In: Drever F, Withehead M, eds. *Health inequalities.* London, H.M. Stationary Office, 1997.

Burchell B. The effects of labour market positions, job insecurity and unemployment on psychological health. In: Gallie D, Marsh C, Vogler C, eds. *Social change and the experience of unemployment.* Oxford, Oxford University Press, 1994: 188-212.

Ferrie J. Et al., eds. *Labour market changes and job insecurity: a challenge for social welfare and health promotion.* Oficina Regional de la OMS para Europa, Copenhague, 1999 (WHO Regional Publications, European Series, nº 81) *(http://www.euro.who.int/document/e66205.pdf*, accesible desde el 15 de agosto 2003).

Iversen L et al. Unemployment and mortality in Denmark. *British Medical Journal,* 1987, 295:879-884.

Fuente de la Fig. 5: Ferrie JE et al. Employment status and health after privatisation in white collar civil servants: prospective cohort study. *British Medical Journal,* 2001, 322: 647-651.

7. EL APOYO SOCIAL

La amistad, las buenas relaciones sociales y unas sólidas redes de apoyo mejoran la salud en el hogar, en el trabajo y en la comunidad.

Hechos conocidos

El apoyo social y las buenas relaciones sociales contribuyen de manera importante a la buena salud. El apoyo social proporciona a las personas los recursos emocionales y prácticos que necesitan. Pertenecer a una red de apoyo basada en la comunicación y en el establecimiento de obligaciones mutuas hace que la gente se sienta cuidada, querida, estimada y valorada. Y todo ello ejerce un poderoso efecto protector sobre la salud. Las relaciones de apoyo pueden también estimular patrones de conducta más saludables.

El apoyo funciona tanto a nivel individual como social. El aislamiento social y la marginación están relacionados con índices más elevados de muerte prematura y con menores posibilidades de sobrevivir después de un ataque de corazón (Fig. 6). Las personas que reciben poco apoyo social y emocional de los demás, están más expuestas a experimentar menos sentimientos de bienestar, más depresión, un riesgo más elevado de padecer complicaciones durante el embarazo y riesgos más elevados de padecer alguna discapacidad generada por enfermedades crónicas. Además, unas relaciones cercanas deficientes pueden ser el motivo de que empeore la salud mental y física.

© FOTOKHRONIKA/POLFOTO

Las personas se sienten cuidadas cuando pertenecen a una red social.

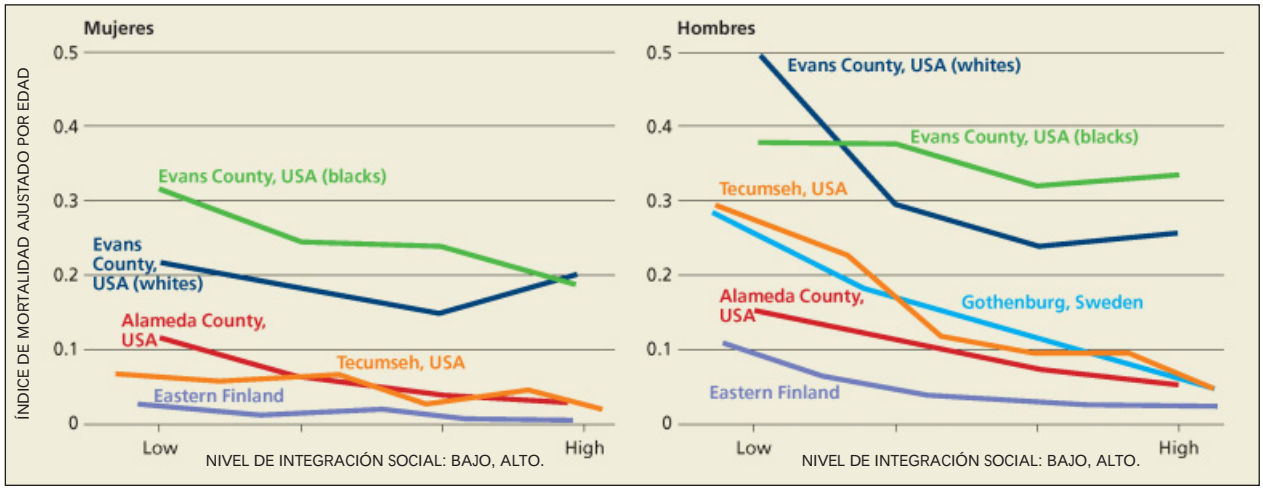
La cantidad de apoyo social y emocional que recibe la gente varía según su estatus social y económico. La pobreza puede contribuir al aislamiento y a la marginación social

La cohesión social —definida como la calidad de relaciones sociales y la existencia de confianza, obligaciones mutuas y respeto en la comunidad o en la sociedad más extensa— ayuda a proteger a las personas y a su salud. La desigualdad corroe las buenas relaciones sociales. Las sociedades que presentan un nivel alto de desigualdad salarial tienden a tener menos cohesión social y una tasa más elevada de delitos violentos. Los niveles altos de apoyo mutuo protegerán la salud, mientras que con la desintegración de las relaciones sociales, a veces como consecuencia de una mayor desigualdad, disminuye el grado de confianza y se incrementan los niveles de violencia. Un estudio realizado con una comunidad que en un inicio presentaba niveles altos de cohesión social, demostró que los índices de enfermedades coronarias eran más bajos. Cuando la cohesión social decrece, aumentan los índices de enfermedad cardiaca.

Implicaciones en el ámbito político

La experimentación sugiere que las buenas relaciones sociales pueden reducir la respuesta fisiológica al estrés. Algunos estudios de intervención han demostrado que ofrecer apoyo social puede mejorar los índices de

Fig.6. Nivel de integración social y mortalidad en cinco estudios prospectivos.



recuperación de pacientes de muy diferentes condiciones. Igualmente el apoyo social puede mejorar el resultado del embarazo en grupos de mujeres vulnerables.

- Reducir la desigualdad social y económica y reducir la marginación social puede generar mayor cohesión social y mejores niveles de salud.
- Mejorar el entorno social en las escuelas, los lugares de trabajo y en la comunidad más ampliamente, puede ayudar a que las personas se sientan valoradas y apoyadas en más áreas de su vida, y puede contribuir a su salud y, especialmente, a su salud mental.
- Diseñar instalaciones donde se fomenten los encuentros y la interacción social puede ayudar a mejorar la salud mental.
- En todas las áreas de la vida personal e institucional se deberían evitar aquellas prácticas que señalan a algunas personas como socialmente inferiores y menos valiosas porque fomentan la desintegración social.

FUENTES CLAVE

Berkman LF, Syme SL. Social networks, host résistance and mortality: a nine year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 1979, 109: 186-204.

Hsieh CC, Pugh MD: Poverty, income inequality, and violent crime: a meta-analysis of recent aggregate data studies. *Criminal Justice Review,* 1993, 18:182-202.

Kaplan GA et al. Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular disease: prospective evidence from eastern Finland. *American Journal of Epidemiology,* 1988, 128: 370-380.

Kawachi I et al. A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA. *Journal of Epidemiology and Community Health,* 1996, 50(3): 245-251.

Oxman TE et al. Social support and depressive symptoms in the elderly. *American Journal of Epidemiology,* 1992, 135:356-368.

Sampson RJ, Raudenbush SW, Earls F. Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science,* 1997, 277: 918-924.

Fuente de la Fig. 6: House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science,* 1988, 241:540-545.

8. LA ADICCIÓN

Las personas consumen alcohol, drogas o tabaco y sufren personalmente las consecuencias de su consumo, pero el consumo está influido por el entorno social más amplio.

Hechos conocidos

El consumo de drogas es una respuesta a la desintegración social y además, contribuye a acentuar las desigualdades en el ámbito de la salud. El consumo de estas sustancias, ofrece a los consumidores el espejismo de una puerta de salida a una situación de adversidad y estrés, pero sólo consigue empeorar los problemas.

La dependencia al alcohol, el consumo ilegal de drogas y el tabaquismo están estrechamente relacionados con los marcadores de la desventaja económica y social (Fig.7). Por ejemplo, en algunas de las economías en transición de los países del centro y del este de Europa, la última década ha sido un periodo de gran agitación social. En consecuencia, se ha incrementado drásticamente el número de muertes relacionadas con el consumo de alcohol – como por ejemplo accidentes, violencia, envenenamiento, lesiones y suicidio. La dependencia al alcohol también está asociada a la muerte violenta en otros países.

El camino causa-efecto discurre probablemente en ambos sentidos. Las personas se refugian en el alcohol para no sentir la dureza de la situación económica y social que están viviendo y la dependencia al alcohol a su vez, lleva a una movilidad social descendente.

La ironía es que el alcohol, aparte de proporcionar un alivio temporal de la realidad, intensifica los condicionantes que provocaron su consumo en un principio.

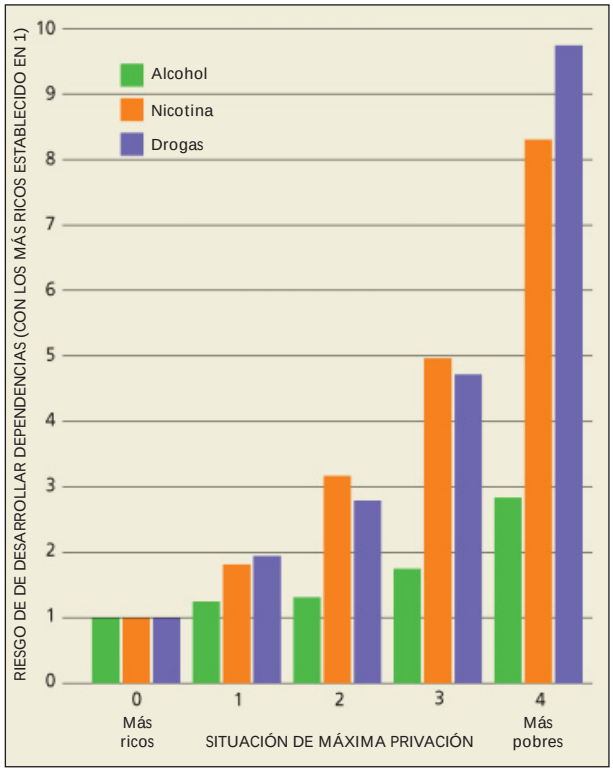
Lo mismo se aplica al tabaco. La privación social —determinada por un tipo de vivienda deficiente, unos ingresos bajos, ser familia monoparental, por desempleo o por la falta de vivienda— está asociada a índices elevados de tabaquismo e índices muy bajos de personas que consiguen dejar de fumar. Fumar es uno de los mayores sumideros de la economía de las personas con una renta muy baja y un gran causante de mala salud y muerte prematura. Pero la nicotina no ofrece ningún alivio al estrés y tampoco mejora el estado de ánimo.

El consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales está fomentado por el marketing agresivo y la publicidad de las principales empresas transnacionales y por el crimen organizado. Sus actividades constituyen una gran barrera a las iniciativas políticas que pretenden reducir el consumo entre los jóvenes. Además están en connivencia con el contrabando, especialmente en el

© TEIT HORNBAK/POLFOTO

Las personas consumen drogas y tabaco para no sentir la dureza de la situación social y económica que están viviendo.

Fig. 7. La privación socioeconómica y el riesgo de desarrollar una dependencia al alcohol, la nicotina o las drogas, Gran Bretaña, 1993



caso del tabaco, lo cual ha obstaculizado los esfuerzos realizados por los gobiernos que pretenden recurrir a los mecanismos del precio para limitar su consumo.

Implicaciones en el ámbito político

- Para trabajar en aras de solucionar los problemas del consumo legal e ilícito de drogas no basta con ofrecer apoyo y tratamiento a las personas que han desarrollado patrones adictivos de consumo, es necesario solucionar los patrones de privación social donde estos problemas tiene sus raíces.
- Las políticas tienen que regular el acceso a estas sustancias a través de una política de precios y licencias. Asimismo, deben informar a las personas de la existencia de otras formas de consumo menos dañinas, recurrir a la educación para la salud como modo de reducir el reclutamiento entre la población más joven y proporcionar servicios que ofrezcan un tratamiento efectivo para los adictos.
- Ninguna de las opciones mencionadas resultará eficiente si los factores sociales que provocan el consumo de drogas se mantienen intactos. Intentar desviar toda la responsabilidad a los usuarios es,sin duda alguna, una respuesta equivocada. Este planteamiento culpa a la víctima en lugar de solucionar las complejidades de las circunstancias sociales que generan el consumo de drogas. Por ese motivo, una política efectiva para combatir el consumo de drogas debe ser apoyado por un marco más amplio de políticas sociales y económicas.

FUENTES CLAVE

Bobak et al. Poverty and smoking. In: Jha P, Chaloupka F, eds. *Tobacco control in developing countries.* Oxford, Oxford University Press, 2000:41-61.

Makela P, Valkonen T, Martelin T. Contributions of deaths related to alcohol use of socioeconomic variation in mortality: register based follow-up study. *British Medical Journal,* 1997, 315: 211-216.

Marsh A, McKay S. *Poor smokers.* London, Policy Studies Institute, 1994.

Meltzer H. *Economic activity and social functioning of residents with psychiatric disorders.* London, H.M. Stationery Office, 1996 (OPCS Surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain, Report 6).

Ryan, M. Alcoholism and rising mortality in the Russian Federation. *British Medical Journal,* 1995, 310:646-648.

Fuente de la Fig.7: Wardle J et al., eds. Smoking, drinking, physical activity and screening uptake and health inequalities. In: Gordon D et al. eds. *Inequalities in health.* Bristol, The Policy Press, 1999: 213-239.

9. LOS ALIMENTOS

Dado que las fuerzas del mercado global controlan el suministro de alimentos, la alimentación saludable es una cuestión política.

Hechos conocidos

Una buena dieta y un suministro de comida adecuado constituyen dos de los factores más determinantes en la promoción de la salud y el bienestar. Una carencia de comida o la falta de variedad provocan desnutrición y enfermedades carenciales. Un consumo excesivo (considerado también como malnutrición) contribuye al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, enfermedades oculares degenerativas, obesidad y caries dental. La escasez de alimentos convive hombro con hombro con la abundancia de alimentos. La cuestión relevante en materia de salud pública es la disponibilidad y el coste de la comida sana y nutritiva (Fig.8). El acceso a alimentos buenos y asequibles marca más la diferencia de lo que come la gente que la educación para la salud que puedan recibir.

El crecimiento económico y la mejora en las condiciones de vivienda y sanidad trajeron consigo la transición epidemiológica de las enfermedades infecciosas a las enfermedades crónicas – incluyendo el cáncer, la parálisis cerebral y los ataques de corazón. Y con ello, llegó también la transición nutritiva, ya que las dietas, especialmente en Europa occidental, empezaron a incorporar un consumo excesivo de grasas y azúcares que causan más obesidad. Al mismo tiempo, la obesidad se hizo más común entre los pobres que entre los ricos.

El mercado mundial de alimentos es en la actualidad un gran negocio. El Acuerdo General sobre Tarifas y Comercio (GATT) y la Política Agraria Comunitaria de la Unión Europea permiten a las fuerzas del mercado global conformar el suministro de alimentos. Los Comités Internacionales como el Codex Alimentarius, que determinan la calidad de los alimentos y los estándares de seguridad, no cuentan con la presencia de representantes de la salud pública y los intereses de la industria alimentaría son muy fuertes. La producción local de los alimentos puede ser una solución más sostenible, más asequible y además supondría un apoyo para las economías locales.

Las condiciones sociales y económicas se traducen en un gradiente social en la calidad de la dieta que contribuye a acentuar la desigualdad en salud. La principal diferencia dietética entre las clases sociales es la fuente de nutrientes. En muchos países. los pobres tienden a sustituir los alimentos frescos por la comida procesada barata. El consumo elevado de grasas se da a menudo en todos los grupos sociales. Las personas con rentas bajas, como por ejemplo las familias jóvenes, los ancianos y los desempleados tienen menos posibilidades de acceder a una buena alimentación.

Los objetivos alimenticios que pretenden prevenir las enfermedades crónicas aconsejan comer más verduras frescas, frutas y legumbres y más alimentos a base de féculas mínimamente elaborados y reducir el consumo de grasa animal, azúcares refinados y sal. Más de 100 comités de expertos aprueban estos objetivos alimenticios.

Implicaciones en el ámbito político.

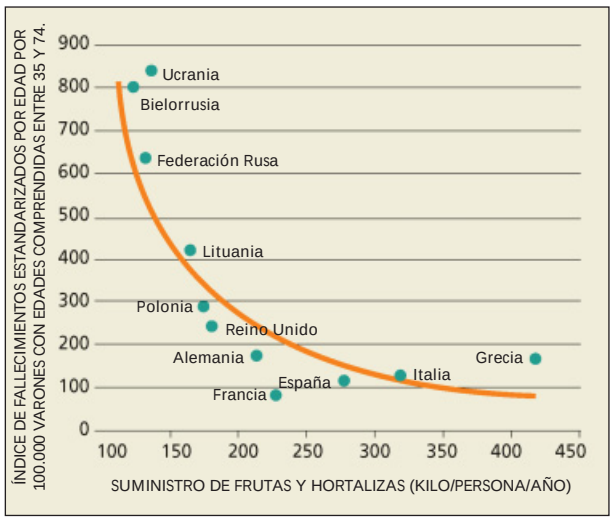
Los organismos de los gobiernos locales, nacionales e internacionales, las organizaciones no gubernamentales y la industria alimentaria deberían garantizar:

© TEIT HORNBAK/POLFOTO

Producción local para su consumo local

- La integración de perspectivas de salud pública en el sistema alimentario para poder ofrecer alimento frescos, nutritivos y asequibles para todo el mundo, y en especial a los más vulnerables.
- Que la toma de decisiones y la responsabilidad en todos los asuntos relacionados con la regulación alimentaria se realice de forma transparente y democrática y que se cuente con la participación de todos los actores, incluyendo a los consumidores.
- Un apoyo a la agricultura sostenible y a los métodos de producción de alimentos que conservan y mantienen los recursos naturales y el entorno;
- Una cultura para la salud alimentaria más desarrollada, especialmente a través de la educación escolar que fomente entre la gente el conocimiento de los alimentos y la nutrición, las habilidades de cocina, el cultivo de alimentos y el valor social implícito en la preparación de los alimentos y en compartir la comida;

Fig. 8. Mortalidad por enfermedad coronaria con relación al suministro de frutas y hortalizas en una selección de países europeos.



- La disponibilidad de información útil acerca de los alimentos, las dieta y la salud, especialmente dirigida a los niños y niñas;
- El uso de valores de referencia nutritiva con base científica y de pautas alimentarias basadas en los alimentos que faciliten el desarrollo y la implantación de las políticas en materia de alimentos y nutrición.

FUENTES CLAVE

Diet,nutrition and the prevention of chronic diseases. Informe elaborado conjuntamente por un Grupo de consultores expertos de la FAO/OMS. Génova, Organización Mundial de la Salud, 2003(Serie de informes técnicos de la OMS, nº 916)(http://www.who.int/hpr/NPH/docs/who_fao_expert_report.pdf, disponible desde el 14 de agosto 2003.)

First Action Plan for Food and Nutrition Policies [páginas web]. Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa, 2000 (http://www.euro.who.int/nutrition/AtionPlan/20020729_1, disponible desde el 14 de agosto de 2003).

Roos G et al. Disparities in vegetables and fruit consumption: European cases from the north to the south. *Public Health Nutrition,* 2001, 4:35-43.

Systematic reviews in nutrition. Transforming the evidence on nutrition and health into knowledge [web site]. London, London University Collage Londn, 2003 (http://www.nutritionreviews.org/, disponible desde el 14 de agosto 2003).

World Cancer Research Fund. *Food, nutrition and the prevention of cancer: a global perspective.* Washington DC. American Institute for Cancer Research, 1997 (http://www.aicr.org/exreport.html, disponible desde el 14 de agosto 2003)

Fuentes de la Fig 8: FAOSTAR (Food balance Sheets) [base de datos online]. Roma, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, 25 de septiembre 2003.

Base de datos de la OMS sobre la mortalidad [base de datos online]. Génova, Organización Mundial de la Salud, 25 de septiembre, 2003.

Health for all database [base de datos online]. Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa, 25 de septiembre 2003.

10. EL TRANSPORTE

Un sistema de transporte saludable implica conducir menos y caminar y pedalear más contando con el respaldo de un sistema transporte público mejorado.

Hechos conocidos

Montar en bicicleta, caminar y hacer uso del transporte público promueven la salud de cuatro maneras diferentes. Se practica ejercicio, se reduce el índice de accidentes mortales, se amplía el contacto social y se reduce el índice de contaminación atmosférica.

La mecanización del trabajo ha reducido el ejercicio físico inherente al trabajo y a las tareas domésticas lo que ha contribuido a la expansión de la creciente epidemia de obesidad. Las personas tienen que encontrar nuevos medios de incorporar actividad física a sus vidas. Las políticas en materia de transporte pueden desempeñar un papel crucial a la hora de combatir los estilos de vida sedentarios reduciendo la dependencia de los automóviles, incrementando el uso de la bicicleta y la práctica de caminar y ampliando el sistema de transporte público. La práctica regular de ejercicio previene las enfermedades cardiológicas y al poner límites a la obesidad, reduce la aparición de la diabetes. Fomenta la sensación de bienestar y protege a los más mayores de la depresión.

Si se reduce el tráfico por carretera, se reduce también el número de accidentes de tráfico en las carreteras y los accidentes graves. Aunque los accidentes de automóvil también lesionan a los ciclistas y peatones, los accidentes de bicicleta generalmente lesionan a poca gente. Una buena planificación urbanística que separa a los peatones y a los ciclistas del tráfico de los automóviles incrementa la seguridad de caminar y montar en bicicleta.

Al contrario de lo que sucede con los automóviles que aíslan a las personas; caminar y utilizar el transporte público estimula la interacción social en las calles. El tráfico rodado divide las comunidades en dos y separa un lado de la calle del otro. Cuando el número de peatones desciende, las calles dejan de ser espacios sociales y los peatones aislados pueden temer ser atacados. Es más, los barrios periféricos y las urbanizaciones que no cuenten con ningún servicio de transporte público, aíslan a las personas que no tienen automóvil, concretamente a los jóvenes y a los ancianos. El aislamiento social y la falta de interacción en la comunidad están estrechamente relacionados con el empobrecimiento de la salud.

Reducir el tráfico rodado disminuye el nivel de contaminación nociva por emisión de gases. Caminar y montar en bicicleta contribuyen al uso mínimo de los combustibles no renovables y no aumentan el efecto del calentamiento global. No provocan enfermedades causadas por la contaminación atmosférica, son poco ruidosos y representan la opción más apropiada para las ciudades ecológicas y compactas del futuro.

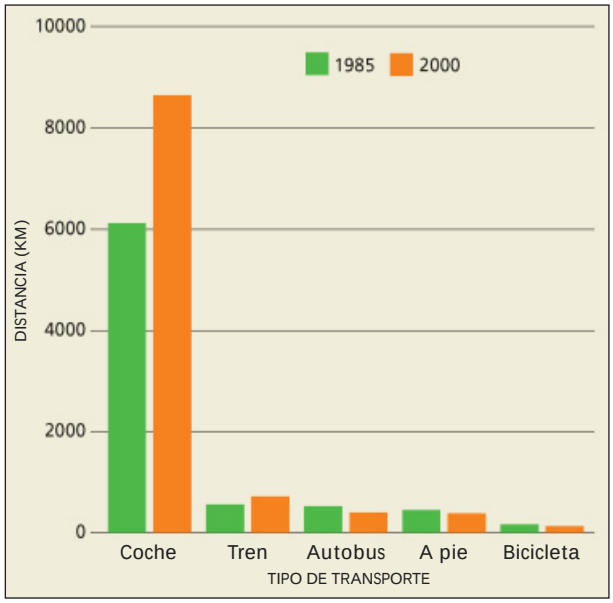
Implicaciones en el ámbito político

El siglo XXI debe ser testigo de la reducción de la dependencia de las personas de los automóviles. A pesar de que ejercen un efecto negativo sobre la salud, los viajes en automóvil se están acrecentando a un ritmo rápido en todos los países europeos y cada vez se viaja menos en bicicleta o a pie. (Fig. 9). Las políticas locales y nacionales deben invertir esta tendencia. No obstante los lobbies del sector transportes tienen gran

© FINN FRANDSEN/POLFOTO

Las calzadas deberían dar prioridad a las bicicletas.

Fig. 9. Distancia recorrida por persona según medio de transporte, Gran Bretaña, de 1985 al 2000.



interés en mantener su estatus. Muchas industrias como las del petróleo, los plásticos, las constructoras de carreteras, los fabricantes de automóviles, las tiendas de repuestos, los talleres de reparaciones, y la publicidad – se benefician del uso de los automóviles.

- Las carreteras deberán dar preferencia a los ciclistas y los caminantes para trayectos cortos, especialmente en las ciudades.
- Se debería mejorar el servicio de transporte público para los trayectos largos, e incorporar conexiones frecuentes y regulares para áreas rurales.
- Hay que cambiar el sistema de incentivos, por ejemplo, reduciendo las subvenciones estatales para la construcción de carreteras, incrementando el apoyo económico al trasporte público, creando tasas desincentivadoras del uso empresarial de los automóviles y aumentando los costes y las multas de aparcamiento.
- También sería necesario realizar algunos cambios sobre el uso del terreno, como por ejemplo convertir el espacio de carreteras o calzadas en espacios verdes, eliminar espacios reservados al aparcamiento de los automóviles, dedicando calzadas para el uso de los peatones y ciclistas, aumentando el número de líneas de autobuses y de carriles para bicicletas y frenando el crecimiento y la expansión de las urbanizaciones con alta densidad de población lejos de los núcleos urbanos y el establecimiento de grandes supermercados a las afueras de la ciudad porque estimulan el uso de los automóviles.
- De manera creciente, la evidencia sugiere que la construcción de nuevas carreteras fomenta el uso del automóvil, mientras que por otro lado, las restricciones de tráfico, contrariamente a lo que se pueda pensar, reducen los atascos.

FUENTES CLAVE

Davis A. *Road transport and health.* London, British Medical Association, 1997.

Fletcher T, McMichael AJ, eds. Health at the crossroads: *transport policy and urban health.* New York, NY, Willey, 1996.

Making the connections: transport and social exclusion. London, Social Exclusion Unit, Office of Deputy Prime Minister, 2003 (http://www.socialexclusionunit.gov.uk/published.htm, disponible desde el 14 de agosto de 2003).

McCarty M. Transport and Health. In: Marmot MG, Wilkinson R, eds. *The social determinants of health.* Oxford, Oxford University Press, 1999: 132-154.

Transport Environment and health in Europe: evidences, initiatives and examples. Copenhage, Oficina Regional de la OMS para Europa, 2001 (http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/hcp/UrbanHealthTopics/20011207_1, disponible desde el 14 de agosto del 2003).

Fuente de la Fig. 9: Transport trends 2002: articles (Section 2: personal travel by mode). London, Department for Transport, 2002 (http://www.dft.gov.uk/stellent/groups/dft_transstats/documents/page/dft_transstats_506978.hcsp, disponible desde el 18 de septiembre 2003.

Estrés

Informe sobre la Salud Mundial 2001. Salud mental: nueva comprensión, esperanzas nuevas. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (http://www.who.int.whr2001/2001/, disponible desde el 14 de agosto 2003).

World report on Violence and health. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002

(http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/wrvh1/en/, disponible desde el 14 de agosto 2003)

Primera Infancia

A critical link – interventions for physical growth and psychosocial development: a review. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999 (http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO-CHS_CAH_99.3.pdf, disponible desde el 14 de agosto 2003).

Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=cmh&language=english, disponible desde el 14 de agosto 2003)

Marginación social

Ziglio E et al., eds. *Health systems confront poverty.* Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa, 2003 (Public Health Case Study, n.º 1)) (http://www.euro.who.int/document/e80225.pdf, disponible desde el 14 de agosto 2003)

Adicción

Convenio Marco para el Control del Tabaco [páginas web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (http://www.who.int/gb/fctc/, disponible desde el 14 de agosto 2003).

Global Status Report on Alcohol. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999 (http://www.who.int/substance_abuse/pubs_alcohol.htm, disponible desde el 14 de agosto 2003).

The European report on Tobacco control policy. Review of the implementation of the Third Action Plan for a Tobacco-free Europe 1977-2001. Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa, 2002 (http://www.euro.who.int/document/tob/tobconf2002/edoc8.pdf, disponible desde el 15 de agosto 2003).

Alimentos

Global strategy for infant and young child feeding [páginas web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002 (http://www.who.int/child-adolecescent-health/NUTRITION/global_strategy.htm, disponible desde el 15 de agosto 2003),

Globalization, diets and noncommunicable diseases. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002 (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/globalization.diet.and.ncds.pdf, disponible desde el 15 de agosto 2003).

WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health [páginas web]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (http://www.who.int/hpr/global.strategy.shtml. Disponible desde el 15 de agosto 2003).

Transporte

A physically active life through everyday transport with a special focus on children and older people and examples and approaches from Europe. Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa, 2002 (http://www.euro.who.int/document/e75662.pdf, disponible desde el 15 de agosto 2003).

Charter on Transport, Environment and Health. Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa, 1999 (EUR/ICP/EHCO 02 02 05/9 Rev.4) (http://www.euro.who.int/document/peh-ehp /charter_transporte.pdf, disponible desde el 15 de agosto 2003).

Dora C, Phillips M, eds. *Transport, environment and health.* Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa, 2000 (WHO Regional Publications, European Series n.° 89) (http://www.euro.who.int /document/e72015.pdf, disponible desde el 15 de agosto de 2003).

Transport Health and Environment Pan European Programme (THE PEP) [páginas web]. Ginebra, Comisión Económica de las Naciones Unidas para Europa 2003 (http://www.unece.org/the-pep/new /en/welcome.htm, disponible desde el 15 de agosto 2003).

CRÉDITOS DE LAS ILUSTRACIONES

– **Fotografías:** © Polfoto (Dinamarca)
– **Figura 1 y 9:** © Her Majesty's Stationery Office. (Gran Bretaña)
– **Figura 2:** © Elsevier (Estados Unidos)
– **Figuras 3 y 7:** © The Policy Press. University of Bristol. (Gran Bretaña)
– **Figura 4:** © American Public Health Association – American Journal of Public Health (Estados Unidos)
– **Figura 5:** © Bristish Medical Journal Publishing Group (Gran Bretaña)
– **Figura 6:** © American Association for the Advancement of Science (Estados Unidos)
– **Figura 8:** © FAO/OMS