

Curso 2009/10
HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES/8
I.S.B.N.: 978-84-7756-946-6

SARA DARIAS CURVO

**Determinantes socioeconómicos
y salud en Canarias:
el caso de los factores de riesgo cardiovascular**

Directores
JORGE RODRÍGUEZ GUERRA
SARA WAMALA



SOPORTES AUDIOVISUALES E INFORMÁTICOS
Serie Tesis Doctorales

AGRADECIMIENTOS

La realización de una tesis doctoral implica un gran trabajo individual pero también de muchas personas que de una manera u otra colaboran en aspectos que facilitan el arduo camino que hay que recorrer. Si bien es cierto que implica un gran desafío, ilusión, aprendizaje, también lo es que hay muchos momentos de soledad, tristeza y casi abandono. Por eso me gustaría agradecer a todas las personas que han colaborado en este proceso.

En primer lugar me gustaría agradecer a mis directores por su trabajo. A Jorge Rodríguez Guerra concretamente por su profesionalidad, rigurosidad, el tremendo esfuerzo de revisar los manuscritos que le iba enviando y responder con prontitud. Le conozco hace muchos años y siempre tuve la idea de una persona exquisita en su trabajo. Ahora lo corroboro, siempre estaré agradecida.

A Sarah Wamala porque desde que la conocí ha sido un ejemplo de valentía y coraje. Tiene una claridad de mente privilegiada que ha querido compartir conmigo. Su generosidad (proveyendo bibliografía de difícil acceso y poniendo todos los recursos que estaban a su disposición tanto en el Instituto de Salud Pública de Suecia como en el Instituto Karolinska) y empuje han sido esenciales en el inicio y desarrollo de esta tesis. Quisiera agradecer enormemente la orientación y horas que me ha dedicado el profesor Miguel Ángel González Sierra del Departamento de Estadística, Investigación Operativa y Computación de la Universidad de La Laguna, sin su inestimable ayuda la parte estadística no sería tan rigurosa.

Al profesor Joan Benach por su orientación y amabilidad siempre que lo necesité. También me gustaría agradecer a la profesora Hilary Graham por sus ánimos y

enviarme todo lo que había publicado respecto al tema aquí tratado. Al profesor Sir Michael Marmot por “contagiarme” la inquietud de trabajar en este campo y ofrecerme la posibilidad de formarme con él. Al profesor Armando Morera por facilitarme la bibliografía de la parte de estrés y psicobiología del estrés. No quisiera dejar de mencionar al profesor Enrique González Dávila quién al principio estuvo ayudándome en centrarme respecto al tipo de análisis estadístico que podría hacer cuando aún no tenía ni bien definido el tema.

Quisiera agradecer al Dr. Pedro Serrano Aguilar y al Instituto Canario de Estadística por facilitarme las Encuestas utilizadas en esta tesis.

Deseo hacer constar mi agradecimiento a la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias por su contribución y ayuda en la elaboración de esta tesis.

Mencionar mi gratitud al servicio de la Biblioteca del Campus de Ciencias de la Salud concretamente a Nieves, Pino y José Manuel Erbez por facilitarme los recursos que necesité.

Me gustaría agradecer al Dr. Erio Ziglio y a la Dra. Theadora Koller por permitirme colaborar en proyectos que me han aportado muchísimo tanto a nivel teórico como práctico sobre los determinantes socioeconómicos de la salud.

Mi gratitud a Soledad García Martínez por revisar todo el texto y mejorar la gramática que sin duda ha enriquecido y facilita su lectura.

No quiero dejar de agradecer a Félix y Fabián el inmejorable trabajo que han realizado bajo la presión del tiempo en la maquetación de esta tesis.

Hay otro tipo de agradecimiento que excede a lo académico y me gustaría mencionar. En primer lugar a D. Alberto Armas Navarro quién ha sido mucho más que una ayuda puntual, ha tenido tanto entusiasmo por esta tesis que en los momentos de desánimo me ha empujado a seguir adelante. Le tengo que agradecer mucho.

A la Dra. Rosa Gloria Suárez López de Vergara por estar ahí en muchos sentidos.

A compañeros de mi Departamento que me han “cuidado” y apoyado en este tiempo.

Y, finalmente, a mi familia de una manera muy especial. Han sabido soportar mis ausencias de tantos viajes, horas fuera de casa y horas dentro de casa pegada a un ordenador y cientos de papeles. Mis hijos Laura y Alejandro han sido importantísimos en este proceso, dándome ánimos y comprendiendo lo que estaba haciendo. A Daniel por que ha sabido sobrellevar muchas cargas para que yo pudiera disponer de tiempo para seguir trabajando. Además, me ha ayudado en la realización de varias gráficas y figuras. A ellos quiero darle las gracias por soportarme todo este tiempo, podría dedicar muchas páginas a agradecer todo lo que me han aportado.

Gracias a mis padres, Emilio y Carlota, a los que les debo mucho en esta vida, que aún pensando que me excedía en horas de trabajo, siempre han estado dispuestos a ayudarme en todo lo que he necesitado, han sido mi apoyo logístico.

Hay otras personas que saben perfectamente lo agradecidas que estoy por su compañía en todo este tiempo.

A todos muchas gracias.

El interés por el tema estudiado en esta tesis surgió allá por el año 2004 cuando la Comisión Europea me invitó a participar en el *European Health Forum Gastein*, un foro de trabajo de alto nivel cuyos resultados tuvieron un gran impacto político. Este Forum celebrado anualmente constituye un referente para la inclusión de los temas tratados en la agenda política de la Comisión Europea y, por ende, de los distintos gobiernos que la integran. Allí tuve la oportunidad de conocer a la profesora Sarah Wamala con la que mantuve contacto una vez finalizado el Forum y fue la persona que me guió en el camino que me ha traído hasta aquí. En este tiempo he tenido la posibilidad de colaborar con numerosos profesionales, tanto a nivel internacional como nacional, que me han enseñado la perspectiva con la que abordar este tema y desarrollar varios proyectos de investigación que, espero, sean útiles para reducir las desigualdades sociales en la salud y mejorar el nivel de ésta en la población.

I.	INTRODUCCIÓN	7
1.	Introducción	9
1.1.	Concepto de salud	14
2.	Aproximación histórica al estudio de los determinantes sociales de la salud	19
2.1.	Orígenes del estudio de los determinantes de la salud	19
2.2.	La década de los 50: énfasis en la tecnología y en campañas de prevención	20
2.3.	Década de los 60 y 70: el surgimiento de los programas de salud comunitarios.....	22
2.3.1.	Alma-Ata y la atención primaria de salud.....	25
2.4.	La década de los 80: el contexto económico, social y político-el Neoliberalismo	29
2.5.	La década de los 90: cambio de paradigma y relaciones de poder.....	34
2.5.1.	El papel de la Organización Mundial de la Salud	35
2.6.	La década del 2000: momento de crecimiento y nuevas oportunidades.....	41
2.6.1.	El siguiente paso: la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud	50
2.6.2.	Situación actual en Europa.....	57
2.6.3.	La situación en España-el Informe Navarro.....	59
3.	Factores determinantes de la salud, determinantes sociales de la salud y desigualdades en salud: clarificando términos.....	73
3.1.	Determinantes de salud	73
3.2.	Determinantes sociales de la salud. Desigualdades sociales en salud	78
3.3.	¿Por qué se producen las desigualdades?	91
3.3.1.	Modelo etiológico del comportamiento y explicación cultural	96
3.3.1.a.	Comportamiento-cultura: el binomio asociado.....	96
3.3.1.b.	Modelo de comportamiento directo.....	97
3.3.1.c.	Modelo de comportamiento indirecto.....	98
3.3.1.d.	Educación y comportamiento	101
3.3.1.e.	Comportamientos saludables y autorregulación (self regulation).....	102
3.3.1.f.	Cambio (movimiento) cultural.....	102
3.3.2.	Aproximación al modelo psicosocial para explicar las desigualdades en salud.....	104
3.3.2.a.	Respuesta fisiológica como parte del modelo psicosocial.....	107
3.3.2.b.	Estrés y estructura social	111
3.3.2.c.	Tipo de factores psicosociales	112
3.3.3.	Modelo materialista	114
3.3.3.a.	Medida de riesgo material	115
3.3.3.b.	El gradiente social	117
3.3.4.	El modelo neomaterialista	119
3.3.5.	Modelo de las desigualdades sociales desde la aproximación teórica de la influencia de los acontecimientos a lo largo de la vida	120
3.3.5.a.	La selección dentro del ciclo vital	122
3.3.5.b.	Evidencias de la selección indirecta	123

4. Marco de referencia integral para la comprensión y acción sobre los determinantes sociales de la salud.....	124
4.1. Conceptos básicos: igualdad en salud, derechos humanos y distribución de poder	125
4.1.1. El poder social.....	128
4.2. Determinantes socioeconómicos y desigualdad: mecanismos de paso.....	130
4.2.1. Modelo de Dahlgren y Whitehead.....	131
4.2.2. Modelo de Mackenbach et al.: selección y causación	135
4.2.3. Modelo de Brunner, Marmot y Wilkinson: influencias a lo largo del ciclo vital	136
4.2.4. Modelo de Diderichsen.....	137
4.3. Modelo de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (OMS)	139
4.3.1. Primer elemento del modelo: contexto socioeconómico y político	139
4.3.2. Segundo elemento del modelo: determinantes estructurales y posición socioeconómica	145
4.3.2.a. Nivel de ingresos	152
4.3.2.b. Educación	155
4.3.2.c. Ocupación.....	156
4.3.2.d. Clase social.....	158
4.3.2.e. Estatus social	165
4.3.2.f. Género.....	166
4.3.2.g. Raza/etnicidad.....	168
4.3.3. Relación entre el contexto político y los determinantes estructurales	169
4.3.4. Tercer elemento del modelo: determinantes intermediarios.....	172
4.3.4.a. Circunstancias materiales	172
4.3.4.b. Entorno social o circunstancias psicosociales	174
4.3.4.c. Factores conductuales y biológicos	175
4.3.4.d. Sistema de salud.....	177
5. Determinantes socioeconómicos y factores de riesgo cardiovascular	183
5.1. Aproximación a los determinantes socioeconómicos en Canarias	189
5.1.1. Demografía en Canarias	189
5.1.2. Educación	190
5.1.3. Nivel de ingresos	193
5.1.4. Situación laboral-empleo en Canarias	197
5.2. Factores de riesgo cardiovascular.....	202
5.2.1. Cálculo del riesgo cardiovascular.....	204
5.2.2. Factores de riesgo cardiovascular: hipertensión	206
5.2.3. Factores de riesgo cardiovascular: diabetes.....	210
5.2.4. Factores de riesgo cardiovascular: dislipemias-hipercolesterolemia	220
5.2.5. Factores de riesgo cardiovascular: consumo de tabaco	226
5.2.6. Factores de riesgo cardiovascular: consumo de alcohol.....	233
5.2.7. Factores de riesgo cardiovascular: sobrepeso y obesidad.....	242
5.2.8. Factores de riesgo cardiovascular: actividad física.....	250

II.	OBJETIVOS	259
III.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	263
1.	Los datos	265
2.	Software estadístico	273
3.	Modelo de regresión logística al estudio ESI 04 de Canarias	274
3.1.	Recordatorio de ODDS ratio y su interpretación	276
3.2.	Comentario de carácter estadístico a un caso	277
IV.	RESULTADOS.....	283
1.	Factores de riesgo cardiovascular (FRC) y nivel de estudios	287
2.	Factores de riesgo cardiovascular (FRC) y nivel de ingresos	294
3.	Factores de riesgo cardiovascular (FRC) y actividad económica.....	300
4.	Factores de riesgo cardiovascular (FRC) y tipo de ocupación	307
V.	DISCUSIÓN	313
1.	Nivel de estudios.....	315
2.	Nivel de ingresos.....	321
3.	Actividad económica y tipo de ocupación	325
VI.	CONCLUSIONES	335
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	349
VIII.	ANEXOS	395

INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

El nivel de salud y/o de enfermedad de una población depende de diversos factores: desarrollo económico, avances médicos, tipo de asistencia sanitaria, cualificación de los profesionales y recursos sanitarios, entre otros. Probablemente estemos en una época en la que se ha producido un gran avance en todos los niveles anteriormente mencionados; sin embargo, la reducción de las desigualdades en salud no han sido a la par que estas mejoras por lo que cabe pensar que la salud no sólo está determinada por esos aspectos más relacionados con el propio sistema sanitario sino, más bien, por otro tipo de determinantes sociales entre los que se encuentran el tipo de trabajo desempeñado, las características de ese empleo, el entorno ambiental y físico, la exclusión social, la situación económica, el nivel de estudios, etc.

Por lo tanto, las condiciones sociales en las que vive una persona influyen en su estado de salud. Circunstancias como la pobreza, la escasa escolarización, la inseguridad alimentaria, la exclusión, la discriminación social, las condiciones de falta de higiene en los primeros años de vida, la mala calidad de la vivienda y la escasa cualificación laboral constituyen factores determinantes de gran parte de las desigualdades que existen entre países y dentro de ellos mismos. En este sentido, existen diferencias de 48 años en la expectativa de vida entre países distintos, e incluso de 20 años y más dentro del mismo. Estas diferencias ocurren a lo largo de la estratificación social, incluyendo los ejes socioeconómicos, políticos, culturales y geográficos (Marmot & Wilkinson, 2006).

Para mejorar la salud de la población, fomentando la equidad sanitaria, es necesario desarrollar nuevas estrategias de acción que tengan en cuenta estos factores sociales que influyen en la salud.

Sin embargo, no sólo las circunstancias sociales (estratificación social y posición social) determinan las desigualdades sociales, sino que también intervienen los determinantes

intermedios, generando a su vez más desigualdades. Los marcos institucionales socioeconómicos y macroeconómicos, el conjunto de valores sociales establecidos en una determinada sociedad y las políticas públicas desiguales son factores importantes en la conformación de las desigualdades sociales. Los grupos sociales más desfavorecidos poseen dos veces más riesgo de contraer enfermedades y morir prematuramente. Las causas materiales y psicológicas contribuyen a aumentar estos riesgos, y sus efectos se extienden a casi todas las causas de enfermedades y muertes y a todos los grupos sociales. Estas desventajas pueden manifestarse en forma absoluta o relativa.

La tendencia es a centrarse en los mismos grupos sociales, teniendo efectos acumulativos a lo largo de toda la vida (Grotto, Huerta, Grossman, & Sharabi, 2007; T. A. Houweling, Kunst, Huisman, & Mackenbach, 2007; J. P. Mackenbach et al., 2008).

La equidad en salud es un concepto ético fundamental en el estudio de los determinantes sociales de la salud. El Departamento de Ética, Equidad, Comercio y Derechos Humanos de la Organización Mundial de la Salud define la equidad como *“la ausencia de diferencias injustas, evitables o remediables en salud entre grupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente”*. Las inequidades en salud son las diferencias en salud socialmente producidas, sistemáticas en su distribución a través de la población, e injustas. Esto es una cuestión ética.

Anand destaca que la salud es un bien especial cuya distribución equitativa concierne a las autoridades políticas (Anand, 2004). Existen dos razones principales para considerar la salud como un bien especial: la salud constituye el bienestar de las personas y las habilita para actuar como agentes sociales. Por lo tanto, la inequidad en salud afecta fundamentalmente el compromiso con la libertad, la justicia social y los derechos humanos.

Los estudios sobre desigualdades en salud han aumentado en las últimas décadas y han puesto de manifiesto que las mujeres, la población de menor nivel socioeconómico y las áreas con mayor privación material presentan unos indicadores de salud que denotan una peor situación (Berkman & Kawachi, 2000; C. Borrell & Pasarin, 2004).

El concepto de *desigualdad en salud* se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, género, territorio o etnia, lo que indica peor salud de los colectivos menos favorecidos (C. Borrell, García-Calvente, & Martí Boscá, 2004).

Actualmente se han descrito más de doscientos factores de riesgo relacionados con un incremento de la cardiopatía isquémica que pone de manifiesto, tanto para ésta como para las enfermedades cardiovasculares en general, un modelo etiopatogénico de carácter multifactorial. Sin embargo, los expertos distinguen una serie mucho más reducida de factores o marcadores de riesgo de mayor impacto en la génesis de este grupo de enfermedades: el tabaquismo, las hipercolesterolemias y la hipertensión arterial como factores de mayor riesgo, y la obesidad, diabetes mellitus, sedentarismo y estrés como factores de riesgo de segundo orden.

En el presente trabajo hemos querido analizar la interrelación entre los factores de riesgo cardiovascular (FRC) (considerando la hipertensión arterial, la diabetes, la hipercolesterolemia, el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, la obesidad y el sedentarismo) con los determinantes sociales de la salud, medidos a través del nivel de estudios, nivel de ingresos, actividad económica y tipo de ocupación.

Hemos seleccionado los FRC puesto que las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en Europa (más de 4.35 millones de muertes al año). Aproximadamente la mitad (49%) son enfermedades cardiovasculares (el 55% en mujeres y 43% en hombres) de las cuales las principales son las enfermedades

coronarias y la enfermedad cerebrovascular. La enfermedad coronaria causa 1,95 millones de muertes al año en Europa (23% en mujeres y el 21% en hombres). La enfermedad cerebrovascular es la segunda causa de muerte por ECV causando 1,28 millones de muertes en Europa cada año, de las que un 18% afecta a mujeres y un 11% a hombres. La mortalidad por ECV varía en función de la edad, género, estatus socioeconómico, etnicidad y región geográfica (I. e. a. Graham, 2007).

En España, las dos principales causas de mortalidad por enfermedad del aparato circulatorio son la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad isquémica del corazón. En el año 2006, murieron un total de 120.664 personas mayores de 15 años por algún tipo de enfermedad cardiovascular (un 40,0% del total de muertes). Así mismo, se observan diferencias importantes en las tasas de mortalidad cardiovascular entre las distintas comunidades autónomas. Canarias ocupa los primeros lugares en mortalidad por cardiopatía isquémica y el quinto por accidente cerebrovascular (ACV) respecto a otras CCAA (Aguar Bautista, Alemán Sánchez, & Barreto Méndez, J. et al., 2000). En Canarias, durante el año 2006, unas 4.029 personas (30,6%) fallecieron debido a enfermedades del sistema circulatorio.

Las ECV constituyen uno de los principales motivos de utilización de servicios sanitarios, siendo la séptima causa de consulta en el nivel asistencial de la Atención Primaria y el primer motivo de ingreso hospitalario en Canarias (excluyendo los ingresos relacionados con el embarazo, parto y puerperio). Esto justifica que las ECV hayan constituido una prioridad dentro del Plan de Salud de Canarias 2004-2008 y lo continúen siendo en el nuevo que hemos elaborado para el periodo 2009-2014 (he sido miembro del grupo de trabajo que participó en su elaboración) . En el mismo, hemos dado prioridad a la interrelación de los determinantes socioeconómicos con diversos problemas de salud, principalmente con las enfermedades cardiovasculares.

Esta tesis la podemos dividir en tres grandes apartados:

- Uno de desarrollo teórico en el que hemos reflejado la evolución histórica del estudio de los determinantes sociales de la salud desde sus inicios y las corrientes de pensamiento que han influido en su configuración hasta nuestros días. Hemos intentado clarificar las expresiones determinantes de la salud y desigualdades en salud para explicar el origen de dichas desigualdades. Para ello, hemos analizado los diferentes modelos teóricos existentes hasta llegar a un modelo integrador cuyos elementos esenciales son el contexto socioeconómico y político, los determinantes estructurales y los determinantes intermediarios. Dado que hemos tenido la posibilidad de colaborar con la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, el modelo que presentamos es el que hemos estado trabajando con un grupo de expertos sobre el tema.
- Una segunda parte está integrada por la exposición de los factores de riesgo cardiovascular, su incidencia y prevalencia en Europa, en España para centrarnos en Canarias. Hemos interrelacionado estos FRC en Canarias con los determinantes sociales, mostrando “una fotografía” de la situación en nuestra Comunidad Autónoma.
- La tercera parte la constituye el análisis de esta interrelación a través de los datos facilitados por el Instituto Canario de Estadística, con la Encuesta de Salud de Canarias 2004 y la Encuesta sobre Salud e Ingresos de Canarias 2004. Con los resultados hemos querido mostrar como esta relación existe y está avalada por otros muchos estudios que hemos ido mencionando a lo largo de toda este trabajo.

Si bien las conclusiones podrían haber sido otras utilizando distintos datos, hemos evidenciado que las personas que se encuentran en una posición social de desventaja con bajo nivel de estudios y sin empleo son las que mayor riesgo experimentan de susceptibilidad a los factores de riesgo cardiovascular; pero, además si introducimos la variable del género, estas diferencias son mucho más severas. Parece que ser mujer sin estudios y en situación de desempleada, constituye, en sí mismo, un factor de riesgo.

Esperamos que este estudio sirva de base para continuar profundizando en el tema de los determinantes sociales que inciden en la salud y, con ello, mejorar la salud (entendida en su concepto más amplio) de la población canaria.

1.1. Concepto de salud

El concepto de salud es un concepto amplio que puede ser conceptualizado de diversas maneras y que, además, ha variado a lo largo de los tiempos.

Podemos encontrar definiciones que únicamente utilizan la dimensión biológica del individuo como por ejemplo la utilizada por Boorse (1981), que define la enfermedad como una disfunción en el sistema orgánico del individuo, y la salud como lo contrario de enfermedad. Otras definiciones sugieren una dimensión holística de la salud como la utilizada por Saylor (2004) que define la salud como un funcionamiento óptimo de bienestar y calidad de vida. Esta definición incluye el aspecto físico, psicológico, el equilibrio y la armonía, el bienestar físico, mental, espiritual y social.

Según la Organización Mundial de la Salud, la salud se define desde una perspectiva muy amplia. La salud no es simplemente la ausencia de enfermedad, sino un estado de bienestar a todos los niveles de la existencia del individuo (Beaglehole & Bonita, 1997).

Según esta definición, la medida del nivel de salud de un individuo y de una sociedad debe abarcar las dimensiones física, psicológica y social.

Desde que se iniciara la denominada transición de salud hace 200 años, se han producido una serie de cambios de dimensiones inimaginables en la salud de la población. Uno de los indicadores de estos cambios, es que la esperanza de vida en las poblaciones más desfavorecidas actualmente, es mayor que hace 100 años en la población en general. Independientemente de estos avances, todavía existe una mortalidad prematura (menos de 60 años) muy elevada por enfermedades prevenibles en el mundo.

Tradicionalmente, el estado de salud se ha descrito bajo los indicadores de la esperanza de vida, la mortalidad y la morbilidad. En cualquier caso, estas medidas clásicas son inadecuadas para evaluar la salud de la población a través de determinadas enfermedades y limitaciones funcionales que no pueden ser fácilmente reconocibles. En cualquier caso, estos indicadores siguen utilizándose y se han añadido otros nuevos.

El estudio de la mortalidad en adultos es importante por 5 razones:

1. Los adultos componen la mitad de la población mundial y el 80% (cerca de 45 millones) de todas las muertes ocurren en adultos. Cerca de una tercera parte de estas muertes (16 millones) ocurren de forma prematura, antes de los 60 años¹.
2. La mortalidad en adultos presenta una variación regional importante que enfatiza el carácter preventivo de muchas de ellas.
3. La naturaleza de los problemas de salud en los adultos es diferente a las planificaciones políticas que se realizan en los países pobres. La mayor causa de muerte en adultos en todos los países son las enfermedades no transmisibles y los accidentes, y estas condiciones no responden a las mismas estrategias que se

¹ Según el Human Development Report 2004, realizado por Naciones Unidas (UN), la esperanza de vida en Burkina Faso es de 47 años para los hombres y 48 para las mujeres, en Canadá, 78 años para los hombres y 83 para las mujeres, en Níger es de 42 años para los hombres y 41 para las mujeres. En España, la esperanza de vida al nacer para los hombres es de 77 años y para las mujeres de 83.

han utilizado en la reducción de la mortalidad por enfermedades transmisibles. Las enfermedades en adultos han recibido atención en los países desarrollados, pero el problema de las enfermedades no transmisibles y los accidentes en los países pobres no ha sido suficientemente estudiado.

4. Los adultos representan el segmento social más productivo, y al maximizar su bienestar, constituye una de las formas de garantizar la reducción de la mortalidad infantil.
5. El envejecimiento de la población en todos los países influye en los patrones de las distintas enfermedades y en la implicación para los servicios sociosanitarios y la sociedad en general.

Los problemas de salud se refieren a las interacciones entre situaciones o condiciones de las personas y sus entornos, expresados en indicadores de mortalidad, enfermedad, discapacidad o riesgo que pueden persistir en el futuro y son considerados como indeseables².

En esta tesis, emplearemos el concepto de salud ampliamente utilizado por la Organización Mundial de la Salud, entendiendo que la salud se concibe no sólo bajo el prisma de conceptualizaciones y modelos biomédicos, sino también desde la idea de que la experiencia de salud y enfermedad debe ser explicada bajo modelos sociales ya que ésta implica aspectos mentales, físicos, espirituales, relaciones sociales así como las condiciones de vida y trabajo del individuo. En un informe presentado por la OMS (R. Wilkinson & Marmot, 2003; R. G. Wilkinson, 1996), Wilkinson y Marmot, describen los mecanismos sociales que interfieren en la salud. Argumentan que un grado de estrés

² Factores de riesgo conductuales: en esta categoría se incluyen los comportamientos que contribuyen en la causa de la mayoría de accidentes, enfermedades y muertes durante la adolescencia contribuyendo así mismo de una manera significativa a la morbimortalidad. Esta es una categoría que se recomienda medir por el Community Health Status Assessment (MAPP, 2006). Consultar en MAPP (2006). MAPP Glossary, http://mapp.naccho.org/MAPP_Glossary.asp, acceso el 24 de octubre de 2007.

mantenido durante un periodo de tiempo largo tiene efectos importantes sobre la salud. El estrés crónico puede ser una consecuencia de las circunstancias sociales y psicológicas tales como ansiedad continuada, inseguridad, baja autoestima, aislamiento social y pérdida de control sobre el entorno laboral y vida familiar. Explican detalladamente el mecanismo de acción hormonal y del sistema nervioso que opera a nivel fisiológico provocando afectación de los sistemas cardiovascular e inmunológico y una mayor vulnerabilidad en los individuos ante un amplio espectro de enfermedades incluyendo infecciones, diabetes, hipertensión arterial, infartos de miocardio, ictus (accidentes cerebrovasculares) depresión y conductas violentas.

Wilkinson sugiere que la salud puede ser utilizada como una forma de indicador social y proporciona información relevante sobre aspectos sociales y psicológicos (R. G. Wilkinson, 1996).

Wikman et al. establecen dos direcciones de las teorías relacionadas con la salud: las biomédicas y las humanísticas (Wilkman, Marklund, & Alexanderson, 2005). En las teorías biomédicas se utiliza una aproximación al concepto de salud desde una perspectiva mecanicista y bioestática. Las teorías mecanicistas de la salud implican que se tiene salud cuando todas las partes del organismo funcionan de manera “normal”. En la teoría bioestática, la salud se define como ausencia de enfermedad. Para Wikman et al., las teorías humanistas pueden dividirse en siete subteorías: holística, psicosomáticas, ecológicas, comportamentales, homeostáticas, teleológicas y salutogénicas. Lo que tienen en común todas ellas es que consideran la salud como algo más que la ausencia de enfermedad. El ser humano se contempla como un ser con una naturaleza activa y creativa, formando parte de la interrelación existente entre el individuo y el contexto en el cual se desarrolla.

Wikman et al. describen cuatro formas de aproximarnos al concepto de salud: como una condición, una percepción, un recurso y un proceso.

1. La salud como condición es vista dentro del continuum salud –enfermedad como dos entidades opuestas. La salud del individuo es mejor o peor dependiendo del lugar en el que el sujeto se encuentre en la línea del continuum salud-enfermedad. A través de diversas intervenciones, la salud del individuo puede mejorar o empeorar. Por lo tanto, según esta perspectiva (también desde la biomédica), el individuo puede estar sano o enfermo.
2. La salud como percepción está relacionada con las aproximaciones teleológicas y salutogénicas. La percepción de salud es sinónimo de autopercepción en el sentido de bienestar.
3. La salud como recurso es importante, conjuntamente con otros como educación, trabajo, etc. De tal manera que actúa como medio para alcanzar los objetivos de vida.
4. La salud como un proceso significa que la salud no es una condición estática. Es algo que puede ser modificado e influenciado por diversos aspectos extrínsecos al individuo.

Debido a la variabilidad en las percepciones de salud, es complicado establecer medidas de la salud. En la literatura existen diversos métodos para llevarlas a cabo, como parámetros médicos objetivamente cuantificables (analíticas, exploraciones, pruebas físicas, etc.), medición de la autopercepción del nivel de salud o de los determinantes sociales de la misma a través de edad, género, educación, nivel de ingresos, clase social, etc. (Benyamini, Idler, Leventhal, & Leventhal, 2000; Idler & Benyamini, 1997; J. Mackenbach, van de Mheen, & Stronks, 1994; Streiner & Norman, 2006)

2. APROXIMACIÓN HISTÓRICA AL ESTUDIO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

2.1. Orígenes del estudio de los determinantes de salud

Existe un amplio consenso respecto al origen social de la salud y la enfermedad. Incluso en los países con un nivel de renta mayor, la esperanza de vida de las personas menos favorecidas social y económicamente es bastante más corta que la de las personas mejor situadas en la escala social. Estas diferencias en salud son inadmisibles e injustas. El estudio de este fenómeno ha permitido establecer aquellos determinantes de la salud que mayor impacto tienen sobre ella en las sociedades modernas, permitiendo una mejor comprensión de la susceptibilidad de la salud ante el entorno social y de lo que denominamos determinantes sociales de la salud ("Wilkinson & "Marmot, 2006) (R. Wilkinson & Marmot, 2003).

Desde el siglo XIX, muchos de los denominados padres de la moderna salud pública referenciaban la relación existente entre la posición social, las condiciones de vida y el estado de salud. Rudolf Virchow (1821-1902) fue uno de los pioneros en señalar el origen de la enfermedad como consecuencia de las condiciones sociales de la población (Virchow, 1848/1985). McKeown, en sus primeras investigaciones, mostró que la gran caída de la mortalidad por enfermedades infecciosas en Inglaterra y Gales (de 1838 hasta casi 1970) no podía explicarse exclusivamente por las intervenciones médicas. El descenso de la mortalidad se produjo incluso antes del desarrollo de medidas terapéuticas (Colgrove, 2002; J. P. Mackenbach, 2004; McKeown, 1976a; McKeown, 1976; McKinlay & McKinlay, 1977). Tal descenso se debió a la modificación de elementos que estaban fuera del sistema sanitario tales como la incidencia en la mejora de la dieta y de las condiciones de vida (habitabilidad e higiene del medio y personal). Otros epidemiólogos como McKinlay y McKinlay en Estados Unidos realizaron el

mismo tipo de estudio, mostrando los mismos resultados que McKeown (McKinlay & McKinlay, 1977).

Investigaciones epidemiológicas más recientes han confirmado la influencia de factores del entorno así como sociales en la mayoría de las mejoras en la salud de la población registrados a principios del siglo XIX en los países industrializados.

La constitución en 1946 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) supuso un hito en el estudio de los factores sociales que demostraban su influencia en la salud de la población. Uno de los objetivos de la OMS establece literalmente “*la consecución del mayor nivel de salud posible para la población*”³. Dentro de las funciones básicas de la Organización, se establece la necesidad de trabajar conjuntamente con los actores y agencias específicos de cada estado miembro para “*promover... la mejora del estado nutricional, vivienda, saneamiento, reconstrucción, condiciones económicas y laborales y otros aspectos de la higiene del medio*” para mejorar el nivel de salud de la población. En esos momentos, la constitución de la OMS prevé mecanismos que favorezcan la integración de los modelos biomédicos, tecnológicos y sociales de la salud, aunque no siempre se ha producido a lo largo de la historia de la Organización (Bonita, Irwin, & Beaglehole, 2006).

2.2. La década de los 50: énfasis en la tecnología y en campañas de prevención específicas

La constitución de la Organización Mundial de la Salud generó un espacio para un modelo de salud social ligado a los derecho humanos. Sin embargo, el contexto sociopolítico y económico de la época, postguerra de la II Guerra Mundial, la Guerra Fría y la descolonización, obstaculizaron la implementación de esta visión de la salud,

³ Literalmente “The objective of the World Health Organization shall be the attainment by all peoples of the highest possible level of health”. Consultado en <http://www.searo.who.int/en/Section898/Section1442.htm>

favoreciendo el auge de la tecnología aplicada a la medicina. En esta época se produce la aparición de nuevos antibióticos, vacunas y otros fármacos que promovieron, tanto en los profesionales de la salud como en la población en general, la creencia de que la tecnología suponía la solución a los problemas de salud. Este hecho favoreció el auge de la industria farmacéutica, transformándose ésta no sólo en una fuente de ingresos para la investigación, sino también una fuerza política y un lobby importante cuya influencia se extiende más allá de las fronteras de un país.

Otros cambios importantes tuvieron lugar en 1949 en este contexto político como fueron la retirada de la Unión Soviética y otros países comunistas de las Naciones Unidas (ONU) y otras agencias internacionales, lo que favoreció que las agencias integrantes de Naciones Unidas, incluyendo la OMS, fueron influenciadas por Estados Unidos que en ese momento ostentaba un modelo de salud dirigido hacia el ámbito de lo social.

Durante este periodo y los siguientes, los modelos de salud en los países en vías de desarrollo estaban muy influenciados por el colonialismo. Los sistemas sanitarios establecidos en áreas de África y Asia colonizadas por europeos prestaban asistencia exclusivamente a las élites sociales de los “colonizados” donde la tecnología sanitaria se ubicaba en los hospitales de las grandes ciudades. Existían pocos recursos destinados a la asistencia de la población residente en áreas suburbanas o rurales. Muchas de estas colonias obtuvieron la independencia durante la década de los 50 y 60, estableciendo sus propios sistemas de atención sanitaria. Desafortunadamente, la tendencia era imitar a los sistemas establecidos por sus colonizadores. La necesidad entonces de extender los servicios sanitarios a todas las áreas del país, rurales y urbanas, así como la inclusión de la población vulnerable parecía una prioridad en los países ahora independientes. Sin embargo, en la práctica, este proceso no se produjo de la misma manera ni con la misma

intensidad en todos los países. Las ayudas internacionales se destinaban a la población de las áreas rurales. Durante este periodo, algunos países en vías de desarrollo gastaron la mitad de sus ingresos en mantener lo que denominaban “palacios de los enfermos”, hospitales dotados de alta tecnología, con profesionales americanos o europeos, con acceso restringido a las élites sociales de la época (Decancq, Decoster, & Schokkaert; Werner & Sanders, 1997).

La salud pública internacional durante esta época se caracterizaba por la proliferación de programas “verticales”: campañas basadas en la tecnología, y enfocadas a enfermedades específicas como la malaria, viruela o tuberculosis. Estos programas ofrecían unos resultados cuantificables y evaluables en términos de cantidad de personas vacunadas. Sin embargo, no tenían en cuenta el contexto social y su papel en la producción de bienestar y salud. Estas campañas, denominadas verticales, dirigidas a determinados sectores de la población, produjeron algunos avances importantes de los que debe mencionarse la erradicación de la viruela⁴ (Litsios, 1996).

2.3. Década de los 60 y 70: el surgimiento de los programas de salud comunitarios

A mediados de los años 60, quedaba patente que el modelo biomédico y de salud pública imperante no daba respuesta a las necesidades básicas de la población en situación de desventaja social. Algunos profesionales comenzaron a cuestionarse el modelo vertical y plantearon la necesidad de un cambio de paradigma. Empezaba a forjarse una revolución silenciosa en la asistencia sanitaria y la salud pública concerniente a su dimensión social, económica y política.

⁴ Otro ejemplo de campaña sin los resultados deseados es la iniciada a mediados de la década de los 50 contra la malaria, cuyos resultados fueron tremendamente costosos bajo la perspectiva del análisis de costos-beneficios.

Durante la década de los 60 y principios de los 70, los profesionales sanitarios, conjuntamente con líderes de las distintas comunidades, iniciaron un movimiento pionero conocido como “programas de salud comunitarios” (PSC)⁵. Dichos programas de intervención enfatizaban la participación de los miembros de la comunidad a través del empoderamiento⁶ de los ciudadanos en la toma de decisiones relacionadas con la salud, dentro del marco de referencia de los derechos humanos que relaciona la salud con aspectos económicos, sociales, políticos y del entorno. La importancia dada a la tecnología y a la especialización empezó a minimizarse a favor de la participación de profesionales conocedores de la comunidad con la cual trabajaban. Este nuevo enfoque se basaba en la educación para la salud y en la prevención de enfermedades.

Ejemplos de este tipo de iniciativas podemos encontrarlos en China, Bangladesh, Costa Rica, Guatemala, India, México, Nicaragua, Filipinas, Sudáfrica y otros países. En algunos de América Latina surgieron educadores como Paulo Friere de quien se adaptaron sus metodologías pedagógicas al campo de la promoción y la prevención de la salud. En Filipinas surgió un movimiento en el que en algunas comunidades se practicaba el análisis estructural comunitario, a través del cual los propios miembros de la comunidad establecían las bases sociales y políticas en materia sanitaria. Esta metodología de trabajo resultó muy eficaz en el diagnóstico comunitario desarrollado por los propios miembros y en los que participaban sectores de población pertenecientes a grupos desfavorecidos. Este diagnóstico comunitario permitía identificar la multicausalidad etiológica de los problemas de salud, permitiendo el establecimiento de estrategias que afrontaban los problemas reales de la población. Podríamos considerarlo como un ejemplo de empoderamiento colectivo (Djukanovic & Mach, 1975).

⁵ Community-based health programmes (CBHP).

⁶ Traducido del término “*Empowerment*” en inglés.

En otros países de América Central, Sudáfrica y Filipinas este tipo de alianzas, inicialmente débiles, fueron adquiriendo solidez y desembocando en movimientos sociales basados en la justicia social y los derechos humanos.

A principios de 1970, existía un movimiento importante cuya implicación internacional aumentaba. Algunas organizaciones no gubernamentales y agencias internacionales tuvieron un impacto en la promoción de estrategias basadas en el modelo de intervención comunitaria. Así mismo jugaron un papel determinante en la difusión de los resultados positivos obtenidos. Por lo tanto, en esta década se produce un consenso más o menos generalizado de la necesidad e importancia de los modelos de intervención comunitarios para solucionar los problemas de salud reales de colectivos de población que de otra manera quedarían excluidos de cualquier sistema sanitario.

Se inicia el cambio de la medicina tecnocéntrica hacia la denominada Medicina Social⁷. En 1975, Kenneth Newel (Newel, 1975)(WHO, 1986), Director de la División de Organización de fortalecimiento de los Sistemas de Salud⁸, publicó el Informe “Salud para toda la Población”, en el que se exponían diversas experiencias basadas en el enfoque comunitario cuyos resultados habían sido muy positivos en África, Asia y América Latina. El mismo año, UNICEF y la OMS publican una serie de informes en los que evalúan los distintos modelos sanitarios existentes para afrontar los problemas de salud en países en desarrollo (WHO, 1986). El informe enfatiza que la presencia de factores sociales como la pobreza, viviendas inadecuadas y analfabetismo, podían ser

⁷ La medicina social en la actualidad integra los campos biológicos y sociológicos con los procesos históricos y ecológicos. Considera que la salud individual y colectiva es resultado de las condiciones sociales, que se vinculan con las dinámicas biológicas en cada nivel temporo-espacial (Fajardo, O.C. 2004).

La medicina social busca, por un lado, entender el impacto de las condiciones sociales y económicas en la salud, enfermedad y en la práctica de la medicina; por otro, fomentar dichas condiciones para lograr sociedades más saludables http://www.bio-medicine.org/medicine-definition/Social_medicine/

⁸ Kenneth Newel fue Director de la “Organization’s Division of Strengthening Health Services durante la década de los años 70.

considerados como las verdaderas causas de la morbilidad en los países en desarrollo (Djukanovic & Mach, 1975).

Este modelo emergente de salud contó con el apoyo de Halfdan Mahler, un médico danés del área de salud pública, quién posteriormente se convirtió en Director General de la OMS en 1973. El Dr. Mahler promulgaba la justicia social como “palabra sagrada”. Estaba profundamente comprometido y sensibilizado por las desigualdades globales de salud y el sufrimiento de millones de pobres y marginales. Tenía una larga experiencia en campañas de prevención verticales y un profundo sentimiento de la inutilidad de éstas para resolver muchos problemas de salud. Mahler, en 1976 propuso a la Asamblea General de la OMS, la adopción del lema “Salud para todos en el año 2000”⁹. Esta estrategia, afirmaba el Dr. Mahler, *“implica la eliminación de los obstáculos para lograr la salud, en otras palabras, la eliminación de la malnutrición, la ignorancia, el agua de consumo humano contaminada y viviendas insalubres, más que la curación de problemas propiamente médicos”*(Mahler, 1981: 83).

2.3.1. Alma-Ata y la atención primaria de salud

En septiembre del año 1978, se celebraba en la ciudad de Alma-Ata en Kazakhsatan, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud auspiciada por la OMS y UNICEF. 3000 delegados de 134 países así como 67 representantes de organizaciones internacionales participaron en el evento. La conferencia de Alma-Ata está considerada como un hito de la salud pública moderna. La Conferencia acuñó el lema del Dr. Mahler “Salud para todos en el año 2000”. La adopción de este lema, junto con la implantación de la atención primaria de salud, se consideran las estrategias que han facilitado el renacimiento y lanzamiento definitivo de los determinantes sociales de la salud como un

⁹ Salud para Todos en el Año 2000, fue una estrategia que produjo una revolución en la medicina de la época y particularmente en la salud pública.

tema prioritario dentro de la salud pública. La Declaración de Alma-Ata (AHO 1978OMS/PAHO, 1978; WHO/UNICEF, 1978), estableció las bases de la Atención Primaria (AP). Dos aspectos destacan de la AP: constituye el primer nivel de atención sanitaria y el primer contacto del individuo con el sistema sanitario. Por otro lado, supuso un cambio filosófico en los profesionales de la salud como parte del desarrollo general económico y social de la comunidad. La Declaración de Alma A-ata enfatiza en sus cinco primeros puntos, la importancia de los factores sociales en la determinación del nivel de salud de la población¹⁰:

“I. La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

II. La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.

III. El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los

¹⁰ http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.

IV. El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

V. Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.” ...

La Declaración de Alma-Ata proclama la salud como un derecho humano fundamental, reconoce la grave desigualdad en el estado de salud de la población y la brecha existente entre la salud de las poblaciones de los países desarrollados y los subdesarrollados. Apela al desarrollo económico y social en el nuevo orden económico y social, establece el derecho del pueblo y el deber de participar individual y colectivamente en los procesos de prestación de servicios de salud. Proclama la importante necesidad de alcanzar la salud para todos los pueblos hacia el año 2000, y define la estrategia de la atención primaria como el mecanismo para llegar a la gente ofertando servicios de salud

de calidad y universales. En su artículo VI, define la atención primaria de la siguiente manera:

“La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.

La atención primaria incluye al menos ocho elementos básicos: educación para la salud, control de las enfermedades endémicas locales, programa expandido de inmunizaciones (vacunas), atención maternoinfantil incluyendo servicios de planificación familiar, disponibilidad de fármacos básicos para la atención, promoción de la nutrición (vigilancia nutricional), tratamiento de las enfermedades comunes y saneamiento ambiental, principalmente suministro de agua potable. La atención primaria quedó sostenida sobre cuatro pilares básicos que se resumieron en: desarrollo tecnológico, fortalecimiento de la gestión administrativa de los servicios de salud, participación comunitaria y procesos de intersectorialidad como parte del desarrollo económico y social. Los principios de igualdad, equidad, calidad, suficiencia y pertenencia social, centraron la totalidad de las declaraciones de Salud para Todos.

Posteriormente se realizaron numerosas conferencias, talleres, seminarios, reuniones, etc. con el fin de integrar esta nueva filosofía en la atención sanitaria, y en la 39 Conferencia Mundial de la Organización Mundial de Salud celebrada en el año 1986 se habló de determinantes sociales de la salud y de desigualdades sociales de la salud, creándose grupos de trabajo cuyo objetivo principal consistía en el diseño de estrategias que redujeran dichas desigualdades.

A mediados de los 80, los determinantes sociales de la salud ya habían sido reconocidos por instituciones internacionales y nacionales, de tal manera que se organizó en 1986 la Primera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en Ottawa, Canadá. En esta conferencia se adoptó la Carta de Ottawa¹¹ en la que se establecen unos “prerrequisitos” de la salud: paz, protección, educación, alimentación, vivienda, nivel de ingresos, recursos sostenibles, un sistema ecológico estable, justicia social y equidad. Por supuesto, quedó patente que la consecución de la salud desde esta perspectiva, necesariamente implica otros sectores más allá del sanitario, en definitiva, la acción intersectorial. Después de esta conferencia se han sucedido otras en las que se ha enfatizado este aspecto, intentado crear un movimiento concienciado hacia la necesidad de trabajar sobre los determinantes sociales de la salud.

2.4. La década de los 80: el contexto económico, social y político - el Neoliberalismo

La década de los 80 se caracterizó por el surgimiento del neoliberalismo, también denominado “Consenso de Washington”¹². Los orígenes históricos y la evolución del neoliberalismo han sido estudiados en varias disciplinas (Coburn, 2000; Gershman &

¹¹ <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf>. Anexo I

¹² Denominado así porque los principales proponentes: gobierno americano, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, se ubican físicamente en Washington. Aunque la Organización Mundial del Comercio tiene su sede en Suiza.

Irwin, 2000) y no es objeto de esta tesis profundizar en ello. A modo de resumen señalaremos que el término neoliberalismo hace referencia a un conjunto de ideologías y teorías económicas que promueven el fortalecimiento de la economía nacional, con énfasis en la libre oferta y demanda de los bienes y servicios, con una reducción del papel del Estado como regulador de los factores de producción, y con estrategias claras de privatización de las empresas desarrolladas en los periodos anteriores de proteccionismo estatal.

El neoliberalismo plantea el libre comercio, la libertad en el mercado de capitales, la libre circulación y ubicación de las empresas nacionales y transnacionales, la concentración de la economía, y el derecho a determinar la dirección hacia la se deben mover las economías menores en un proceso de globalización (Coburn, 2000). Un objetivo es reducir el papel del estado en diversas áreas, incluyendo la salud, en la que su intervención lleva a la ineficiencia. En su lugar debe darse máxima libertad de acción a los actores del mercado que, guiados por sus propios intereses, generarán un crecimiento más rápido y, por lo tanto, bienestar. Un postulado clave de las políticas económicas neoliberales de los 80 y 90 se basaba en el crecimiento económico como una de las llaves para el desarrollo y, en última instancia, para una mejor calidad de vida. Defiende que los países deberían fomentar políticas que estimularan este crecimiento, con una menor preocupación por las consecuencias sociales derivadas de dichas políticas tales como la reducción de los gastos destinados a ayudas sociales.

Durante la década de los 80, estos postulados fueron defendidos por países como Estados Unidos con Ronald Reagan, Gran Bretaña con Margaret Thatcher o Alemania con Helmut Kohl. En el desarrollo internacional, jugaron un papel fundamental el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial (BM) y la Organización Mundial del Comercio (OMC). La recesión económica de los años 80 y la deuda

contraída por los países en vías de desarrollo forzaron una crisis económica internacional. Esto favoreció que algunos países nórdicos y las instituciones financieras internacionales intervinieran directamente en la economía de varios países, requiriéndoles una reforma económica de acuerdo a las directrices neoliberales para poder renegociar sus deudas y obtener ayudas externas.

Las doctrinas neoliberales afectan a la salud a través de dos mecanismos:

1. Las reformas del sector salud emprendidas por los países de baja y mediana renta a principios de los 80;
2. Los programas de ajustes económicos estructurales, resultado de la imposición de un amplio número de países, como condición necesaria para reestructurar la deuda y posibilitar el acceso a la ayuda internacional. A estos instrumentos para la propagación del paradigma neoliberal hay que añadir una tercera opción que cobra especial relevancia a partir de 1990: los acuerdos internacionales de comercio y las reglas establecidas por instituciones como la Organización Mundial del Comercio, fundada en 1995.

Las reformas neoliberales en el sector sanitario llevadas a cabo entre 1980 y 1990 se dirigieron fundamentalmente a hacer frente a los problemas estructurales de los sistemas de salud tales como el establecimiento de límites en el gasto sanitario y el uso de los recursos de forma más eficiente. Dichas reformas pretendían modificar el sistema de gestión, el acceso al sistema de los pobres y mejorar la calidad de los servicios en las regiones y países (Nabarro & Cassels, 1994; Standing, 1999). Las reformas emprendidas no resultaron eficaces y no sólo no mejoraron la situación, sino que en algunos casos la empeoraron. El análisis de este sistema puso de manifiesto la falta de “sensibilidad contextual”, pretendiendo aplicar las mismas políticas en cualquier

contexto (Standing, 1999). Las características principales de estas reformas se pueden agrupar en:

1. Aumento del sector privado dentro del sistema sanitario.
2. Separación del sistema de financiación, compra y provisión de servicios.
3. Descentralización.
4. Focalización en la eficiencia por encima de la equidad con la reducción de los recursos económicos y humanos

Este proceso de reforma ha sido ampliamente analizado y debatido llegándose a la conclusión que éste provocó un impacto negativo en todos los ámbitos y no afectando únicamente al sector sanitario. Análisis recientes realizados en América Latina, concluyen que esto no sólo afecta al fracaso de las reformas sino que estas produjeron un efecto contrario al que se pretendía: aumentando las desigualdades, menor eficiencia, mayor nivel de insatisfacción y la no mejora del sistema sanitario (Homedes & Ugalte, 2005).

Las reformas realizadas en África y Asia, donde incidieron otros obstáculos, obtuvieron los mismos resultados negativos. Un estudio comparativo del proceso de reforma en Ghana, India, Sri Lanka y Zimbabwe, concluye que el paquete de reformas era *“inapropiado para el contexto de los países en desarrollo”, “lejos de la realidad de cada sistema sanitario y del entorno sociopolítico”*; la viabilidad política de las reformas fue muy cuestionable, sobre todo en los países de Asia (A. Mills, Bennett, & Russell, 2001).

Los programas de ajuste estructural macroeconómico implantados en muchos países de África, Asia y América Latina incluían la liberalización del mercado, la privatización de los sectores públicos, la devaluación de la moneda y un cambio de la producción de

alimentos y productos básicos para el consumo interno a la producción de bienes para la exportación (L. J. Gunning-Schepers & Stronks, 1999)(A. Mills et al., 2001).

Para entender las implicaciones del modelo neoliberal sobre los determinantes de salud, es importante analizar el impacto de los ajustes estructurales en el gasto social de muchos países. Uno de los principios de este proceso se basaba en la reducción del gasto del gobierno, en algunos casos con recortes drásticos en las partidas presupuestarias destinadas a la protección social. Esto afectó profundamente a los determinantes sociales de la salud como la educación, programas nutricionales, tratamiento de agua de consumo humano, transporte, vivienda y otras formas de protección social, provocando una reducción del gasto perteneciente al sector salud. En algunos países, especialmente en el Sur de África, la desestabilización social y la inseguridad favorecieron la miseria, la propagación de conflictos bélicos, la rápida extensión de epidemias como el VIH/SIDA afectando a los más desfavorecidos, siendo la mujer en muchos casos la más perjudicada (Schoepf, Altenstetter, & Millen, 2000).

Durante la década de los 80, los sectores sociales más desfavorecidos fueron los que sufrieron de una manera más devastadora los efectos de esas reformas. En los 37 países más pobres del mundo, el presupuesto destinado a educación decreció un 25% durante los años 80, el de salud disminuyó un 50% (UNICEF, 1989).

En general, la disminución de la influencia del Estado y la desregularización de los mercados propuestos en el modelo neoliberal crearon unas circunstancias poco favorables para la mejora del nivel de salud de la población a través de acciones sobre los determinantes.

2.5. La década de los 90: cambio de paradigma y relaciones de poder

Las teorías neoliberales continuaron aplicándose durante la década de los años 90. Sin embargo a medida que avanzaban los años, estos postulados comenzaron a ser criticados y cuestionados en numerosos países. Las crisis experimentadas por diversas regiones del mundo, pusieron de manifiesto la volatilidad de un nuevo orden económico y la vulnerabilidad de la población pobre y marginada que los actores globales no parecían ser capaces de prevenir. Las continuas críticas condujeron a un movimiento social y político de protesta cuya demostración más evidente se produjo en Seattle en el año 1999 durante una reunión de la Organización Internacional del Trabajo. Este hecho tuvo su réplica en diferentes puntos del planeta, conjugándose con las protestas generalizadas y cada vez más numerosas manifestadas en, por ejemplo, las reuniones del G-8¹³.

El concepto de globalización es central en este proceso. Las críticas y protestas se agrupan en la amenaza de un orden económico mundial y global dominado por los estados más poderosos del planeta y corporaciones transnacionales, así como un flujo volátil de dinero cuyos efectos en las economías nacionales y en el estado de bienestar de la población vulnerable pueden ser catastróficos (Zolo, 2006). Otras voces, al contrario de las anteriores, enfatizan el efecto positivo de la globalización económica y de la integración tecnológica, argumentando que el dinamismo de una economía global liberalizada supone la posibilidad de una mejora en la vida de millones de personas que viven bajo el umbral de la pobreza (Mander & Goldsmith, 1996; World Bank, 1996; World Bank, 2000).

¹³ Se denomina G8 a un grupo de países industrializados del mundo cuyo peso político, económico y militar es muy relevante a escala global. Está conformado por Alemania, Canadá, Estados Unidos, Francia, Italia, Japón, Reino Unido y Rusia.

Ante este panorama de desconcierto, crítica intelectual y debate internacional, muchas instituciones comenzaron a replantearse un cambio en sus objetivos. A modo de ejemplo, en el año 1996, El Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional lanzaron la iniciativa “Por los Países más endeudados”,¹⁴ siguiéndole otras estrategias destinadas a la reducción de la pobreza en el mundo. En 1999 ambas instituciones produjeron los “documentos estratégicos de reducción de la pobreza”¹⁵ como un nuevo reto para reducir la pobreza en los países de menor renta, basado en el diseño de estrategias que servirán de marco para la ayuda internacional (International Development Association/IMF., 2002). Aunque estas iniciativas se consideraron adecuadas, ya que intentaban contextualizarse a las necesidades de un entorno geográfico, en la práctica no produjeron los cambios necesarios (Labonte & Schrecker, 2004). El informe Anual de la OMS de 2002, manifiesta la falta de evidencia en que este tipo de iniciativas produzcan un aumento significativo de la inversión en salud o educación. En 2003, un estudio realizado en 23 países altamente endeudados concluyó en la imperiosa necesidad de integrar políticas de salud adecuadas para reducir la pobreza (Laterveer, Niessen, & Yazbeck, 2003).

2.5.1. El papel de la Organización Mundial de la Salud

A finales de los años 80 y principios de los 90, el rol de liderazgo en salud pasó de la OMS hacia el Banco Mundial. Algunos autores lo atribuyen a la disponibilidad de recursos de este último. En 1990, los préstamos a la población y sector salud del Banco Mundial superaban a todo el presupuesto de la OMS (WHO, 2002b).

A pesar de la pérdida de liderazgo de la Organización en el complejo panorama político, económico y social del momento, se pusieron en marcha acciones dirigidas a los

¹⁴ Del inglés: “Heavily Indebted Poor Countries Initiative (HIPC)”.

¹⁵ Del inglés: “Poverty Reduction Strategy Papers (PRSPs)”.

determinantes sociales de la salud, si bien no directamente a través de la OMS, sino por medio de agencias nacionales e internacionales vinculadas a ella. Por ejemplo, en algunos países principalmente de Europa, se planificaron e implementaron acciones derivadas del ideal aún existente de “Salud para Todos”, enfatizando la equidad entre individuos. Entre los años 1995 y 1998 se estableció en la sede central de Ginebra un comité denominado “Iniciativa de equidad”¹⁶, clarificando los conceptos de equidad en salud, relacionada con la posición social y las diferencias sociales, económicas y de poder político (C. Mills, 1998; WHO, 1997).

De 1994 a 1997, la OMS patrocinó el grupo de trabajo sobre salud y desarrollo coordinado por Brandford Taitt,¹⁷ en el que participaron políticos y líderes del sector de la salud pública. El grupo de trabajo focalizó sus esfuerzos en revisar las políticas globales de desarrollo y sus implicaciones en la salud, señalando el efecto de las condiciones sociales en salud y argumentando que el impacto en la población más vulnerable debería ser el criterio principal a la hora de establecer políticas para el desarrollo económico. El grupo de trabajo de Salud y Desarrollo elaboró una serie de documentos de los cuales destacamos uno presentado en 1995 en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social en Copenhagen. En él se cuestionan las tendencias a la privatización, y las economías de mercado que caracterizan a la globalización del sistema económico. Argumenta que “los esfuerzos para promover un crecimiento económico deberían estar acompañados de un sistema de acceso equitativo a los beneficios del desarrollo, ya que las desigualdades tienen efectos muy negativos en la salud”. Así mismo argumenta que “para hacer frente a los problemas de salud, es necesario la colaboración intersectorial” para reducir factores como la pobreza, desempleo, discriminación por género y exclusión social (WHO, 1995).

¹⁶ Del inglés: “WHO Equity Initiative”.

¹⁷ En aquel momento senador de Barbados y actualmente ocupa el mismo puesto.

Desgraciadamente el impacto real del grupo de trabajo no fue proporcional a la fuerza de sus argumentos morales. El grupo propuso una batería de recomendaciones, pero no estableció los mecanismos de implementación y seguimiento. El impacto a nivel de trabajo real en los diversos países fue muy bajo, así como el diálogo político con los Estados Miembros.

A mediados de los 90, la OMS realizó otro esfuerzo para reimpulsar la “Estrategia de Salud para Todos” bajo el lema “Salud para Todos en el Siglo XXI”¹⁸ (WHO, 1998). La revitalización de la estrategia de Salud para Todos incluía el trabajo intersectorial como uno de los aspectos centrales de las estrategias de salud pública.

En 1998, la Dra Gro Harlem Brundtland fue nombrada Directora General de la OMS. Con su llegada se produjeron importantes cambios en la agenda institucional. Alguna de sus prioridades incluyó nuevas iniciativas de lucha contra la malaria (Rock Back Malaria), una campaña a nivel global contra el consumo de tabaco y el análisis de los sistemas sanitarios. Es reconocida la aportación de la Dra Brundtland a la credibilidad en los debates internacionales sobre desarrollo (Mander & Goldsmith, 1996; World Bank, 1996; World Bank, 2000). Sin embargo, este proceso de renovación no fue gratuito y se produjo un recorte en la capacidad de la Organización para hacer frente a los determinantes sociales de la salud. Uno de sus mayores logros es la creación de la Comisión Macroeconómica y Salud, dirigida por Jeffrey Sachs. El argumento básico de esta comisión no era nuevo. A través de evidenciar las cifras globales que supone el coste de la enfermedad para los países, la Comisión centró la atención de los políticos. Con esto contribuyó enormemente a la inversión en salud al traducir coste-efectividad

¹⁸ Se puede consultar en Castellano en : <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/n1/salud1.html>
En inglés (bajo el nombre de Declaración de Jakarta:
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf

en cifras. La salud se convirtió en una inversión. Sus ideas se transformaron en pragmáticas y realistas con el lema “el coraje de cuidar” (WHO, 1997).

Muchos países hicieron notables esfuerzos para afrontar la dimensión social de la salud en la década de los 90 y 2000.

Las raíces contemporáneas de los esfuerzos para identificar y afrontar las desigualdades sociales en salud tienen su origen en el Informe Lalonde Canadiense¹⁹ (1974)(Lalonde, 1974) y el Black Report en el Reino Unido (1980). El informe Black tuvo poco impacto político en la era de Margaret Thatcher, cuyo gobierno difundió los resultados del Informe calificándolos de utópicos e inalcanzables. Además, el partido conservador propuso no utilizar el término “*desigualdades*” sino el de “*variaciones*”, enfatizando que estas “*variaciones*” no tenían por qué ser injustas. Sin embargo, el impacto científico y el interés que suscitó fueron enormes. Generó una serie de estudios sobre desigualdades sociales en salud en otros países como Holanda, España y Suecia. La conclusión global del informe fue que en el Reino Unido existían unas diferencias marcadas en las tasas de mortalidad de las clases ocupacionales en ambos sexos y en todas las edades. Las recomendaciones del Black Report incluían reorientar el Servicio Nacional de Salud, mejorar las condiciones materiales de vida y aumentar la inversión en diez áreas geográficas especiales, donde se pondría en marcha un programa especial de desarrollo socio sanitario cuyos resultados en términos de salud deberían ser monitorizados y evaluados. La divulgación del Informe, sus resultados y recomendaciones fue escasa por parte del gobierno. Sin embargo, el grupo investigador decidió hacerlo público por su propia cuenta generando un impacto mediático que llegó a convertir el informe en un best-seller. Los especialistas en salud pública y los líderes

¹⁹ Marc Lalonde, Ministro de Salud y Bienestar de Canadá en la década de los años 70. El informe Lalonde es un hito dentro de la salud pública. Establece los determinantes de la salud en cuatro grandes apartados: la biología humana, los estilos de vida, el sistema sanitario y los factores asociados al entorno. El nivel de salud de una población viene determinada por la interacción de estos cuatro factores.

políticos comenzaron a explorar opciones políticas para hacer frente a los resultados mostrados. A la vez, el efecto perverso del gradiente social en la salud²⁰ se iba esclareciendo cada vez más, ya que constituía una preocupación importante a estas alturas. El estudio Whitehall consistió en un trabajo de investigación longitudinal de más de diez años de seguimiento (1967-1982) del estado de salud de 17.500 funcionarios ingleses. Se comprobó cómo las tasas de mortalidad, especialmente por enfermedades cardiovasculares coronarias como el infarto agudo de miocardio, eran mayores en los niveles inferiores de la escala jerárquica en comparación con los niveles ejecutivos cercanos al nivel político. Este estudio mostró cómo para todas las causas de muerte, excepto las enfermedades genitourinarias, existe un gradiente social entre las diferentes clases ocupacionales (M. Marmot, 1989; M. Marmot, 1993; M. G. Marmot, Rose, Shipley, & Hamilton, 1978).

En Canadá, durante los años 90, se realizaron numerosos estudios interdisciplinarios dirigidos por el Instituto Canadiense de Estudios Avanzados, para investigar conjuntamente los determinantes de la salud de la población. El objetivo era doble: por un lado investigar, y por otro tenía una intencionalidad política, intentando responder a la pregunta ¿Qué podemos hacer para aumentar el nivel de salud de la población en los países democráticos? Los resultados de estos estudios se plasmaron en una publicación (1994) titulada “¿Por qué alguna gente es más saludable que otras?” Este informe, y los ya mencionados, generaron una serie de debates no sólo en Canadá, sino en muchas partes del mundo (J. Mackenbach & Bakker, 2002).

²⁰ Se denomina gradiente social al fenómeno por el que cada estrato social tiene un nivel de salud que es más bajo que el de su inmediato superior en la jerarquía, y algo más alto que el de su inmediato inferior. Este término empezó a utilizarse a partir del estudio Whitehall I

Ya a mediados de los 90, la expresión “determinantes sociales de la salud” formaba parte del discurso intelectual, investigador y político. Tarlov (1996) fue uno de los primeros autores en utilizarla sistemáticamente. Basado en el modelo Lalonde, utilizaba cuatro categorías en los determinantes: los factores biológicos y genéticos, sistema de salud, estilos de vida individuales y “*las características sociales dentro de las cuales la vida transcurre*” (Tarlov, 1996). Entre todas estas categorías, argumentaba que las características sociales eran las predominantes (Tarlov, 1996). Una serie de importantes publicaciones generalizaron el uso de esta nueva terminología (Marmot & Wilkinson, 2006).

Los investigadores trataban de explorar cómo las condiciones sociales se traducían en experiencias individuales de enfermedad, así como las desigualdades sociales y económicas, per se, influyen en el estatus social de todos los miembros de una sociedad (R. G. Wilkinson, 1996)(I. Kawachi, 1999).

El convencimiento de la influencia de los determinantes sociales en la salud se hizo cada vez más patente, de tal manera que las evidencias científicas obtenidas a través de los estudios realizados se tradujeron a un lenguaje que fuera accesible para los políticos (la implicación de las políticas públicas era necesaria) y para el público en general (R. Wilkinson & Marmot, 2003).

Los mayores avances se produjeron en los países de la Europa Occidental en los que, a finales de los 90 e inicios del 2000, ya se elaboraron políticas para hacer frente a las desigualdades y afrontar los determinantes sociales de la salud (J. Mackenbach & Bakker, 2002). En Suecia se produjo una reorientación completa de la salud pública hacia los factores sociales. En Reino Unido, con el cambio de gobierno en 1997, se pusieron en marcha numerosas iniciativas para reducir las desigualdades, siendo

actualmente uno de los países que sirven como ejemplo en el desarrollo de políticas y estrategias para reducir estas desigualdades.

Nos gustaría mencionar el Informe Acheson elaborado en Gran Bretaña en 1998 cuyas 39 recomendaciones han sido integradas en la agenda política británica desde una perspectiva intersectorial. Además han servido de base para el desarrollo de la estrategia inglesa para reducir las desigualdades (1998-2010). Australia, Nueva Zelanda y Canadá han sido líderes en la investigación y elaboración de políticas en la dimensión social de la salud (Crombie, 2004; Raphael, 2004).

2.6. La década del 2000: momento de crecimiento y nuevas oportunidades

En la década del 2000, se ha avanzado en la elaboración de políticas para reducir las desigualdades en salud en muchos países (Crombie, 2004; J. Mackenbach & Bakker, 2002; Raphael, 2004).

Actualmente, la agenda de desarrollo global se determina por los Objetivos de Desarrollo del Milenio²¹ (ODM), adoptados por 189 países en la cumbre del milenio de Naciones Unidas en septiembre de 2000.

En la Declaración del Milenio se recogen ocho objetivos referentes a la erradicación de la pobreza, la educación primaria universal, la igualdad entre los géneros, la mortalidad infantil, la mortalidad materna, el avance del VIH/SIDA y la sostenibilidad del medio ambiente.

Para lograr estos objetivos, y en respuesta a aquellos que demandaban un cambio hacia posturas más sociales de los mercados mundiales y organizaciones financieras, se añade el Objetivo 8, “Fomentar una Asociación Mundial para el Desarrollo”. En otras

²¹ Informe actualizado en 2008 sobre Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en castellano http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2008_SPANISH.pdf . Anexo II

palabras, el objetivo promueve que el sistema comercial de ayuda oficial y de préstamo garantice la consecución en 2015 de los primeros siete Objetivos y, en general, un mundo más justo.

Cada Objetivo se divide en una serie de metas, un total de 18, cuantificables mediante 48 indicadores concretos. Por primera vez, la agenda internacional del desarrollo pone una fecha para la consecución de acuerdos concretos y medibles.

Los ocho objetivos, con sus metas específicas, son:

Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre.

- Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que sufren hambre.
- Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas cuyos ingresos son inferiores a un dólar diario.
- Conseguir pleno empleo productivo y trabajo digno para todos, incluyendo mujeres y jóvenes.

Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal.

- Asegurar que en 2015, la infancia de cualquier parte, niños y niñas por igual, sean capaces de completar un ciclo completo de enseñanza primaria.

Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.

- Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de finales de 2015

Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil.

- Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años.

Objetivo 5: Mejorar la salud materna

- Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna.

Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

- Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015.
- Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten.
- Haber detenido y comenzado a reducir, en 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves

Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.

- Incorporar los principios del desarrollo sostenible a las políticas y los programas nacionales y reducir la pérdida de recursos del medio ambiente.
- Haber reducido y haber ralentizado considerablemente la pérdida de diversidad biológica en 2010.
- Reducir a la mitad, para 2015, la proporción de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento.
- Haber mejorado considerablemente, en 2020, la vida de al menos 100 millones de habitantes de barrios marginales.

Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

- Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio.
- Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados.
- Atender las necesidades especiales de los países en desarrollo sin litoral y los pequeños Estados insulares en desarrollo (mediante el Programa de Acción para el desarrollo sostenible de los pequeños Estados insulares en desarrollo y los resultados del vigésimo segundo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General).
- Encarar de manera integral los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales para que la deuda sea sostenible a largo plazo.

- En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a precios asequibles.
- En cooperación con el sector privado, dar acceso a los beneficios de las nuevas tecnologías, especialmente las de la información y las comunicaciones.

El único objetivo que no está marcado por ningún plazo es el octavo, lo que para muchos significa que ya debería estar cumpliéndose.

Indicadores del objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre:

- 1.1 Proporción de la población con ingresos inferiores a 1 dólar por día según la paridad del poder adquisitivo (PPA).
- 1.2 Coeficiente de la brecha de pobreza
- 1.3 Proporción del consumo nacional que corresponde a la quinta parte más pobre de la población
- 1.4 Tasa de crecimiento del producto interior bruto por persona empleada
- 1.5 Tasa de población ocupada
- 1.6 Proporción de la población ocupada con ingresos inferiores a 1 dólar por día según la paridad del poder adquisitivo
- 1.7 Proporción de la población ocupada total que trabaja por cuenta propia o en un negocio familiar
- 1.8 Niños menores de 5 años con peso inferior al normal
- 1.9 Proporción de la población que no alcanza el nivel mínimo de consumo de energía alimentaria

Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal:

- 2.1 Tasa neta de matriculación en la enseñanza primaria
- 2.2 Proporción de alumnos que comienzan el primer grado y llegan al último grado de la enseñanza primaria

2.3 Tasa de alfabetización de las personas de entre 15 y 24 años, mujeres y hombres

Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer:

3.1 Proporción de niñas y niños en la enseñanza primaria, secundaria y superior

3.2 Proporción de mujeres con empleos remunerados en el sector no agrícola

3.3 Proporción de escaños ocupados por mujeres en los parlamentos nacionales

Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil:

4.1 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años

4.2 Tasa de mortalidad infantil

4.3 Proporción de niños de 1 año inmunizados contra el sarampión

Objetivo 5: Mejorar la salud materna:

5.1 Tasa de mortalidad materna

5.2 Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado

5.3 Tasa de uso de anticonceptivos

5.4 Tasa de natalidad entre las adolescentes

5.5 Cobertura de atención prenatal (al menos una consulta y al menos cuatro consultas)

5.6 Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar

Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades:

6.1 Prevalencia del VIH en las personas de entre 15 y 24 años

6.2 Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo

6.3 Proporción de la población de entre 15 y 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA

6.4 Relación entre la asistencia escolar de niños huérfanos y la de niños no huérfanos de entre 10 y 14 años

6.5 Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales

6.6 Incidencia y tasa de mortalidad asociadas a la malaria

6.7 Proporción de niños menores de 5 años que duermen protegidos por mosquiteras impregnadas de insecticida y proporción de niños menores de 5 años con fiebre que reciben tratamiento con los medicamentos contra la malaria adecuados

6.8 Incidencia y tasa de mortalidad asociadas a la tuberculosis

6.9 Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa

Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente:

7.1 Proporción de la superficie de tierra cubierta por bosques

7.2 Emisiones de dióxido de carbono (totales, per cápita y por cada dólar del producto interno bruto (PPA)) y consumo de sustancias que destruyen la capa de ozono

7.3 Proporción de poblaciones de peces que están dentro de unos límites biológicos seguros

7.4 Proporción del total de recursos hídricos utilizada

7.5 Proporción de zonas terrestres y marinas protegidas

7.6 Proporción de especies en peligro de extinción

7.7 Proporción de la población con acceso a mejores fuentes de agua potable

7.8 Proporción de la población con acceso a mejores servicios de saneamiento

7.9 Proporción de la población urbana que vive en barrios marginales

Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo:

8.1 AOD (Asistencia oficial para el desarrollo) neta, en total y para los países menos adelantados, como porcentaje del ingreso nacional bruto de los países donantes del Comité de Asistencia para el Desarrollo de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (CAD/OCDE)

8.2 Proporción del total de AOD bilateral y por sectores que los donantes del CAD/OCDE destinan a servicios sociales básicos (enseñanza básica, atención primaria de la salud, nutrición, agua potable y saneamiento)

8.3 Proporción de la AOD bilateral de los donantes del CAD/OCDE que no está condicionada

8.4 AOD recibida por los países en desarrollo sin litoral en proporción a su ingreso nacional bruto

8.5 AOD recibida por los pequeños Estados insulares en desarrollo en proporción a su ingreso nacional bruto

8.6 Proporción del total de importaciones de los países desarrollados (por su valor y excepto armamentos) procedentes de países en desarrollo y países menos adelantados, admitidas sin pagar derechos

8.7 Aranceles medios aplicados por los países desarrollados a los productos agrícolas y textiles y las prendas de vestir procedentes de países en desarrollo

8.8 Estimación de la ayuda agrícola de los países de la OCDE en porcentaje de su producto interior bruto

8.9 Proporción de AOD destinada a fomentar la capacidad comercial

8.10 Número total de países que han alcanzado el punto de decisión y número total de países que han alcanzado el punto de culminación de la Iniciativa en favor de los países pobres muy endeudados (acumulativo)

8.11 Alivio de la deuda comprometido conforme a la Iniciativa en favor de los países pobres muy endeudados y la Iniciativa multilateral de alivio de la deuda

8.12 Servicio de la deuda como porcentaje de las exportaciones de bienes y servicios

8.13 Proporción de la población con acceso sostenible a medicamentos esenciales a precios asequibles

8.14 Líneas de teléfono por cada 100 habitantes

8.15 Abonados a teléfonos móviles por cada 100 habitantes

8.16 Usuarios de Internet por cada 100 habitantes

Tres de los ODM están directamente relacionados con la salud y la gran mayoría de los demás contienen referencias a ésta. De esta manera se confirma que, en la década del 2000, la salud aparece en la agenda política de manera explícita. Este impulso queda manifestado en dos consecuencias importantes: Por un lado la creación dentro de la OMS de la Comisión de Macroeconomía y Salud, y por otro, a través del esfuerzo de numerosas comunidades y grupos sociales movilizadas que ejercen presión para que la salud sea considerada como un derecho humano.

Existe un reconocimiento internacional de la ambigüedad y complejidad de los procesos políticos y económicos, por lo que muchos actores e instituciones sociales han optado por una cooperación a nivel más pragmático basada en un interés generalizado por maximizar los beneficios del ODM (Drager & Vieira, 2002; I. Kawachi & Wamala, 2007).

Los conflictos armados, la degradación medioambiental y la seguridad internacional son algunas de las mayores preocupaciones a nivel internacional. Sin embargo, en esta década ha surgido una clara concienciación de la interdependencia global, generando la necesidad de colaboración internacional para combatir estos problemas. Esto quedó

evidenciado en 2002 en la Conferencia Internacional de Financiación y Desarrollo en Monterrey, México, en la cual se analizó el nivel de consecución de los ODM, estableciendo la necesidad global de colaboración para alcanzar los plazos previstos, así como promover que todos los ciudadanos en sus países presionen a los gobiernos para que establezcan estándares claros y objetivos que permitan el empoderamiento de la población, independientemente de su estatus y nivel socioeconómico, para reducir las desigualdades a todos los niveles.

En este contexto, el papel de la OMS en la promoción de acciones que fomenten la equidad en la dimensión social de la salud ha sido muy importante. En 2003, El Dr Jong-Wook fue elegido Director General de la OMS en la 56 Asamblea General. Bajo su mandato se renovó la idea de “Salud para Todos” basada en un estilo pragmático de consenso. En la 57 Asamblea General de la OMS, el Dr Lee comunicó su intención de crear una Comisión sobre determinantes sociales de salud que trabajara con una agenda basada en la equidad y el fortalecimiento de la OMS, en el apoyo de los estados miembros para implementar estrategias adecuadas para reducir los problemas de salud, incluyendo sus raíces sociales y del entorno. Estableció como objetivo principal *“unificar esfuerzos a través de la consulta con expertos y especialistas con experiencia práctica en la reducción de estos problemas. Esto nos dará la guía para todos nuestros programas”*²².

²² Conferencia dictada por el Dr Lee-Wook en la 57 Asamblea Mundial de la OMS el 17 de mayo de 2004.

2.6.1. El siguiente paso: la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud²³

¿Qué es la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud?

En la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 2004, el Director General de la OMS, Dr. LEE Jong-wook, pidió que se estableciera la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Esta Comisión tiene como propósito generar recomendaciones, basadas en la evidencia disponible de intervenciones y políticas apoyadas en acciones sobre los determinantes sociales que mejoren la salud y disminuyan las inequidades sanitarias. Para alcanzar este objetivo la Comisión establece un periodo de tres años a partir de marzo de 2005.

¿Cómo actuará la Comisión?

La Comisión está formada por destacados políticos y gerentes, científicos, grupos expertos y miembros de la sociedad civil, designados por el Director General de la OMS. Los miembros de la Comisión se reunirán tres o cuatro veces al año, la mayoría de éstas en países en desarrollo.

La Comisión colaborará estrechamente con aquellos países cuyos líderes políticos, funcionarios de la salud, grupos de la sociedad civil y otras partes interesadas se hayan comprometido a actuar sobre los determinantes sociales de la salud, a través de un proceso de implementación temprana de las recomendaciones de la Comisión. Estas experiencias constituirán ejemplos y aprendizajes tanto para los miembros de la Comisión como para los países participantes.

¿Qué hará la Comisión?

La Comisión generará un proceso de revisión sistemática de información existente sobre acciones para influir sobre algunos determinantes sociales específicos que tienen efecto en salud. Además, revisará las oportunidades estratégicas existentes para la formulación

²³ Texto extraído de http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/index.html

de políticas y de acción sobre esta materia. Simultáneamente, abogará y utilizará su influencia para promover el uso de las acciones identificadas en las políticas así como las acciones desarrolladas en salud en los países, incluyendo el apoyo para promover el liderazgo del sector salud. Este proceso de generación de conocimiento se organizará en torno a redes y grupos de discusión para cada uno de los temas específicos como son las condiciones de vida en el desarrollo temprano del niño, urbanización y sistemas de salud, como un determinante social. Asimismo, incluirá problemas sanitarios que afectan a determinadas comunidades o grupos sociales vulnerables como, por ejemplo, trabajadores migrantes e informales, pueblos indígenas y residentes en barrios marginales

En resumen: La Comisión tratará de generar una agenda local y global para la formulación, planificación e implementación de políticas, planes y programas de salud basados en intervenir sobre los determinantes sociales que condicionan el nivel de salud. En particular la Comisión:

- Recopilará datos sobre intervenciones eficaces y propondrá políticas relativas a los principales determinantes sociales, con énfasis en los países de bajos ingresos.
- Fomentará un debate social amplio y abogará para que los Estados Miembros, grupos de la sociedad civil y agencias internacionales relacionadas, apliquen políticas para intervenir sobre los determinantes sociales que condicionan el nivel de salud.
- Definirá un programa de acción a medio y largo plazo para incorporar las recomendaciones de la Comisión e implementación de políticas, planes y programas relacionados con la salud en los países, agencias internacionales relacionadas y en la OMS.

¿Cuáles serán los principales productos de la Comisión?

- Redes expertas integradas por destacados científicos, líderes sociales y expertos que agregarán los conocimientos sobre intervenciones y políticas efectivas para enfrentar los determinantes sociales de la salud, priorizando contextos socio-políticos de bajos ingresos. Las redes expertas abarcarán diversos temas: condiciones de vida en el desarrollo temprano del niño, sistemas de salud como determinante social, condiciones de trabajo y empleo, efectos sobre la salud de algunos procesos de globalización, diseño y organización de programas de control de enfermedades prioritarias de salud pública, condiciones extremas de vivienda, exclusión social y metodologías necesarias a utilizar para la evaluación de las intervenciones y políticas sobre los determinantes sociales en salud.

- Trabajo operacional en algunos países que contribuirá a la identificación y validación de modalidades de intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud, a través de la implementación de políticas y programas de salud nacionales y/o locales. Los países participantes documentarán sus experiencias y conclusiones acerca del proceso de formulación de políticas y de las repercusiones sanitarias de éstas. Sus informes serán incluidos en las recomendaciones de la Comisión, tanto en lo que se refiere a las políticas nacionales y mundiales, como a la labor de la OMS.

- Recomendaciones específicas en materia de políticas para enfrentar los determinantes sociales en salud. La Comisión expondrá las oportunidades para la acción sobre los determinantes sociales de la salud relativos a cada tema, y recomendará a los Estados Miembros y otras partes interesadas las áreas en las que habría que introducir cambios de orientación y de políticas, así como eventuales cambios institucionales.

Estas recomendaciones serán diseminadas utilizando los foros de los que dispone la OMS, a nivel de las Naciones Unidas y de los Estados Miembros para la proyección de

políticas y de integración, en estrecha colaboración con otros organismos de las Naciones Unidas y programas de la OMS.

- Informe al Director de la OMS describiendo mecanismos concretos para la incorporación de las recomendaciones de la Comisión en la definición de políticas y programas de trabajo de la OMS.

¿Existen ejemplos concretos de intervenciones exitosas sobre determinantes sociales de la salud?

La Comisión se concentrará en la sistematización de intervenciones eficaces que han sido implementadas en distintos países y en la formulación de recomendaciones sobre políticas nacionales y globales basadas en estas experiencias. En este proceso, se evaluarán iniciativas existentes que sean innovadoras y posibles de aplicar en distintos contextos: socio-político regional y nacional. Algunos ejemplos que se pueden destacar son:

- Metodologías para la evaluación de impacto en salud de distintas intervenciones sobre determinantes sociales.
- Metodologías para la evaluación de necesidades de salud en grupos vulnerables y definición de prioridades.
- Intervenciones y políticas integradas para disminuir la exposición y vulnerabilidad diferencial a determinantes sociales tales como:
 - Campañas de prevención y de promoción focalizadas en grupos vulnerables, como familias o personas en extrema pobreza, grupos de edades extremas y otros.
 - Experiencias de definición de "zonas de acción sanitaria" para implementar intervenciones integradas, nutrición, empleo y mejora ambiental en zonas geográficas definidas como prioritarias.

- Programas de rotación laboral de trabajadores en puestos de alto riesgo y cambios en la modalidad de contrato para puestos de trabajo asociados a mayor riesgo psico-social.
- Suministro de alimentación saludable en los lugares de trabajo y escuelas.
- Intervenciones desde el sistema de salud sobre los determinantes sociales y soporte a los grupos mas desfavorecidos:
 - Evaluación y medición de las inequidades en salud y atención de salud por las autoridades nacionales y locales, como base para la asignación de recursos, y definición de programas acorde a las necesidades.
 - Implementación de servicios de salud ocupacional para todos los trabajadores, especialmente inmigrantes y aquellos que se encuentran desarrollando trabajos “informales”.
 - Programas integrados de salud y nutrición en las escuelas. Capacitación en salud a comunidades locales.
 - Programas de subsidios sociales que vinculen éstos con el cumplimiento de metas en las familias que disminuyan su riesgo social, aumentar el porcentaje de asistencia de los niños a las escuelas, realización de chequeos médicos sistemáticos y otras medidas de promoción de la salud.
 - Intervenciones para superar las barreras de acceso al sistema de salud de los grupos desfavorecidos.
 - Intervenciones para disminuir la estratificación social:
 - Definición de Presupuesto público asignado a los distintos sectores sociales basado en la definición de metas y actividades específicas que contribuyan al cumplimiento de objetivos sanitarios y de equidad en salud en los países.
 - Programas de participación y empoderamiento comunitario, preferentemente de los grupos socialmente excluidos, que contribuyan a la cohesión social.

- Programas que contribuyan a disminuir los efectos negativos de las enfermedades sobre la posición social: empobrecimiento por pagos catastróficos, desempleo, falta de protección laboral para los ciudadanos con enfermedades crónicas y/o soporte para su reinserción en el trabajo.

La CDSS estaba integrada por un destacado grupo de miembros, con amplia experiencia en materia de políticas, el mundo académico y actividades de sensibilización liderada por Sir Michael Marmot²⁴.

Además de los miembros estables, la Comisión ha contado con la ayuda de numerosos profesionales de distintos países con los que hemos podido colaborar. Así mismo, ha publicado numerosos informes²⁵ como: *“Health Equity at the Country Level: lessons from the CSDH on translating a complex agenda into action”*, *“Health equity through intersectorial actions: an analysis of 18 country case studies”*, *“Employment conditions and health inequalities”*, *“Our cities, our health, our future: Acting on social determinants for health equity in urban settings”*, etc.

En septiembre de 2008, elaboró el informe final titulado: *“Closing the gap in a generation”*²⁶ traducido al castellano como *“Subsanar las desigualdades en una generación”*. En este informe se plantean tres líneas de acción:

²⁴ Consultar anexo III

²⁵ Pueden ser consultados en http://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/final_reports/en/index.html y en http://www.who.int/social_determinants/resources/latest_publications/en/index.html

²⁶ Versión inglesa completa http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf
Versión en castellano (resumen) http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf

1.- Mejorar las condiciones de vida

Mejorar el bienestar de las niñas y las mujeres, y las condiciones en que nacen los niños, favorecer el desarrollo de la primera infancia y la educación para los niños y las niñas, mejorar las condiciones de vida y de trabajo, y formular políticas de protección social dirigidas a toda la población, y crear las condiciones que permitan envejecer bien. Las políticas encaminadas a alcanzar esos objetivos han de contar con la participación de la sociedad civil, los poderes públicos y las instituciones internacionales.

2.-Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos. Para combatir la inequidad sanitaria y las disparidades en las condiciones de vida, hay que atajar las desigualdades, por ejemplo entre hombres y mujeres, en el modo en que está organizada la sociedad. Ello requiere un sólido sector público comprometido, capaz y dotado de suficiente financiación, para lo que no sólo hay que fortalecer las instancias gubernamentales, sino también la gobernanza: hay que dar legitimidad, cabida y apoyo a la sociedad civil, a un sector privado responsable y a los miembros de toda la sociedad, con el fin de definir el interés común y reinvertir en la acción colectiva. En un mundo globalizado, se impone aplicar un estilo de gobernanza que promueva la equidad desde el nivel comunitario hasta las instituciones internacionales.

3.-Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones

Reconocer que existe un problema y conseguir que se evalúe la magnitud de la inequidad sanitaria a nivel nacional y mundial es un punto de partida esencial para la acción. Los gobiernos nacionales y las organizaciones internacionales deben poner en marcha, con el apoyo de la OMS, sistemas de vigilancia de la equidad sanitaria nacionales e internacionales que permitan hacer un seguimiento sistemático de las desigualdades sanitarias y de los determinantes sociales de la salud, así como evaluar

los efectos de las políticas e intervenciones en la equidad sanitaria. Para crear el espacio y la capacidad institucionales que permitan combatir con eficacia la inequidad sanitaria, hay que invertir en la formación de los responsables de formular las políticas y de los profesionales de la salud, y explicar a la población qué son los determinantes sociales de la salud. También es necesario dar mayor cabida a los determinantes sociales de la salud en la investigación en materia de salud pública.

Ahora es responsabilidad de cada gobierno, con la ayuda necesaria, incluir las recomendaciones del Informe en el diseño y desarrollo de políticas dirigidas a la reducción de las desigualdades en salud.

2.6.2. Situación actual en Europa

En el año 2005, Gran Bretaña ostentó la Presidencia de la Comisión Europea, constituyéndose en prioritario el tema de las desigualdades sociales en salud. En una de las primeras reuniones celebradas para abordar este problema bajo el lema “Tackling Health Inequalities”²⁷, se estableció una serie de acciones intersectoriales implicando a todos los departamentos del gobierno²⁸. Estas políticas se han elaborado utilizando como base el Informe Black y el Informe Achenson²⁹.

Algunas iniciativas previas³⁰ del Gobierno británico han sido:

1999 “*Saving lives: our healthier nation*”

²⁷ La entonces Ministra Británica de Sanidad, Patricia Hewitt, y el Comisario Europeo de Salud y Protección de los Consumidores, nos invitaron a participar en el panel de expertos del Gobierno Británico.

Esta reunión se celebró el 17 y 18 de octubre de 2005.

http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/International/EuropeanUnion/EUpresidency2005/DH_4131555

²⁸

<http://www.dh.gov.uk/en/Publichealth/Healthinequalities/Healthinequalitiesguidancepublications/index.htm>

²⁹

<http://www.dh.gov.uk/en/Publichealth/Healthinequalities/Healthinequalitiesguidancepublications/index.htm>

³⁰

<http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/International/EuropeanUnion/EUpresidency2005/index.htm>

2002 Iniciativa intersectorial del Gobierno para reducir las desigualdades: *“Government’s cross cutting review on tackling health inequalities”*

2003 Desarrollo de un programa específico para reducir las desigualdades: *“Tackling health inequalities: a programme for action”*

2003 Diseño de estrategias que garanticen la aplicabilidad de los programas en el futuro: *“Securing our future health: taking a long-term view”*

2004 Asegurando la salud para toda la población: *“Securing good health for the whole population”*

Después del *“Tackling Health Inequalities Summit”*:

2005 Garantizar que todos los ciudadanos tengan el mismo acceso a un nivel de salud, enfatizando la elección personal respecto a los estilos de vida: *“Choosing health: making healthy choices easier”*

2006 Nuestra Salud, nuestro cuidado, nosotros decimos: *“Our Health, Our care, Our say”*

2006 Promoviendo comunidades saludables: *“Promoting prosperous communities”*

2006 Sistema Nacional de Salud, operativizando un marco de referencia para identificar las desigualdades de salud como una de las seis prioridades del Gobierno: *“NHS Operating Framework identifies health inequalities as one of 6 priorities”*

2007 Commissioning Framework for Health and Wellbeing

2007 Joint Health and Social Care Performance Framework

2008 Tackling Health Inequalities: Progress and Next Steps

En otros países europeos también se está trabajado intensamente en la reducción de las desigualdades sociales en salud, pues actualmente constituye un tema prioritario en la agenda política, dentro del área de la salud pública. Tanto la Comisión Europea³¹ como

³¹ http://ec.europa.eu/health/ph_overview/strategy/health_strategy_en.htm

la Organización Mundial de la Salud³², así como otras instituciones y organismos, han elaborado y financiado numerosos proyectos cuyo objetivo principal es la reducción de las desigualdades en salud. Nos gustaría mencionar el proyecto DETERMINE³³ como ejemplo de una acción internacional e intersectorial para el estudio de los determinantes sociales de la salud.

El proyecto DETERMINE es una amplia iniciativa de la UE destinada a propiciar acciones concretas que incidan en los determinantes sociales y económicos de las desigualdades de salud. Reúne a un Consorcio de más de 50 organismos sanitarios, de salud pública e institutos de promoción de la salud, gobiernos y diversas organizaciones no gubernamentales, profesionales y académicas y redes de 26 países europeos. Se trata, pues, de una de las agrupaciones más amplias que se han desarrollado desde que se iniciaron los Programas de Acción Sanitaria de la UE. El objetivo general es conseguir una mayor toma de conciencia y capacidad entre los responsables de las decisiones de todos los sectores para que tengan en cuenta la salud y la igualdad en este campo cuando elaboran las políticas. Esto exige una colaboración entre el sector sanitario y todos los demás, mucho mayor de la que se ha mantenido hasta el momento.

2.6.3. La situación en España - el Informe Navarro

En España, en 1993, el Ministerio de Sanidad y Consumo encomendó a una comisión oficial un estudio sobre desigualdades sociales en nuestro país, creándose una comisión científica dirigida por el Prof. V. Navarro para documentar y analizar las desigualdades sociales en salud y hacer las recomendaciones en las políticas públicas. El informe

³² <http://www.euro.who.int/socialdeterminants>
http://www.euro.who.int/socialdeterminants/hbsc/20080821_26 Trabajo de la OMS para reducir las desigualdades sociales en salud entre adolescentes, grupo en el que hemos participado como miembro de la “task force”. El informe final puede consultarse en <http://www.euro.who.int/Document/E91921.pdf>

³³ <http://www.health-inequalities.eu/>. Es un proyecto de tres años de duración del que somos representantes a nivel nacional. El primer informe en español puede consultarse en <http://www.health-inequalities.org/pdf.php?id=9960627dd45e73112e818f49b6e82ddc>

finalizó en 1996, momento en el cual se produce en España un cambio de Gobierno que pasa del Partido Socialista Obrero Español (PSOE) al Partido Popular (PP).

Dicho estudio dio como resultado un informe conocido como el Informe Navarro. Sin embargo, al contrario que sucediera en el Reino Unido, el informe no tuvo un gran impacto mediático ni generó un debate nacional entre las fuerzas políticas, sindicales y científicas de nuestro país. Esto contribuyó a que las recomendaciones realizadas no se tradujeran en intervenciones para mitigar las desigualdades que éste ponía en evidencia. El informe de la comisión científica, “Desigualdades sociales de salud en España”, fue publicado en 1996 en la Revista Española de Salud Pública cuyos autores firmantes eran el profesor V. Navarro López³⁴ y profesor J. Benach de Rovira³⁵, (Navarro López & Benach de Rovira, 1996).

El Informe se inicia con una revisión sistemática de los trabajos realizados en España sobre este tema. Posteriormente propone dos estudios propios:

- a. Un estudio ecológico sobre desigualdades en la mortalidad a nivel de áreas pequeñas (unidades menores de provincias y Comunidades Autónomas) realizado de 1990-1992. El resultado muestra un gradiente entre la España del norte-noreste, con mayor índice de riqueza y mejores índices de salud; y la España del sur-suroeste, más pobre y con peores indicadores de salud. La asociación estadística entre variables de privación material y mortalidad, resulta evidente en las áreas estudiadas (Benach et al., 2003). Las Comunidades Autónomas de Andalucía, Extremadura y Canarias presentan zonas con mayor riesgo de mortalidad. Las Comunidades de Las Rioja, Aragón, Navarra, Euskadi,

³⁴ El profesor Navarro tiene un reconocimiento y prestigio a nivel nacional e internacional incuestionable. En su página web pueden consultarse sus publicaciones más recientes, así como los proyectos en los cuales actualmente se encuentra involucrado <http://www.vnavarro.org/wp/>

³⁵ El profesor Benach es un referente en España en el tema de desigualdades sociales en salud. Colabora a nivel internacional en numerosas comisiones sobre este tema. En su página web pueden consultarse algunos de sus trabajos en varios idiomas <http://www.upf.edu/ursl/membres/benach.html>

Cataluña, Cantabria y Castilla León, tienen el menor porcentaje de zonas con alta mortalidad y presentan mayor nivel socioeconómico.

b. Un análisis comparativo de las Encuestas Nacionales de Salud de 1987 y 1993.

Algunos de los resultados encontrados fueron:

b.1. Las diferencias sociales en la autopercepción del nivel de salud son menores en las Comunidades del norte-noreste y mayores en las del sur-suroeste.

b.2. La prevalencia de enfermedades crónicas tiene un gradiente social claro para la hipertensión y diabetes en mujeres y para las enfermedades respiratorias en hombres.

b.3. En lo que se refiere al uso de recursos del sistema sanitario, no existen diferencias en cuanto a la hospitalización, pero sí en el acceso a servicios dentales.

Algunas de las recomendaciones del informe fueron las siguientes:

- Valorar las experiencias políticas públicas en la lucha contra las desigualdades sociales: Por ejemplo en Euskadi el “Plan Integral de Lucha Contra la Pobreza 1988-1992”; Barcelona con el “Plan de Intervención en Salud Materno-infantil en Ciutat Viella 1987-1992” y de “Control de Tuberculosis en Indigentes”.
- Mejorar los sistemas de información introduciendo variables sociales en los registros y análisis, así como la formación de profesionales en este campo.
- Convertir la comisión en permanente.
- Mejorar las condiciones de vida y trabajo de la población.
- Priorizar la intervención sobre estilos de vida en poblaciones más vulnerables.
- Descentralización de la toma de decisiones y fomento de la participación.
- Tomar en cuenta el impacto en la salud en los planes de desarrollo intersectorial.
- Distribución de recursos sociosanitarios según necesidad.

- Evaluar las políticas públicas relativas a la salud.
- Priorizar la atención a los niños, condiciones laborales y de vivienda, áreas de privación material, cambio de hábitos de la población vulnerable, acceso al sistema sanitario de toda la población.

La cuestión que sería objeto de debate es si después de los gobiernos del Partido Popular (1993-2003), y teniendo en cuenta que las recomendaciones del Informe Navarro están plenamente vigentes, el actual gobierno del Partido Socialista inició algunas acciones para integrar en la agenda política algunas de las mismas. En la primera legislatura (2003-2007), se emprendieron importantes cambios sobre políticas sociales, como por ejemplo la “Ley de Dependencia” (aún sin desarrollar plenamente y de aplicación totalmente desigual en el territorio nacional); “Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud”³⁶ ; “IV Plan de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres 2003-2006”³⁷; “Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud”,³⁸ cuyo principal objetivo es *“dar respuesta a los retos que tiene planteados el Sistema Nacional de Salud, incrementando la cohesión del sistema, garantizando la equidad en la atención sanitaria a los ciudadanos, con independencia del lugar en el que residan; y asegurando que esta atención sea de la máxima calidad”*. Se estructura en 6 grandes áreas de actuación.

I. PROTECCIÓN, PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN

Estrategia 1.- Proteger la salud

Estrategia 2.- Salud y hábitos de vida

³⁶http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/transparencia/LEY_COHESION_Y_CALIDAD.pdf

³⁷http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/IV_Plan_Igualdad_Hombre_Mujeres_2003-2006.pdf

³⁸ Texto íntegro del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pncalidad.htm>

II. FOMENTAR LA EQUIDAD

Estrategia 3.- Impulsar políticas de salud basadas en las mejores prácticas

Estrategia 4.- Analizar las políticas de salud y proponer acciones para reducir las inequidades en salud con énfasis en las desigualdades de género

III. APOYAR LA PLANIFICACIÓN Y EL DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Estrategia 5.- Adecuación de los recursos humanos a las necesidades de los servicios sanitarios

IV. FOMENTAR LA EXCELENCIA CLÍNICA

Estrategia 6.- Evaluar las tecnologías y procedimientos clínicos como soporte a las decisiones clínicas y de gestión

Estrategia 7.- Acreditar y auditar centros y servicios sanitarios

Estrategia 8.- Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS

Estrategia 9.- Mejorar la atención a los pacientes con determinadas patologías

Estrategia 10.- Mejorar la práctica clínica

V. UTILIZAR LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN PARA MEJORAR LA ATENCIÓN

Estrategia 11.- Sanidad en Línea

VI. MAYOR TRANSPARENCIA

Estrategia 12.- Diseñar un sistema de información del SNS fiable, oportuno y accesible.

Tabla 1: Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud

1. Salud y prevención	Proteger la salud Salud y hábitos de vida
2. Equidad	Políticas de salud Salud y género
3. Recursos humanos	Adecuar los recursos a las necesidades
4. Excelencia clínica	Evaluar técnicas y procedimientos Auditar centros y servicios Estándares y recomendaciones Mejorar la seguridad de los pacientes Mejorar la atención a los pacientes Mejorar la práctica clínica
5. Tecnologías Información	Las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones al servicio de los ciudadanos Tarjeta Sanitaria del SNS Historia Clínica Digital del SNS Receta electrónica del SNS Nodo de Intercambio SNS
6. Transparencia	Indicadores clave del SNS Banco de Datos del SNS Estadísticas del Ministerio de Sanidad y Consumo Acceso difusión y cesión de datos

El Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud explícitamente en el apartado de equidad, desarrolla las estrategias 3 y 4.

ESTRATEGIA 3.- impulsar políticas de salud basadas en las mejores prácticas, cuyos objetivos son:

1. Describir, sistematizar, analizar y comparar información sobre las políticas, programas y servicios de salud.

2. Poner a disposición, y contrastar con las opiniones de los usuarios, los profesionales y los tomadores de decisiones, el conocimiento sobre la evolución, problemas y logros del SNS y de los servicios de salud que lo componen.

Concretamente el objetivo 1 (Describir, sistematizar, analizar y comparar información sobre las políticas, programas y servicios de salud), se desarrolla a través de los siguientes apartados:

42. Publicar y difundir un informe periódico sobre la situación de salud de los españoles.

43. Publicar y difundir informes sobre el funcionamiento, logros y problemas del Sistema Nacional de Salud, así como sobre la variabilidad territorial en la situación de salud y en los riesgos para la salud.

44. Promover la realización de estudios para el conocimiento y análisis de las políticas, programas y servicios de salud en España.

45. Comparar los contenidos y los resultados de las políticas, los programas y la actuación de los servicios de salud en España con los de otros países, en colaboración con el Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios y otros organismos internacionales.

El objetivo 2 (Poner a disposición, y contrastar con las opiniones de los usuarios, los profesionales y los tomadores de decisiones, el conocimiento sobre la evolución, problemas y logros del SNS y de los servicios de salud que lo componen) se desarrolla en los siguientes artículos:

46. Analizar la evolución de la opinión de la población general acerca de su salud así como de su satisfacción con el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

47. Difundir la información sobre indicadores de calidad del Sistema Nacional de Salud y sus servicios, y facilitar la comparación con sus mejores prácticas para mejorar su calidad.

48. Promover espacios de encuentros presenciales y virtuales (seminarios, talleres, foros) entre organizaciones sociales, sociedades profesionales y las administraciones públicas con el objetivo de compartir y contrastar diferentes percepciones de los servicios de salud.

49. Crear foros de debate en la página electrónica del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y cuestiones de interés para los ciudadanos, para facilitar su participación en los aspectos que se refieren a su salud y a la utilización más adecuada de los servicios sanitarios

ESTRATEGIA 4.- Analizar las políticas de salud y proponer acciones para reducir las inequidades en salud con énfasis en las desigualdades de género. Tiene los siguientes objetivos:

1. Promover el conocimiento sobre las desigualdades de género en salud y fortalecer el enfoque de género en las políticas de salud y en la formación continuada del personal de salud.

2. Generar y difundir conocimiento sobre las desigualdades en salud y estimular buenas prácticas en la promoción de la equidad en atención a la salud y en la reducción de las desigualdades en salud, mejorando así la atención a los grupos más desfavorecidos y en riesgo de exclusión.

El objetivo 1, se desarrolla en los siguientes artículos:

1. Promover el conocimiento sobre las desigualdades de género en salud y fortalecer el enfoque de género en las políticas de salud y en la formación continuada del personal de salud.

50. Realización y publicación de un Informe anual sobre Salud y Género.

51. Ofrecer información accesible y de calidad sobre género y salud y sobre el SNS en la página electrónica del Ministerio de Sanidad y Consumo en colaboración con personas y organizaciones expertas en comunicación en salud y género.
52. Promover la inclusión de la perspectiva de género en los sistemas de información sanitaria y en las estrategias de salud trabajando con los grupos de expertos y sociedades científicas.
53. Identificación y difusión de buenas prácticas sobre la inclusión del enfoque de género en las políticas y servicios de salud.
54. Impulsar la formación de los recursos humanos en salud incluyendo las desigualdades de género en salud tanto en la educación de pre-grado (en colaboración con las universidades), como en los programas de formación continuada del personal de salud, en colaboración con las Comunidades Autónomas.
55. Desarrollar indicadores sobre la atención a la salud sexual y reproductiva en el Sistema Nacional de Salud, así como la promoción, identificación y difusión de buenas prácticas, con la colaboración de organizaciones de mujeres y sociedades profesionales.
56. Prestar particular atención a la prevención de embarazos no deseados, sobre todo en aquellos grupos donde este problema se da con mayor frecuencia.
57. Mejorar el conocimiento sobre la magnitud y evolución de la violencia de género como problema de salud proponiendo fuentes de información e indicadores.
58. Mejorar la prevención, la detección y la atención que ofrece el Sistema Nacional de Salud a las mujeres que están en riesgo o padecen violencia de género.
59. Estudiar la salud de las mujeres maduras como momento de la vida en la que acontecen situaciones de riesgo (doble jornada, cuidados informales, medicalización del envejecimiento) y oportunidades para mejorar sus estilos de vida y su auto-percepción de su salud.

60. Estudiar las diferencias de género en la atención de los procesos más frecuentes (por ejemplo, cardiopatía isquémica o cáncer).

61. Estudiar las diferencias de género en los patrones de consumo de alcohol y drogas en jóvenes.

El objetivo 2 (Generar y difundir conocimiento sobre las desigualdades en salud y estimular buenas prácticas en la promoción de la equidad en atención a la salud y en la reducción de las desigualdades en salud, mejorando así la atención a los grupos más desfavorecidos y en riesgo de exclusión), se desarrolla en:

62. Elaborar un informe sobre cómo se contemplan las desigualdades por clase social, nivel educativo y en población inmigrante en las estrategias y planes de salud, tanto en las Comunidades Autónomas como en el ámbito internacional.

63. Realizar estudios-piloto sobre el acceso y utilización del Sistema Nacional de Salud según características socioeconómicas y nivel educativo de la población usuaria.

64. Diseñar una encuesta nacional de acceso y uso de servicios del Sistema Nacional de Salud según características socioeconómicas y cultura de la población usuaria para su realización en 2007.

65. Definir y estudiar las necesidades de salud y de atención en el Sistema Nacional de Salud de las mujeres y los hombres con discapacidad o limitaciones en la autonomía personal.

66. Definir y estudiar, con las organizaciones de mediadores, las necesidades de salud y de atención en el Sistema Nacional de Salud de las mujeres y los hombres trabajadores del sexo.

67. Recoger y difundir buenas prácticas e instrumentos para mejorar la accesibilidad y el uso adecuado de los servicios de salud, especialmente los de atención primaria,

urgencias, y los programas preventivos y de promoción de la salud, por los grupos en riesgo de exclusión (en particular, por la población inmigrante).

68. Desarrollar estrategias para promover la atención a la salud con un enfoque multicultural - especialmente en aspectos como los cuidados, la alimentación y la violencia - y, sobre todo, en las mujeres y los niños.

69. Promover la colaboración con otras administraciones para mejorar la efectividad de los programas de atención a estos grupos de población, especialmente con las administraciones locales (FEMP-Red española de ciudades saludables).

Dentro del primer objetivo de la estrategia 3, el Ministerio establece: “Se creará el Observatorio del Sistema Nacional de Salud, órgano dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo, que proporcionará un análisis permanente del Sistema Nacional de Salud en su conjunto, mediante estudios comparados de los servicios de salud de las comunidades autónomas en el ámbito de la organización, provisión de los servicios, gestión sanitaria y resultados [...]. [...] El Observatorio elaborará anualmente un informe sobre el estado del Sistema Nacional de Salud, que se presentará por el Ministerio de Sanidad y Consumo al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud”. (Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. CAPÍTULO VI. De la calidad. SECCIÓN 2.a Artículo 63. Observatorio del Sistema Nacional de Salud)

Actualmente están disponibles los Informes³⁹ de los años 2003, 2004, 2005 y 2006 publicado este último en 2008. El Informe SNS 2006 en el apartado de equidad⁴⁰ establece:

³⁹Informes Anuales del Sistema Nacional De Salud (SNS) , disponibles en <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e01.htm>

⁴⁰ IAS 2006 <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeAnual2006/informeAnualSNS2006definitivo4Marzo2008.pdf>

La equidad es uno de los valores del Sistema Nacional de Salud. Aspira a atender a la salud de las personas en términos de igualdad, tanto de trato como de resultados. Sin embargo, para que se produzcan resultados semejantes en términos de salud, es necesario tener en cuenta, en los procesos del SNS, que las personas son diferentes, viven en distintos lugares y sus experiencias sociales y en salud son heterogéneas. Por tanto, en relación con la equidad, los objetivos serían conseguir que todos los servicios lleguen a todas las personas por igual, pero también que tengan en cuenta las distintas necesidades y, por tanto, que sean diferentes para llegar mejor a todas.

Cuando en el año 2006 se presentó el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, el fomento de la equidad se incluyó como una de las seis áreas de actuación. La equidad en salud es un objetivo prioritario del SNS, tal y como establece la Ley General de Sanidad desde 1986. En España existe suficiente evidencia sobre la relación entre desigualdades sociales y resultados en salud, pero hay escasa información sobre cómo hay que abordarla desde los sistemas de salud.

Así mismo destacamos la creación del Observatorio de Salud de la Mujer⁴¹ (OSM), organismo intersectorial de la Dirección General de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo, cuyo fin es promover la disminución de las desigualdades en salud por género, actuando mediante la información, investigación, comunicación y formación, de una manera participativa y colaborativa.

⁴¹ http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/OSM_Estrategia_Accion.pdf

Es importante mencionar la creación del **Observatorio de Desigualdades en Salud**⁴². Dicho grupo ha generado un portal científico de acceso libre y gratuito especializado en Desigualdades en la Salud desarrollado por el Programa Transversal de Desigualdades en la Salud y el Centro de Investigación Biomédica en red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP) y dirigido al ámbito académico y científico y la sociedad en general. Creado en 2008 como resultado de un objetivo estratégico del CIBERESP, su actividad se basa en el intercambio de información en la red sobre desigualdades en salud.

Los principales objetivos del Observatorio de Desigualdades en la Salud (ODS) son:

- Crear un servicio de información virtual, en el que se recoja, sistematice y transmita información y documentación sobre desigualdades en la salud, referido fundamentalmente al estado español y a sus comunidades autónomas.
- Establecer una plataforma electrónica de apoyo para la comunidad científica y profesional, en especial del CIBERESP.
- Desarrollar contenidos y servicios dirigidos a la población en general que sirvan para difundir los resultados de los estudios e investigaciones llevadas a cabo.

Los antecedentes del Observatorio de Desigualdades en la Salud

El antecedente del actual Observatorio de Desigualdades en la Salud es el Observatorio de Desigualdades de Género en la Salud (ODSG). En el año 2000, el Grupo de Género y Salud Pública de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) propuso la creación del ODGS con el propósito de actuar como “eco de resonancia” ante las desigualdades en salud producidas por la articulación de la construcción social de sexo.

⁴²La página oficial del Observatorio de Desigualdades en la Salud es <http://www.ods-ciberesp.es>.

Poco a poco se fue consolidando su presencia en la red, inicialmente de forma voluntaria gracias al apoyo logístico de la Escuela Andaluza de Salud Pública y, luego, con la financiación de la Red Temática de Investigación de Salud y Género (2003-2006) y del Observatorio de la Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo (2006-2007).

A partir de julio de 2007, el ODGS cuenta con una nueva fuente de financiación: El CIBER de Epidemiología y Salud Pública, que le permite ampliar el ámbito de investigación a otros ejes de desigualdades en la salud y, en consecuencia, se cambia la denominación a Observatorio de Desigualdades en la Salud.

Destacar también a la Agencia de Salud Pública de Barcelona, alguno de cuyos miembros como Carme Borrell, Lucía Artazcoz, y otros, son un referente nacional e internacional en el estudio de las desigualdades en salud. Han elaborado varios informes entre los que queremos mencionar “Desigualdades sociales en salud, los estilos de vida y la utilización de Servicios Sanitarios en las Comunidades Autónomas 1993-2003”⁴³ publicado en el año 2006.

Así mismo en los últimos años se han realizado numerosos estudios y publicaciones de carácter científico que iremos mencionando a lo largo del desarrollo de esta tesis.

3. FACTORES DETERMINANTES DE SALUD, DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y DESIGUALDADES EN SALUD: CLARIFICANDO LOS TÉRMINOS

3.1. Determinantes de la salud

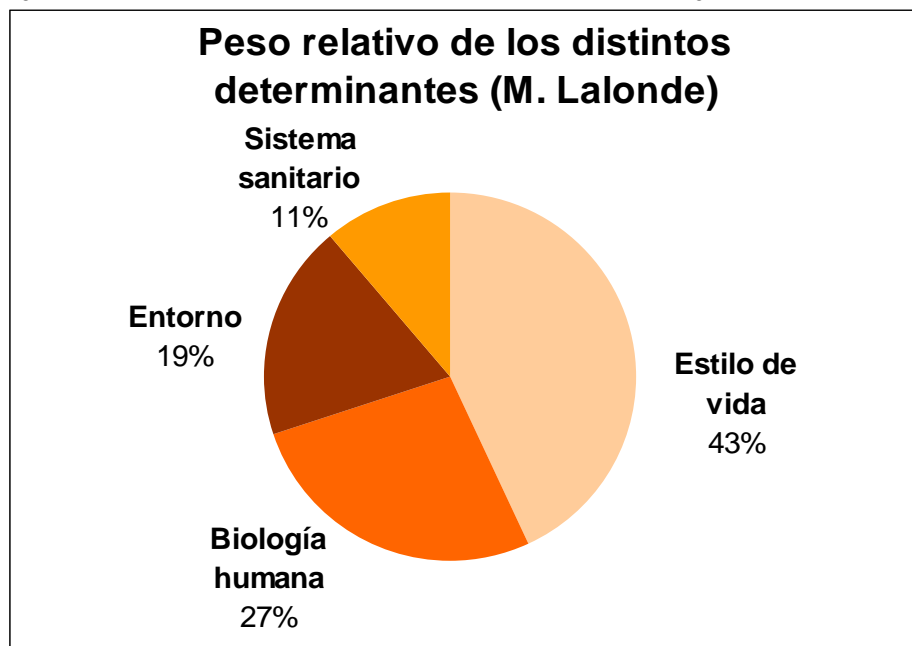
43

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Desigualdades_sociales_salud_y_SS.pdf

La salud es un estado dinámico, pudiendo estar influida por numerosos factores relacionados con las circunstancias individuales y el entorno. Por “determinante de salud” entendemos un elemento que ejerce un efecto positivo o negativo sobre ésta.

En 1974 el Ministro de Salud de Canadá, Marc Lalonde, establece una clasificación de determinantes de salud en cuatro apartados: la biología humana, los estilos de vida, el medio ambiente y el sistema sanitario. De estos factores ya se conocía el que mayor incidencia tenía en el estado de salud: los estilos de vida. Sin embargo, tal como afirma Lalonde, el presupuesto invertido en países desarrollados presentaba (y aún sigue siendo así) un desigual reparto, correspondiendo la inversión en el sistema sanitario al mayor presupuesto asignado (Lalonde, 1974). El nivel de salud de una población viene determinado por la interacción de estos cuatro factores.

Fig. 1: Peso relativo de los distintos determinantes de la salud según M.Lalonde



La biología humana se refiere a los factores genéticos que escapan de la intervención de la salud pública y constituyen las características individuales de la salud. Este campo de investigación adquiere mayor relevancia continuamente a medida que descubrimos la implicación genética en un gran número de patologías y problemas de salud. La

identificación de la base genética de algunas enfermedades como el cáncer, permite establecer el diagnóstico y tratamiento precoz. Actualmente el debate en torno a la necesidad del screening genético suscita problemas éticos, sociales y legales.

El entorno físico se refiere a un ecosistema en el que el ser humano interactúa con el entorno de modo continuo, de cuyo equilibrio depende el bienestar del individuo. Las áreas prioritarias de acción son la calidad del aire dentro y fuera de la vivienda, ruido, características de la vivienda, salubridad del agua de consumo humano, campos electromagnéticos, radiaciones y exposición a compuestos químicos. El impacto en la salud se manifiesta a través de problemas de audición, alteraciones en el patrón de sueño, estrés, hipertensión, cáncer de piel y de otros tipos, asma, enfermedades circulatorias, respiratorias y defectos congénitos en el nacimiento.

Los proyectos de educación para la salud enfocados al entorno deberían monitorizar cuidadosamente el nivel de exposición y las alteraciones que ésta produce en la salud, y la necesidad de establecer indicadores claros que determinen los niveles de contaminación (acústica, radiactiva, de contaminación por gases, etc.)

Los estilos de vida hacen referencia a las conductas individuales, dependiente a su vez de otros factores como la cultura, el empleo, la educación, el nivel de ingresos y las redes sociales.

Los problemas de salud ligados a los estilos de vida pueden estar influidos por diversas circunstancias a lo largo de la vida desde la infancia a la vejez. Los programas de promoción de la salud deben estar dirigidos a favorecer estilos de vida saludables, teniendo en cuenta el contexto social y cultural del individuo, así como su intervención en los diversos escenarios en los que las personas desarrollan su actividad diaria: escuelas, lugares de trabajo, complejos deportivos, asociaciones de vecinos, etc. Tradicionalmente los estilos de vida se refieren al consumo de tabaco y alcohol,

nutrición, abuso de sustancias tóxicas (drogas), alimentación, ejercicio físico, hábitos higiénicos y salud mental.

El sistema sanitario es otro de los factores que determinan la salud de la población. Entre sus funciones está la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, el tratamiento y rehabilitación. Hace referencia a la calidad, cobertura y accesibilidad. El modelo de asistencia sanitaria determina el énfasis en la promoción y prevención o en la curación de la enfermedad, prestación de cuidados y tratamientos de las enfermedades, la disposición de los métodos y medios de diagnósticos; así mismo establece la accesibilidad al sistema y la universalidad del mismo. Sin embargo, se considera que es el factor que menos influye en la salud aunque, tal como hemos señalado, en la mayoría de países desarrollados es el determinante que más recursos económicos recibe.

Actualmente la Organización Mundial de la Salud establece otra serie de factores que inciden en la salud. En un sentido amplio, podemos afirmar que las características del lugar en el cual un individuo vive, el estado del entorno, los factores genéticos, el acceso a un sistema sanitario estructurado, el nivel educativo y de ingresos económicos, las interrelaciones con el medio, amigos, familia, etc. tienen un impacto considerable en el nivel de salud de la población. Por eso es importante considerar el contexto social y económico en el que los individuos desarrollan sus vidas. Así mismo, hay que destacar la existencia de otra serie de factores incluidos dentro de los determinantes de la salud⁴⁴: el contexto social y económico, el entorno físico y las características personales, así como las conductas individuales. El contexto en el cual una persona vive determina su salud pudiendo favorecerla o, por el contrario, empeorarla.

Según la OMS, los determinantes sociales de la salud incluyen además:

⁴⁴ <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/index.html>

- Nivel de ingresos y estatus social: Un mayor nivel de ingresos y estatus social se relaciona con mejor salud. Cuanto mayor es la diferencia entre ricos y pobres, mayor es la desigualdad en salud (Andreotti, Minicuci, Kowal, & Chatterji, 2009; Demakakos, Nazroo, Breeze, & Marmot, 2008; Dragano et al., 2007; Gupta & Kumar, 2007; M. Marmot, 2005; Muntaner, Borrell, Benach, Pasarin, & Fernandez, 2003; Vukovic, Bjegovic, & Vukovic, 2008).
- Educación: niveles bajos de educación se relacionan con peor salud, mayores niveles de estrés y baja autoestima (Ezendam et al., 2008; Fernandez et al., 2006; Karmakar & Breslin, 2008; Karter et al., 2007; Koch et al., 2007; McFadden, Luben, Wareham, Bingham, & Khaw, 2008a; F. V. A. van Oort, van Lenthe, & Mackenbach, 2004; S. Wamala, Merlo, Bostrom, Hogstedt, & Agren, 2007).
- El entorno físico: agua potable, aire no contaminado, entorno de trabajo saludable, viviendas seguras, transporte y carreteras en buen estado contribuyen a una mejor salud. Particularmente las condiciones laborales y el empleo tienen un impacto en la salud de la población de manera exponencial (Benach, Muntaner, Benavides, Amable, & Jodar, 2002; K. Giskes et al., 2008; Kamphuis et al., 2008; J. P. Mackenbach, 2006; J. P. Mackenbach, 2007; M. G. Marmot, 1986; Monden, van Lenthe, & Mackenbach, 2006).
- Redes de apoyo social: el apoyo familiar, amigos y de la comunidad tienen efectos positivos sobre la salud. Otros aspectos que la influyen son la cultura y las creencias (Caperchione, Lauder, Kolt, Duncan, & Mummery, 2008; Islam, Gerdtham, Gullberg, Lindstrom, & Merlo, 2008; Kouvonen et al., 2008; Lett et al., 2007; Mookadam & Arthur, 2004; Redondo-Sendino, Guallar-Castillon, Banegas, & Rodriguez-Artalejo, 2005; Steptoe, 2000).

- Los factores genéticos: la herencia genética juega un papel muy importante en la vida del individuo ya que determina la predisposición a padecer determinadas patologías (J. P. Mackenbach, 2005a; J. P. Mackenbach, 2005b; Veling, Mackenbach, van Os, & Hoek, 2008).
- La conducta y la capacidad de afrontamiento: unos hábitos saludables producen beneficios en la salud, una dieta equilibrada, la realización de ejercicio físico, no consumir tabaco ni drogas, un consumo moderado de alcohol, respetar el equilibrio entre el trabajo y ocio, horas de sueño necesarias, etc., son conductas generadoras de salud. También la capacidad de hacer frente a las circunstancias de la vida como afrontamos el estrés y los acontecimientos desfavorables afectan a la salud (Blaxter, 1990; Currie et al., 2008; Kloek, van Lenthe, van Nierop, Koelen, & Mackenbach, 2006; Louwman, van Lenthe, Coebergh, & Mackenbach, 2004; Rey-López, Vicente-Rodríguez, Biosca, & Moreno, 2008; Schrijvers, Bosma, & Mackenbach, 2002; van de Mheen, Stronks, Looman, & Mackenbach, 1998).
- Los servicios sanitarios: el acceso y uso de los servicios de salud, la prevención y tratamiento, también influyen en la salud (Abu-Zaineh, Mataria, Luchini, & Moatti, 2008; C. Borrell et al., 2001; C. Borrell et al., 2006; Drager & Vieira, 2002; Leon-Munoz et al., 2007; J. P. Mackenbach, 2005a; Muntaner, Salazar, Benach, & Armada, 2006; Olsen & Dahl, 2007; Pizarro et al., 2008; Redondo-Sendino, Guallar-Castillon, Banegas, & Rodriguez-Artalejo, 2006; Vanheusden et al., 2008).
- El género: los hombres y las mujeres padecen distintas patologías y a diferentes edades (Akhavan, Bildt, Franzen, & Wamala, 2004; Artazcoz, Benach, Borrell, & Cortes, 2004; C. Borrell et al., 2008; Chun, Khang, Kim, & Cho, 2008;

Consedine, Sabag-Cohen, & Krivoshekova, 2007; De Rijk, Janssen, Alexanderson, & Nijhuis, 2008; Redondo-Sendino et al., 2006; Santos, Ebrahim, & Barros, 2008; Schieman & McMullen, 2008; S. Wamala, Blakely, & Atkinson, 2006).

3.2. Determinantes sociales de la salud. Desigualdades sociales en salud

Dada la diversidad de factores que inciden en la salud de la población, se ha adoptado a nivel internacional la denominación de “factores sociales determinantes de salud” por entender que la expresión engloba mejor todos aquellos factores que no aparecen explícitamente en el modelo inicial de Lalonde. En el Informe de la Secretaría del Consejo Ejecutivo de la OMS⁴⁵ se define por determinantes sociales de la salud “*los determinantes estructurales y las condiciones de vida que son causa de buena parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país. Se trata en particular de: la distribución de poder, los ingresos y los bienes y servicios, las circunstancias que rodean las vidas de las personas, tales como su acceso a la atención sanitaria, la escolarización y la educación; sus condiciones de trabajo y ocio; y el estado de su vivienda y entorno físico. La expresión determinantes sociales resume pues el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud*” (OMS, 2008).

Las desigualdades en salud se refieren a las disparidades sanitarias de un país determinado y entre países que se consideran injustas, injustificadas, evitables e innecesarias (Leon, Walt, & Gilson, 2001; UNDP: United Nations Development Programme., 2000; Whitehead, 1992). Es decir, nos referimos a las diferencias en el

⁴⁵ Informe de la Secretaría de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Documento EB124/9 de 4 de diciembre de 2008. Puede consultarse en: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_9-sp.pdf

estado de salud o en la distribución de los determinantes de salud entre diferentes grupos sociales. Por ejemplo, las diferencias en mortalidad entre personas pertenecientes a diferente clase social. Es importante distinguir entre desigualdades en salud e inequidad (término utilizado frecuentemente en la bibliografía para designar las desigualdades). Algunas desigualdades en salud tienen su origen primario en las variaciones biológicas de los individuos o las elecciones libres que éstos adoptan, sin embargo, otras se deben al efecto del entorno y de las circunstancias en las que el individuo vive y que muchas veces excede a una decisión personal. En este caso hablamos de inequidad en salud⁴⁶.

Las condiciones sociales en las que vive una persona influyen su estado de salud. Circunstancias como la pobreza, bajo nivel de escolarización, inseguridad alimentaria, la exclusión, la discriminación social, las malas condiciones de vivienda, falta de higiene en los primeros años de vida y la escasa cualificación profesional constituyen algunos de los factores determinantes de gran parte de las desigualdades existentes entre países y dentro del mismo país en lo que respecta a los indicadores de salud como la esperanza de vida, la mortalidad, la morbilidad o las discapacidades.

Para mejorar la salud de la población y fomentar la equidad sanitaria es preciso desarrollar estrategias que afronten estos factores.

Sin embargo, no sólo las circunstancias sociales como la estratificación social y la posición social determinan las desigualdades, sino que existen otra serie de determinantes intermedios que deben tenerse en cuenta.

Las soluciones técnicas relativas al sistema sanitario son importantes pero no son suficientes. La acción sobre los determinantes sociales de la salud requiere el empoderamiento de las personas, comunidades y países.

⁴⁶ Accesible en <http://www.who.int/hia/about/glos/en/index.html>

Expongamos algunos ejemplos:

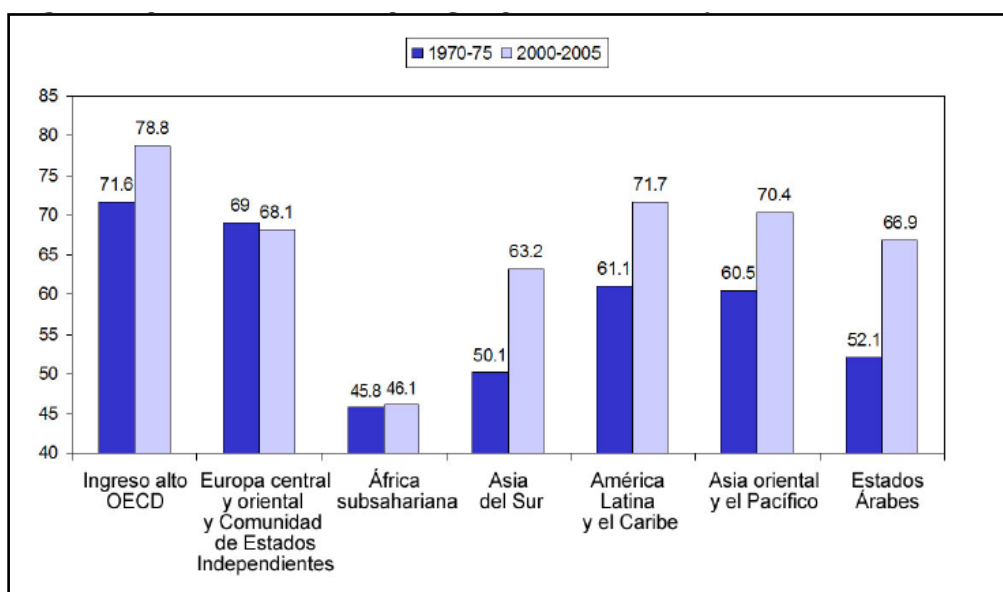
Consideremos tres niños nacidos uno en África, otro en el sur de Asia y otro en Europa.

Mientras que la esperanza de vida de los nacidos en África y Asia es menor de 50 años, el nacido en Europa tiene una esperanza de vida de 30 años más.

Los avances en salud logrados en Europa, Norteamérica y los países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OECD) durante el siglo XX han sido espectaculares. Este impulso se debe a la mejora en las condiciones de vida, trabajo y, posteriormente, a los avances en el sistema de asistencia sanitario.

En África, actualmente, la población presenta datos respecto a la esperanza de vida alcanzadas en el Sur de Asia en 1970 o en Europa en 1900. En algunos países la tasa de mortalidad materna es superior a 500 por cada 100.000 nacidos vivos. En Suecia la relación es de 2 por cada 100.000. En la tabla 2 podemos observar estas diferencias.

Tabla 2. Esperanza de vida al nacer por región, períodos 1970-1975 y 2000-2005



Fuente: (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2005; Raum et al., 2007) PNUD, 2005: 62.

Otro de los grandes problemas en materia de salud se refiere a las grandes diferencias entre los países. Estas diferencias tienen lugar en varios ejes de la estratificación social: el socioeconómico, político y cultural. Una expresión clara de estas desigualdades es la enorme diferencia existente entre el nivel socioeconómico alto y bajo. Por ejemplo, en El Salvador los hijos de madres sin nivel educativo presentan un riesgo 100 veces mayor de morir durante el primer año de vida. Sin embargo, esta cifra de mortalidad infantil se reduce en un cuarto cuando las madres poseen algún nivel de educación (World Bank, 2006b).

Pero estas desigualdades se manifiestan tanto en los países pobres como en los ricos. En la ciudad escocesa de Glasgow, la esperanza de vida de los hombres en las zonas marginadas es de 54 años, mientras que en las zonas más favorecidas es de 82 años (Hanlon, Walsh, & Whyte, 2006).

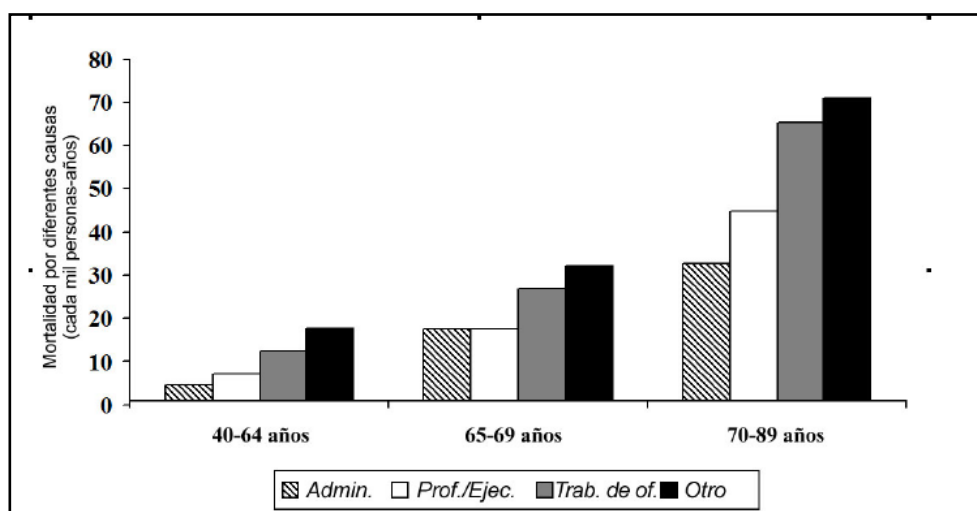
Si observamos los datos, podemos comprobar que la esperanza de vida de los hombres más pobres de Glasgow es menor que el promedio de la India. En el periodo 1997-2001,

los hombres con la esperanza de vida más baja de Estados Unidos presentaban cifras inferiores a las de Pakistán durante el periodo 1995-2000 (Murray, 2006).

Si analizamos la esperanza de vida de los grupos indígenas en todos los países del mundo, observamos que es inferior al promedio nacional dentro de los propios países en los que éstos se encuentran (Solar & Irwin, 2007).

Observando la diferencia existente entre niveles socioeconómicos altos y bajos dentro de un mismo país, aparece el gradiente social en salud (M. Marmot, 2005). En la tabla 3 se aprecia que cuanto más baja es la posición socioeconómica de un individuo, peor es su salud (M. G. Marmot & Shipley, 1996). Existe un gradiente social que va de lo más alto a lo más bajo del espectro socioeconómico (R. Wilkinson & Marmot, 2003). En general, las personas pertenecientes a grupos sociales favorecidos presentan mejor nivel de salud que los que se encuentran ubicados en grupos desfavorecidos. En Suecia, los individuos con un doctorado presentan una mortalidad más baja que aquellas que poseen una licenciatura o formación profesional (Erikson, 2001). Este fenómeno se observa en los países con ingresos bajos, medios y altos (Victora, 2003).

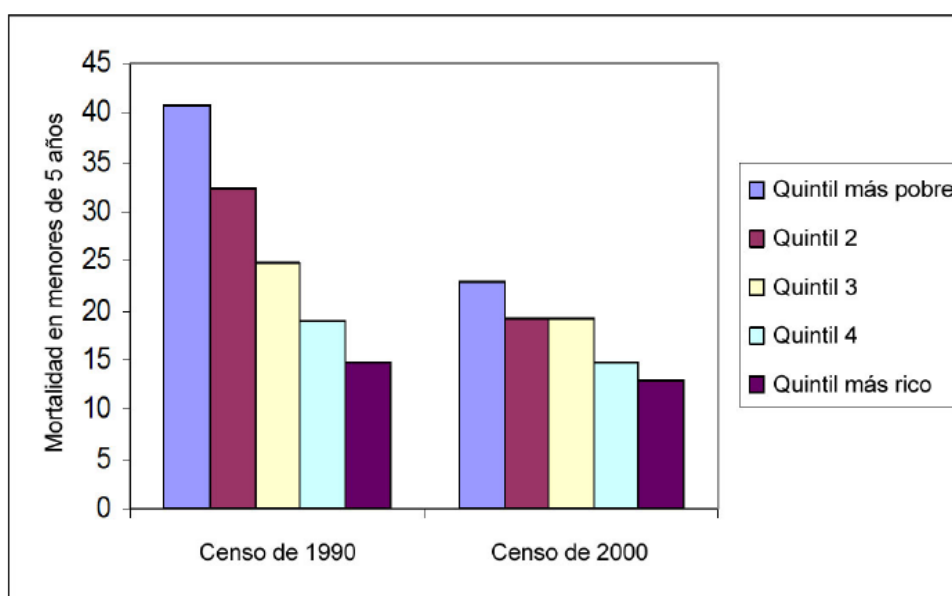
Tabla 3: Mortalidad en mayores de 25 años según el nivel de jerarquía ocupacional, Whiteball



Fuente: Marmot y Shipley, 1996: 364.

Las desigualdades en salud entre países, así como dentro de un mismo país, surgen como consecuencia de las desigualdades dentro y entre las sociedades: las desigualdades en las condiciones sociales y económicas con sus efectos en la vida de las personas, aumentando el riesgo de enfermarse y determinando las acciones realizadas para prevenir y tratar la enfermedad una vez instaurada. Existe evidencia que respalda esta afirmación como el caso de Tailandia (Vapattanawong et al.), Tabla 4.

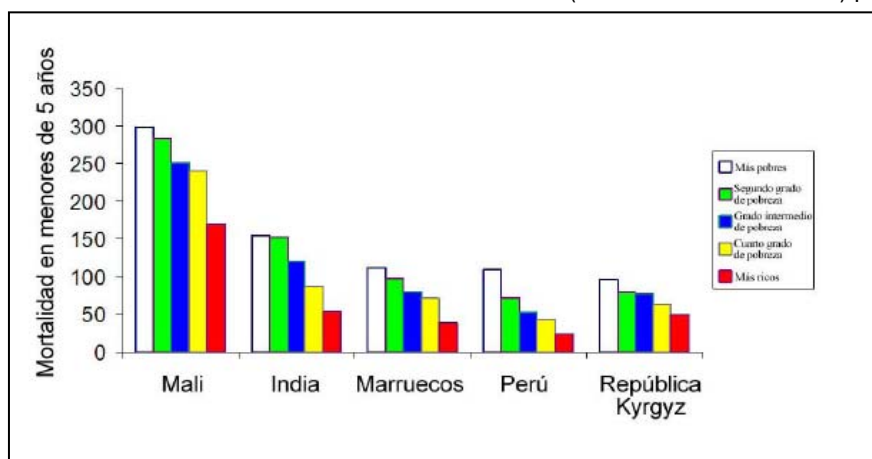
Tabla 4. Tasas de mortalidad en menores de 5 años por categoría de riqueza durante el período 1990 y 2000 en Tailandia.



Fuente: Vapattanawong et al, 2007: 853.

La mortalidad infantil muestra un claro gradiente social (G. R. e. a. Gwatkin, 2000). Si, idealmente se redujeran las desigualdades en la mortalidad en niños menores de 5 años, ésta se reduciría entre un 30-60% en la mayoría de los países con ingresos bajos y medios (T. A. Houweling, Jayasinghe, & Chandola, 2007).

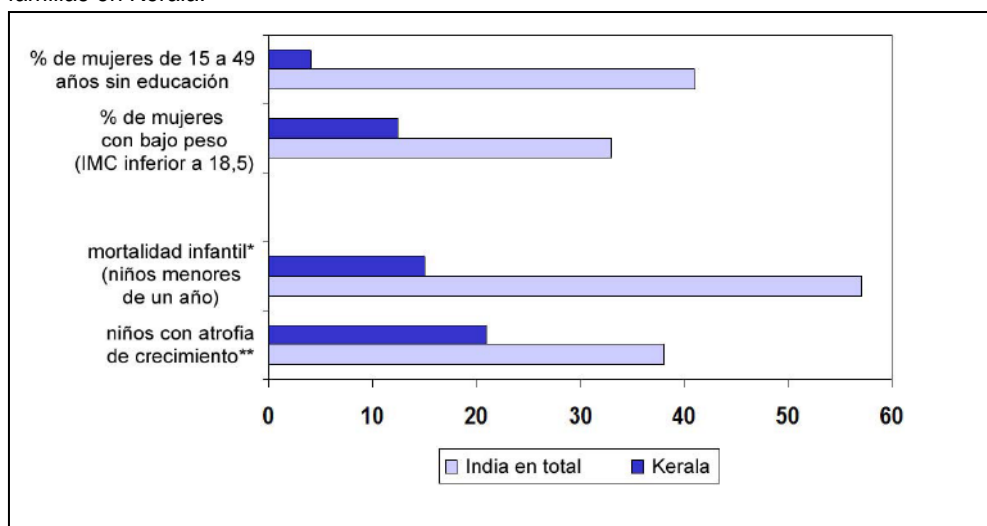
Tabla 5. Mortalidad en los niños menores de 5 años (cada 1000 nacidos vivos) por grupo de riqueza.



Fuente: Gwatkin et al, 2000: 1943.

Un ejemplo de la eficacia de intervenciones técnicas y sociales lo encontramos en el estado de Kerala en India. Las mujeres de Kerala poseen mayor nivel educativo y mejor alimentación que el promedio de la India (Commission on Social Determinants of Health (CSDH), 2007).

Tabla 6: Impacto de una mejor educación y nutrición para las mujeres sobre la nutrición y la salud de las familias en Kerala.



Fuente: CSDH, 2007: 21.

La educación constituye otro factor clave para la salud infantil (Goesling & Baker, 2008). Según UNICEF, más de 121 millones de niños en edad escolar no asisten a la

escuela (UNICEF, 2004) . La educación en mujeres adultas varía desde el 12% en Mali, el 13% en Afganistán al 100% en Cuba, Estonia, Letonia, Lituania y Eslovaquia (World Bank, 2006a). La importancia de la educación no se limita a la infancia ni a los países pobres. Es una medida de la estratificación social en los países ricos y pobres. La influencia de la educación en la salud se aprecia como una diferencia entre quienes la tienen y quienes no la tienen. Además presenta un gradiente social (Erikson, 2001).

Con respecto al entorno urbano, hay que resaltar que en 2007 más de la mitad de la población mundial vivía en zonas urbanas. En los países de altos ingresos, la población urbana tiene un acceso total a servicios sanitarios de calidad; en los países de bajos ingresos, sólo el 61% de la población urbana tiene esta posibilidad (World Bank, 2006a).

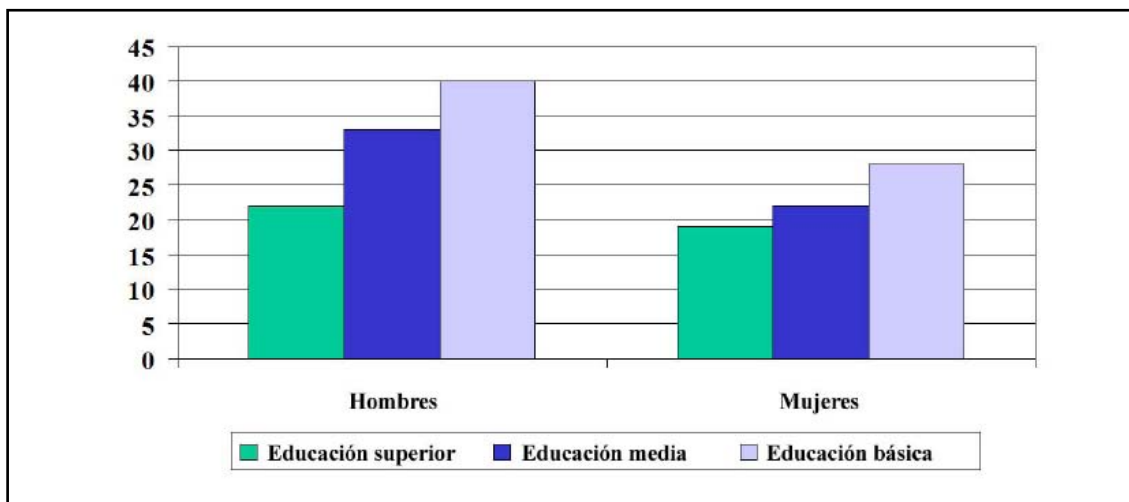
El entorno físico y las condiciones sociales pueden influir en la salud y generar desigualdades. Uno de los mayores desafíos de los gobiernos locales, regionales y nacionales, consiste en mejorar las condiciones de vivienda y de vida, acceso a agua potable para el consumo humano, buenos servicios sanitarios, sistemas eficientes de manejo de residuos, vecindarios más seguros, acceso a alimentos saludables, así como a servicios tales como transporte público, educación, asistencia social y atención infantil. Solamente el 38% de la población con bajos ingresos tiene acceso a servicios sanitarios, mientras que en aquellos más favorecidos el porcentaje alcanza el 100% (World Bank, 2006b). Un informe de UNICEF establece que más del 60% de los niños del Sur de Asia y África subsahariana carecen de una vivienda en condiciones mínimas de habitabilidad (UNICEF, 2004). Las mejoras en el entorno urbano, realizadas durante los últimos 50 años en países como Japón, Suecia, Singapur o Países Bajos, ponen de manifiesto el descenso de la morbi-mortalidad de la población que vive en esas áreas.

El entorno laboral es otro factor determinante de la salud. Las condiciones de trabajo, la naturaleza de los contratos, la jornada laboral, la disponibilidad de empleo y la seguridad laboral, constituyen aspectos importantes a tener en cuenta en la medición de la salud según este factor. Sabemos que los cambios en el mercado laboral, tan segmentado actualmente, representan riesgos de salud importantes debido a los peligros psicosociales y económicos asociados a un menor control laboral, inseguridad, empleo precario, falta de flexibilidad horaria, etc. (M. Bartley, Ferrie, & Montgomery, 2006; Benach & Muntaner, 2007; M. Marmot, Siegrist, & Theorell, 2006). El ejemplo de Suecia nos permite comprobar cómo la mejora global en las condiciones de trabajo influye en el bienestar y la salud de la población en un país de altos ingresos. Sin embargo, la realidad muestra cómo alrededor de 126 millones de niños entre 5 y 17 años trabajan en condiciones precarias y de riesgo. Se calcula que, aproximadamente, 5,7 millones de niños trabajan en empleos considerados como esclavos (UNICEF, 1989; UNICEF, 2004). El trabajo en zonas como la India o China muestra cifras alarmantes. En India el 86% de las mujeres y el 83% de hombres empleados fuera del sector agrícola, tienen empleos informales. En China, entre 100 y 200 millones de trabajadores son migrantes de áreas rurales (ILO, 2002). En el África subsahariana, las mujeres realizan más del 75% del trabajo agrícola siendo únicamente propietarias del terreno que trabajan un 10% (UN-HABITAT, 2005).

En países de bajos ingresos los riesgos se suman a peligros físicos y exposiciones químicas. En muchos países, los trabajadores carecen de protección laboral, especialmente aquellos que trabajan en industrias caseras, trabajadores agrícolas, vendedores locales, trabajadores de pequeñas empresas, domésticos, trabajadores a domicilio, empleados en industrias textiles, etc.

Los estilos de vida son otro de los determinantes que deben ser estudiados en el contexto sociocultural del individuo. El consumo de alcohol es más frecuente en grupos socioeconómicos más desfavorecidos. Igualmente sucede con el tabaco, tal como se refleja en las gráficas (Huisman, Kunst, & Mackenbach, 2005a; Huisman, Kunst, & Mackenbach, 2005b).

Tabla 7: Prevalencia de tabaquismo (%) y desigualdades en consumo de tabaco según el nivel educativo en Europa.

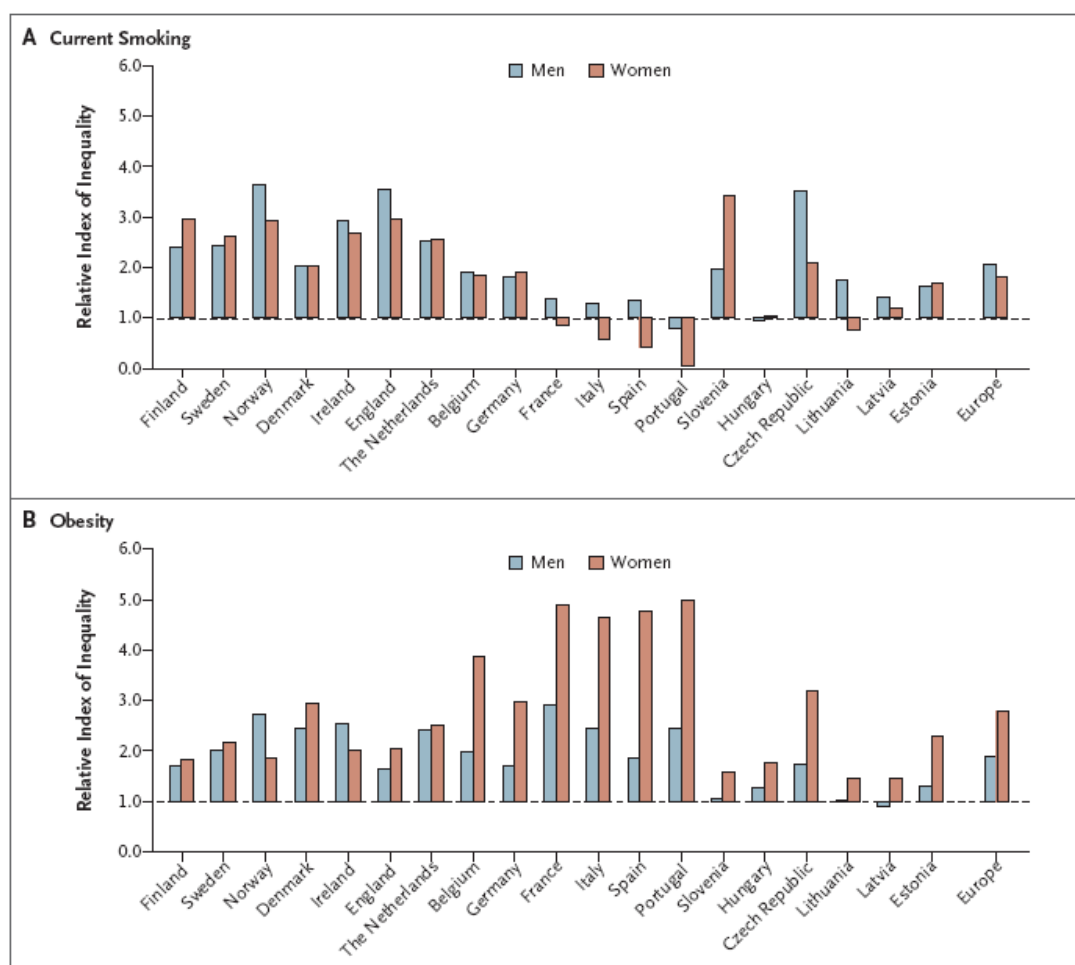


Fuente: Huisman, Kunst y Mackenbach, 2005: 760.

El problema de la mala alimentación es un fenómeno de dimensiones globales. El aumento en el consumo de grasas, azúcares refinados y alimentos de alto contenido calórico se ha convertido en el patrón de alimentación en muchas sociedades, generando problemas de sobrepeso y obesidad.

En la siguiente tabla (8) podemos observar las diferencias significativas entre los grupos desfavorecidos frente a los favorecidos en el consumo de tabaco, y la obesidad según el nivel educativo. La incidencia es mayor en los grupos menos favorecidos (J. P. Mackenbach et al., 2008).

Tabla 8: Proporción de fumadores en 19 países europeos según el índice relativo de desigualdad



Fuente: Mackenbach et al, 2008: 2470.

Actualmente, los problemas de la alimentación presentan una doble vertiente: por un lado, la desnutrición (hambre), y por otro, la sobrealimentación (Hawkes, 2007). El hambre y la consiguiente malnutrición infantil es un factor contribuyente en más del 50% de la mortalidad en niños menores de 5 años (R. E. Black, Morris, & Bryce, 2003). Abordar las desigualdades en nutrición requiere medidas dirigidas hacia los factores estructurales que proveen la disponibilidad de alimentos, grado de acceso y de aceptación.

Los sistemas de salud constituyen otro de los elementos necesarios afrontar para reducir las desigualdades. Los sistemas internacionales y nacionales para el control de

enfermedades y la prestación de servicios de salud son dos de los factores determinantes de las desigualdades en salud. El papel de la atención primaria es fundamental en esta estrategia a través de los programas comunitarios de promoción y prevención, así como del empoderamiento de la población.

En los países con ingresos bajos y medios, los ciudadanos con mayor capacidad económica son los que obtienen mejores cuidados y pueden acceder a un sistema sanitario de calidad (D. R. Gwatkin, Bhuiya, & Victora, 2004). Los sistemas que conducen al cobro directo por ejercicio profesional no son accesibles para los pobres y suelen provocar una morbilidad sin tratamiento (Palmer, 2004). Cuanto más alto es el porcentaje de gasto en atención médica, mayor porcentaje de familias se enfrentan a un desembolso económico que apenas pueden afrontar (Xu, 2007).

Los sistemas nacionales de salud son fundamentales para reducir las desigualdades y para ello han de contar con los recursos adecuados, ser operativos y accesibles para todos. Además deben proteger frente a la vulnerabilidad producida por un proceso patológico, asegurando que la población pueda participar en el proceso. Las medidas actuales para revitalizar la atención primaria de salud en el mundo deben ser simultáneas con la atención a los factores sociales que determinan la salud (Navarro et al., 2006; PAHO, 2007).

Dentro del ámbito de la salud pública, tanto la Comisión Europea⁴⁷ como la Organización Mundial de Salud⁴⁸, han desarrollado estrategias cuyo eje principal es la reducción de las desigualdades en salud. No basta únicamente con tratar un problema concreto como puede ser la diabetes, sino que es necesario prestar atención a los

⁴⁷ Puede ser consultado en <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2009:053:0041:0073:EN:PDF>

⁴⁸ http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf

factores sociales que inciden en la presentación de esta enfermedad. Máxime si se tiene en cuenta la multicausalidad de la mayoría de las patologías. En este caso factores contribuidores como la obesidad.

El contexto social determina las desigualdades en salud. La promoción de la equidad en la salud está cimentada en los valores sociales y culturales, y en la necesidad de desarrollar políticas públicas que proporcionen un nivel de seguridad a través de programas de bienestar y provisión de una red de seguridad social universal. Estas políticas deberían incluir: vivienda, legislación sanitaria, conciliación familiar, empleo (capacitación, apoyo y flexibilidad), alimentación, seguridad social y atención médica universal. Para llevar a cabo estas iniciativas es precisa la negociación intersectorial de las instituciones y actores sociales.

3.3. ¿Por qué se producen las desigualdades en salud?

Las desigualdades en salud empezaron a estudiarse fundamentalmente a raíz de la publicación en el Reino Unido del denominado *Black Report* en 1980 (Departamento de Salud y Seguridad Social, 1980) (Townsend, Davidson & Whitehead, 1986). En dicho informe se estableció la relación entre mala salud y mortalidad en Inglaterra y Gales durante los años 1950 y 1970, demostrando la interrelación entre estos indicadores y la posición social y económica englobada como “clase social”. El concepto de clase social utilizado en el contexto de Gran Bretaña tiene su origen en 1931, definiéndose como “clasificación de la comunidad basada en la ocupación”. Otras organizaciones e instituciones estadísticas europeas adoptaron una clasificación similar⁴⁹. Sin embargo, en Estados Unidos, Canadá y Australia, el concepto de clase social es menos utilizado en investigaciones referidas a este tema. Es importante destacar el auge que desde la década de los 80 viene dándose en el campo académico sobre la influencia de los determinantes sociales de la salud.

Algunas conclusiones extraídas del *Black Report*, basadas a su vez en informes oficiales, generaron un nuevo vínculo entre salud y clase social que no había sido visibilizado hasta el momento entre los profesionales de la salud ni puesto en la agenda política. Este trabajo ponía de manifiesto las grandes diferencias entre zonas geográficas pobres y otras privilegiadas, diferencias entre lo rural y lo urbano, entre zonas dedicadas eminentemente a la ganadería y la agricultura y zonas industriales.

El *Black Report*, junto con otros estudios posteriores realizados durante la década de los 80, establecieron tres posibles hipótesis para explicar las desigualdades en salud (Blane,

⁴⁹ Las clases sociales establecidas en el *Black Report* se definen como:

- I. Profesionales
- II. Directivos
- III. Trabajadores cualificados
- IV. Trabajadores semicualificados
- V. Trabajadores sin cualificar

1985; Davey Smith, Bartley & Blane, 1990; Davey Smith, Blane & Bartley, 1994). Una de ellas, basada en la interpretación “material” según la cual, la etiología de las desigualdades en salud hacen referencia a la deprivación material y sus consecuencias. La segunda hipótesis, “comportamiento-cultura”, establece que determinadas culturas son prevalentes en sociedades de bajo nivel adquisitivo o clases menos privilegiadas. La tercera explicación posible establece que la persistencia de las desigualdades en los Estados de Bienestar se debe a un proceso de “selección social” semejante a la selección natural de Darwin. Según sostiene esta hipótesis, las personas que han vivido una infancia y adolescencia de deprivación material, en la edad adulta se encontrarán inmersas en clases sociales desfavorecidas.

Estas explicaciones han sido ampliamente debatidas y actualmente se pueden sintetizar en dos grandes bloques:

3.3.1. Las explicaciones de base genética.

3.3.2. Las explicaciones de base social e influencia del entorno.

3.3.1. Explicaciones de carácter genético.

El Black Report no consideró como posible explicación a las desigualdades en salud los planteamientos de carácter genético, aunque actualmente un grupo de investigadores señalan la carga genética como posible explicación de tal fenómeno. La ausencia de cualquier mención al origen genético de las desigualdades en el informe puede deberse a dos causas fundamentales, contextualizando la época en que se elaboró y desarrolló dicho informe. En la década de los 80, el recuerdo del Holocausto permanecía aún muy reciente en la memoria de la gente en general, y de los autores del informe en particular, ya que algunos de ellos participaron en la Segunda Guerra Mundial. La idea de que las diferencias entre distintos individuos podían tener una base genética, probablemente

rememoraba la política de limpieza étnica realizada por Hitler. En la década de los 70, pocos investigadores sociales simpatizaban con la idea de que la enfermedad era más prevalente en individuos social y económicamente desventajados, simplemente determinado por la carga genética de cada uno (Wilson, 1980). Sin embargo, actualmente algunos autores señalan la posibilidad de un determinismo biológico como etiología de las desigualdades en salud.

3.3.2. Explicaciones de carácter social y del entorno

A partir de los años 80, se han desarrollado tres teorías explicativas del fenómeno de las desigualdades en salud.

3.3.2.a. Una de ellas es **“el modelo psicosocial”**: hace referencia al efecto psicológico que causa la experiencia estresante de trabajar y vivir en una posición social desfavorable (Schnall, Landsbergis & Baker, 1994; Elstad, 1998; Theorell et al., 1998). De acuerdo con este modelo, la influencia de las circunstancias presentes, así como las pasadas, del ciclo vital individual deben ser tenidas en cuenta como factores generadores de estrés, que ejerce una influencia fatídica en la vida de las personas. Dicho estrés se centra en las características sociales del entorno laboral más que en las características físicas. Incluye el control y autonomía en el trabajo (Bosma et al., 1997), lo rutinario que puede llegar a ser, el apoyo de los compañeros (Jonson et al., 1996) y la relación con los mandos jerárquicos (Lynch et al., 1997a). Otro de los aspectos estudiados bajo este modelo hace referencia a la autopercepción del individuo sobre el reconocimiento y recompensa adecuado al esfuerzo realizado en el trabajo (Siegrist et al., 1990, 1992; Bosma et al., 1998).

Algunos autores como Wilkinson y otros (Kaplan et al., 1996; Wilkinson, 1996; Kawachi et al., 1997), han estudiado el efecto que produce en el individuo el nivel de ingresos.

El modelo psicosocial permite integrar estudios de carácter individual y grupal con la distribución del nivel de renta. En cualquier caso, tal vez sería adecuado considerar que la cuestión principal no es el nivel de renta que percibe un individuo, sino más bien el estatus que consigue con esos ingresos y que le permite posicionarse socialmente lo que influencia realmente el nivel de salud. En definitiva, cómo las características del entorno inmediato del individuo, le hacen percibir su vivencia de la cotidianidad⁵⁰.

3.3.2.b. **Modelo de “desarrollo a lo largo del ciclo vital”** : desarrollado fundamentalmente en la década de los 90, hace referencia a que el nivel de salud de un individuo viene determinado por las oportunidades que ha tenido a lo largo de su vida, principalmente en la infancia e incluso, antes de nacer (Barker, 1992; Barker y Clark, 1997). Diversos estudios realizados en esa época, pusieron de manifiesto la influencia que tiene una infancia marcada por la enfermedad en la adquisición de un trabajo escasamente cualificado en la vida adulta (Wadsworth, 1986, 1997; Power et al., 1990). Este tipo de investigaciones mide la relación entre la salud de una cohorte en la infancia y cómo, a través de estudios prospectivos de seguimiento de la misma cohorte, las condiciones físicas, sociales y psicológicas determinan la clase social, nivel de ingresos y puesto laboral en la vida adulta. Algunos resultados permiten evidenciar que niños sanos, pero con problemas de conducta, tienen un riesgo mayor de terminar

⁵⁰ Nuestra experiencia individual permite contrastar esta hipótesis. Ciertamente es mucho más confortable acudir al trabajo cuando las condiciones son favorables que cuando se percibe un ambiente hostil, competitivo, de pérdida de control, dónde no nos sentimos adecuadamente incentivados ni personal ni económicamente, y dónde las relaciones interpersonales son insostenibles.

perteneciendo a grupos sociales más desfavorecidos, posición económica menor y desarrollo de estilos de vida no saludables (Caspi et al., 1998).

3.3.3.c. **Modelo “neomaterialista”**: los estudios realizados bajo esta perspectiva teórica son de carácter social, no de corte individual. El modelo neomaterialista focaliza la investigación en el estudio comparativo entre diversas sociedades a nivel de políticas sociales e instituciones (Davey Smith, 1996; Lynch, 2000; Osler et al., 2002). En general, según este enfoque, se establece que aquellos países en los que las diferencias entre pobres y ricos son menores, existe un sistema de protección social más efectivo hacia aquellos grupos más desfavorecidos socialmente, tienen mejores servicios de salud pública, educación y transporte. Los individuos pertenecientes a clases sociales más desfavorecidas no son excluidos del sistema educativo, sanitario y social. Aquellos países en los que existe un mayor énfasis en la igualdad, prestan especial atención a la cobertura sanitaria de toda la población independientemente de su estatus socioeconómico. Sin embargo, este es un aspecto que no puede considerarse determinante para reducir las desigualdades. Uno de los resultados del Black Report puso de manifiesto que individuos de una misma clase social con igual acceso a un sistema sanitario universal y de calidad presentaban desigualdades en salud. Algunos autores (Lloyd, 1991; Eng y Mercer, 1998; Kunst, 1997; Mackenbach et al., 1997) establecen la necesidad de profundizar en este tipo de planteamientos para explicar algunas contradicciones como, por ejemplo, países considerados tradicionalmente más pobres como España, Grecia e Italia, presentan menos desigualdades que otros de Europa cuyo producto interior bruto es muy superior.

A modo de resumen, destacamos algunos modelos explicativos de las desigualdades en salud derivados de las conclusiones del Black Report y aportaciones posteriores (Tabla 9):

Tabla 9: Modelos explicativos de las desigualdades en salud

Modelos explicativos de las desigualdades en salud					
	Materialismo	Comportamiento/ Cultura	Psicosocial	Desarrollo a lo largo del ciclo vital	Neomaterialismo (Economía política)
Influencias	Nivel de ingresos individual, dieta, Calidad de la vivienda, Condiciones del entorno, Trabajo de riesgo	Diferencias en creencias, normas y valores implican que los grupos sociales más desfavorecidos tienen comportamientos más saludables como menor consumo de alcohol, tabaco y mejores niveles de actividad física.	Estatus, control, apoyo social en el trabajo y en el hogar, un balance equilibrado entre el esfuerzo y la recompensa tiene un efecto directo en el funcionamiento del organismo.	Los sucesos acontecidos antes del nacimiento y en la infancia temprana tienen una influencia determinante en la salud física y la capacidad de mantener la salud. Salud y circunstancias sociales ejercen una mutua influencia a lo largo de la vida	La política y la distribución de poder y de recursos económicos afectan la provisión de servicios, la calidad del entorno físico y las relaciones sociales.

Evidentemente, estas aportaciones no son excluyentes entre si, deben ser entendidas en combinación unas con otras para lograr explicar el fenómeno de las desigualdades sociales y su influencia en la salud.

3.3.1. Modelo etiológico del comportamiento y explicación cultural.

La mayoría de los estudios en el área de las desigualdades en salud utilizan una etiología multicausal basada en los cuatro modelos presentados: comportamental, materialista, psico-social y ciclo vital.

En este apartado estudiaremos cada uno por separado.

3.3.1.a. Comportamiento-Cultura: el binomio asociado.

Una de las conclusiones del Black Report fue que en la génesis de las desigualdades en salud se daba un modelo, desarrollado posteriormente por otros investigadores,

denominado “la explicación comportamental y cultural”. Se describe de la siguiente manera (Townsend, Davidson, & Whitehead, 1986):

“... un comportamiento imprudente o unos estilos de vida irresponsables, conllevan a una salud pobre... Algunos pueden afirmar que este tipo de comportamientos se da en determinados grupos sociales como consecuencia solamente de una mala educación o rebeldía individual... Otros pueden considerar que este tipo de comportamientos que lleva a tener una buena o mala salud está directamente relacionado con la estructura social, como una forma de manifestación social “distinguida” asociada y reforzada por la clase social (Banegas et al., 2007; Townsend et al., 1986)”.

Desde la publicación del Informe, tanto las investigaciones de carácter individual como institucionales, han documentado las diferencias persistentes observadas entre diversos grupos sociales en el patrón de consumo y uso del tiempo libre relacionado con la salud. Algunos de estos comportamientos se refieren al hábito de consumo de tabaco, ejercicio físico, abuso de grasas, azúcar y sal en la dieta.

3.3.1.b. Modelo de comportamiento directo

EL Black Report y otros estudios utilizan el término “explicación comportamiento-cultura” para referirse a conductas tales como fumar, dieta, consumo de alcohol y realización de ejercicio físico en la producción de desigualdades en salud. Algunos autores enfatizan más el aspecto comportamental que el cultural (Woodward, Shewry, Smith, & Tunstall-Pedoe, 1992), (J. W. Lynch, Kaplan, & Salonen, 1997), (Osler et al., 2000). Estos autores establecen como explicación lo que Bartley 2004: 66 (M. Bartley, 2004) denomina “*modelo de comportamiento directo*”. Se puede resumir en que las

personas con menos control sobre sus circunstancias laborales, menor estatus social y nivel de ingresos, carecen de determinadas características personales, lo que afecta directamente al nivel de salud (Bosma, van de Mheen, & Mackenbach, 1999). Implícitamente, algunos autores señalan a la inteligencia, capacidad de afrontamiento o resiliencia. Aquellas personas con menor capacidad adquisitiva y estatus son menos capaces de captar y aprehender los mensajes sobre salud emitidos tanto por los profesionales como por el propio gobierno. No tienen la suficiente autodisciplina para seguirlos y, además, carecen de visión de futuro respecto a las consecuencias de sus acciones inmediatas en la salud.

Este modelo puede ser integrado como un submodelo de la explicación comportamental y cultural. El vínculo establecido entre la posición social y el comportamiento se debe a características personales del individuo, lo que es independiente de su posición en la estructura social.

3.3.1.c. Modelo de comportamiento indirecto

Los autores del Black Report no adoptaron el modelo de explicación directo mencionado anteriormente, pensamos que por esta razón utilizaron los términos comportamental y cultural. Probablemente, desde el punto de vista de la antropología cultural o de la psicología social, se pueda admitir ese postulado. Los autores del informe, y otros muchos que les han seguido, establecieron una relación entre las diferencias sociales en salud relacionadas con el comportamiento más como una consecuencia de su posición de desventaja dentro de la estructura social y de sus bajos niveles de ingresos. No lo asociaron directamente a características personales.

Algunos estudios como el de Stronks et al. tratan de medir el grado de asociación entre clase social (basado en la ocupación) y conductas de riesgo, en términos de

características psicológicas versus las circunstancias vitales de las personas en diferentes clases sociales. Encontraron que algunas de las diferencias en el comportamiento se deben a diferencias psicosociales pero, a pesar de dichas características personales, muchas son el resultado de la diferencia en los niveles de ingresos (K. Stronks, Agyemang, & Mackenbach, 2008; K. Stronks & Mackenbach, 2006).

Realmente, tampoco podemos extraer una causalidad directa de esta explicación. ¿Por qué las personas con ingresos bajos fuman y hacen menos ejercicio que aquellos con ingresos más elevados?. Aquí es donde algunos autores introducen la cultura. En 1871, el antropólogo E. B. Taylor definió la cultura como “*complejo de conocimientos, creencias, arte, moral, derecho, costumbres y cualesquiera otras aptitudes y hábitos que el hombre adquiere como miembro de la sociedad*” (Tylor citado por Berry et al., 1992:165) (Berry, Poortinga, Segall, & Dasen, 1992). Bajo esta amplia definición se incluyen las normas sociales compartidas y las tradiciones. Algunos años después Kroeber y Kluckhohn añadieron a esta definición “... *ideas y especialmente los valores alcanzados*” (Kroeber y Kluckhohn, 1952 citado en Berry et al., 1992:166) (Berry et al., 1992). Este es un modelo ideacional de cultura: la cultura vista como un sistema de significados que existe y se comparte en una comunidad concreta. El modelo de comportamiento alternativo, entiende la cultura como una mezcla de comportamientos que suceden regularmente en un dominio institucional en una comunidad, como puede ser de carácter religioso, familiar o político. Bajo esta perspectiva puede integrarse el concepto de Bordieu (Bordieu, 1984) del “habitus” como una colección de comportamientos aprendidos, configurados por la exposición a determinados acontecimientos vitales acaecidos en los entornos sociales. Fassin describe la relación de las circunstancias vitales con comportamientos como “*l'inscription de l'ordre social*

Dans les corps ou ... l'incorporation de l'inégalité" (la inscripción del orden social en el cuerpo, o... la incorporación de la desigualdad (nt)) (Fassin, 2000; Silva et al., 2008).

Existen pocas evidencias que interrelacionen las diferencias sociales relativas a comportamientos de salud con diferencias culturales entre clases sociales, tal como se entiende en antropología (Shatenstein & Ghadirian, 1998). Sin embargo, existen algunos estudios que reconocen que debe existir algo más relacionado con las diferencias sociales de los comportamientos de salud que con las características psicológicas individuales. Por ejemplo, los estudios realizados en este campo ponen de manifiesto que la mayoría de las personas de todas las clases sociales entienden perfectamente que fumar no es bueno para la salud (Blaxter, 1990; Shewry, Smith, Woodward, & Tunstall-Pedoe, 1992), las diferencias en el entendimiento no explican las diferencias en el hecho de fumar en sí mismo. Uno de los ejemplos más importantes que tenemos en este análisis del rol de la cultura en la génesis de las desigualdades en salud es el estudio de Blaxter en el que analiza el rol de la diferencia de clases en las creencias acerca de comportamientos saludables (Blaxter, 1990). Blaxter demostró que la diferencia de clase en la actitud sobre dieta saludable explicaba menos del 1% de las diferencias entre trabajadores manuales y no manuales (las dos categorías sociales que ella investigó). La razón por la que los trabajadores no manuales tenían una dieta más saludable no se refería a la diferencia de creencias entre los dos grupos. En este estudio, la creencia de que fumar es perjudicial era acuñada por el grupo de fumadores perteneciente a las clases sociales más desfavorecidas. En este caso, las diferencias culturales respecto a las actitudes no eran las responsables de las diferencias sociales en el hábito de fumar.

3.3.1.d. Educación y comportamiento

Blaxter, como otros autores, ha demostrado la interrelación entre la educación y los comportamientos de salud. Aquellos individuos que han completado más años de escolaridad y presentan mejores calificaciones desarrollan conductas encaminadas a mejorar la salud expresadas en una dieta adecuada, son menos fumadores y hacen más ejercicio físico (Gran, 1995; Hoeymans, Smit, Verkleij, & Kromhout, 1996; Iribaren, Luepker, MacGovern, Arnett, & Blackburn, 1997). Esta idea concuerda con el concepto de “habitus” de Bordieu. Una de las hipótesis que se puede plantear es que en la cultura de los grupos sociales más aventajados, la educación y la salud se constituyan en temas prioritarios. Los niños educados dentro de este contexto están predispuestos a tener mejores niveles educativos y, por lo tanto, a permanecer dentro del grupo social al que pertenecen sus progenitores, incluyendo este “*habitus*” unos estilos de vida saludables que los niños tienden a reproducir (J. W. Lynch et al., 1997). Un ejemplo para ilustrar esta idea sería que cualquier relación entre la posición social y fumar no depende de las actitudes, sino de los hábitos adquiridos a lo largo del tiempo. Evidentemente, esta hipótesis necesita mayor profundidad y estudio, incluyéndose en estos la posición social de los padres.

En cualquier caso, los estudios que demuestran la interrelación entre educación y salud, siendo más significativos estadísticamente que aquellos que sólo estudian la posición socioeconómica a nivel individual y las circunstancias personales, refuerzan la idea de que tanto los factores psicológicos como la cultura garantizan una posición social más aventajada y mejores niveles de salud.

3.3.1.e. Comportamientos saludables y autorregulación (*self regulation*)

Otra de las hipótesis que se están planteando en estudios más recientes proviene del campo de la psicología y la neurología. Se centran en el concepto de autorregulación. Este concepto utilizado en la epidemiología social ha sido asimilado por Siegrist. Establece que el desempeño de roles sociales favorables (trabajo, familia, participación social) constituyen un elemento positivo para el individuo que denomina la autorregulación (Siegrist, 1998; Siegrist, 2000). Este concepto implica la idea de un *feed back* positivo para el individuo que se manifiesta en el grupo social al que pertenece otorgándole prestigio dentro del grupo. Por el contrario, Siegrist afirma que cuando se impide al individuo este desempeño de roles no se produce la autorregulación. Aquellos que pertenecen a grupos sociales más desventajados poseen mayor inseguridad laboral, presentan más separaciones y divorcios, fuman más, comen inadecuadamente y realizan menos ejercicio físico (Siegrist, 2000).

3.3.1.f. Cambio (movimiento) cultural

Actualmente existe una versión de la teoría del comportamiento/cultural que Bartley denomina cambio cultural (*cultural shift*) (Bartley, 2004:74). Esta nueva teoría emerge de los estudios comparativos sobre desigualdades en salud realizados recientemente entre países europeos (A. Kunst, 1997; J. P. Mackenbach, Kunst, Cavelaars, Groenhof, & Geurts, 1997). Se refiere a la diferencia en la prevalencia total de ciertos tipos de comportamientos de riesgo entre países. Una de las mayores cuestiones que ha puesto de manifiesto este modelo es la existencia de desigualdades en la mortalidad en países cuyos estados de bienestar han sido considerados precursores y modélicos, tal es el caso de Noruega o Suecia, superiores a países con una historia democrática menos amplia como Italia, Portugal e Irlanda. Lo que resulta sorprendente es que durante la

década de los 80 las desigualdades en mortalidad fueron superiores en Suecia que en Estados Unidos entre la población masculina de 30 a 44 años y sin diferencias entre la población masculina de 45 a 59 años⁵¹ (A. Kunst, 1997).

Uno de los ejemplos utilizado por los autores para explicar estas diferencias es la dieta. En los países del Sur de Europa con diferencias de renta muy acentuadas la dieta es muy saludable (A. Kunst, 1997). Seguir una dieta saludable no es considerado un estilo de vida específico, no se asocia con grupo social aventajado o desventajado. Sucede igualmente en países en los que se consume poco alcohol. Podría hablarse de una serie de “pecados nacionales” (A. Kunst, 1997) que diferencia unos países de otros. Aquellos que viven en estas áreas que se encuentran en situaciones de dificultad parecen más vulnerables a caer en los “pecados nacionales” que puede variar desde consumo elevado de alcohol con las consecuentes muertes por intoxicación etílica o accidentes, como en Finlandia; dieta pobre en frutas y verduras que llevan a las enfermedades cardiovasculares en Estados Unidos; fumar y cáncer de pulmón en Inglaterra o el consumo crónico de alcohol y cirrosis en Francia.

Los estudios comparativos realizados ponen de manifiesto que las diferencias de las clases sociales en comportamientos de salud difieren entre naciones con los resultados obtenidos en las diferencias observadas en las desigualdades de salud. La clase media en Francia o España fuma más que la clase media en Suecia por ejemplo. Los estilos de vida saludables han sido minoritariamente adoptados en Francia, España, Italia o Grecia de lo que lo han sido en Suecia, Noruega o Gran Bretaña.

⁵¹ Kunst afirma “*there were good reasons to expect that egalitarian socio-economic... policies resulted in a substantial and lasting reduction in inequalities in health. However, comparative studies do not provide support for this expectation. Socio-economic differences in mortality in countries with more egalitarian policies are not small from an international perspective... The potential role of some circumstances, for example cultural factors, has been ignored too long in health inequalities research*”. (Kunst, 1997:142)

Distinguimos, por lo tanto, dos elementos en la teoría del cambio cultural: Uno en el que la idea de adoptar estilos de vida saludables, como no fumar, dieta sana o realización de ejercicio, que constituyen expresiones de distinción social, no han sido adoptados en la sociedad española o griega. El segundo elemento tiene que ver simplemente con las realidades materiales de cada país. En los países en los que la fruta y verduras son asequibles para toda la población, serán consumidas de manera natural. No se necesita ser más inteligente, tener un especial nivel de afrontamiento o autocontrol para consumir una dieta saludable como en España o Italia (consumo de verduras, frutas y aceite de oliva). En los países del sur de Europa, el consumo de tabaco tiene una alta prevalencia en todas las clases sociales y esto conlleva menores desigualdades en patologías como las cardiovasculares. Esto significa que la mortalidad por enfermedad cardiovascular que constituye la principal causa de muerte en la mayoría de los países europeos en hombres y mujeres adultos, en estos países presenta un patrón menor de desigualdad. Según esta teoría, las desigualdades en salud surgirían si la población menos favorecida comenzara a consumir una dieta rica en grasas, gran cantidad de azúcar o mayor ingesta de alcohol, como sucede en los países nórdicos. En cualquier caso, se necesitan estudios que avalen esta teoría.

3.3.2. Aproximación al modelo psicosocial para explicar las desigualdades en salud.

Cuando intentamos explicar las desigualdades en salud bajo una perspectiva conceptual, observamos que las aproximaciones que se han realizado no dan una respuesta a dicha cuestión (Bucher & Ragland, 1995; Pocock, Shaper, Cook, & Phillips, 1987).

El Black Report, como otros estudios, indica la necesidad de analizar comportamientos como el fumar, dieta y realización de ejercicio físico, para confirmar la existencia de desigualdades en salud, entre grupos sociales favorecidos y menos favorecidos. Estas

diferencias en salud entre grupos socio-económicamente diferentes resulta difícil de explicar bajo una perspectiva puramente materialista. Por ejemplo, los trabajadores manuales no cualificados (utilizando la RGSC V) tienen salarios inferiores a otras categorías profesionales como pueden ser abogados o médicos. Sin embargo, el salario que obtienen les permite adquirir productos de primera necesidad. Además, las personas con ingresos inferiores suelen recibir determinadas ayudas estatales como menor carga fiscal, guarderías gratis, plazas en colegios públicos garantizadas, ayudas escolares, etc. Por lo tanto, podemos establecer que las diferencias observadas en la expectativa de vida que alcanza a siete años no pueden ser explicadas únicamente por la carencia de productos de primera necesidad (Drever, Bunting, & Harding, 1997). Otra de las razones por las que los investigadores rechazan el modelo materialista como único para la explicación de las desigualdades en salud radica en que, en los estudios realizados en diversos países los resultados obtenidos no establecen que aquellas personas con mayor pobreza son necesariamente las que peor nivel de salud poseen. Lo que se ha observado sistemáticamente es que existe un gradiente diferencial que va desde el vértice a la base de la pirámide de estratificación social (N. Adler et al., 2008; Bowman, 2007; Davey Smith & Bartley, M. y Blane, D., 1990; Davey Smith, Blane, & Bartley, 1994; Goldblatt, 1990a).

Una de las alternativas metodológicas más utilizadas es el modelo psico-social cuyo énfasis se basa en la inclusión en el estudio de “los factores de riesgo psicosocial”. Estos incluyen: apoyo social, autonomía y control en el trabajo, equilibrio entre la vida laboral y el hogar y una balanza positiva entre los esfuerzos realizados y las recompensas obtenidas.

Uno de los trabajos que ilustran esta afirmación es el realizado por Lynch et al. estudiando la asociación entre ingresos y mortalidad en una población de 2.272 hombres

finlandeses a lo largo de casi 10 años (1984-1993). Comparando el grupo perteneciente al quintil con mayores ingresos con el grupo en el quintil con menores ingresos, se observó que estos últimos tenían una probabilidad de morir tres veces superior que los anteriores durante el tiempo del estudio. Incluyeron variables de riesgo como el consumo de tabaco, obesidad y otros factores de riesgo psicosociales. Los resultados pusieron de manifiesto dos cuestiones importantes: una es que la interrelación entre nivel de ingreso y mortalidad se puede entender sin relacionarlo con pobreza extrema. El otro resultado es que los autores tuvieron que incluir variables psicosociales como el apoyo social o las relaciones laborales para llegar a esta conclusión (J. W. Lynch, Kaplan, Cohen, Tuomilehto, & Salonen, 1996).

Siegrist, en su modelo de “autorregulación/recompensa social”, defiende la necesidad de combinar en el estudio factores comportamentales y psicosociales. Demostró que en determinadas situaciones en las que las recompensas se derivan de un determinado rol social, al producirse una amenaza del desempeño del rol, se generan reacciones biológicas frente a la frustración que exponen al individuo más fácilmente al consumo de sustancias. Este riesgo a su vez se retroalimenta cuando el individuo se encuentra bajo determinadas circunstancias de presión psicológica. Aunque este modelo no es puramente de carácter psicosocial, sí nos permite observar la influencia de estos factores en el binomio salud-enfermedad. En la mayoría de los trabajos realizados bajo una perspectiva psicosocial el énfasis se centra en los sentimientos que generan en el individuo esas situaciones adversas de desigualdad, injusticia o subordinación, en los procesos biológicos del individuo.

En resumen, podemos decir que el modelo psicosocial⁵² no sólo hace énfasis en las dificultades materiales del individuo sino en como las desigualdades sociales hacen que las personas se sientan, y cómo esto afecta directamente al proceso biológico de cada uno.

3.3.2.a. Respuesta fisiológica como parte del modelo psicosocial

La idea original que subyace a este planteamiento está basada en la existencia de dos tipos de respuesta biológica a las amenazas externas y que se produce tanto en humanos como en animales (Brunner, 1997).

Una de las respuestas más conocidas es la denominada “ataque y defensa” al estrés. El cuerpo recibe una señal de alarma procedente del cerebro, esta señal puede generar la activación de dos circuitos diferentes: el simpático-adrenomedular y el hipotalámico-pituitario-adrenocortical. Ambas respuestas implican la producción de adrenalina por las glándulas suprarrenales⁵³. El circuito adrenomedular implica estructuras relacionadas con la médula adrenal y, por tanto, con el córtex. El circuito simpático-adrenomedular

⁵² Bartley {{381 Bartley, M 2004; 80}}, lo denomina “direct psico-social explanation”, modelo directo de explicación psicosocial.

⁵³ La adrenalina es una hormona de acción, secretada por las glándulas adrenales en respuesta a una situación de peligro. Su acción está mediada por receptores adrenérgicos, tanto de tipo α como β . Entre los efectos fisiológicos que produce están:- Aumentar, a través de su acción en hígado y músculos, la concentración de glucosa en sangre. Esto se produce porque, al igual que el glucagón, la adrenalina moviliza las reservas de glucógeno hepático y, a diferencia del glucagón, también las musculares. - Aumentar la tensión arterial: esto se produce en las arteriolas, en las que tiene lugar una vasoconstricción que provoca un aumento de la presión.

- Aumentar el ritmo cardíaco.

- Dilata la pupila para tener una mejor visión.

- Aumenta la respiración, por lo que se ha usado como medicamento contra el asma.

- Puede estimular al cerebro para que produzca dopamina, hormona responsable de la sensación de bienestar.

La adrenalina y los compuestos relacionados producen efectos adrenérgicos que son tanto excitadores como inhibidores. Aquellas respuestas atribuidas a la activación de un receptor alfa son primariamente excitadoras, con la excepción de la relajación intestinal. Aquellas respuestas atribuidas a la activación de un receptor beta son primariamente inhibidoras, con la excepción de los efectos estimulantes miocárdicos.

es el que se conoce popularmente como el relacionado con la respuesta de defensa – huida. Este tipo de reacción implica al sistema nervioso simpático que junto con el sistema nervioso parasimpático, es responsable de la mayoría de las respuestas orgánicas de las cuales no somos conscientes (Wilson, 1980). Rigen acciones como el ritmo cardíaco, equilibrio de temperatura corporal y nivel de PH entre otros. La estimulación del sistema nervioso simpático libera adrenalina y, a su vez, las terminaciones nerviosas del propio sistema permiten la liberación de noradrenalina, regulando la producción de fibrinógeno, sustancia que interviene en el proceso de coagulación. El tipo de respuesta viene determinada genéticamente por la propia evolución del ser humano (Brunner, 2000; Steptoe & Willemsen, 2002). La adrenalina persiste en el organismo solamente durante unos minutos frente a una respuesta de actividad física. En el proceso de evolución, cuando un individuo se sometía a un incidente violento, la adrenalina se disparaba hasta que el riesgo desaparecía. Entonces, si la persona sobrevivía, el sistema nervioso parasimpático se encargaba de regular el exceso de adrenalina llevando al organismo a una situación de normalidad. Si trasladamos este ejemplo a nuestros días, podemos observar cómo el tipo de respuesta es similar. Situaciones que generan ira o agresividad, como un atasco de tráfico, bullying de un superior, etc., no generan una respuesta de actividad física que permita eliminar el exceso de adrenalina. Ésta persiste en el organismo por periodos más prolongados de tiempo generando situación de estrés en el individuo, con la consiguiente modificación fisiológica.

El segundo circuito que interviene en el estrés es el hipotalámico-pituitario-adrenocortical (el eje HPH). Uno de los vínculos más importantes de este sistema es la producción de cortisol. Los mensajes hormonales viajan desde el hipotálamo a la glándula pituitaria. Ésta secreta una hormona que estimula el córtex adrenal que libera

cortisol a la sangre. El cortisol y otras hormonas relacionadas reciben el nombre de glucocorticoides, que regulan numerosos aspectos metabólicos del organismo en circunstancias normales. Veamos sólo uno de los efectos de los múltiples que poseen estas hormonas: el control de la energía que se libera a partir de la glucosa y las grasas en sangre. Si una situación estresante genera una respuesta de actividad violenta, parte de esa energía es consumida, tal como sucedía con nuestros antepasados. Pero en determinadas circunstancias que hemos mencionado, como un atasco de tráfico, no se consume energía. En algunas personas hipersusceptibles se produce un acumulo de glucosa y grasas en los vasos sanguíneos denominados placas de ateromas que producen una estrechez de la luz vascular. Esto conlleva a la activación del fibrinógeno produciendo pequeños trombos en el interior de los vasos con la consiguiente obturación de éste y pérdida del flujo sanguíneo.

Los glucocorticoides también tienen efecto sobre el estado anímico de los individuos. Existe una patología denominada el *síndrome de Cushing*, en el que los sujetos, además de los cambios morfológicos que produce, perciben el entorno bajo sentimientos de miedo y depresión. En general los glucocorticoides intervienen en numerosas respuestas del organismo, como la respuesta inmunológica, crecimiento celular anormal, participan en la reparación de tejidos dañados y movilizan la energía necesaria para hacer frente a reacciones concretas. Esto sucede en condiciones normales. El problema se suscita cuando la persona permanece en un estado continuo de amenaza que, a la larga, produce importantes deterioros orgánicos y fisiológicos, desde disminución de la respuesta inmunitaria a la proliferación de células cancerígenas.

El estrés induce alteraciones metabólicas y del sistema inmunitario por un exceso de “carga alostática” (U. Lundberg, 1999). El término alostático hace referencia a la estabilidad del organismo frente a cambios del entorno, cambios como pueden ser la

temperatura o la dieta. El modelo de “carga alostática”, dentro del psicosocial, establece que la enfermedad se produce cuando se suceden numerosos cambios en periodos cortos de tiempo y el organismo no tiene tiempo de adaptarse a esos cambios, produciendo cansancio fisiológico. Esto significa, por ejemplo, que nuestro organismo debe hacer frente a estímulos como el calor-frío, ruido, hambre, etc.

Una de las explicaciones utilizadas para las enfermedades cardiovasculares se relaciona con un fallo de este sistema alostático (T. Theorell, 2000; T. Theorell et al., 1998). Las personas con niveles de presión alta poseen mayor predisposición a sufrir infartos de miocardio, lo mismo sucede con las personas cuyos niveles de fibrinógeno en sangre son elevados. Muchos estudios muestran cómo la elevación de la presión arterial se produce en respuesta a situaciones de estrés (Summaries for patients. the relationship of socioeconomic status and health status to outcomes following heart attack.2006). Existen estudios que muestran una disminución de la eficacia del sistema alostático en personas con nivel socioeconómico menor (Ai & Carrigan, 2007; Alter et al., 2006; Avendano, Kunst, Huisman, Lenthe, Bopp, Regidor, Glickman et al., 2006; Ishitani, Franco Gda, Perpetuo, & Franca, 2006; Sundquist & Li, 2006). Otros estudios han evidenciado que los grupos sociales más desfavorecidos tienen mayores cifras de presión arterial y mayores niveles de fibrinógeno circulante en sangre (Marquezine, Oliveira, Pereira, Krieger, & Mill, 2007; Minh, Byass, & Wall, 2003; Ogren, Lindblad, Engstrom, Hedblad, & Janzon, 2007; Peasey et al., 2006; Q. R. Young, Ignaszewski, Fofonoff, & Kaan, 2007)(Siegrist, 1995).

Estas observaciones permiten establecer una hipótesis que relaciona situaciones estresantes con escasa capacidad de afrontamiento, tanto a nivel individual como laboral y social. Si tenemos en cuenta que las situaciones de estrés aumentan los niveles de triglicéridos y colesterol en sangre, los epidemiólogos sociales concluyen que existe

algún tipo de mecanismo que interrelaciona las circunstancias sociales estresantes con las respuestas emocionales del individuo, provocando alteraciones biológicas que aumentan el riesgo de algunas patologías y concretamente, del infarto de miocardio (N. Adler et al., 2008; Bosma, Peter, Siegrist, & Marmot, 1998; De Vogli, Chandola, & Marmot, 2007; M. Marmot, 1989; M. Marmot, 1993) .

3.3.2.b. Estrés y estructura social

Los estudios realizados en esta línea intentan desarrollar un modelo que interrelacione las experiencias y eventos adversos con el nivel de salud. Pertenecer a una clase social desventajada, con un bajo nivel de ingresos o bajo estatus social, son ejemplos de experiencias consideradas adversas, en las que el modelo psicosocial centra el tema de las desigualdades en salud.

En cualquier caso, es complicado obtener una respuesta a la cuestión: ¿de qué forma afecta a la salud la posición de un individuo dentro de la estructura social? Los estudios realizados en este campo se han centrado fundamentalmente en el análisis de la mortalidad por enfermedad cardiovascular (S. P. Wamala, Lynch, & Kaplan, 2001).

Para demostrar este modelo se requieren estudios en los que el grupo control sean individuos con niveles de glucosa, HTA y colesterol dentro de los parámetros normales, y pertenecientes a diversos grupos sociales. Deberían ser estudios prospectivos en los que se permitiera un análisis de los acontecimientos adversos que les suceden a los individuos, esperando que sus niveles de presión arterial, fibrinógeno, etc., aumenten y ese aumento se produzca en aquellos individuos con un nivel socioeconómico desventajado, favoreciendo la aparición de patología cardiovascular (Steptoe & Willemsen, 2002).

3.3.2.c. Tipos de factores psicosociales

a. Soporte Social

El soporte social es uno de los factores originales en el estudio de las desigualdades sociales y su efecto en la salud. Como factor contribuyente a la desigualdad en salud, ha sido estudiado conjuntamente con otras variables estresantes del entorno como, por ejemplo, pérdida de empleo o sobrecarga laboral. El soporte social constituye un elemento protector frente a las circunstancias adversas (Stephoe, Roy, Evans, & Snashall, 1995; Vahtera, Kivimaki, Pentti, & Theorell, 2000).

Para estudiar adecuadamente el impacto protector del apoyo social, los estudios deberían ser longitudinales. Muchos de los realizados muestran un riesgo alto de padecer enfermedad cardiovascular en un periodo de cinco años cuando la demanda es alta y el control bajo (Pickering et al., 1996; Schnall, Landsbergis, & Baker, 1994; Schnall, Schwartz, Landsbergis, Warren, & Pickering, 1998). En el estudio Whitehall II, por ejemplo, se observó que niveles bajos de control laboral aumentaban en un 50% la posibilidad de desarrollar enfermedad coronaria en un periodo de cuatro a siete años (Bosma et al., 1998). La relación entre control laboral y enfermedad cardiovascular permite explicar la incidencia de enfermedad cardiovascular en trabajadores menos cualificados (Gradiente Social)(M. G. Marmot et al., 1991). Se ha constatado que los individuos con menores niveles de formación pero mayor grado de control sobre sus trabajos no presentan una tasa tan elevada de patología cardiovascular y, sin embargo, trabajadores cualificados con menor control sobre el desempeño laboral han puntuado más alto en el riesgo de padecer este tipo de trastornos.

Teóricamente, el concepto de “tensión laboral” (*job strain*), relacionado con el control y autonomía en el desempeño laboral, está vinculado a las teorías sociológicas de clase y las desigualdades en salud. Los modelos utilizados para medir la clase social, Wright,

Erikson-Goldthorpe o NS-SEC, utilizan un cierto grado de autonomía en el trabajo personal y/o de otros como criterio para decidir en qué apartado situar a un individuo. Los trabajos realizados referidos a la tensión social demuestran que las clases sociales con mayores niveles de autonomía y control, en general experimentan mejores niveles de salud. (Dollamore, 1999; Sacker, Firth, Fitzpatrick, Lynch, & Bartley, 2000).

b. Equilibrio esfuerzo-recompensa

Johannes Siegrist et al. han desarrollado el concepto equilibrio esfuerzo-recompensa⁵⁴ relacionado con el estado de salud. La evidencia científica permite establecer los cambios fisiológicos (aumento de la presión arterial, aumento de fibrinógeno circulante y aumento de colesterol y triglicéridos) en trabajadores que experimentan un desequilibrio en el esfuerzo que emplean en sus trabajos y la recompensa que obtienen, sea en forma de salario, seguridad, estabilidad, aprobación y posibilidades de promoción (Peter et al., 1998; Siegrist, 1995; Siegrist & Peter, 1996; Siegrist, Klein, & Voigt, 1997). Estos trabajadores tienen un riesgo mayor de padecer enfermedad cardíaca e infarto (Bosma et al., 1998; Kivimaki et al., 2002; Siegrist, Peter, Motz, & Stauer, 1992).

El modelo de equilibrio esfuerzo-recompensa está relacionado con los conceptos de prestigio, estatus y clase social.

Según el modelo de Siegrist, la seguridad laboral actúa como uno de las mayores “recompensas”, si ésta se pierde, se considera un factor de riesgo. También es un criterio utilizado en la clasificación de clase social de Erikson-Goldthorpe y la NS-SEC. Desde nuestro punto de vista, el desajuste entre la cantidad e intensidad del trabajo y la recompensa obtenida por el desempeño no entran dentro de la teoría de clases. En los

⁵⁴ *Effort-reward imbalance* (ERI)

estudios que utilizan este modelo, uno de los aspectos más estresantes que afectan al equilibrio es la percepción de que la proyección profesional no se relaciona con la cantidad de esfuerzo desarrollado. No se refiere al control de las variables ambientales, sino a la percepción del no reconocimiento al esfuerzo realizado. Se relaciona más con el concepto de estatus social. La recompensa por el trabajo realizado, bien en forma de incremento salarial o en cualquier forma de promoción, resulta significativo para el individuo, permitiéndole sentirse en el lugar adecuado de la jerarquía laboral y social. La cuestión es ¿qué es más importante, los bienes materiales, las relaciones y condiciones de trabajo, o el estatus en la jerarquía social? Es difícil establecer la respuesta que relaciona estas variables con las desigualdades en salud ya que todo parece estar conectado.

3.3.3. El modelo materialista

El modelo materialista fue el aceptado por los autores del Black Report en base a las evidencias existentes en el momento de la realización del Informe. Identificaron la importancia de *las ...consecuencias difusas de la estructura de clases: pobreza, condiciones laborales... y la deprivación en sus múltiples manifestaciones en el hogar y el entorno inmediato, trabajo, educación, la educación de los niños y en general en la familia y vida social* (D. Black, Morris, & Townsend, 1982). Aunque el Black Report fue pionero en la utilización del modelo materialista aplicado al estudio de las desigualdades en salud, posteriormente no se han realizado muchos trabajos siguiendo esta línea. Muchas de las evidencias obtenidas utilizando este modelo muestran que la salud y la expectativa de vida son peor y más baja en las personas que tienen un nivel bajo o relativamente bajo de ingresos. En el estudio “British Whitehall II” sobre empleados funcionarios públicos, la media de ingresos de los empleados en el nivel más

bajo en 1985, cuando se inició el estudio, era de 3.061 Libras esterlinas comparado con las 62.100 libras de salario de aquellos situados en la categoría superior (M. G. Marmot et al., 1991).

Otro ejemplo lo constituye el nivel de ingresos por hogares en la provincia de Manitota (Canadá) en el que se pone de manifiesto la relación entre nivel de ingresos y mortalidad por un lado, y el nivel de ingresos individual y la esperanza de vida de los miembros integrados en el Plan de Pensiones de Canadá por otro (R. G. Wilkinson, 1996).

Las diferencias en mortalidad entre los sectores poblaciones con ingresos más altos y bajos en Estados Unidos también ha sido demostrado en diversos estudios (G. A. Kaplan, Pamuk, Lynch, Cohen, & Balfour, 1996)(Davey Smith, Neaton, Wentworth, Stamler, & Stamler, 1998).En España también se han realizado estudios que permiten constatar esta interrelación entre nivel de ingresos y mortalidad (C. Borrell, Plasencia, Pasarin, & Ortun, 1997; C. Borrell et al., 2002).

Uno de los resultados evidentes de las investigaciones realizadas es que la enfermedad y la mortalidad no son más altas en “los pobres” sino que el riesgo de enfermar y la mortalidad prematura presentan un gradiente, un aumento gradual según se baja en la escala de ingresos (referido a ingreso individual o según área de residencia) (Davey Smith et al., 1994; Davey Smith, Wentworth, Neaton, Stamler, & Stamler, 1996b; Davey Smith, Neaton, Wentworth, & Stamler, 1996).

3.3.3.a. Medida de “riesgo material”

En todos los estudios realizados en áreas geográficas caracterizadas por la pobreza (R. T. Anderson, Sorlie, Backlund, Johnson, & Kaplan, 1997; Gorey & Vena, 1995), desempleo (Malmstrom, Sundquist, Bajekal, & Johanson, 1999; Sloggett & Joshi, 1998)

o contaminación (J. P. Mackenbach, Looman, & Kunst, 1993), el resultado es coincidente: nivel de salud bajo, mortalidad elevada.

A pesar de estos resultados, resulta difícil establecer un método para medir la exposición individual al factor de riesgo “material”. Cuando analizamos el nivel de ingresos, la clase social o el área de residencia, los individuos que viven en peores circunstancias tienen entre un 40 y un 150 por ciento más de nivel de riesgo de enfermar y morir en la mayoría de los estudios. ¿Significa esto que se puede establecer un modelo estadístico que contabilice las diferencias en enfermedad y mortalidad entre clase social o estatus en términos de mayor o menor exposición a las dificultades físicas?. A nivel de hogar puede incluir humedad, polvo, infestación, hacinamiento e ingesta insuficiente. Un nivel de ingresos bajo conlleva un riesgo si la persona sólo puede afrontar vivir en una zona con altos niveles de contaminación, tráfico y riesgos de accidentes. Blane, Berney y Montgomery (Blane, Berney, & Montgomery, 2001) establecen que “la clase social... en relación con la salud, es importante frente a la exposición de riesgos ambientales, dicha exposición es el resultado de la diferencia de clases en dinero y poder”.

Los individuos cuyos trabajos favorecen la exposición a riesgos de accidentes (por manipular sustancias peligrosas, temperaturas extremas, etc.) suelen tener salarios más bajos. Este nexo entre ingreso y condiciones de trabajo produce una correlación entre bajo ingreso y riesgo de exposición, aunque no podemos establecer exactamente la manera en que salarios bajos condiciona una exposición al riesgo (como sí se puede entre bajo ingreso y vivienda inadecuada). La relación entre bajos ingresos y características de la vivienda se establece en términos de consumo (qué podemos comprar una vez obtenido el salario). La relación entre condiciones laborales e ingreso se refiere a la producción (cómo se obtiene el salario). Para poder entender esta

interrelación entre ingreso y riesgo laboral dentro del modelo materialista para el estudio de las desigualdades, es necesario profundizar en la definición de materialismo. Blane, Bartley y Davey Smith han definido el modelo materialista referido a experiencias que surgen como consecuencia de la estructura y organización social sobre las que el individuo no posee control (Blane, Bartley, & Davey Smith, 1998). Esta definición conecta con el concepto de Max Weber de las oportunidades de la vida cuya posibilidad se refiere a la capacidad de poder en el mercado laboral (concepto utilizado por Olin Wright, Goldthorpe y Marshall). Es menos probable que las personas con un trasfondo humilde, sin relaciones sociales y con escasa cualificación obtenga un trabajo bien remunerado y estable. Según este modelo, “un buen trabajo” supone un reto por el que competir y su logro depende de las cualidades adquiridas por el individuo a lo largo de su vida.

3.3.3.b. El gradiente social

Uno de las conclusiones principales del modelo materialista es la diferencia en salud y esperanza de vida entre los grupos más y menos aventajados (Davey Smith et al., 1996; M. Marmot, Ryff, Bumpass, Shipley, & Marks, 1997). Un hombre nacido entre 1987 y 1991 en Inglaterra y Gales, tiene una esperanza de vida de 75 años si ha nacido en el grupo RGSC I o II y 69,7 años si ha nacido en el RGSC IV o V. Un hombre nacido en el grupo RGSC III (trabajadores no manuales) tiene una esperanza de vivir 1,4 años más que otro nacido en el mismo grupo pero en la categoría de trabajadores manuales (Drever et al., 1997). Lo mismo sucede con las mujeres. Esta diferencia no se refiere solamente a ser rico o pobre o a tener un alto o bajo estatus. Si seguimos el ejemplo de la esperanza de vida, obtenemos que a principios de la década de los 90, un hombre perteneciente a un grupo social bajo tenía una esperanza de vida de 69.7 años, mientras

que si éste pertenecía a un grupo social alto, dicha cifra era de 75. Por lo tanto la pregunta crucial es ¿qué relación guarda el tener un poco más con ser más saludable? Una de las respuestas puede ser la pertenencia a la clase social expresada en términos de poder, oportunidades y dinero. La cantidad de dinero que gana un individuo le permite, por un lado, comprar bienes; pero también la cantidad de dinero que un individuo gana es un indicador de poder dentro de la estructura social y, por tanto, de las oportunidades que puede tener dentro de su propia sociedad. Se produce una situación de poder que permite controlar las circunstancias que suceden alrededor. Por supuesto que existen diversas maneras en la que las personas, independientemente de su posición social, hacen frente a las circunstancias adversas que les rodea; siempre será más favorable hacia aquellos que pueden elegir el trabajo, vivienda o cuentan con mayores apoyos sociales.

Siguiendo el modelo materialista de las desigualdades en salud, la deprivación material se refiere a la incapacidad de las personas de pagar por ciertos niveles de “comodidad social”, como puede ser comida y calefacción. No tanto porque se encuentren en un nivel de pobreza absoluta, sino más bien porque la supervivencia social y psicológica compete necesidades biológicas.

Este es un concepto un tanto relativo ya que depende fundamentalmente de la sociedad en la que vive el individuo. Amartya Sen lo expresa de la siguiente manera:

La deprivación relativa en lo referente a ingresos puede referirse a la deprivación absoluta en el área de las capacidades. En un país considerado como rico, será necesaria una cantidad mayor de dinero para comprar determinados bienes y alcanzar el estándar social que permita al individuo presentarse en sociedad sin pasar vergüenza....

(Sen, 1992: 182).

3.3.4. El modelo neomaterialista

La aproximación teórica del neomaterialismo para explicar las desigualdades sociales es relativamente reciente. Surge del debate entre el significado de la relación entre la salud de la población y la desigualdad en los ingresos. La idea central es que algunos países proveen mayores ayudas públicas a sus ciudadanos y esto repercute directamente en el nivel de salud.

Esta perspectiva es diferente al modelo materialista utilizado para explicar las desigualdades en el Black Report. La explicación materialista se centra en la relación entre ingresos y lo que estos permiten “comprar”, favoreciendo la salud de los individuos. La explicación neomaterialista se centra en la relación entre las políticas públicas que favorecen la salud. No existe demasiada evidencia que sustente este modelo pues no necesariamente aquellos países con mejores políticas públicas tienen menores desigualdades en salud. (Avendano, Kunst, Huisman, Lenthe, Bopp, Regidor, Glickman et al., 2006; Dalstra, Kunst, & Mackenbach, 2006; K. Giskes et al., 2007; T. A. J. Houweling, Caspar, Looman, & Mackenbach, 2005; Janssen, Kunst, & Mackenbach, 2006; J. P. Mackenbach et al., 1997; J. P. Mackenbach et al., 2004; Van der Heyden et al., 2008)(J. P. Mackenbach, 2005).

En varios de los estudios realizados, Suecia, país con tradición democrática y de mayores prestaciones sociales a los pensionistas y desempleados y que cuenta con un sistema público de salud y educación muy bien estructurado, presenta uno de los mayores niveles de desigualdad en salud. No existen evidencias que manifiesten una menor desigualdad en salud en los países Nórdicos comparados con Francia o Inglaterra (M. Bartley, 2004; M. Marmot, 2005), incluso parece que esas diferencias son mayores en los países Nórdicos que en Italia, Suiza o Grecia. Estos trabajos sí evidencian una mayor esperanza de vida (referida a la clase social).

Sin embargo, existen puntos de confluencia entre el modelo neomaterialista y el modelo materialista:

1. Ambos se centran en el estudio de los desempleados. Aquellos países con mayores prestaciones sociales para los desempleados favorecen que no exista una carga tan grande para estos.
2. El segundo punto de confluencia se refiere a los costes de vivienda. Los costes de vivienda son muy variables dependiendo del contexto. También aquí existe diferencia respecto a las ayudas prestadas por los diferentes gobiernos; esto no sólo sucede a nivel de países sino aún dentro de un mismo país, dependiendo de las regiones. En consecuencia, lo que podemos establecer claramente es que la distribución del nivel de renta y la provisión pública tienen un efecto directo sobre la disponibilidad económica para gasto en vivienda.

En cualquier caso, es una cuestión importante que implica aspectos relacionados con políticas sociales y económicas.

3.3.5. Modelo de las desigualdades sociales desde la aproximación teórica de la influencia de los acontecimientos a lo largo de la vida (ciclo vital)

El estudio de las desigualdades desde la perspectiva de la influencia de los acontecimientos a lo largo de la vida se inicia en la década de los 80. La idea que prevalece bajo este modelo es que la salud en la edad adulta viene determinada por la compleja combinación de las circunstancias que le han ocurrido a un individuo a lo largo de su vida (Davey Smith, Ben-Shlomo, & Lynch, 2002). Los investigadores enfatizan la importancia de considerar en la salud de un individuo el cúmulo de circunstancias adversas que ha experimentado a lo largo de su vida (Mann, Wadsworth, & Colley, 1992; Power & Hertzman, 1997).

La salud es conceptualizada como el reflejo de patrones sociales, psicológicos y biológicos de circunstancias favorables y adversas que el individuo experimenta a lo largo de su ciclo vital. Estas circunstancias están influidas por la posición individual y familiar en la estructura social y económica de la jerarquía del estatus.

Estos vínculos dependen de la estructura política y el entorno sociocultural, que son los que atribuyen el significado a esa acumulación de bienes y riesgo psico-social.

Una de las fortalezas de este enfoque es que no requiere que exista un conjunto de causas para las desigualdades en todas las enfermedades. La mayoría de las enfermedades presentan un gradiente social. Por ejemplo, el gradiente social es similar en la mortalidad por cáncer de pulmón que por accidentes de tráfico (Drever et al., 1997), sin embargo la etiología causal es completamente diferente.

Dentro de la explicación de la influencia a lo largo de la vida⁵⁵, coexisten una serie de ideas interesantes. En los inicios de este modelo, los autores trataban de investigar si las diferencias en el estado de salud entre individuos de diferentes grupos sociales en el presente se relacionaban con determinados acontecimientos sucedidos en edades tempranas.

Actualmente, los investigadores se centran en el estudio de lo que han denominado “periodos críticos”. Esto significa que determinados acontecimientos negativos que suceden en épocas específicas de la vida tienen un impacto posterior cuya gravedad depende del “periodo crítico” en el cual se produjeron. Esto tiene diversas implicaciones:

- a) Si el hecho se produce durante el desarrollo intrauterino,
- b) Si es puntual o se produce un efecto acumulativo del agente causal. No se trata pues sólo de evaluar si un acontecimiento negativo se ha producido una vez

⁵⁵ Originalmente el término anglosajón es “Life-Course Approach”

sino, más bien, investigar el efecto acumulativo de la exposición a determinados acontecimientos.

- c) Una tercera interpretación estudia las interacciones entre experiencias negativas. En algunos casos, la experiencia para producir mayor efecto negativo en determinados individuos (aquellos vulnerables por exposiciones o experiencias previas).

La utilización de este modelo no implica la adopción de un único enfoque, sino más bien de la combinación de los expuestos anteriormente.

3.3.5.a. La selección dentro del ciclo vital

En muchos estudios realizados bajo este enfoque queda constatada la interrelación del nivel educativo con la salud. Los individuos con mejor educación tienden a practicar estilos de vida más saludables. Algunos autores defienden que características psicológicas adecuadas, tal vez de origen genético, favorecen el desarrollo individual, aumentando el capital humano que definido en términos económicos, se refiere a educación, habilidades, experiencia laboral y salud (Becker, 1983; Caspi, Wright, Moffitt, & Silva, 1998). Estos individuos tienen acceso a mejores trabajos y, por lo tanto, a mayores ingresos, estatus, autonomía, seguridad y poder en el puesto de trabajo (Bosma et al., 1999; Bucher & Ragland, 1995)

3.3.5.b. Evidencias de la selección indirecta

La selección indirecta hace referencia a que las diferencias en salud entre grupos sociales en la edad adulta se relaciona con características psicosociales en la infancia y, cuyo resultado se traduce en una posición social más aventajada y mejor salud (van de Mheen et al., 1998). Van de Mheen y col. han trabajado siguiendo esta línea cuestionándose si los niños con trasfondos menos privilegiados tienen peor salud en edad adulta porque fuman más, tienen dietas menos saludables, consumen alcohol y realizan menos ejercicio físico. En un estudio realizado en Finlandia, los resultados mostraban que la causa de una mayor mortalidad en adultos jóvenes de sectores sociales más desfavorecidos eran las enfermedades derivadas del abuso del alcohol y accidentes. Los descendientes (particularmente varones) de trabajadores manuales tenían mayor riesgo de morir por accidentes derivados del alcohol y violencia y por hepatopatías y pancreatopatías de carácter alcohólico (Pensola & Valkonen, 2000). Otro estudio realizado por la Universidad de Erasmus (Holanda) se centraba en la cuestión de la interconexión entre un contexto social desventajado en la infancia y las características psicológicas en la edad adulta. Sus resultados mostraron que una infancia determinada por las circunstancias desfavorables estaba relacionada con pérdida del locus de control, neurosis, escasa capacidad de afrontamiento y personalidad inestable en la vida adulta (Bosma et al., 1999). Desventajas sociales y económicas en la infancia se traducían en una asociación con menores niveles de recursos psicológicos para hacer frente a los acontecimientos de la vida (H. Graham, 2002; J. A. Howard, 2000). (J. W. Lynch et al., 1997).

4. MARCO DE REFERENCIA INTEGRAL PARA LA COMPRENSIÓN Y ACCIÓN SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.

Los determinantes sociales de la salud pueden definirse como las condiciones sociales en las que los individuos viven y trabajan (Tarlov, 1996). Se refieren, por un lado, al contexto social que afecta a la salud y, por otro, a los mecanismos por los que las condiciones sociales se traducen en un impacto sobre la salud. Los determinantes sociales que estudiaremos son aquellos que pueden ser modificados a través de acciones informadas (Krieger, 2001a).

Ya hemos comentado como este concepto se origina en la década de los 70 y principio de los 80 en una crítica al sistema de salud orientado fundamentalmente hacia la enfermedad individual. Los diversos autores que disientían de la filosofía preponderante de la época defendían que entender y potenciar la salud requiere una focalización en la salud de la población mediante investigaciones y políticas dirigidas hacia las sociedades a la cual pertenecen los individuos (H. Graham, 2002) . Se propone modificar el enfoque desde factores de riesgo individual hacia los patrones sociales y estructuras que permiten a las personas elegir estar saludables. Paralelamente se plantea que el sistema sanitario no es el único elemento que determina el nivel de salud de una población. En su lugar, surge el concepto de factores determinantes de la salud dirigidos hacia “los factores que contribuyen a la salud de las personas, más que al servicio sanitario que sólo atiende a los individuos cuando ya están enfermos” (London Health Observatory, 2002).

Un modelo conceptual del estudio de las desigualdades sociales en salud debe estar orientado hacia la acción dirigida a la modificación de las políticas que permitan reducir las desigualdades. Debería estar enfocado hacia:

- a. Identificar los determinantes sociales de la salud y los determinantes sociales de las desigualdades en salud.

- b. Mostrar la interrelación entre cada uno de dichos factores y la naturaleza de dicha relación.
- c. Clarificar los mecanismos por el que los determinantes sociales generan desigualdades en salud.
- d. Proveer mecanismos de priorización de los determinantes.
- e. Especificar los niveles de intervención que orienten las estrategias políticas para la acción.

Es muy complicado establecer un modelo único para el estudio de los DSS. Aportaremos a continuación algunos fundamentos teóricos que sustentan el modelo que presentamos.

4.1. Conceptos básicos: igualdad en salud, derechos humanos y distribución de poder

El Departamento de igualdad, pobreza y determinantes sociales de la salud de la OMS define la igualdad en salud como “la ausencia injusta y evitable de las diferencias remediables en salud entre grupos definidos socialmente, económica, demográfica o geográficamente”⁵⁶. Las desigualdades en salud, se refieren a diferencias en salud que son producidas socialmente, son sistemáticas en la distribución en la población e injustas (Dahlgren & Whitehead, 2006). Siguiendo a Amartya Sen, que utiliza conjuntamente los conceptos de igualdad en salud y agencia, pensamos que es una responsabilidad política y moral de los gobiernos nacionales velar por la igualdad en salud de todos los grupos sociales. Anand establece que la salud constituye un bien esencial para el individuo que debe ser garantizada a nivel político por dos razones concretas: a) la salud está relacionada con el bienestar de la persona; y b) la salud

⁵⁶ WHO Equity team working definition. Original: “the absence of unfair and avoidable or remediable differences in health among population groups defined socially, economically, demographically or geographically”.

permite a las personas participar como agentes activos en la sociedad (Anand, 2004). Las desigualdades en salud provocan la desigualdad en la capacidad de desarrollo de los individuos y esto se relaciona directamente con la libertad. Cuando las desigualdades se producen de manera sistemática como consecuencia de la posición social, el gobierno ha vulnerado un principio fundamental y básico que es asegurar la equidad en el acceso a bienes básicos y oportunidades que condicionan la libertad del individuo para elegir y decidir acerca de su propia salud (Rawls, 1971).

La estructura conceptual de la igualdad se basa en los derechos humanos. Éstos fueron aprobados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) en 1948. La DUDH establece que “toda persona tiene derecho a un nivel adecuado de salud y bienestar individual y de su familia, incluyendo alimento, ropa, vivienda, asistencia sanitaria y a los servicios sociales necesarios” (art. 25)⁵⁷. En el año 2000, el Comité sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de Naciones Unidas (ONU), explícitamente establece que el derecho a la salud debe ser interpretado en su aspecto más amplio y estar focalizado en los determinantes de la salud que deberán incluir, entre otros, alimentación y nutrición, vivienda, acceso a agua potable, medidas higiénicas adecuadas, seguridad laboral y un entorno saludable⁵⁸. Posteriormente, en la Carta de Constitución de la OMS⁵⁹ y en la Declaración de Alma-Ata⁶⁰ de 1978, se insta a los gobiernos a asumir sus responsabilidades para afrontar los determinantes sociales y del entorno para garantizar a todos los individuos el derecho al mejor nivel de salud alcanzable.

⁵⁷ Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948.

<http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm> <http://www.unhchr.ch/pdf/UNcharter.pdf>

⁵⁸ UN Committee on Economic Social and Cultural Rights. 2000. General comment number 14: on the right to the highest attainable standard of health.

[http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En)

⁵⁹ http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

⁶⁰ http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

Los derechos humanos ofrecen, además del marco conceptual para el estudio de las desigualdades, la posibilidad de conectar la salud, las condiciones sociales y los principios de gobernanza. Constituyen un elemento de evaluación política en la promoción de políticas saludables y permiten crear las condiciones favorables derivadas del desarrollo.

Tradicionalmente, los derechos humanos han sido interpretados en términos individuales. Lo cierto es que suponen una garantía que implica el bienestar colectivo de grupos sociales y sirven para articular y centrar la defensa de la dignidad de las comunidades marginadas. En este sentido podemos afirmar que los derechos humanos están íntimamente relacionados con los valores de la solidaridad y el empoderamiento⁶¹ de los más desfavorecidos.

Alicia Yamin y otros autores han puesto de manifiesto la dimensión del empoderamiento como eje central del derecho a la salud. El empoderamiento⁶² significa capacitar a los individuos para tomar las decisiones relacionadas con su salud, basadas en el conocimiento y la participación activa. Para Yamin, siguiendo a Sen, la expresión completa del empoderamiento es la libertad de decidir “como quieres que sea tu vida”. En este sentido, el derecho a la salud implica la mejora de las condiciones sociales, aumento del control, participación comunitaria; en definitiva, ser actores activos de su propia vida y decisiones relacionadas con la salud (Roy & Chaudhuri, 2008; Sanabria & Balcazar, 2005; Yamin, 1996).

⁶¹ Empoderamiento es el término traducido y aceptado en el glosario de la OMS, “empowerment”.

⁶² Empowerment refers to increasing the spiritual, political, social or economic strength of individuals and communities. It often involves the empowered developing confidence in their own capacities.

4.1.1. El poder social

Las desigualdades en salud emergen como consecuencia de los patrones de estratificación social, de la desigual distribución de poder, prestigio y recursos entre los diferentes grupos sociales (T. Ball, 1992; Steward, 2001).

Las concepciones clásicas sobre el concepto de poder enfatizan fundamentalmente dos aspectos:

1. “Poder para”, lo que Giddens define como “la capacidad de transformar del ser humano”; expresado de otra manera sería “la capacidad del actor para intervenir en una serie de acontecimientos modificando su curso” (Steward, 2001).
2. “Poder sobre”, que caracteriza una relación en la que un individuo o grupo de individuos logra sus objetivos estratégicos mediante la determinación de la conducta de otro sujeto o grupo (Giddens, 2001).

Esta segunda concepción de poder está vinculada a la coerción, dominación y opresión. Esta idea es la que ha predominado en la mayoría de las teorías modernas sobre el poder (Luttrell, Quiroz, Scrutton, & Bird, 2007; Steward, 2001). Este tipo de poder coercitivo se manifiesta de diversas maneras; por ejemplo, la capacidad de los grupos más favorecidos para determinar la agenda del debate político y la toma de decisiones excluyendo a los grupos más desfavorecidos; o cuando los grupos dominantes moldean la percepción de la gente y las preferencias, por ejemplo, mediante el control de los medios de comunicación, de tal manera que los oprimidos están convencidos de que no tiene problemas serios de los que quejarse. *El poder de modelar los pensamientos de las personas y sus deseos, es la clase de poder más efectiva, ya que se adelanta a los conflictos potenciales* (Luttrell et al., 2007; Smith, 2007).

Iris Marion Young menciona que la opresión puede manifestarse no sólo como “*una tiranía brutal sobre los demás por medio de unas normas*”, sino también como la

desventaja y la injusticia que las personas sufren... .. debido a las prácticas diarias de una sociedad liberal bienintencionad”. Young lo denomina *opresión estructural* cuya manifestación es *sistemáticamente reproducida en las instituciones económicas, políticas y culturales* (I. M. Young, 1992).

Angus Steward refiere la necesidad de complementar un aspecto más positivo y creativo de las teorías del poder (Steward, 2001). Una fuente alternativa de este modelo mencionado por Steward es el trabajo de Hannah Arent. Arent desafía los aspectos fundamentales de la teoría política occidental enfatizando el carácter intersubjetivo del poder en la acción colectiva. A la hora de reflexionar sobre el poder Arendt asegura que el fenómeno fundamental del poder no debe ser la instrumentalización de una voluntad ajena para los propios fines, sino la formación de una voluntad común en una comunicación orientada al entendimiento. El poder se deriva básicamente de la capacidad de actuar en común (Arendt, 1981).

Las teorías recientes del feminismo han enriquecido esta perspectiva. Luttrell, Quiroz, Scrutton y Bird (Luttrell et al., 2007), plantean cuatro tipos distintos de poder:

- Poder sobre (habilidad para influenciar o coercer)
- Poder para (organización y cambios existentes en las jerarquías)
- Poder con (poder derivado de la acción colectiva)
- Poder en (poder que parte de la conciencia colectiva)

Esta concepción del poder tiene importantes consecuencias operativas en el desarrollo del esfuerzo de los actores para facilitar el empoderamiento de la mujer y otros grupos tradicionalmente denominados “grupos dominados”. Los modelos basados en “poder para” y “poder con” enfatizan nuevas formas de acción colectiva, favorecen la transformación de las estructuras existentes y la creación de modelos alternativos de reparto de poder (Luttrell, Quiroz, & Scrutton).

El énfasis del poder como acción colectiva conecta con el modelo de ética social basado en los derechos humanos. Concebido de esta manera, una agenda política basada en los derechos humanos significa apoyar la acción colectiva de comunidades históricamente dominadas para analizar, resistir y superar la opresión, reafirmar el poder compartido y cambiar las estructuras de la jerarquía social hacia una mayor equidad.

Estas teorías son importantes en el análisis de los determinantes sociales de la salud por varias razones: en primer lugar, nos recuerdan que cualquier esfuerzo para reducir las desigualdades debe implicar un cambio en la distribución de poder de las sociedades, para beneficiar a los grupos desfavorecidos. Estos cambios se pueden realizar a diferentes niveles: un nivel micro que incluye la vivienda o el lugar de trabajo y un nivel macro referido a la relación estructural entre grupos sociales mediatizado por las instituciones económicas, sociales y políticas. Un análisis de la estructura del poder evidencia que las modificaciones a nivel micro serían insuficientes para reducir las desigualdades a menos que estos cambios estuvieran apoyados y reforzados por cambios estructurales.

Teorizando respecto al impacto del poder social sobre la salud, reconocemos el empoderamiento de los grupos vulnerables y desventajados socialmente, como imprescindible para reducir las desigualdades. Esto implica la responsabilidad del Estado para garantizar los derechos de los individuos y asegurar una distribución igualitaria de bienes y servicios primarios a toda la población.

4.2. Determinantes socioeconómicos y desigualdad: mecanismos de paso

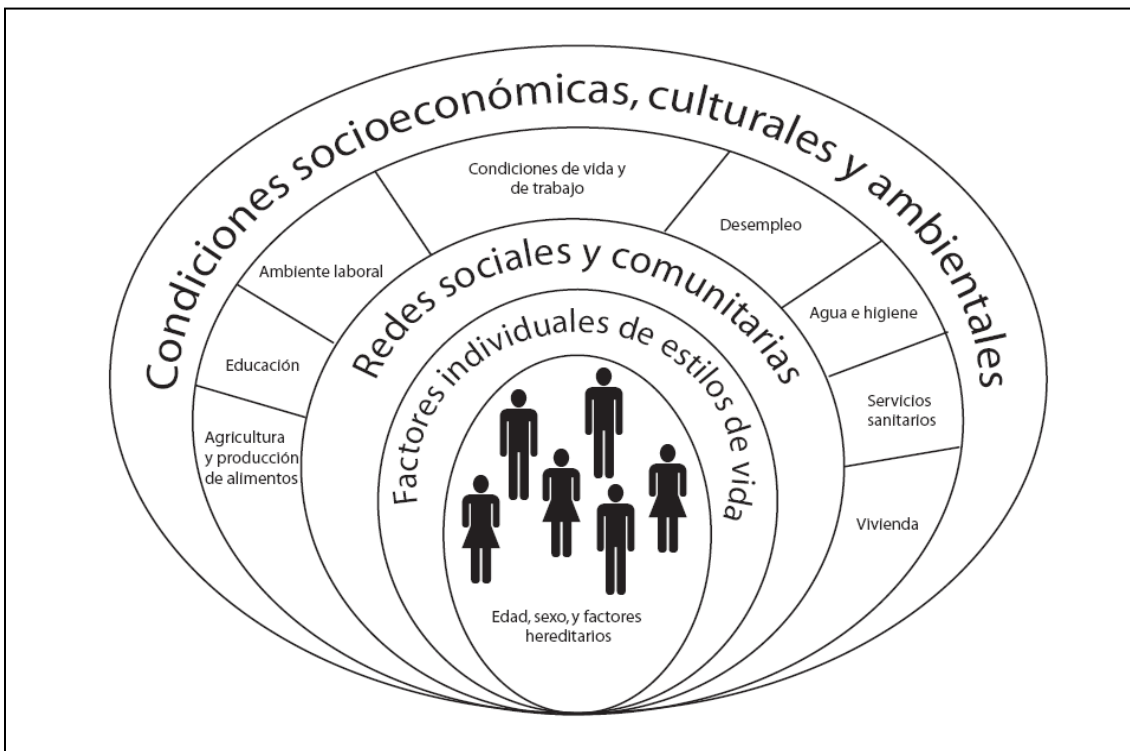
Desde mediados de los noventa, se desarrollaron varios modelos teóricos que pretendían mostrar el mecanismo mediante el cual los determinantes sociales afectan al estado de salud, estableciendo los vínculos entre los diferentes tipos de determinantes

visibilizándolos en la agenda política. Algunos de los modelos que estudiaremos son: Dahlgren y Whitehead (1991), Mackenbach (1994), Diderichsen y Hallqvist (1998), adaptado posteriormente por Diderichsen, Evans y Whithead (2001) y Marmot y Wilkinson (1999).

4.2.1. Modelo de Dahlgren y Whitehead

Este modelo intenta explicar las desigualdades sociales como la interacción entre diferentes niveles de condiciones causales, desde lo individual a lo comunitario abarcando hasta nivel de políticas nacionales (L. J. Gunning-Schepers, 1999).

Fig. 2: Modelo de Dahlgren y Whitehead



Fuente: Dahlgren y Whitehead, 1991.

En el centro del esquema se encuentra el individuo con una serie de características genéticas como edad, sexo y factores constitucionales que vienen determinados por la herencia genética y que influencia su salud. En el estrato superior aparecen los estilos de

vida que pueden ser teóricamente modificables. En primer lugar, encontramos factores conductuales personales como hábito de fumar, consumo de alcohol o realización de ejercicio físico. En segundo lugar, el individuo interactúa con su grupo de referencia y la comunidad inmediata en la cual vive y en la que se establece una relación de influencia mutua que aparece representado en un tercer estrato. En el siguiente, se establecen una serie de condiciones de vida y trabajo que influyen la habilidad de un individuo para mantener su salud; nos referimos a la vivienda, trabajo, alimentación..., acceso a bienes y servicios esenciales. Finalmente, como mediador de la salud de la población, se establecen una serie de condiciones generales de carácter socioeconómico, cultural y del entorno que operan a nivel global en la sociedad.

Este modelo enfatiza la interacción entre los diversos estratos: los estilos de vida están influidos por las normas sociales y la comunidad de referencia, las condiciones de vida y trabajo que, a su vez, están influidos por determinantes socioeconómicos más amplios así como por los aspectos culturales.

Los determinantes de salud pueden estar influidos por decisiones individuales, económicas o políticas, que pueden actuar como factores positivos de salud, factores de protección o factores de riesgo.

Los factores positivos de salud son aquellos que contribuyen al mantenimiento de la salud. Factores positivos fundamentales se consideran: la seguridad económica, la estabilidad laboral, posesión de una vivienda digna y acceso a una alimentación saludable. Dentro de esta categoría también aparece el control sobre la propia vida, relaciones familiares y sociales satisfactorias y, en general, lo que los autores denominan algún tipo de recompensa social ("Wilkinson & "Marmot, 2006).

Factores protectores de la salud son aquellos que eliminan el riesgo o facilitan la resistencia a enfermar. El ejemplo más claro es el acceso a un programa de

inmunización⁶³ frente a enfermedades de tipo infecciosas. Factores de protección psicosocial como la percepción de control sobre la vida de uno mismo, sentido de ésta y soporte social son considerados como protectores de la salud (WHO, 2002b). Una dieta saludable⁶⁴ se incluye también en este apartado.

Factores de riesgo o condiciones de riesgo son aquellos que causan enfermedad y son potencialmente evitables. Dentro de este modelo, se consideran posibles factores de riesgo las dificultades sociales, económicas, relacionadas con el entorno y estilos de vida (hábitos de salud).

En la práctica, la distinción entre las categorías establecidas de factores determinantes de salud puede ser complicada. En epidemiología clásica, el énfasis recae sobre los factores de riesgo. Sin embargo, en este modelo se plantea un cambio de paradigma. Los autores proponen una visión holística planteando un ejemplo sencillo (Dahlgren & Whitehead, 2006): en una población de 100 individuos, 5 enferman y 95 permanecen sanos. Normalmente la investigación médica se centra en estudiar por qué esos 5 individuos han enfermado. Sin embargo, aquí lo que se propone es que se estudien cuáles han sido los factores que han influido para que los restantes 95 no lo hicieran.

Este cambio en el análisis, permite establecer prioridades de intervención y desarrollar estrategias centradas en los tres tipos de factores (WHO, 2002b). En la tabla 7 se listan 10 factores identificados por la OMS como factores contribuidores de enfermedad en Europa. Todos los mencionados pueden catalogarse como factores de riesgo conductuales básicos (*downstream*). Desde una perspectiva más global, podemos

⁶³ Los programas de inmunizaciones o vacunas, son establecidos por los Ministerios de Sanidad de cada país adaptándose con posterioridad a cada región. En España, el calendario vacunal es revisado cada dos años. Las distintas CCAA, establecen su propio calendario vacunal basado en el aprobado por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

⁶⁴ Se cita como ejemplo la dieta Mediterránea, con un consumo elevado de frutas, verduras y uso de aceite de oliva.

considerar que estos factores identificados sólo son una parte del conjunto más amplio denominados factores de riesgo superiores (*upstream*)⁶⁵.

Tabla 10 : Contribuidores al total de carga de enfermedad en la Región Europea de la OMS, 2002

<i>Downstream</i>	<i>Upstream</i>
1. Tabaco	- Políticas comerciales neoliberales
2. Hipertensión	- Desigualdad de renta
3. Abuso de alcohol	- Pobreza
4. Hipercolesteronemia	- Riesgos laborales
5. Sobrepeso	- Pérdida de cohesión social
6. Consumo insuficiente de fruta y verdura	
7. Sedentarismo	
8. Consumo de drogas	
9. Sexo inseguro	
10. Ferropenia (deficiencia de hierro en sangre)	

Fuente: WHO, 2002: 20.

Una estrategia de salud adecuada para cada país debería incluir ambos tipos de determinantes de la salud: *upstream* y *downstream*, ya que ambos están muy interrelacionados. La estrategia mundial antitabaco realizada en numerosos países es un ejemplo de este tipo de políticas globales en las que se contemplan ambos apartados.

En cualquier caso, la incidencia de los factores de riesgo específicos a nivel base o superior puede ser completamente diferente según los países (Diderichsen, Dahlgren, & Vågerö, 1997). En la tabla 11 se muestra un ejemplo de como en Suecia el impacto negativo del consumo de alcohol sobre la salud es inferior al 50% del impacto producido en los 15 países de la Unión Europea anterior al 1 de mayo de 2004. Cada país necesita sus propios datos con respecto a que tipo de determinante de salud incide más significativamente sobre la salud en su contexto particular.

⁶⁵ En inglés, los términos utilizados son: “Downstream behavioural risk factors” y “downstream determinants of health”.

Tabla 11: Porcentaje de carga de enfermedad total causada por factores específicos de riesgo en Europa y Suecia, 1997

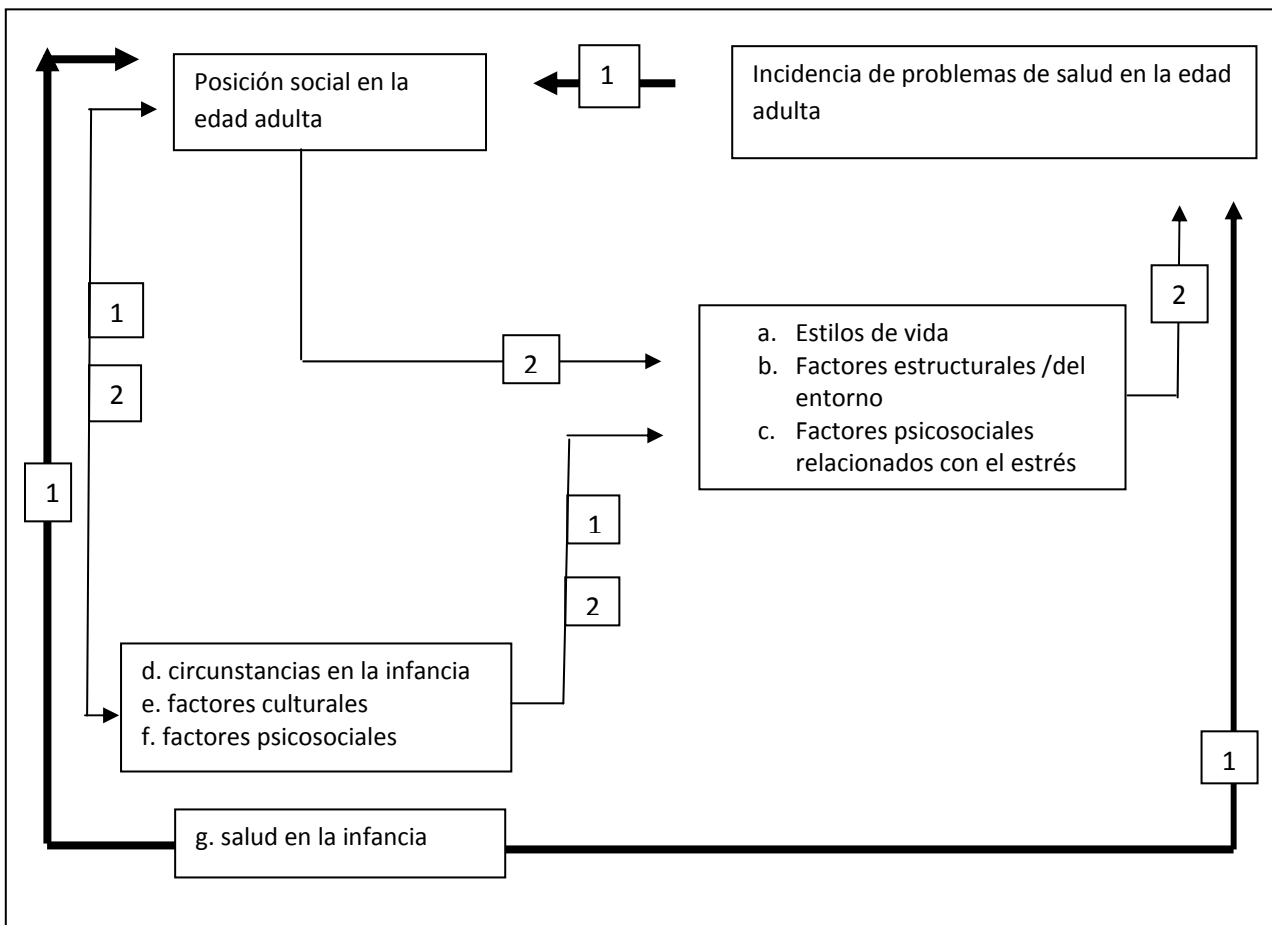
Factor de riesgo	Europa	Suecia
Tabaco	9.0	8.0
Alcohol	8.4	3.5
Obesidad	3.7	2.8
Entorno laboral	3.6	2.2
Dieta pobre en verduras y frutas	3.5	3.5
Pobreza relativa	3.1	1.2
Desempleo	2.9	2.4
Drogas: narcóticos	2.4	1.7
Sedentarismo	1.4	1.4
Ingesta excesiva de grasas saturadas	1.1	1.5

Fuente: Diderichsen, Dahlgren y Vågerö, 1997: 20.

4.2.2. Modelo de Mackenbach et al.: selección y causación

El modelo de Mackenbach enfatiza los mecanismos por los que se generan las desigualdades en salud: selección versus causa. En el esquema, el número 1 marca el proceso de selección, representado por un efecto de los problemas de salud en la edad adulta y a su vez, basado en la posición socioeconómica y por el efecto que tiene las circunstancias de la infancia en la salud, ambos basados en la posición socioeconómica en la edad adulta. El número 2, representa el mecanismo causal basado en tres grupos de factores de riesgo considerados intermediarios entre la posición socioeconómica y la salud (estilos de vida, factores estructurales y del entorno, factores psicosociales basados en el estrés). En este modelo se incluyen el entorno durante la infancia, la cultura y factores psicosociales como factores que contribuyen a las desigualdades en salud a través del mecanismo de selección y causación (J. Mackenbach et al., 1994; J. P. Mackenbach et al., 1997).

Figura 3: Modelo de desigualdades en salud de Mackenbach et al.

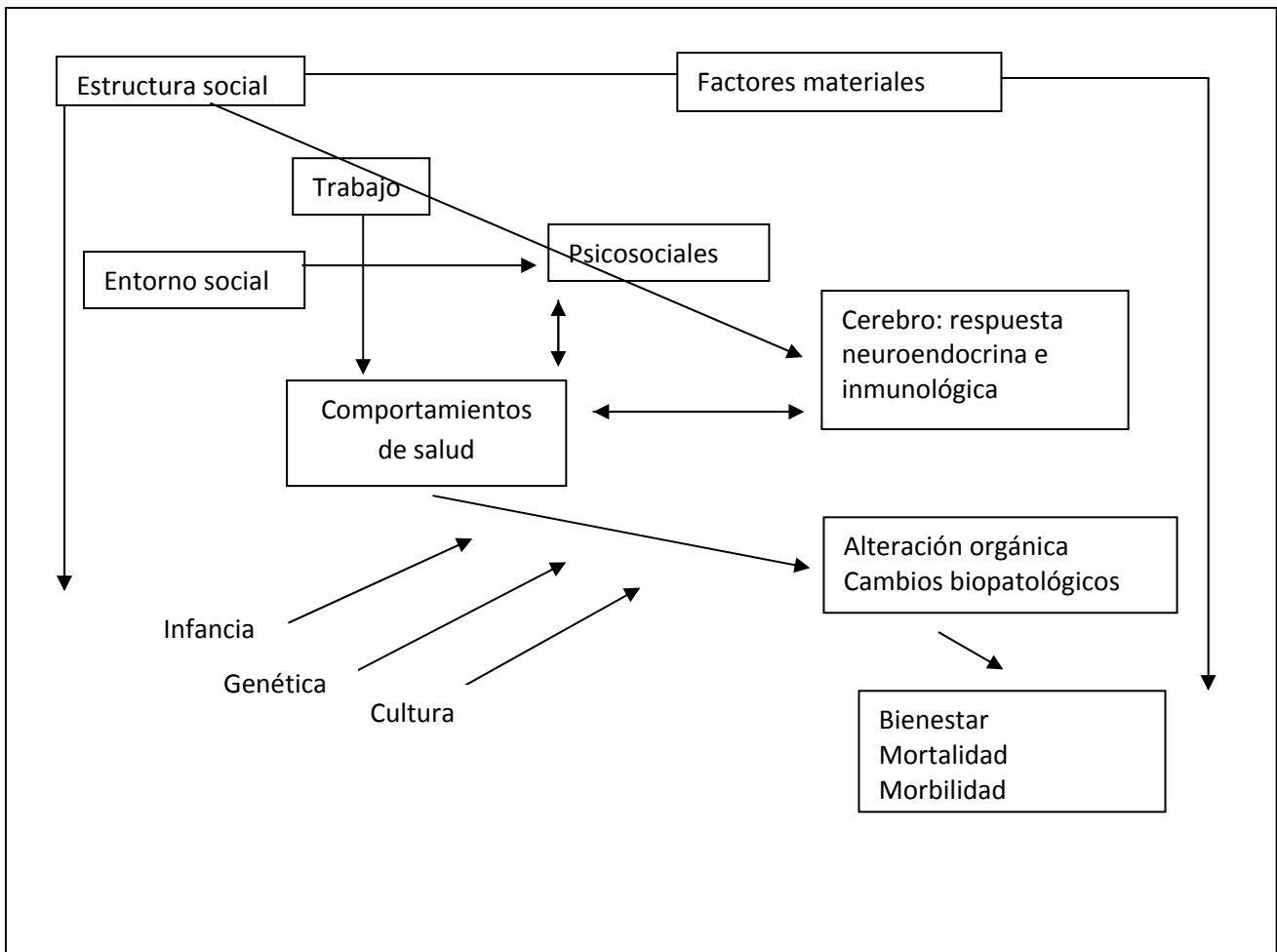


4.2.3. Modelo de Brunner, Marmot y Wilkinson: influencias a lo largo del ciclo vital

Este modelo fue desarrollado inicialmente para establecer una conexión entre la práctica clínica (aspecto curativo de la enfermedad) y la salud pública (aspecto preventivo de la salud). Progresivamente se fue aplicando al proceso social que subyace a las desigualdades en salud como un modelo de factores sociales que causa enfermedad y contribuye a las desigualdades en salud. El modelo está incluido en el Informe Acheson (Reino Unido), ilustrando explícitamente cómo las desigualdades socioeconómicas en salud constituyen el resultado de la exposición a los riesgos medioambientales, riesgos psicosociales y comportamiento a lo largo del ciclo vital (M. Bartley, Blane, &

Montgomery, 1997; Blane, Davey Smith, & Bartley, 1993; H. Graham, 2002; H. Graham & Power, 2004). Este modelo vincula, por tanto, la estructura social a la salud y la enfermedad por medio de factores materiales, psicosociales y de comportamiento. Los componentes genéticos, los de la infancia y los culturales son las influencias más importantes en la salud de la población tal como se plasma en la figura 2.

Figura 4: Modelo de Brunner, Marmot y Wilkinson



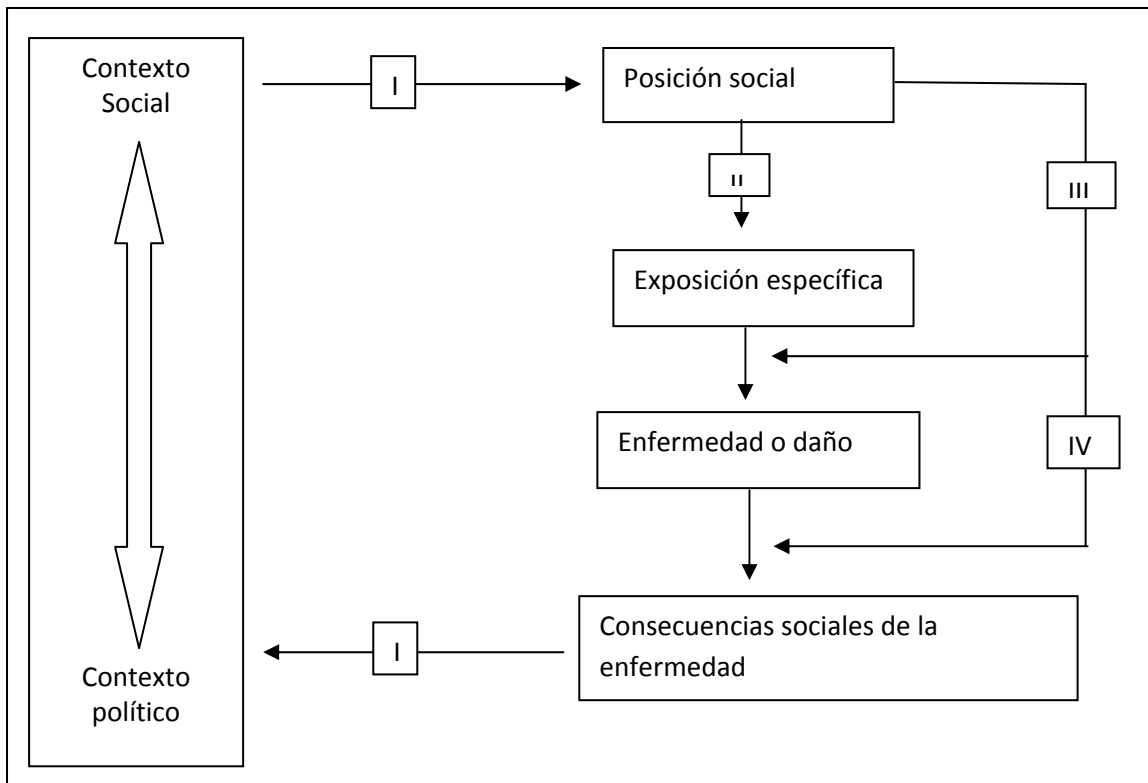
4.2.4. Modelo de Diderichsen

El denominado modelo de Diderichsen es una adaptación de Diderichsen, Evans y Whitehead (2001) (T. Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wirth, 2001) del

modelo de producción social de la enfermedad elaborado por Diderichsen y Hallqvist en 1998. El concepto central de este planteamiento teórico para explicar las desigualdades se basa en la posición social como mecanismo que explica las desigualdades en salud (T. Evans et al., 2001). Inicialmente el modelo enfatizaba el mecanismo social de producción de las desigualdades a través de la posición social y la exposición al riesgo⁶⁶. Posteriormente se fue modificando y enfatizando la manera en que el contexto social genera la estratificación social y le asigna a cada individuo una posición social. La posición social de las personas determina su nivel de salud (T. Evans et al., 2001). En la figura 5, el proceso de asignar a un individuo su posición social aparece representado por el número I. Los mecanismos implicados son los motores centrales de la sociedad que generan y distribuyen el poder, bienestar y el riesgo (por ejemplo el sistema educativo, las políticas laborales, las normas vinculadas al género y las instituciones políticas). La estratificación social engendra la diferencia en exposición a las condiciones desfavorables para la salud (II) y la vulnerabilidad (III), además de las diferentes consecuencias de la producción de enfermedad para todos los grupos sociales sean más o menos desventajados, mostrando sus mecanismos (IV). Las “consecuencias sociales” se refieren al impacto que ciertos acontecimientos relacionados con la salud puede tener en las circunstancias socioeconómicas de un individuo o su familia (T. Evans et al., 2001). Este modelo incluye aspectos para la acción política que discutiremos posteriormente.

⁶⁶ En epidemiología, se denomina riesgo a la probabilidad de ocurrencia de un evento. Constituye una medida de probabilidad estadística de que en un futuro se produzca un acontecimiento.

Figura 5: Modelo de Direrichsen



4.3. Modelo de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (OMS)

El modelo elaborado y desarrollado por la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS lo consideramos un compendio de todos los anteriores (es con el que nos identificamos). Recoge desde los aspectos más amplios a los más concretos de los determinantes sociales de la salud. Además, hemos tenido la posibilidad de colaborar en el desarrollo del modelo final.

4.3.1. Primer elemento del modelo: contexto socioeconómico y político

La diferencia principal de este modelo con los expuestos anteriormente radica en la importancia dada al contexto socioeconómico y político (que hace referencia al espectro de factores sociales que no pueden ser medidos directamente a nivel individual). El término “contexto” abarca un amplio abanico de aspectos estructurales, culturales y

funcionales de un sistema social cuyo impacto no es cuantificable pero influye poderosamente en los patrones de estratificación social y, por tanto, en la elección de las personas en materia de salud. Tomando en cuenta el contexto bajo esta apreciación, entenderemos los mecanismos sociales y políticos que generan, configuran y mantienen la jerarquía social, como por ejemplo el mercado laboral, el sistema educativo y las instituciones políticas (incluyendo el Estado de Bienestar). Navarro y otros investigadores han estudiado cómo muchos de los determinantes sociales están condicionados por las políticas públicas (Navarro & Shi, 2001; Navarro et al., 2006) (Benach & Amable, 2004; Benavides, Delclos, Benach, & Serra, 2006; C. Borrell & Benach, 2008; Stafford, Nazroo, Popay, & Whitehead, 2008; Vega & Irwin, 2004; R. G. Wilkinson, 1999; R. G. Wilkinson & Pickett, 2006). Un ejemplo puede ser el Estado de Kerala en India en el que durante los últimos cuarenta años la interrelación entre la reducción de las desigualdades sociales y la mejora del nivel de salud de la población ha dado como resultado el aumento de todos los indicadores sanitarios positivos. Otro ejemplo que pone de manifiesto el impacto de las políticas en los resultados de salud lo encontramos en un estudio reciente (Chung & Muntaner, 2006) realizado en 18 países de Europa, América del Norte y la Región de Asia-Pacífico. La diferencia del 20% de las tasas de mortalidad infantil entre países se puede explicar por el tipo de Estado de Bienestar. Igualmente, la diferencia de peso al nacer, un 10% entre países, se explica por los diversos modelos de Estados de Bienestar (Navarro et al., 2007; Ramirez-Espitia et al., 2003). Raphael enfatiza el impacto de las decisiones políticas en los factores que influyen la distribución y los efectos de los determinantes sociales de la salud entre los diversos grupos poblacionales. Las decisiones políticas se reflejan en las medidas relacionadas con la familia, el empleo, provisión de entornos saludables, accesibilidad del sistema social y sanitario, etc. (C. Borrell & Artazcoz, 2008b; Courtwright, 2008; O.

Lundberg et al., 2008; Palma-Solis, Gil-Gonzalez, Alvarez-Dardet, & Ruiz-Cantero, 2008; Putnam & Galea, 2008; Raphael, 2004; Raphael, 2006; Schrecker, Labonte, & De Vogli, 2008). La organización de un sistema de salud es el resultado de una decisión política realizada por el gobierno de un determinado país. Por supuesto, reconocemos la complejidad y la variedad de aspectos políticos, económicos y sociales que subyacen a esta interrelación entre política, leyes y salud.

Al plantear la influencia de las interrelaciones del contexto socioeconómico y político en la salud, se pone de manifiesto la diferencia entre los diversos factores generadores de desigualdades de un país a otro (Fassin, 2000; J. Mackenbach & Bakker, 2002). En general, la construcción de un modelo debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Gobernanza⁶⁷: en su sentido más amplio, incluyendo determinación de necesidades, patrones de discriminación, participación de la sociedad civil y transparencia en la administración pública.
2. Políticas macroeconómicas: incluyendo fiscalidad, economía, balanza de pagos y política comercial así como las estructuras de mercado subyacentes.
3. Políticas sociales: relacionadas con el trabajo, bienestar social y vivienda, entre otros.
4. Políticas públicas: en áreas como educación, asistencia sanitaria, medidas higiénicas y dotación de agua potable⁶⁸ (Braveman, 1998; Casas, 2002).
5. Valores sociales y culturales.

⁶⁷ La definición de gobernanza utilizada en este contexto es la adoptada por Naciones Unidas cuya traducción es: “sistema de valores, políticas e instituciones a través de las cuales la sociedad administra los asuntos económicos, políticos y sociales a través de la interacción entre y con el estado, la sociedad civil y el sector privado”. Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española: vigésima segunda edición, Gobernanza se define como: “Arte o manera de gobernar que se propone como objetivo el logro de un desarrollo económico, social e institucional duradero, promoviendo un sano equilibrio entre el Estado, la sociedad civil y el mercado de la economía”.

⁶⁸ Referido a todos los países del mundo en los que el agua potable es un bien escaso.

6. Características epidemiológicas: especialmente en el caso de enfermedades epidémicas y pandémicas como el VIH/SIDA.

La gobernanza comprende los mecanismos y procesos por los que los ciudadanos y grupos articulan sus intereses, ejercitan sus derechos legales y obligaciones. Representa las normas e instituciones que establecen límites y proveen incentivos para los individuos y las organizaciones. La gobernanza, incluyendo su dimensión social, política y económica, opera a todos los niveles humanos (hogar, comunidad, municipio, región, nación o globalmente) (Courtwright, 2008; De Ceukelaire & De Vos, 2009; Hernandez, 2008).

Las políticas del mercado de trabajo deben adecuarse a la reseña establecida por el Grupo de Trabajo sobre Conocimiento y Condiciones Laborales de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (CSDH Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET), 2006): “Las políticas laborales median entre la oferta y la demanda de trabajo en el mercado laboral y las formas de intervención pueden ser diversas. Existen políticas que contribuyen a mejorar la adecuación de los trabajadores a las ofertas de empleo, a través de la unión de sus habilidades y capacidades, creando empleo o cambiando las estructuras del empleo a favor de grupos desfavorecidos. Así, podemos afirmar que existen programas pasivos y programas activos de mejora del desempleo (como la formación adecuada al mercado, creación de empleo a través de programas comunitarios o programas específicos para la creación de empresas). Las políticas activas de mercado deben dirigirse a grupos de población específicos favoreciendo, la integración laboral”

El concepto de “Estado de Bienestar” hace referencia al rol del estado en la protección y promoción del bienestar social y económico de sus ciudadanos (Rodríguez Guerra, 2002). Se basa en los principios de igualdad de oportunidades, distribución equitativa y

responsabilidad pública entre aquellos que no pueden valerse por sí mismos, dotando de una provisión mínima para una vida confortable. No es objeto de esta tesis detenernos en el estudio de los Estados de Bienestar, sólo mencionaremos algunos aspectos para la comprensión de este modelo. Existe numerosa bibliografía especializada en el tema (Esping Andersen, 1990; Gómez, 2003; I. Kawachi & Wamala, 2007). Dentro del concepto se pueden utilizar una variedad de formas de organización socioeconómica. Una característica fundamental en el Estado de Bienestar es la seguridad social. Incluye la provisión pública de educación, servicios de salud y vivienda (viviendas a precios bajos o con una fiscalidad reducida). También suele contemplar programas contra la pobreza y adecuación de un sistema fiscal a los ingresos individuales (Reinert, 2007; Rodríguez Guerra, 2002; Rodríguez Guerra, En prensa; Stiglitz, 2002). En los países de tradición socialista, el estado es responsable del empleo y del mercado (precios de productos)⁶⁹ (Ghaed & Gallo, 2007) .

Otra de las funciones del Estado de Bienestar es la redistribución de los ingresos, por lo que se han utilizado diversas variables para cuantificar las desigualdades en el ingreso y determinar los mecanismos estructurales a través de los cuales las desigualdades económicas afectan a la salud de la población (Coburn, 2000; Larrañaga, 2007; Milanovic, 2006; Zolo, 2006).

En el estudio realizado por Chung y Muntaner al explorar el impacto de las políticas en la salud establecen diversos tipos de Estados de Bienestar. El estudio concluye que los países de tradición socialdemócrata presentan niveles de salud más altos, reflejados en tasas bajas de mortalidad infantil y mejor peso al nacer que otros países (Chung & Muntaner, 2007).

⁶⁹ <http://www.search.eb.com/failedlogin?target=/eb/article-9076482> Enciclopedia Britanica on line. Acceso el 22 febrero de 2009

Las instituciones y los procesos conectados con la globalización constituyen una dimensión muy importante del contexto. La globalización,⁷⁰ según el grupo de trabajo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud “Globalization Knowledge Network”, siguiendo a Jenkins, se define como un proceso de mayor integración en la economía mundial a través de los movimientos de bienes y servicios, capital, tecnología y mano de obra, que conducen cada vez más a las decisiones económicas que influyen en las condiciones mundiales. En otras palabras: el surgimiento de un mercado global” (Labonte & Schrecker, 2005; Schrecker et al., 2008). Otros aspectos no económicos de la globalización como los socioculturales, no se han tenido en cuenta. La globalización económica parece ser el único motor que mueve los otros aspectos de la globalización durante las últimas décadas (Esping Andersen, 2001; Rodríguez Guerra, En prensa; Sassen, 2007). Esto implica que cualquier análisis contextual que se realice sobre la globalización y su interrelación con las desigualdades en salud, tendrá que analizar las estrategias adoptadas por actores e instituciones de carácter internacional, transnacional y supranacional, incluyendo el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (I. Kawachi & Wamala, 2007).

El contexto incluye los valores sociales y culturales. La comprensión de la salud como un derecho fundamental del individuo es diferente. El nivel de compromiso social en el desarrollo del nivel de salud de la población varía en función del contexto regional y nacional. El valor social atribuido a la salud en un determinado país constituye el contexto, muchas veces olvidado, donde las políticas de salud deberían ser diseñadas y desarrolladas (Kleczkowski, Roemer, & Van der Werff, 1984). Roemer y Kleczkowski han propuesto tres dominios en el análisis de las distintas tipologías de salud para establecer qué valor social tiene ésta:

⁷⁰ No pretendemos en este estudio tratar en profundidad el tema de la globalización del que existe numerosa bibliografía para consulta.

- La medida en que la salud es una prioridad gubernamental o está presente en la agenda social, reflejándose en el nivel de los recursos nacionales asignados a la salud.
- La medida en que la sociedad asume la responsabilidad colectiva de financiar y organizar la prestación de los servicios de salud. En el colectivismo máximo, el sistema proporciona casi exclusivamente beneficios colectivos, dejando poca o ninguna opción para el individuo. En el máximo individualismo, la enfermedad y su cuidado son vistos como asuntos privados (Laurin-Frenette, 1987).
- El alcance de la responsabilidad social de distribución. Ésta es una medida del grado en que la sociedad asume la responsabilidad de la distribución de sus recursos para la salud (Chomsky, 2007). La distribución alcanza el máximo cuando la propia sociedad garantiza la igualdad de acceso a los recursos para todos (Solar, Irwin, & Vega, 2004; Solar & Irwin, 2006; Vega & Irwin, 2004).

Estos criterios son importantes para establecer las políticas referidas al sistema sanitario, su filosofía, formación y evaluación.

4.3.2. Segundo elemento del modelo: determinantes estructurales y posición socioeconómica

El concepto de determinantes sociales ha adquirido un doble significado según Graham, ambos referidos a los factores sociales que favorecen e influyen la salud de la población y el proceso social que subyace a la distribución desigual de estos factores entre grupos cuya posición social es diferente. (H. Graham, 2004; Vinson, Graham, & Gold, 2006). La expresión “determinantes sociales de la salud” puede ser ambiguo ya que se utiliza indistintamente para los determinantes de salud y para los determinantes de las desigualdades en salud. Graham refiere que la utilización de un único término para referirnos a los factores sociales que influyen la salud y a la distribución social

no sería problemático si los principales determinantes de la salud, como nivel de vida, influencias del entorno y estilos de vida estuviesen distribuidos entre los grupos socioeconómicos. Sin embargo, las diferencias en el acceso a recursos materiales, recursos de promoción de la salud y exposición a factores de riesgo son evidentes (H. Graham, 2004). Para resolver esta ambigüedad lingüística se ha introducido el término de “determinantes estructurales” para referirse específicamente a los componentes de la posición socioeconómica. Los determinantes estructurales, combinados con las características del contexto socioeconómico y político descrito anteriormente, constituyen lo que se denomina “determinantes sociales de las desigualdades en salud”. Este concepto corresponde a la noción de Graham del “*proceso social que rige la distribución de los determinantes básicos*” (*Downstream*).

En cada sociedad los recursos materiales y de otro tipo son desigualmente repartidos. La desigualdad puede ser reflejada como un sistema de estratificación social o jerarquía social (C. Borrell, Rue, I Pasarin, Benach, & E Kunst, 2000; Espelt, Borrell, Rodriguez-Sanz et al., 2008; Espelt et al., 2009). Las personas alcanzan su posición en la jerarquía social de acuerdo a la clase social, el estatus ocupacional, el nivel educativo y el nivel de ingresos. Esa posición dentro del sistema de estratificación social puede denominarse posición socioeconómica⁷¹.

Bartley (M. Bartley, 2004), utiliza dos conceptos distintos: “posición socioeconómica” (*SEP: Socioeconomic position*), donde incluye clase, estatus y bienes materiales; y “posición social” para referirse a clase y estatus.

⁷¹ En la bibliografía podemos encontrar diversas denominaciones que se utilizan indistintamente para referirse a la posición socioeconómica, por ejemplo clase social, estrato social, estatus social o estatus socioeconómico.

Tabla 12: Conceptos utilizados por M. Bartley, 2004

Posición socioeconómica	Clase, estatus y bienes materiales
Posición social	Clase y estatus

Un ejemplo para entender lo anteriormente expuesto: Nivel de ingresos y bienes materiales realmente no indican una posición social concreta. Dos personas con circunstancias socioeconómicas similares en términos de ingreso, casa en propiedad, un coche, calefacción central, ordenador, etc., pueden tener diferente posición socioeconómica en términos de clase social, estatus o ingresos relativos. Por esta razón, Bartley utiliza el término de “posición socioeconómica y circunstancias” donde engloba clase, estatus, ingresos relativos (posición) y medidas absolutas como el nivel de renta y las posesiones.

Tabla 13: Concepto reorganizado por M. Bartley, 2004

Posición socioeconómica y circunstancias	Clase, estatus, ingresos relativos (posición) y medidas absolutas como el nivel de renta y las posesiones.
--	--

En cualquier caso, hay que señalar que la medida de la posición social no está basada en las características del individuo sino en las características de la ocupación. Esto plantea dificultades cuando se intenta establecer la posición social de individuos que realizan trabajos no remunerados como cuidadores informales, jubilados o incluso aquellos que nunca han tenido una ocupación remunerada o la tuvieron hace mucho tiempo. Por supuesto que se les puede otorgar una determinada posición socioeconómica de acuerdo al nivel de ingresos en términos comparativos con otros individuos.

Podemos sintetizar estableciendo que las dos variables más utilizadas para hacer operativa la posición socioeconómica en estudios sobre desigualdades en salud son la

estratificación social y la clase social. El término estratificación se utiliza en sociología para referirnos a la jerarquía social en la que los individuos o grupos pueden ser organizados en función de determinadas características. Algunas de las más frecuentemente utilizadas son el nivel de ingresos y de estudios.

La medida de estratificación social constituye un predictor de los patrones de mortalidad y morbilidad. Sin embargo, estos indicadores no revelan los mecanismos que explican cómo los individuos tienen distintos niveles de recursos económicos, políticos y culturales. Por eso, a este concepto se le une el de clase social definido por Muntaner et al. como “la relación entre la pertenencia o control sobre recursos de producción como físicos, financieros u organizacionales” (Muntaner et al., 2003). Este concepto lo estudiaremos posteriormente.

En el estudio de la posición socioeconómica destacamos autores como Karl Marx y Max Weber. Para Marx la posición socioeconómica estaba determinada por la clase social en la que un individuo es definido en función de su relación con los medios de producción. La clase social y la relación entre clases es caracterizada por el conflicto inherente entre la explotación de los trabajadores y los explotadores capitalistas o los que controlan los medios de producción. La clase en si misma no representa una propiedad del individuo pero si una relación social creada por las propias sociedades. Una adaptación de la teoría de Marx sobre las clases sociales es la desarrollada por Wright sobre la clasificación de la clase social que veremos posteriormente. Establece la necesidad de un nuevo acercamiento a las clases sociales por el papel emergente de una nueva clase: la clase media. Ésta tiene una característica contradictoria en si misma siendo a la vez explotadora y explotada. En su esquema, las personas son clasificadas en función de tres tipos de explotación: a) medios de producción b) bienes de organización y c) bienes de cualificación. Los bienes de producción generan tres tipos de posiciones

sociales: los empresarios, la pequeña burguesía y los trabajadores. Lo veremos más adelante (Wright, 1995).

Max Weber desarrolla otra perspectiva de la clase social. Según Weber, la posición social se basa en tres dimensiones: clase, estatus y poder. La clase tiene una base económica. Implica la tenencia y control de recursos y se mide por el nivel de ingresos. El estatus es considerado como el nivel de prestigio dentro de una comunidad. El estatus implica tener acceso a oportunidades en la vida basado en factores sociales y culturales como el trasfondo familiar, estilos de vida y redes sociales. El poder se relaciona con el contexto político (Liberatos, Link, & Kelsey, 1988).

Krieger, Williams y Moss entienden la posición socioeconómica como un concepto agregado que incluye medidas basadas en los recursos disponibles y el prestigio social, ligados a la clase social en la infancia y en la adultez. Las medidas basadas en los recursos se refieren a los recursos materiales y ventajas, incluyendo ingresos, bienestar y nivel de educación adquirido; utilizan los términos de pobreza o deprivación para describir la escasez de recursos. Las medidas basadas en el prestigio se refieren al estatus en la jerarquía social, evaluada a través del acceso de los individuos al consumo, servicios, conocimiento ligados al empleo, ingresos y nivel de estudios. El nivel educacional establece diferencias en el acceso a la información y la capacidad de aprovecharse de nuevos conocimientos, mientras que los ingresos generan diferencias en el acceso a bienes materiales. El estatus ocupacional provee de privilegios, incluidos el poder y las habilidades técnicas y sociales (Krieger, Williams, & Moss, 1997).

Kunst y Mackenbach aportan diversas medidas para la posición socioeconómica, siendo las más importantes el estatus ocupacional, nivel educativo y nivel de ingresos. Cada uno de estos indicadores aborda diferentes aspectos de la estratificación social y, preferiblemente, deberían utilizarse los tres para una mejor determinación. Sin embargo,

su aplicación no es sencilla, debiendo establecerse una clasificación apropiada para aquellos grupos en los que no se dispone fácilmente de información como, por ejemplo, niños, mujeres o desempleados. Si la información sobre educación, ocupación o ingreso no está disponible, se hace necesaria la utilización de otros indicadores del estatus socioeconómico como nivel de vida (por ejemplo, la tenencia de coche, calefacción, acceso a Internet, etc.) (A. Kunst & Mackenbach, 1994; A. E. Kunst & Mackenbach, 1995; J. Mackenbach & Kunst, 1997).

Singh-Manoux et al. plantean que el gradiente social es sensible a la naturaleza distal o proximal (lejana o cercana) del indicador de la posición socioeconómica determinada por el empleo. Un análisis del estatus socioeconómico de los individuos durante diferentes estadios de sus vidas tiene un efecto duradero en la mortalidad adulta a través de las circunstancias socioeconómicas en la vida tardía afectando a la educación, ocupación y recursos económicos. Este modelo se deriva de la perspectiva de la influencia a lo largo de la vida (*life course approach*), en la que la educación determina la ocupación y los ingresos. En este modelo, la educación influye la salud de forma directa e indirecta a través de su efecto en la ocupación y los ingresos económicos (Singh-Manoux, Clarke, & Marmot, 2002).

En resumen, podemos concretar que el nivel educativo, la categoría ocupacional, la clase social y el nivel de ingresos, son los indicadores más utilizados para medir el estatus socioeconómico en los estudios relacionados con las desigualdades sociales en salud. Lahelman et al. establecen que cada indicador refleja dos aspectos: por un lado el impacto general en la jerarquía social y, por otro, el impacto específico del propio indicador. El nivel educacional alcanza su mayor expresión en la edad adulta. Su naturaleza va ligada al nivel de conocimiento y otros recursos de carácter no material que promueven en sí mismos estilos de vida saludables. Asimismo, la educación

proporciona una cualificación que contribuye directamente al estatus socioeconómico a través de la ocupación y nivel de ingresos. La clase social analizada desde la ocupación proporciona información respecto al lugar que ocupa un individuo en la estructura social, indicando estatus y poder que se reflejan a través del empleo remunerado. El nivel de ingreso individual y por familia se deriva del empleo. El nivel económico permite el acceso a recursos materiales y poder, lo cual conlleva un mejor nivel de salud (por lo menos teóricamente). Siguiendo este razonamiento, la educación se obtiene primero a lo largo de la vida contribuyendo a la posición social y ésta, a su vez, determina los ingresos. El efecto de la educación sobre el nivel de ingresos está mediatizado principalmente por la ocupación (Lahelma, Martikainen, Laaksonen, & Aittomäki, 2004).

La posición social se puede medir en tres niveles: individual, por hogar y según el vecindario. Así mismo también se puede medir a través de diferentes estadios del ciclo vital del individuo, por ejemplo en la infancia, adolescencia, edad adulta, transcurridos cierto número de años, etc.). El momento se selecciona en función de distintas variables que se pretendan estudiar, pudiendo ser la búsqueda de factores causales o de exposición. Además, en el análisis debe incluirse el género, etnicidad y sexo como estratificadores sociales vinculados a diversas formas de discriminación (Krieger, Rowley, Herman, Avery, & Phillips, 1993).

Los determinantes estructurales, por tanto, son aquellos que refuerzan la estratificación social en la propia sociedad y definen la posición socioeconómica individual. A través de este mecanismo se configura el nivel de salud de los grupos sociales basado en la jerarquía de poder, prestigio y acceso a recursos. Los mecanismos de estratificación social, junto con la influencia de las instituciones y procesos ligados al contexto

socioeconómico y político (Estados de Bienestar y políticas públicas), determinan los determinantes sociales de las desigualdades en salud.

Analizaremos a continuación cada una de las variables que operativizan la posición socioeconómica: nivel de ingresos, educación, ocupación, clase social, género y etnicidad.

4.3.2.a. Nivel de ingresos

El nivel de ingresos es el indicador más utilizado para medir la posición socioeconómica ya que permite cuantificar directamente los recursos materiales. Junto con otros indicadores, como la educación, presenta una asociación “dosis-respuesta” con la salud e influye en un amplio rango de circunstancias materiales con implicación directa en el nivel de salud (Ecob & Davey Smith, 1999; Liberatos et al., 1988). El nivel de ingresos tiene un efecto acumulativo a lo largo de la vida y es el indicador que puede variar con mayor facilidad en un periodo corto de tiempo.

El nivel de ingresos no es una variable simple de medir pues engloba diversos aspectos como salario, dividendos, intereses bancarios, pensión alimenticia, pagos por transferencias y pensiones contributivas y no contributivas. Kunst y Mackenbach argumentan que este indicador es más del tipo aproximativo ya que nos refiere el acceso a recursos materiales o a un nivel de vida concreto. Se puede expresar más exactamente si se añaden todos los niveles de ingresos: ingresos brutos, deducciones fiscales, contribución a la seguridad social, cuantificando los ingresos netos de la unidad familiar o ajustando por el tamaño de la familia (A. E. Kunst & Mackenbach, 1995; J. P. Mackenbach, 2002) . Los ingresos individuales permiten conocer las características materiales a nivel individual, mientras que los ingresos por hogares permiten conocer elementos del consumo y acumulación de bienes compartidos por todos los miembros

de la unidad familiar. El nivel de ingresos se puede modificar a lo largo de los años y en los diferentes grupos de edad. Normalmente el nivel de ingresos sigue una trayectoria curvilínea en función de la edad; los individuos que acceden al mercado laboral por primera vez tendrán un nivel de ingreso diferente al de aquellos que llevan años integrados en él. Es importante valorar la fluctuación del momento en el cual se está recogiendo este tipo de información (Galobardes, Shaw, Lawler, Lynch, & Davey Smith, 2006; Galobardes, Shaw, Lawlor, Lynch, & Davey Smith G., 2006).

Macinko et al. proponen el siguiente esquema para explicar la interrelación entre desigualdades en el nivel de ingresos y salud (Macinko, Shi, Starfield, & Wulu, 2003):

- A nivel psicosocial (micro): estatus social. Las desigualdades en el nivel de ingresos resultan de “un proceso injusto de comparación social” que fuerza la jerarquía social produciendo estrés crónico y un nivel de salud pobre para aquellos individuos ubicados en la base de la escala social.
- A nivel psicosocial (macro): cohesión social. Las desigualdades en el ingreso erosionan los vínculos sociales que permiten a los individuos trabajar juntos, disminuyen los recursos sociales y resultan en una menor confianza y participación ciudadana, en el aumento de la violencia y en otras condiciones de mala salud.
- A nivel neo-materialista (micro): ingresos individuales. La desigualdad en los ingresos implica menos recursos para los pobres, disminuyendo la capacidad de prevención y la capacidad de atención frente a enfermedades o accidentes.
- Neomaterialista (macro): escasa inversión social. La desigualdad a nivel de ingresos provoca una menor inversión en las condiciones medioambientales y sociales (seguridad en las casas, colegios bien dotados de recursos, etc.) necesarios para promover la salud entre los pobres.

- “Artefacto estadístico”. Normalmente, en todas las sociedades, los más pobres son los más enfermos. Una sociedad con un nivel elevado de desigualdades en los ingresos tiene un mayor número de pobres y por lo tanto la población estará más enferma.
- La elección de la salud. Las personas no están enfermas porque son pobres. Los que enferman presentan limitaciones que pueden llevarles a condiciones de desigualdad en los ingresos. En nuestra opinión, la pobreza genera una mala calidad de vida que puede originar más fácilmente enfermedad⁷².

Galobardes, Shaw, Lawler, Lynch y Davey Smith, en cambio, argumentan que el nivel de ingresos influye en la salud a través del efecto que produce sobre los recursos materiales, que están mediatizados por factores proximales tales como los comportamientos (Galobardes, Shaw, Lawler et al., 2006). Los mecanismos por los cuales los ingresos pueden afectar a la salud son:

- a. Acceso a productos materiales de calidad (como alimentos o vivienda).
- b. Permitir el acceso a los servicios que proveen servicios directamente (servicios de salud, actividades de tiempo libre) o indirectamente (educación).
- c. Fomentar la autoestima y el prestigio social proveyendo espacios para la participación social.

⁷² Anexo: CIE-10 Capítulo XXI: Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud

(Z59) Problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas

(Z59.0) Problemas relacionados con la falta de vivienda

(Z59.1) Problemas relacionados con vivienda inadecuada

(Z59.2) Problemas caseros y con vecinos e inquilinos

(Z59.3) Problemas relacionados con persona que reside en una institución

(Z59.4) Problemas relacionados con la falta de alimentos adecuados

(Z59.5) Problemas relacionados con pobreza extrema

(Z59.6) Problemas relacionados con bajos ingresos

(Z59.7) Problemas relacionados con seguridad social y sostenimiento insuficientes para el bienestar

(Z59.8) Otros problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas

(Z59.9) Problemas no especificados relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas

4.3.2.b. Educación

La educación es un indicador muy utilizado en el campo de la Epidemiología Social. La educación formal se completa generalmente en las edades tempranas con la escolarización obligatoria y está fuertemente vinculada a las características de la unidad familiar (Duane, 1991; Matthijs, 1994). Puede ser medida como una variable continua, a través de la cantidad de años completados, o como una categoría variable, si valoramos el último nivel educativo alcanzado como, por ejemplo, si el sujeto ha completado la educación primaria, secundaria, etc.

La educación se utiliza como medida de la posición socioeconómica explicándose a través de:

- La educación hace referencia a la transición de la posición socioeconómica de los padres (algo recibido) hacia la edad adulta (la propia del individuo) y condiciona su posición en el futuro en cuanto a acceso al mundo laboral. Refleja en parte los recursos intelectuales de la familia de origen. Se inicia generalmente con la escolaridad en la etapa infantil y alcanza su mayor exponente en la juventud y adultez temprana. Por esta razón, abarca circunstancias de la infancia hasta la etapa adulta, manifestándose en la posibilidad de acceder a determinados empleos en base a la formación recibida y esto influye en la salud (Regidor, Gutierrez-Fisac, Banegas, Dominguez, & Rodriguez-Artalejo, 2006; Sainio, Martelin, Koskinen, & Heliovaara, 2007).
- El conocimiento y las habilidades adquiridas a través de la educación afectan al área cognitiva y hacen más receptivos los mensajes relacionados con la educación para la salud otorgando mayor facilidad para la comunicación y acceso a los servicios de salud (Jansen et al., 2008; Karmakar & Breslin, 2008).

- Una infancia determinada por problemas de salud dificulta el aprendizaje por no poder atender adecuadamente la escuela. Predispone para problemas de salud en la edad adulta influenciando las desigualdades en salud (M. Droomers, Schrijvers, & Mackenbach, 2004c; Huisman, Kunst, & Mackenbach, 2005a; Schrijvers et al., 2002).

Si cuantificamos únicamente la cantidad de años alcanzados, no valoraremos adecuadamente la calidad de esa educación si queremos interrelacionarlo con la adquisición de conocimientos y el rol de la educación en la determinación del estado de salud.

4.3.2.c. Ocupación

Los indicadores de la posición socioeconómica basados en la ocupación son muy utilizados. Kunst y Mackenbach enfatizan la importancia de este indicador en la determinación del lugar que ocupa una persona en la jerarquía social y no únicamente porque exprese la magnitud del riesgo de exposición a determinados ambientes laborales (A. E. Kunst & Mackenbach, 1995; A. E. Kunst, 2007). Galobardes et al. sugieren que la ocupación representa la noción socioeconómica de Weber ya que refleja la posición de un individuo en la sociedad relacionado con el estándar social, ingresos e intelecto. La ocupación proporciona información respecto a las relaciones de dominio y subordinación entre empleadores y empleados, categorizando a los individuos como explotados o explotadores (Galobardes, Shaw, Lawlor et al., 2006).

La cuestión surge en torno a cómo clasificamos a las personas con un determinado trabajo en función de su posición en la jerarquía social. Lo más frecuente consiste en clasificar a los individuos, basándonos en su posición social referida al mercado laboral o a la clase social (Muntaner, Benach, Hadden, Gimeno, & Benavides, 2006). La

clasificación puede realizarse utilizando información en habilidades requeridas, salario, estabilidad laboral o liderazgo. Se puede utilizar la tipología de Wright que se explicará con detalle en el siguiente apartado, así como otras clasificaciones.

La mayoría de los estudios utilizan la última ocupación del sujeto o la que ha ostentado en los últimos años para caracterizar la posición socioeconómica en la edad adulta (C. Borrell et al., 2006). Otros estudios incluyen la ocupación parental como indicador de la posición socioeconómica, conjuntamente con la ocupación individual en diferentes etapas de la edad adulta (Benach & Muntaner, 2007). Algunos de los mecanismos que explican la relación entre ocupación y nivel de salud son:

- La ocupación, sea de los padres o propia, está relacionada fuertemente con el nivel de ingresos y, por tanto, la asociación se establece mediante la interrelación entre los recursos materiales (materiales tangibles o intangibles que determinan el nivel de vida) y la salud.
- La ocupación refleja el estándar social y debe relacionarse con el nivel de salud debido a ciertos privilegios que garantizan una mejor salud como el acceso a un sistema de salud mejor calidad, una educación y viviendas en mejores condiciones.
- La ocupación refleja las redes sociales, el estrés laboral, el control y la autonomía afectando a la salud a través de mecanismos psicológicos.
- La ocupación se relaciona con las características del entorno físico laboral o la exposición a factores de riesgo.

La principal limitación de este indicador es que no incluye la medida de aquellas personas que no están actualmente trabajando. Por lo tanto, nos daría una lectura errónea ya que quedarían excluidos los jubilados, aquellos que trabajan en domicilio y discapacitados (incluyendo los minusválidos debido a enfermedades y accidentes laborales), los desempleados, estudiantes y todos aquellos cuyo trabajo no está

remunerado formalmente o son irregulares (Galobardes, Shaw, Lawlor et al., 2006). Teniendo en cuenta la precariedad en el empleo y la inseguridad de éste derivado de las políticas laborales dominantes en la actualidad, este indicador no proporciona información suficiente; se debe aportar la historia laboral individual e incluir otros factores que permitan cruzar variables por ejemplo con el género o la etnia (Krieger et al., 1997; Krieger, 2001a).

4.3.2.d. Clase social

Actualmente se utilizan las expresiones “clase social”, “estatus social” y “estatus socioeconómico” indistintamente. Sin embargo, estos términos no significan exactamente lo mismo. Una de las mayores dificultades en la conceptualización y uso se refiere a la propia limitación de la comprensión respecto a los mecanismos por los cuales las circunstancias sociales afectan a la salud. Si no tenemos una definición clara de las formas de desigualdad, difícilmente podremos establecer las interrelaciones por las que las desigualdades sociales afectan a la salud. La literatura sobre desigualdades de salud utiliza las expresiones “clase social”, “estatus social” y “estatus socioeconómico” como indicadores de la posición social y las circunstancias de un individuo. Por ejemplo, clase social es medida en algunos estudios por el nivel educativo y el estatus social por la educación e ingresos.

Para poder clarificar estos conceptos, es importante estudiarlos por separado. Por un lado estudiaremos la clase social, el estatus (prestigio) y por otro, cómo medir los bienes materiales incluidos los ingresos, que son medidas basadas en las características del hogar y la posesión de bienes de carácter individual.

En cualquier caso, hay que señalar que la medida de la posición social no está basada en las características del individuo, sino en las características de la ocupación. Esto plantea

dificultades cuando se intenta establecer la posición social de individuos que realizan trabajos no remunerados como cuidados informales, jubilados o incluso aquellos que nunca han tenido una ocupación remunerada o la tuvieron hace mucho tiempo. Por supuesto se les puede otorgar una determinada posición socioeconómica de acuerdo al nivel de ingresos en términos comparativos con otros individuos.

Existen dos maneras de medir la posición social: a través de la clase social y utilizando el estatus social o prestigio. Estos términos se utilizan indistintamente en la mayoría de los estudios. Sin embargo, en los últimos tiempos, dentro del ámbito de la investigación de las desigualdades en salud, se reconoce que ambos vocablos no permiten establecer el mismo tipo de interrelación con el nivel de salud.

Dentro del ámbito de la sociología, el debate sobre la naturaleza y medida de las clases sociales es bien conocido por todos. La medida de la clase social se basan en las teorías de la estructura de clases. Cada autor selecciona el tipo de medida a emplear en base a la teoría utilizada.

Las dos teorías probablemente más conocidas sobre estructura social, y utilizadas en estudios que manejan el concepto de clase, son la de Marx y Weber. En resumen, dividen el nivel de ocupación en grupos según las condiciones del empleo y relaciones. Las dos escuelas de pensamiento señalan la importancia de dos aspectos: el primero es la tenencia de bienes tales como propiedades o empresas. Esto es lo que determina si un individuo necesita trabajar o no. El segundo es el sistema de relaciones establecido entre aquellos que necesitan trabajar para vivir y los empleadores.

El sociólogo americano, Erik Olin Wright, de orientación marxista, estableció una clasificación de clases (Wright, 1995; Wright, 1997) cuyo punto de partida es la distinción entre aquellos que tienen una propiedad de aquellos que no la tienen. El segundo principio de clasificación se refiere a “los bienes de organización”. Las

personas con cierta ocupación tienen más “bienes de organización” si los miembros del mismo grupo ocupacional se benefician del control sobre otros trabajadores. Por ejemplo, los directores o gerentes (managers) tienen acceso a beneficios derivados del trabajo realizado por sus trabajadores subordinados. El tercer principio utilizado por Wright para su clasificación se basa en la idea de “bienes de cualificación”. Los bienes de cualificación (cualificaciones) son una forma de propiedad que se gana y ofrecen a los mercados laborales y productivos aquellos que carecen de propiedades como tierras o empresas. Estas cualificaciones pueden ser utilizadas en dos sentidos que influyen la pertenencia a la clase social: bien les permite una posición en la que adquieren bienes de organización explotando a sus subordinados de alguna manera, o pueden utilizar sus capacidades y credenciales para establecerse por ellos mismos como profesionales independientes o semiindependientes. En este sentido, evitan ser explotados por otros que poseen bienes de organización.

Tabla 14. Clasificación de Wright para aquellos que poseen bienes de producción

	Clase social
Gana suficiente capital, tiene personas trabajando para él/ella y no necesita trabajar	Burguesía
Gana suficiente capital, tiene personas trabajando para él/ella pero necesita trabajar	Pequeños empresarios
Gana suficiente capital para ellos mismos pero no suficiente para tener a otros trabajando	Pequeña burguesía

Tabla 15. Clasificación de Wright para aquellos que no poseen bienes de producción

Bienes de cualificación	Bienes de organización		
	Alto	Alguno	Ninguno
Alto	Directivos expertos	Directivos semicualificados	Directivos no cualificados
Alguno	Supervisores expertos	Supervisores semicualificados	Supervisores sin cualificación
Ninguno	Trabajadores expertos: no son managers	Trabajadores semicualificados	Trabajadores no cualificados

La clasificación más utilizada en la investigación sociológica y política realizada en Gran Bretaña es la basada en Weber y Wright excepto para los estudios relacionados con el ámbito de la salud (Marshall, Rose, Newby, & Vogler, 1988). Autores como Goldthorpe utilizaron esta nomenclatura en su trabajo sobre movilidad en el Reino Unido (Goldthorpe, Llewellyn, & Payne, 1980). Se describe como una combinación ocupacional donde los miembros poseen similares niveles de ingresos, estabilidad laboral y posibilidades de mejoras económicas, tienen trabajos similares y un sistema de autoridad y control sobre el negocio que les permite ciertos niveles de autonomía (Marshall et al., 1988). Erikson y Goldthorpe desarrollaron la clasificación conocida comúnmente como de Goldthorpe para hacer estudios comparativos a nivel internacional sobre la movilidad social (Erikson & Goldthorpe, 1992). La clasificación básica está basada en aquellos que son propietarios y los que no. Dentro del grupo de los propietarios tenemos a su vez aquellos que pueden contratar a muchos trabajadores, los que pueden contratar a pocos trabajadores y los que no pueden contratar a nadie. Aquellos que no son empleadores pueden ser a su vez empleados o trabajadores por cuenta propia. Dentro de este último grupo, a su vez, se clasifican en función del tipo de contrato que tengan.

Erikson y Goldthorpe (Erikson, 2001) distinguen dos formas básicas de contratos: el contrato de servicio y el contrato laboral. El contrato de servicio se refiere a los contratos en el área de dirección y trabajadores profesionales. Este tipo de trabajadores no son supervisados ni evaluados en función de la productividad al final del día. Por el contrario, son poseedores de una estabilidad laboral, incremento salarial e incentivos por el trabajo desarrollado, permite tener cierto poder sobre otros trabajadores o sobre el propio trabajo. Cobran mensualmente y poseen beneficios, como posibilidad de participaciones en la empresa o el no control del horario laboral.

Los trabajadores con contrato laboral están más controlados, tienen menor autonomía y están supervisados más de cerca. El pago se efectúa por horas trabajadas y en algunos casos en función de la productividad. No se da la promoción interna ni el incremento salarial y la estabilidad laboral es menor. Como sucede en la clasificación de Wright, el esquema de Goldthorpe y Erikson reconoce que existen muchas ocupaciones que comparten características de ambos grupos, con lo que la inclusión en una clase social se hace en función de la mayor semejanza con algunas de las establecidas (G. Evans, 1992).

Tabla 16. Clasificación de Erikson-Goldthorpe

1. Profesionales de alto nivel, administradores y oficiales, propietarios y managers de grandes empresas.
2. Profesionales de menor nivel, administradores y oficiales, técnicos de alto nivel, managers de pequeñas empresas, supervisores no manuales.
3. a. Trabajadores rutinarios de alto nivel b. Trabajadores rutinarios de bajo nivel y trabajadores de servicios.
4. a. Pequeños propietarios y trabajadores por cuenta propia con trabajadores a su cargo. b. Pequeños propietarios y trabajadores por cuenta propia sin trabajadores a su cargo. c. Granjeros y trabajadores por cuenta propia en producción primaria.
5. Técnicos de bajo nivel y supervisores manuales.
6. Trabajadores manuales cualificados
7. a. Trabajadores semi-cualificados y no cualificados. b. Trabajadores de producción primaria y agricultores

El concepto de habilidad se utiliza en la clasificación de clases de Erikson y Goldthorpe así como en la de Wright pero no en el sentido de “cualificaciones”.

El esquema utilizado por Erikson y Goldthorpe ha sido desarrollado y reconvertido en un nuevo modelo, utilizado en la elaboración del Censo de Inglaterra, Escocia y Gales en el año 2001. Dicha clasificación es la utilizada actualmente por el Instituto Nacional de Estadística en la clasificación Socioeconómica (NS-SEC); explicita las categorías según el periodo de pago (mensual, semanal, diario o por horas), incrementos salariales regulares, estabilidad laboral, autonomía, flexibilidad horaria, oportunidades de promoción, libertad en la planificación del trabajo y capacidad de autogestionar el trabajo (Coxon & Fisher, 1999).

Tabla 17. Clasificación socioeconómica del Instituto Nacional de Estadística Británico.

-	Profesionales y managers de alta cualificación, incluyendo empleadores de grandes empresas, altos managers, profesionales empleados o autónomos.
-	Managers y profesionales de menor cualificación y técnicos altamente cualificados.
-	Ocupaciones intermedias (sacerdotes, administrativos, vendedores) que no participan en la planificación directa de su trabajo pero que tienen gran estabilidad laboral, posibilidades de mejora y alguna autonomía en la organización de su horario de trabajo.
-	Empleadores pequeños y trabajadores autónomos.
-	Técnicos de menor cualificación con poca responsabilidad en la planificación de su trabajo, menor capacidad de supervisión y escasa autonomía en la organización de su horario de trabajo.
-	Ocupaciones semi-rutinarias con niveles moderados de estabilidad laboral, pocas oportunidades de mejoras laborales, sin aumentos de sueldo y con algún grado de autonomía en la planificación de su trabajo.
-	Ocupaciones rutinarias en las que no existe estabilidad laboral, no hay posibilidades de mejoras y son continuamente supervisados.

Registro General de la clase social (RGSC).

La medida más frecuente utilizada en los estudios británicos sobre desigualdades sociales es el Registro General de la clase social. Otras regiones europeas han utilizado este indicador o bien una adaptación de éste. Se basa en el estatus general en la comunidad o en las habilidades. La clasificación consiste en seis categorías, no mide la clase social exactamente en el sentido utilizado por Wright, Erikson y Goldthorpe o el NS-SEC, se relaciona con un nivel jerárquico, El grupo I es más alto que el II, a su vez, éste es más alto que el IIINM y así sucesivamente.

Tabla 18. Clasificación del Registro General de la Clase Social (RGSC)

Clase	Descripción
I	Profesionales
II	Directivos
III- no manuales (NM)	Trabajadores no manuales cualificados
III manuales (M)	Trabajadores manuales cualificados
IV	Trabajadores manuales semicualificados
V	Trabajadores no cualificados

4.3.2.e. Estatus social

La definición sociológica de clase social dista de la utilizada comúnmente en otras disciplinas. El concepto de estatus tiene que ver con la idea de jerarquía social (ranking social desde el vértice a la base de la sociedad). Los sociólogos y antropólogos lo utilizan como sinónimo de prestigio, haciendo referencia a la “honorabilidad social” acordada por los miembros de una sociedad concreta. Para ello se pueden utilizar diferentes criterios como la pertenencia a una determinada familia, la etnia, o la religión. En definitiva, un grupo de referencia. Sin embargo, hay que destacar que establecer el prestigio en base a la ocupación laboral es complicado para determinadas profesiones (Duncan, 1961; Artazcoz et al., 2004; Hollingshead, 1971).

En conclusión, creemos que para medir el estatus social deberían realizarse estudios que identificaran el “ranking social” que para los individuos pertenecientes a una determinada sociedad significa el desempeñar un trabajo u otro.

En 1970, un grupo de sociólogos de la Universidad de Cambridge publicaron un artículo en la revista *Nature* sobre la naturaleza de las desigualdades y como éstas deben ser medidas (Steward, Prandy, & Blackburn, 1973). Estos autores proponían un tipo de medida de la desigualdad social basada en la observación directa sobre las formas de relacionarse los individuos. Encontraron que existían una serie de profesiones en los que sus miembros tienden a mezclarse entre ellos e incluso establecer vínculos matrimoniales. Estos individuos se agrupaban en jerarquías que estos investigadores denominaron ventajas sociales y materiales generales. No utilizaron los términos de estatus o prestigio. Describieron la base de esta escala de la siguiente manera: “Las ocupaciones están organizadas en jerarquías sin barreras claras entre determinados grupos, y esta jerarquía está asociada a las características del trabajo”. La escala de Cambridge se basa en la ocupación de los demás pero especialmente en los patrones de

relación entre miembros de grupos similares en tanto en cuanto ellos se perciben con estima, amistades y posibilidad de lazos matrimoniales (Prandy, 1986; Prandy & Bottero, 1998).

En resumen, podemos afirmar que el estudio de la clase social nos permite conocer, por un lado, cómo las macroestructuras influyen en los procesos a nivel micro y, por otro, cómo los procesos microsociales afectan a las macroestructuras (a través de la acción colectiva). La clase social es el indicador más potente en la predicción de salud o enfermedad y, sin embargo, es de los indicadores menos utilizados en investigación sobre determinantes sociales. Muntaner et al. han observado que existe bastante información sobre los efectos psicológicos del racismo y el género, sin embargo, se ha investigado poco respecto a los efectos psicológicos de la ideología de clases (clasismo por ejemplo) (Muntaner et al., 2002; Muntaner et al., 2003)

4.3.2.f. Género

El género hace referencia a las características construidas socialmente respecto a ser hombre o mujer. Es un constructo social. El sexo viene determinado por las características biológicas (WHO, 2002a). El género implica “los límites culturales, convicciones, roles y comportamientos” que conforman las relaciones entre hombres y mujeres (Krieger, 2001b). En numerosas sociedades, el género constituye una base para la discriminación considerando por tal el proceso mediante el cual “los miembros de una sociedad definida... son tratados diferente (en sentido negativo)” debido a la inclusión en ese grupo concreto (Krieger et al., 1993; Krieger, 2001b). Los modelos socialmente construidos sobre la masculinidad pueden tener consecuencias negativas en la salud para hombres, por ejemplo cuando esos modelos favorecen esa masculinidad a través de conductas violentas o consumo de alcohol. Así mismo, las mujeres soportan

una mayor carga de los efectos negativos en salud relacionados con la discriminación basada en una jerarquía social del género (C. Borrell et al., 2008).

Tal como muestran numerosos estudios (Akhavan et al., 2004; Artazcoz et al., 2001; Artazcoz, Borrell, & Benach, 2001; Redondo-Sendino et al., 2006; Standing, 1999; Upmark, Borg, & Alexanderson, 2007; S. Wamala & Agren, 2002; S. Wamala et al., 2006) en muchas sociedades, las mujeres sufren una discriminación sistemática en el acceso al mundo laboral, al poder, prestigio y recursos. Los efectos en la salud de la discriminación pueden evidenciarse de diversas maneras desde depresiones (Guallar-Castillon et al., 2006; Moller-Leimkuhler, 2007), aumento en la prevalencia de determinadas patologías como el síndrome metabólico (Lopez-Jaramillo, Pradilla, Castillo, & Lahera, 2007; Loucks, Rehkopf, Thurston, & Kawachi, 2007; Marquezine et al., 2007; Schutte & Olckers, 2007), aumento del riesgo cardiovascular (Moller-Leimkuhler, 2007; Peasey et al., 2006; Schargrodsky et al., 2008), o violencia machista (R. Wilkinson, 2004). También la discriminación puede afectar a la salud a través de mecanismos menos visibles, aumentando la exposición a factores de riesgo como respuesta a un menor estatus social y la pérdida de control sobre los recursos (Upmark et al., 2007). En algunas regiones del África sub-sahariana los problemas se traducen en un aumento de la infección por VIH, coerción social, violaciones, matrimonios pactados e incluso deben sufrir el trato como mercancía de intercambio (Centre for AIDS development, research and evaluation (CADRE)., 2003). Según Doyal, una gran parte de la mortalidad y la morbilidad experimentada por las mujeres está relacionada directa o indirectamente con patrones de división sexual. Para afrontar esta situación y experimentar cambios significativos, es imprescindible desarrollar estrategias que modifiquen estos patrones de discriminación entre mujeres, pero también a nivel de las instituciones sociales (Doyal, 2000).

La discriminación basada en el género limita a la mujer en el acceso a la educación y al mercado laboral con la consiguiente diferencia en la remuneración en el mismo empleo (misma formación, mismo puesto, mismo salario), lo cual refuerza negativamente las desventajas sociales que padecen las mujeres y, en consecuencia, los riesgos en salud (Doyal, 2000). Otro de los problemas a los que debemos hacer frente es al empleo ofertado a las mujeres en sectores diferentes a los de los hombres en los que éstas deben quedar relegadas a las tareas domésticas o sectores “históricamente femeninos”⁷³. La desventaja de género se manifiesta en la trayectoria laboral fragmentada de las mujeres⁷⁴ y en la selección de determinados trabajos que reducen su proyección laboral futura. Por esta razón, Doyal argumenta que “eliminar las desigualdades de género en cuanto al acceso a recursos” es una de las prioridades a tener en cuenta en cualquier política encaminada a reducir las desigualdades de género (Doyal, 2000). Conociendo que la identidad de género es un proceso personal y social, las decisiones políticas deberían encaminarse a capacitar a las personas para formar sus identidades de una manera saludable (Doyal, 2000).

4.3.2.g. Raza/etnicidad

La diferencia racial o étnica se encuentra en la base de la división social y la discriminación en la mayoría de los contextos. Tal como señala Krieger, “la raza o etnicidad es una categoría social, no biológica”. El término hace referencia a un grupo social que generalmente comparte una cultura y que se encuentra inmerso en un sistema en el que un grupo obtiene beneficios de la dominación sobre otros grupos, definiéndose a sí mismos y a otros a través de este proceso de dominación y la selección arbitraria de determinados rasgos físicos (dígase el color de la piel) (Krieger, 2001b).

⁷³ La página web de la OMS sobre género y salud es http://www.who.int/gender/other_health/en/

⁷⁴ http://www.who.int/gender/other_health/Gender_HealthandWorklast.pdf

En las sociedades en las que la discriminación y la exclusión racial predomina, las personas incluidas en los grupos marginales ven afectada su vida a todos los niveles, su estatus, las oportunidades laborales, el acceso a recursos, etc. En los estudios realizados entre grupos raciales oprimidos respecto al nivel de salud, los resultados muestran niveles más bajos para esta población (N. Adler et al., 2008; Consedine et al., 2007; M. Kelaher, Paul, Lambert, Ahmad, & Smith, 2008; Singh, Kogan, Van Dyck, & Siahpush, 2008; S. Wamala, Merlo, Bostrom, & Hogstedt, 2007). En Estados Unidos, la esperanza de vida en los afroamericanos es más baja que en la población blanca, así como las mujeres afroamericanas tienen el doble de probabilidad de tener hijos con bajo peso al nacer que las mujeres blancas (UNDP, 2005).

Probablemente, como resultado de la discriminación en sus diversas manifestaciones, se produce una alteración en el nivel de salud de la población empleándose actualmente “la expresión biológica del racismo” y esto tiene un impacto importante sobre los determinantes sociales de la salud y las desigualdades (menor educación, ingresos, viviendas en mal estado, etc.).

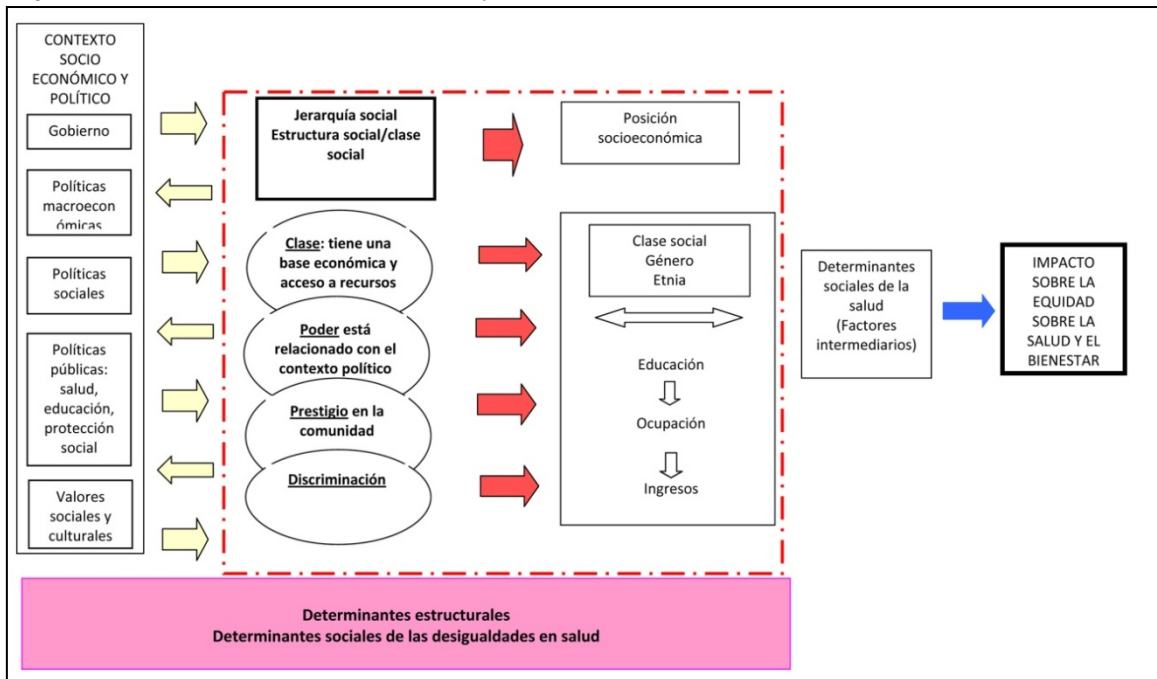
4.3.3. Relación entre el contexto político y los determinantes estructurales

Existe un vínculo entre el contexto sociopolítico y los determinantes estructurales de las desigualdades. Éstos son lo que generan y refuerzan la estratificación en la sociedad y definen la posición socioeconómica individual. Los determinantes estructurales se encuadran dentro de un contexto histórico y político que debe ser considerado a la hora de estudiar el impacto de los determinantes en la génesis de las desigualdades en salud. Algunos elementos claves del contexto incluyen: sistema de gobierno (sistema político, fuerzas políticas), políticas macroeconómicas, políticas sociales y otras en sectores relevantes de la sociedad. Los aspectos contextuales incluyen: la educación, el empleo y

el sistema de protección social. Así mismo el contexto forma parte de la distribución de poder, prestigio y el acceso a recursos materiales en una sociedad por lo que en última instancia determinan los patrones de estratificación social y de la relación de clases existente en una sociedad determinada.

A continuación exponemos un diagrama en el que se sintetizan estos aspectos comentados, la interrelación entre ellos y los mecanismos de paso hacia el nivel de salud. En la columna de la izquierda hemos incluido los principales aspectos contextuales que afectan a las desigualdades en salud: gobierno, políticas macroeconómicas, políticas sociales y otras políticas públicas, valores sociales y culturales y condiciones epidemiológicas. El contexto influye en la salud a través de los determinantes sociales.

Figura 6: Relación entre el contexto político y los determinantes estructurales.



Fuente: CSDH framework for action 2007:33.

A medida que avanzamos en el diagrama hacia la derecha, nos encontramos los principales aspectos que determinan la jerarquía social que define a su vez la estructura social y la interrelación de clases con la sociedad. Éstas a su vez, vienen dadas por la

distribución de poder, prestigio y recursos. El dominio principal es la posición dentro de la estructura social conectada directamente con los ingresos y el acceso a recursos. A su vez, esto está directamente vinculado al grado de poder que, está influido por el contexto político. Las otras áreas predominantes son el prestigio social y la discriminación existente en la sociedad.

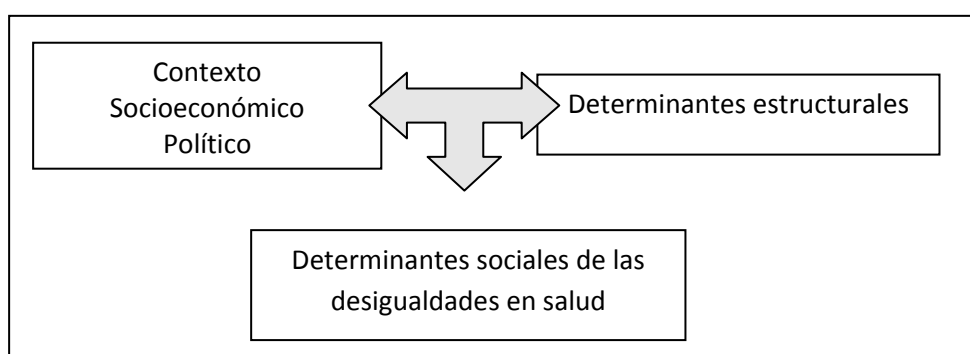
Más a la derecha, se describen los principales aspectos de la posición socioeconómica. Los estudios realizados utilizan frecuentemente el nivel de ingresos, la educación y la ocupación como áreas de estudio de este campo (poder, prestigio y el estatus económico). Estas áreas de prestigio y discriminación, mencionadas anteriormente, están profundamente relacionadas con el género, la etnicidad y la educación.

La pertenencia a un grupo social u otro influye otros contextos más amplios como por ejemplo el apoyo o rechazo a determinadas iniciativas políticas, participación social, toma de decisiones, etc.

En la siguiente columna del diagrama se puede observar que la posición socioeconómica es la que determina la exposición y vulnerabilidad a los factores intermediarios que afectan a la salud (los determinantes sociales de la salud), dependiente de la posición en la jerarquía social.

Conjuntamente, el contexto y la posición socioeconómica constituyen los determinantes de las desigualdades en salud cuya manifestación se plasma en una desigualdad en la distribución de la salud, bienestar y enfermedad entre la población.

En resumen:



4.3.4. Tercer elemento del modelo: determinantes intermediarios

Los determinantes estructurales operan a través de una serie de factores denominados factores sociales intermediarios o determinantes sociales de la salud. Estos determinantes están vinculados a una serie de influencias a nivel individual como las conductas relacionadas con la salud y factores fisiológicos. Delimitan la exposición y vulnerabilidad a factores de riesgo para la salud (H. Graham, 2004). Las principales categorías de los determinantes intermediarios de la salud son: las circunstancias materiales, circunstancias psicosociales, factores conductuales y/o biológicos, el propio sistema de salud.

4.3.4.a. Circunstancias materiales

Las circunstancias materiales hacen referencia al entorno físico, como la vivienda (referida tanto a las características de la propia vivienda como a su ubicación), capacidad de consumo, los medios económicos para adquirir alimentos sanos, ropa adecuada, el entorno laboral (físico) y la vecindad. Dependiendo de las cualidades, estas circunstancias pueden ser favorecedoras para la salud o suponer un riesgo para ella.

Las diferencias en el estándar de vida constituyen probablemente uno de los factores intermediarios más importantes. Los grupos marginales y aquellos que se encuentran en una posición socioeconómica baja son especialmente vulnerables frente a este determinante. Las características de la vivienda permiten medir aspectos de la situación socioeconómica (Howden-Chapman, 2004). Dichas características hacen referencia a la estructura de la vivienda, condiciones internas (humedades), contaminación interna, frío, etc. Galobardes et al, proponen una serie de comodidades que permitan cuantificar las características de la vivienda como acceso a agua caliente, calefacción central, baño dentro de la casa, poseer nevera, lavadora o teléfono (Galobardes, Shaw, Lawlor et al.,

2006). Dependiendo de estas condiciones, los habitantes de la vivienda tendrán un mayor o menor riesgo para la salud (Dalstra et al., 2006; K. Giskes et al., 2008; Poortinga, Dunstan, & Fone, 2008).

Por otro lado, las condiciones de la vivienda, como la presencia de humedades, la calidad de los materiales de construcción, número de habitaciones o cantidad de individuos que habitan en la vivienda⁷⁵, son indicadores de los recursos materiales disponibles (Dedman, Gunnell, Davey Smith G., & et al., 2001).

Galobardes et al, añaden un nuevo indicador para valorar diversos aspectos de la vivienda, lo denominan “índice de ventanas rotas”⁷⁶ y permite valorar la calidad de la vivienda y el entorno inmediato (Galobardes, Shaw, Lawlor et al., 2006). En él se incluyen la cuantificación de coches abandonados, grafitos urbanos, basura, contenedores, deterioro de las fachadas, colegios, etc. (Cohen, Spear, Scribner, & et al., 2000).

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo español ha incorporado una definición explícita sobre la relación causal entre trabajo y salud; establece que *“las variables que definen la realización de cualquier tarea, así como el entorno en el que se lleva a cabo, determinan la salud de los trabajadores en un triple sentido, físico, psicológico y social”* (CSDH Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET), 2006). Existen diferencias sociales a nivel físico y mental, pero también de exposición a factores químicos o ergonómicos, generando diversos problemas de salud. Probablemente el efecto negativo acumulativo de la exposición a factores de riesgo a lo largo de toda la vida laboral de un individuo tiene un efecto directo en la

⁷⁵ Una vivienda con un grupo superior al de individuos del que debería disponer en base a su medida es insalubre. Se calcula dividiendo el número de personas que habitan en la vivienda por el número de habitaciones disponibles.

⁷⁶ “Broken windows” en inglés.

salud, especialmente cuando esa exposición ha sido mantenida durante un periodo de tiempo prolongado.

Las condiciones laborales varían enormemente en función del trabajo y del puesto que un individuo desempeña, e incluso existen trabajos cuya inestabilidad y precariedad fuerzan a las personas a mantenerse en una situación de riesgo y marginalidad al no disfrutar de los beneficios reglamentados por su no aplicación (Benavides, Benach, & Muntaner, 2002; C. Borrell et al., 2008; Fjell, Alexanderson, Nordenmark, & Bildt, 2008; Muntaner et al., 2002; Schieman & McMullen, 2008).

4.3.4.b. Entorno social o circunstancias psicosociales

Las circunstancias psicosociales engloban los estresores psicosociales (acontecimientos negativos en la vida), circunstancias desfavorables y el apoyo social, estrategias de afrontamiento, etc. Las personas deben hacer frente a una serie de circunstancias a lo largo de su vida que pueden ser percibidas como amenazas difíciles de afrontar.

El estrés es un factor de riesgo o etiológico para diversas enfermedades. Un estrés soportado durante un periodo de tiempo prolongado puede producir daño orgánico. La posición socioeconómica puede ser en si misma una causa de estrés mantenido durante un periodo de tiempo prolongado, lo cual dificulta, a su vez, afrontar las situaciones adversas y así sucesivamente.

Existen otras explicaciones para entender el nexo entre el estrés y las desigualdades. Wilkinson lo denomina “modelo de desigualdad de ingresos y cohesión social”. Este modelo plantea que en las sociedades más ricas, desde el punto de vista de la salud, influyen más la cuantía de la diferencia en el nivel de ingresos que la media establecida. Wilkinson establece que, a mayores desigualdades en una sociedad, mayor es la distancia entre los distintos estamentos sociales, y la interacción social se basa en una

menor solidaridad entre sus miembros (R. G. Wilkinson, 1996). Aquellos que experimentan una mayor pérdida de control, escasa solidaridad, exclusión social y mayores niveles de estrés, son los ubicados en la base de la pirámide jerárquica de población. Así mismo también se producen respuestas de estrés a largo y corto plazo ligadas a la inseguridad que genera una situación laboral precaria e inestable, incertidumbre económica y escasas relaciones sociales. Estos grupos experimentan inseguridad, incertidumbre y más estrés (incluso mayores niveles de violencia) a lo largo de vida que los grupos más favorecidos, aumentando las desigualdades sociales en salud (R. Wilkinson, 2004; R. G. Wilkinson, 1999; R. G. Wilkinson & Pickett, 2006).

Como ya hemos visto, muchos estudios asocian el nivel socioeconómico con el locus de control en salud. Este concepto hace referencia a la manera en que las personas perciben los eventos relacionados con la salud: controlables (control interno) o controlado por otros (control externo). Un ejemplo lo constituye las personas con estudios no universitarios que refieren frecuentemente la percepción de control externo (Fernandez et al., 2006; Jansen et al., 2008; Karmakar & Breslin, 2008; McEwen, 2008; McFadden, Luben, Wareham, Bingham, & Khaw, 2008a; Menvielle et al., 2008; Willems, 2005).

4.3.4.c. Factores conductuales y biológicos

Los factores conductuales y biológicos hacen referencia a estilos de vida como consumo de tabaco, actividad física, hábitos dietéticos, etc., así como factores genéticos predisponentes hacia determinados problemas de salud. En este apartado se incluye la edad y el sexo.

Las desigualdades sociales se asocian a las diferencias sociales en los estilos de vida o en las conductas de salud. Estas diferencias se encuentran en la dieta, actividad física, consumo de tabaco y alcohol fundamentalmente (Borodulin, Mäkinen, Fogelholm,

Lahti-Koski, & Prättälä, 2007; Fernandez et al., 2006; Fernandez et al., 2006; K. Giskes, Turrell, van Lenthe, Brug, & Mackenbach, 2006; Guallar-Castillon, Santa-Olalla Peralta, Banegas, Lopez, & Rodriguez-Artalejo, 2004; Huisman, Kunst, & Mackenbach, 2005a; Idris et al., 2007; J. P. Mackenbach et al., 2008; McFadden, Luben, Wareham, Bingham, & Khaw, 2008a; Nusselder et al., 2008; Perez-Rodrigo, Aranceta Bartrina, Serra Majem, Moreno, & Delgado Rubio, 2006; Pitsavos, Panagiotakos, Lentzas, & Stefanadis, 2005; Rey-López et al., 2008; Sainio et al., 2007; Shatenstein & Ghadirian, 1998; F. V. A. van Oort et al., 2006; Villalbi, Daban, Pasarin, Rodriguez-Sanz, & Borrell, 2008; S. P. Wamala, Wolk, & Orth-Gomer, 1997; S. P. Wamala, Wolk, Schenck-Gustafsson, & Orth-Gomer, 1997) (Ahnquist, Lindstrom, & Wamala, 2008).

Algunos autores refieren los estilos de vida como principal causa de las desigualdades en salud, mientras que otros lo refieren como factores contribuyentes de otras causas necesarias para producirlas. En cualquier caso, los datos muestran una diferencia en la exposición a factores de riesgo según el nivel socioeconómico. A mayor nivel, se reduce la incidencia de algunos factores de riesgo como muestran los datos (M. G. Marmot, Kogevinas, & Elston, 1987).

El consumo de tabaco está determinado por la educación, ingresos y empleo; está fuertemente asociado con la morbilidad y mortalidad particularmente con enfermedades cardiovasculares⁷⁷ y cáncer (Ai & Carrigan, 2007; Engstrom et al., 2000; O. H. Franco et al., 2005; Kim, Kawachi, Hoorn, & Ezzati, 2008; Moller-Leimkuhler, 2007; Schargrodsky et al., 2008; S. P. Wamala et al., 2001; S. P. Wamala, 2001; Weidner et al., 2001; Wong, Garcia, Barr, Glazier, & Abramson, 2008; Zeljko et al., 2008).

⁷⁷ En esta tesis se muestra la interrelación entre los factores de riesgo cardiovascular y determinantes socioeconómicos. Un apartado está dedicado al consumo de tabaco como uno de los factores reconocidos de riesgo cardiovascular.

Los estilos de vida pueden ser relativamente fáciles de estudiar por lo que se disponen de datos al respecto en muchos países. Así mismo, el nexo entre los estilos de vida y el nivel socioeconómico aparece bien documentado; sin embargo, hay que tener en cuenta que esto no determina que los estilos de vida sean los factores principales en provocar las desigualdades en salud. De hecho, algunos autores expresan que los estilos de vida sólo explican un porcentaje bajo de las desigualdades en salud (M. G. Marmot et al., 1978). Establecen que la escasez de recursos materiales produce estrés psicológico y social y éste, a su vez, influye en las conductas relacionadas con la salud. Al mismo tiempo, todos conjuntamente con los factores biológicos, influyen directamente a la salud. Por ejemplo, una dieta rica en grasas saturadas provoca un aumento del colesterol. Éste provoca placas de ateroma que aumentan el riesgo de infarto de miocardio. También hemos visto cómo el sistema endocrino regula todo el mecanismo hormonal que incide en la regulación de la presión arterial y la respuesta inmunitaria. Por lo tanto, es difícil establecer el límite del inicio de las desigualdades basado únicamente en un solo factor como los comportamientos; más bien establecemos una interconexión entre todos ellos (Avendano et al., 2006; Avendano, Kunst, Huisman, Lenthe, Bopp, Regidor, Glickman et al., 2006; J. P. Mackenbach et al., 2008; J. P. Mackenbach, 2005a).

4.3.4.d. El sistema de salud

El papel que desempeña el sistema de salud en las desigualdades es relevante fundamentalmente referido al acceso al sistema, lo que configura diferencias en la exposición y vulnerabilidad. Adler et al. concluyen que el acceso al sistema sanitario para explicar el gradiente social de las desigualdades en salud no es suficiente (N. E. Adler, Boyce, Chesney, Folkman, & Syme, 1993).

El sistema de salud presenta diferencias en la exposición y vulnerabilidad relacionado con el acceso al sistema, pero también en la promoción de acciones intersectoriales que mejoren el nivel de salud de la población. Algunos ejemplos incluyen la distribución de alimentos saludables, mejora en la red de carreteras, en el transporte o cualquier tipo de intervenciones directas e indirectas que disminuyan las desigualdades en el acceso al sistema debido a causas geográficas. Por otro lado, el sistema debe garantizar a las personas que ya presentan un problema de salud, la integración social y el no deterioro de su propio estado en la medida de lo posible. Medidas que favorezcan esta integración pueden ser el garantizar el acceso al mercado laboral de las personas que presenten una patología crónica, adecuando el trabajo al estado de salud, prestaciones que garanticen un mínimo de calidad de vida (el propio sistema debe evitar que estas personas entren en un nivel de pobreza), facilitar la participación social y garantizar el empoderamiento de los individuos. En España, la participación social en el sistema sanitario se trata de hacer posible a través de los Consejos de Salud de Área⁷⁸.

Diderichsen sugiere que el sistema sanitario puede intervenir de cinco formas distintas para reducir las desigualdades en salud:

1. Reducir el nivel de desigualdad entre los pobres a través de la eliminación de los factores causales que median en el nivel de pobreza en diversas áreas como la alimentación, el saneamiento, higiene, vivienda y condiciones laborales.
2. Reforzando los factores que reducen la susceptibilidad en la exposición a través de medidas como la vacunación, el empoderamiento o el soporte social.
3. Tratando y rehabilitando los problemas de salud que constituyen la mayor carga de enfermedad y generan desigualdades.

⁷⁸ Artículo cincuenta y ocho de la Ley General de Sanidad (1986): 1. Los Consejos de salud de área son órganos colegiados de participación comunitaria para la consulta y el seguimiento de la gestión, de acuerdo con lo enunciado en el artículo 5.2 de la presente Ley General de Sanidad.

4. Fortaleciendo las políticas que reproducen los factores contextuales como el capital social, reduciendo de esta manera los efectos de la pobreza.
5. Proteger a la población que presenta enfermedad a través de seguros y políticas de protección social (Diderichsen et al., 1997).

Así mismo Benzeval, Judge y Whitehead refuerzan la posición de Diderichsen estableciendo tres compromisos del sistema de salud para afrontar las desigualdades:

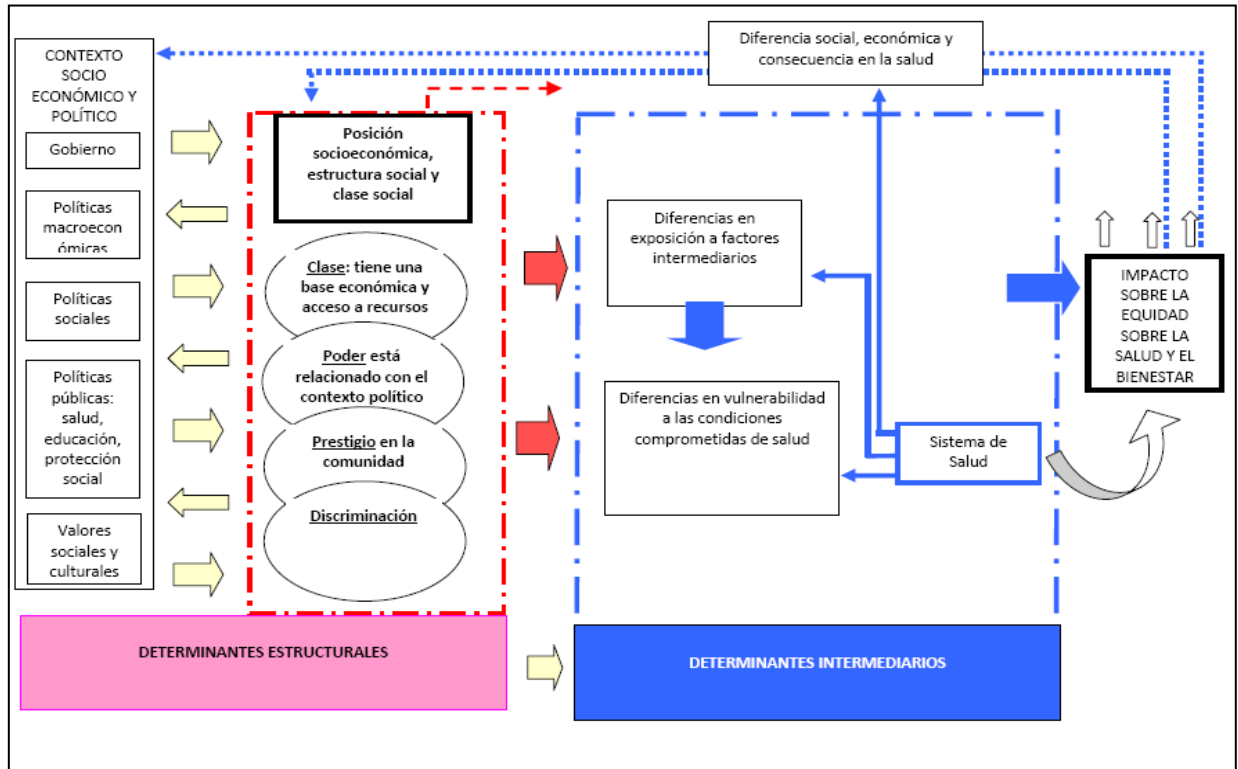
1. Asegurar la distribución de recursos en las diversas áreas en función de las necesidades detectadas.
2. Responder adecuadamente a las necesidades de salud de los diversos grupos sociales.
3. Liderar los procesos de desarrollo de políticas de salud a nivel nacional, regional y local, que promuevan la igualdad y la justicia social (Benzeval, Judge, & Whitehead, 1995).

El Departamento de Salud del Gobierno Británico también ha señalado al sistema de salud como un actor cuyo papel en la reducción de las desigualdades debe evidenciarse a través de programas específicos de salud pública y el trabajo intersectorial entre diversas instituciones para mejorar la salud de las comunidades desfavorecidas (Marmot & Wilkinson, 2006; J. Mackenbach & Kunst, 1997) .

Gráficamente, las interrelaciones e influencias entre los factores intermediarios, el contexto económico y político se presenta en el siguiente gráfico:

Lo expuesto anteriormente debe ser tenido en cuenta a la hora de establecer políticas dirigidas a la reducción de las desigualdades. Tal como señala Graham “enfrentar los determinantes de las desigualdades en salud implica afrontar la desigual distribución de los determinantes de la salud” (H. Graham, 2004).

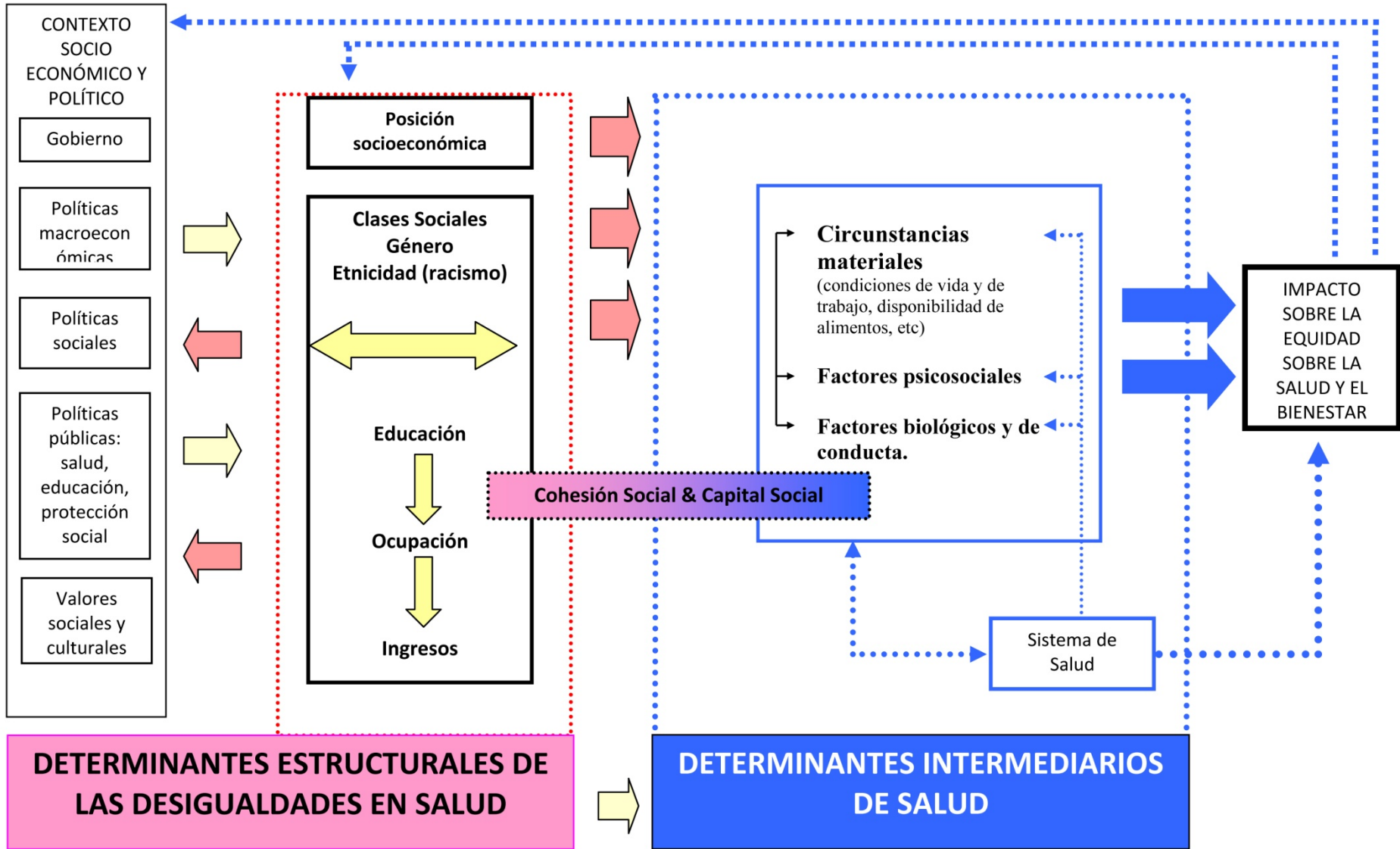
Figura 8: Resumen del vínculo entre determinantes sociales y desigualdades en salud



Fuente: EQH/EIP 2006: 46.

En la siguiente figura 9, se muestra un resumen gráfico del modelo expuesto hasta ahora con los elementos clave que intenta resumir y organizar los conceptos analizados así como los procesos que generan las desigualdades.

Figura 9: Resumen gráfico del modelo sobre determinantes sociales y desigualdades en salud de la Comisión sobre Determinares Sociales de la Salud



5. DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Las enfermedades cardiovasculares (ECV)⁷⁹ se mantienen en los últimos años como la principal causa de muerte en todo el mundo catalogándose de epidemia que no responde a distinciones de sexo, edad, etnia o localización geográfica.

En el año 2003, las enfermedades cardiovasculares (ECV) contabilizaron un gasto de 168.757 millones de euros en Europa (Leal, Luengo-Fernández, Gray, Petersen, & Rayner, 2006). La mortalidad por ECV varía en función de la edad, género, estatus socioeconómico, enicidad y región geográfica (I. e. a. Graham, 2007).

Aunque en el conjunto de la Unión Europea la tasa de mortalidad por ECV disminuye, existe un número de personas importante que convive con la ECV. Esta aparente contradicción se debe fundamentalmente al aumento de la longevidad y la mayor supervivencia de las personas con este grupo de patologías. Cada año las enfermedades cardiovasculares (ECV) causan un total de 4,4 millones de muertes en Europa y 2.0 millones en la Unión Europea. En el año 2000, las ECV causaron un total de 4 millones de muertes en Europa, lo que corresponde al 43% de todas las causas de muerte en todas las edades para los hombres y el 55% para las mujeres. Es la principal causa de muerte en mujeres en toda Europa y en hombres excepto en Francia, Holanda y España. La

⁷⁹ Dentro del amplio abanico de trastornos que se consideran ECV se identifican las siguientes:

1. La cardiopatía coronaria: enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el miocardio.
2. Las enfermedades cerebrovasculares: enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan al cerebro.
3. Las arteriopatías periféricas: enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan los miembros superiores e inferiores.
4. La cardiopatía reumática: lesiones del miocardio y de las válvulas cardíacas.
5. Las cardiopatías congénitas.
6. Las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares.

mortalidad cardiovascular entre hombres y mujeres pertenecientes a un estatus socioeconómico bajo es incluso más elevada

Además, constituyen la principal causa de morbilidad en Europa, (el 23% de carga de enfermedad) y es la segunda causa de enfermedad en aquellos países con una tasa de mortalidad infantil y adulta baja (17%).

La mortalidad por ECV es más alta en los países de Europa Central y Europa del Este. La mortalidad por enfermedad cerebrovascular es también más alta en las zonas mencionadas.

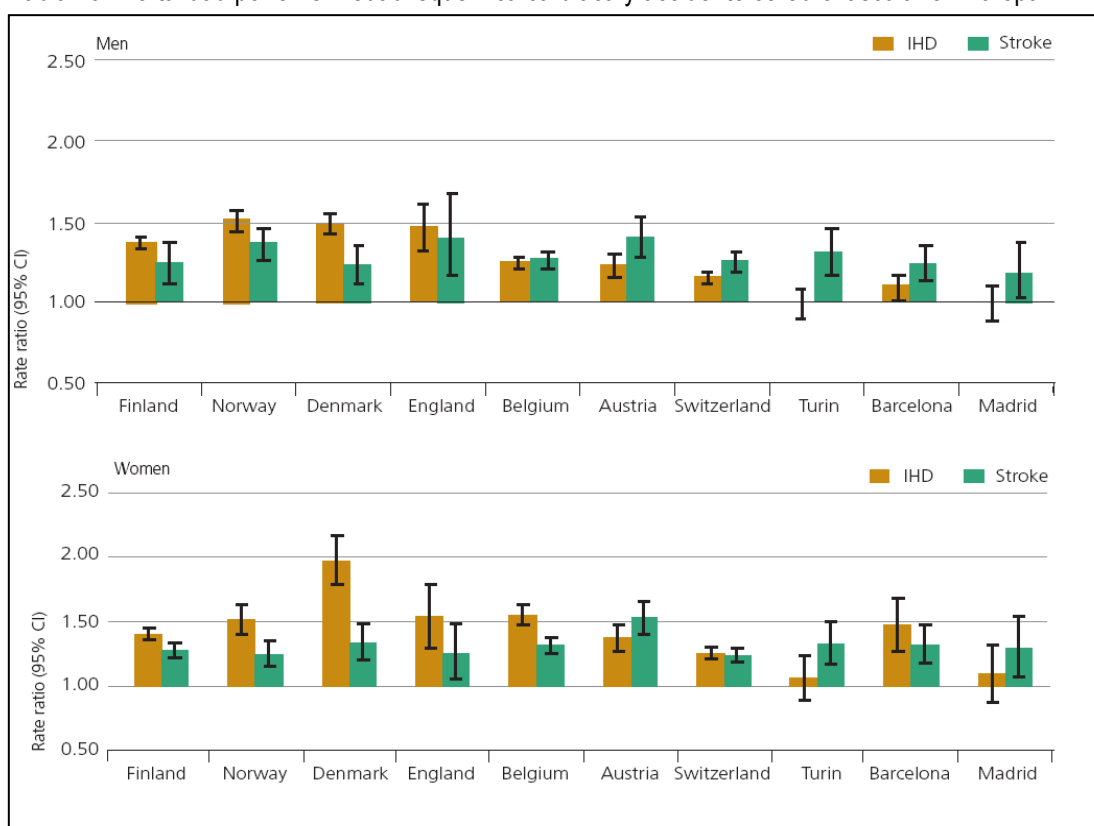
En todos los países con datos disponibles, la mortalidad por enfermedad cardiovascular es mayor entre hombres y mujeres de clases sociales más desfavorecidas⁸⁰. Este patrón no puede aplicarse a todos los tipos de enfermedad cardiovascular. Tanto la enfermedad isquémica (infarto de miocardio) como las enfermedades cerebrovasculares (ictus) son las más importantes. Para estos dos grupos de patologías, la tasa de mortalidad es mayor en el ictus en los grupos socioeconómicos menos favorecidos. En el caso de las enfermedades isquémicas, no sucede lo mismo; concretamente, se ha encontrado un gradiente Norte-Sur en el que las desigualdades relativas y absolutas son mayores en el Norte de Europa (países Nórdicos y Reino Unido) que en el Sur (Portugal, España e Italia) (J. P. Mackenbach, 2005).

En un estudio realizado sobre desigualdades en mortalidad por enfermedad isquémica y cerebrovascular, según el nivel de educación, en 10 ciudades europeas en la década de los 90, observamos cómo para la trombosis, la mortalidad es siempre mayor en aquellos que tienen un nivel de educación más bajo. Sin embargo, para la enfermedad isquémica

⁸⁰ http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/disease/cardiovascular_es.htm

del corazón no existe esta diferencia excepto en algunas ciudades del sur de Europa (Avendano, Kunst, Huisman, Lenthe, Bopp, Regidor, & et al., 2006).

Tabla 19: Mortalidad por enfermedad isquémica cardíaca y accidente cerebrovascular en Europa.



Fuente: Avedano et al., 2006: 464.

El patrón internacional de la distribución de la enfermedad isquémica del corazón (EIC), se puede interpretar como la diferencia epidemiológica en los países estudiados. En los países nórdicos, la mortalidad por enfermedad isquémica aumentó desde la Segunda Guerra Mundial, probablemente como respuesta a los cambios en los estilos de vida (consumo de tabaco, dieta, ejercicio físico, etc.). En la década de los 70 los patrones de mortalidad variaron. Por ejemplo, en los países nórdicos durante los años 50 y 60, la EIC constituía la primera causa de muerte entre los grupos socioeconómicos

más favorecidos. De hecho, se conocía la enfermedad como la “enfermedad de los directivos”. Fue en la década de los 70 cuando esta situación se modifica y la mortalidad aumenta entre todos los grupos sociales, especialmente en aquellos de niveles sociales más bajos.

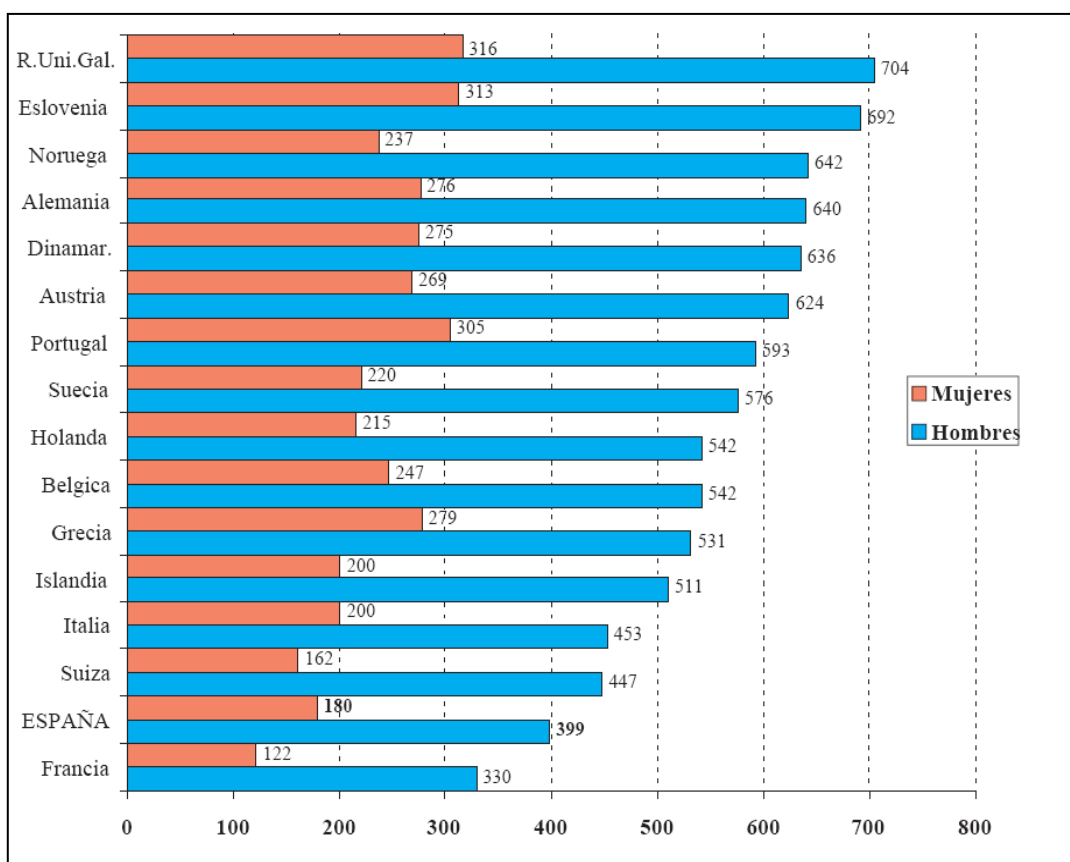
En el sur de Europa no se ha reproducido el patrón nórdico; las desigualdades en mortalidad por enfermedad isquémica son casi imperceptibles. Esto se explica, según los epidemiólogos, a través de la adopción de estilos de vida saludables como norma general de vida. Sin embargo, actualmente se está modificando este patrón debido, entre otras causas, a un aumento en el consumo de tabaco.

Respecto a la mortalidad por tromboembolismo es similar en el norte y sur de Europa. La mortalidad es más alta en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos en todos los países de los que se disponen datos. Esto sugiere que los factores de riesgo principales del ictus, como la hipertensión, presentan una distribución epidemiológica semejante. La prevalencia de hipertensión entre los grupos más desfavorecidos se relaciona con hábitos de vida poco saludables como un consumo excesivo de alcohol, exceso de sal, consumo de tabaco, etc.

En los países del Este de Europa (República Checa, Hungría y Estonia) en los que se dispone de datos, la evidencia muestra una tasa de mortalidad elevada para las enfermedades cardiovasculares entre los grupos sociales desfavorecidos. Las enfermedades cardiovasculares son de los mayores contribuidores a la expansión de las desigualdades en la mortalidad en muchos países de Europa.

Tabla 20. Mortalidad por ECV en países europeos.

Tasas x 100000 habitantes, de 45 a 74 años.



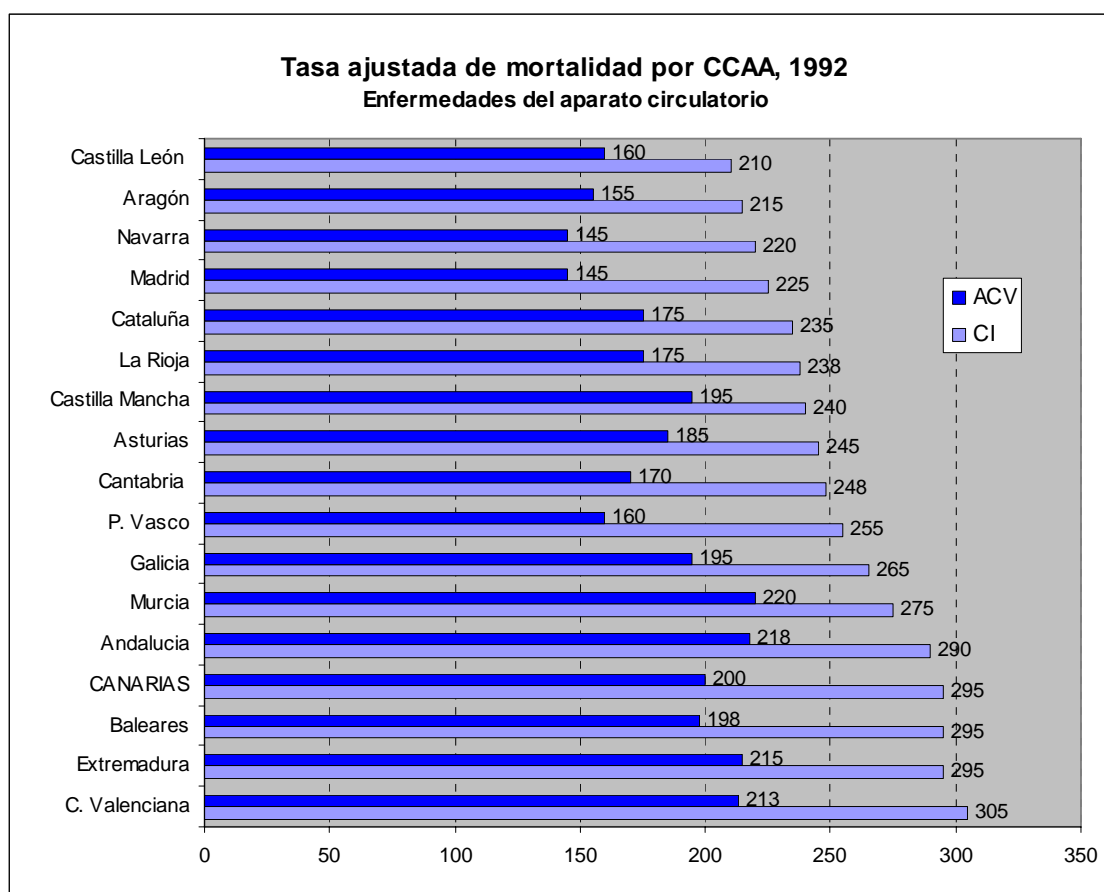
Fuente: European Heart Journal, 1997: 1233.

En España la ECV es la primera causa de muerte, produciendo un alto grado de discapacidad, gasto económico y responsabilidad del cuidado, realizado mayoritariamente por mujeres. La tasa bruta de mortalidad es de 315 casos por 100.000 habitantes, lo que supone el 35% de todas las defunciones (datos del INE 2003).

Las dos principales causas de mortalidad por enfermedad del aparato circulatorio son la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad isquémica del corazón. En el año 2006, murieron un total de 120.664 personas mayores de 15 años por algún tipo de enfermedad cardiovascular (un 40,0% del total de muertes). Así mismo se observan

diferencias importantes en las tasas de mortalidad cardiovascular entre las distintas comunidades autónomas. Canarias ocupa los primeros lugares en mortalidad por cardiopatía isquémica y el quinto por accidente cerebrovascular (ACV) respecto a otras CCAA (Aguiar Bautista et al., 2000). En Canarias unas 4.029 (30,6%) del total de muertes fallecieron debido a enfermedades del sistema circulatorio.

Tabla 21: Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio por CCAA, 1992.



Fuente: Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Cardiovascular en Atención Primaria. Servicio Canario de Salud, 2000: 16.

Tabla 22: Evolución de la Mortalidad Proporcional según sexo y causa de muerte. Grandes grupos CIE-10. Canarias.

CAUSA DE MUERTE		2006			2001		
		TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER
TODAS	100,00%	100%	100%	100%	100%	100%	
IX	Enf.Sist.Circulatorio	30,6	27,4	34,6	35,3	31,7	39,6
II	Neoplasias	27,8	31,5	23,1	25,8	28,6	22,2
X	Enf. Sist. Respiratorio	9,5	10,1	8,7	9,8	10,6	8,8
IV	Enf. Endocrinas	6,5	4,8	8,6	4,9	4,2	5,8
XX	Causas Externas	5,8	7,8	3,4	4,7	6,6	2,4

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de mortalidad del ISTAC.

Por lo tanto, podemos resumir que la enfermedad cardiovascular (ECV) constituye una prioridad sociosanitaria en la mayoría de los países desarrollados debido a que representa la principal causa de muerte en la edad adulta, constituye uno de los principales motivos de utilización de los servicios de salud, produce un alto grado de discapacidad y ocasiona altas repercusiones socioeconómicas.

5.1. Aproximación a los determinantes socioeconómicos en Canarias

5.1.1. Demografía en Canarias

La población en Canarias ha ido creciendo en los últimos años. Desde 1988 a 2005 el crecimiento ha sido de un 29,29%, lo que supone un total de 445.900 personas. Por islas la que ha sufrido un mayor incremento de población es Fuerteventura con un crecimiento del 150,29%, en segundo lugar destaca Lanzarote con un aumento del 87,84%. Tenerife creció un 32,65% y Gran Canaria un 17,24%. La Gomera

experimentó un crecimiento del 25,63% y el Hierro un 41,62%. La isla que menos crecimiento demográfico ha experimentado ha sido La Palma con un 5,40%.

La tasa de crecimiento anual media de Canarias es del 1,72%. Los años de mayor aumento poblacional hasta 2005 han sido los años 2001 con un 3,8% y 2002 con un 3,5%.

El reparto de población según datos oficiales publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) sobre la revisión del Padrón Municipal de Habitantes a fecha de 1 de enero de 2005 indica una homogeneización entre las dos provincias, Las Palmas tiene un 51,41% de la población y Santa Cruz de Tenerife un 48,59%, con un total en ambas provincias de 1.968.280 habitantes.

La población según sexo es homogénea, siendo prácticamente igual la cantidad de hombres que de mujeres, un 50,21% frente a un 49,79%.

La distribución de edad utilizando el índice de juventud y de envejecimiento indica una población con un índice de juventud superior al de envejecimiento, cuya traducción nos refiere una población en la que los menores de 15 años es superior a los mayores de 65 (15,20% frente a 12,09%). Solamente en las Islas de La Palma, La Gomera y El Hierro el índice de envejecimiento es superior al de juventud.

5.1.2. Educación

Por todos es sabido que el sistema educativo de una nación es fundamental para el desarrollo social y económico. La educación supone un mecanismo fundamental de redistribución que favorece la socialización del individuo, la promoción social, inserción laboral y crecimiento de la sociedad en general. Constituye una inversión del

Estado en capital humano, aumentando la productividad, promoviendo la difusión de innovaciones así como fomenta la participación social, mejora la calidad de las instituciones, favorece una mayor productividad laboral, etc.

En España hasta el curso escolar 2002/2003 se produjo un descenso continuado de alumnos en educación no universitaria, probablemente como consecuencia de la baja tasa de natalidad y por los flujos migratorios. Sin embargo, a partir del curso 2003/2004 se observa un aumento en el número de alumnos, probablemente debido al aumento en la etapa de educación infantil. En Canarias la tendencia es decreciente hasta el curso estudiado 2004/2005, pasando de 362.006 alumnos en 1994 a 327.035 en 2005. En educación infantil se produce un aumento de la tasa de crecimiento entre un 2 y un 2,5%.

La educación primaria experimenta una ligera pérdida que se sobrepone debido al trasvase de alumnos de infantil. Los estudios que experimentan un incremento en el número de alumnos son los programas de garantía social y la educación especial.

En Canarias más de las tres cuartas partes del alumnado cursan estudios en centro públicos (más del 78%), muy por encima de la media nacional. Utilizando un indicador de calidad, como es la ratio de profesor/alumno, en el curso 2004/2005 se produce un aumento con respecto a los cursos anteriores lo que nos acerca a la media nacional. Los centros privados presentan una ratio mayor de profesor/alumno en todas las comunidades autónomas.

Respecto al gasto en educación, según los presupuestos generales de la Comunidad Autónoma de Canarias 2004, educación y sanidad representan las partidas presupuestarias de gasto más elevado representando un 30% y un 35% respectivamente.

La tasa de escolarización en los niveles no universitarios, que en España tiene carácter universal y obligatoria desde los 6 a los 16 años, es de un 100% con una disminución progresiva del número de analfabetos en un 2,21%, seguido de un aumento en educación primaria con un 56,21% de educación secundaria o equivalente en un 25,83% y universitaria con un 15,29%. En Canarias la tasa de analfabetismo en 2005 se situaba en un 2,3% de la población, similar a la media nacional establecida en 2,2%. Es importante destacar la reducción de la tasa de analfabetismo en Canarias desde 1981, con un 8,3% de la población, hasta un 3,4 en 2001 y un 2,3% en 2005.

Para ese mismo año, los datos muestran que la mayoría de la población en edad de trabajar posee estudios primarios, seguidos de aquellos que han finalizado la primera etapa de estudios secundarios; a continuación aquellos que han concluido la segunda etapa de enseñanza secundaria.

En cuanto a la educación universitaria en el curso 2002/2003 los datos facilitados por la Fundación La Caixa en su Anuario Estadístico 2004, muestran que Canarias se sitúa por debajo de la media nacional en casi 15 puntos.

Respecto a la formación de adultos en Canarias en el curso 2004/2005 destacamos un total de 18.406 alumnos cursando este tipo de educación de los cuales un 19% recibió enseñanza básica de alfabetización, educación básica un 10,4% y educación secundaria un 36%. Las enseñanzas de carácter no formal aumentaron considerablemente desde el curso 2002/2003.

5.1.3. Nivel de ingresos

En Canarias la mitad de la población (49,9%) se sitúa en el rango de ingresos entre 900 y 1.802 €, el 15,6% de las familias tienen ingresos menores a 600 € y el 34,5% dispone de más de 1.800 € al mes. Las familias con ingresos más altos se sitúan en la isla de Lanzarote, seguida de Fuerteventura y Gran Canaria; los más bajos en La Gomera, El Hierro y La Palma.

Una de las cargas económicas mayores para las familias canarias lo constituye el gasto destinado a vivienda. El 38,41% de la población canaria considera el gasto de vivienda como una carga económica muy importante; un 38,60% lo considera como una carga asumible y un 11,50% como un gasto que no supone mayor problema dentro de la economía familiar.

En el año 2004, las familias canarias manifestaron en un 66% que no llegaban a fin de mes con facilidad, el 19,80% lo hacían con mucha dificultad y el 46,20% con cierta dificultad. Un 4,90% refiere llegar a fin de mes sin dificultades. Las Islas con el porcentaje más elevado de familias que refieren llegar con mucha dificultad a fin de mes son Tenerife con un 73,60%, La Gomera con un 72,10%, La Palma con un 72,90% y El Hierro con un 71,40%. En contraposición, Fuerteventura es la isla en la que las familias manifiestan menor dificultad para llegar a fin de mes.

Respecto a la población bajo el umbral de pobreza, según la Encuesta de Condiciones de Vida 2004 (ECV-2004)⁸¹ realizada a nivel nacional, la Encuesta sobre Salud e Ingresos de Canarias 2004 (ESI-2004) y la Encuesta de Ingresos y Condiciones de Vida

⁸¹ Publicada a nivel nacional por el Instituto Nacional de Estadística INE y que puede consultarse en <http://www.ine.es/prensa/np394.pdf>

de los Hogares Canarios 2004 (EICVHC-2004) ambas publicadas por el Instituto Canario de Estadística⁸² en la que se establecen los niveles de pobreza relativa⁸³, manifiestan que el 19,9% de la población residente en España está por debajo del umbral de la pobreza. El porcentaje de mujeres es del 20,8% y el de hombres de 19,0%. Esta situación desfavorable se presenta para las mujeres de forma generalizada en todos los grupos de edad.

En el resto de grupos las tasas de pobreza son menores, siendo estos grupos los de personas en edad de trabajar. En el caso de las personas con edades entre 25 y 49 años la tasa de pobreza es el 15,6%, y en el grupo de personas entre 50 y 64 años la tasa es el 16,6%. En el grupo de los más jóvenes (entre 16 y 24 años) la tasa de pobreza es algo más alto 19,1%.

Las mayores diferencias entre hombres y mujeres se encuentran en el grupo de personas con 65 o más años; un 31,8% de mujeres mayores pobres, frente al 26,7% de los hombres. En el resto de los grupos estas diferencias son menores.

⁸² http://www.gobcan.es/istac/estadisticas/sanidad/ESI_2004/esi_2004.html

http://www.gobiernodecanarias.org/istac/estadisticas/eicvhc_2004/eicvhc_2004.html

⁸³ La pobreza se refiere a pobreza monetaria relativa. El método utilizado en la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) del Instituto Nacional de Estadística se basa en la construcción de una línea de pobreza monetaria relativa. La línea de pobreza utilizada se basa en los ingresos netos por unidad de consumo (u.c.) del hogar, entendiendo como tales los ingresos netos totales del hogar o renta disponible del hogar entre el número de unidades de consumo. El número de unidades de consumo se ha calculado utilizando la escala de la OCDE modificada: peso 1 para el primer adulto, 0,5 para el resto de adultos y 0,3% para los menores de 14 años.

El término “pobreza” aquí utilizado no se refiere a situaciones de falta de recursos materiales sino de un porcentaje de población que tiene ingresos más bajos respecto al promedio poblacional. Es un indicador de desigualdad.

Los grupos con tasas más elevadas de población situada por debajo de este umbral son las personas de 65 o más años (con el 29,6%) y los menores de 16 años (24,3% respectivamente).

Estos resultados son similares a los que se obtuvieron en el Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE) durante el periodo 1994-2001

Por comunidades autónomas, Extremadura presenta un 37,0% de personas por debajo del umbral de pobreza relativa, y Andalucía un 31,1%. Estas dos regiones son las que mayor tasa de riesgo de pobreza presentan en España. Canarias posee una tasa de pobreza del 24,1% (la media nacional es del 19,9%).

Las comunidades autónomas con menor proporción de población por debajo de dicho umbral son Madrid con 9,5% y País Vasco con 11,2%.

Según la EICVHC-2004, la línea de pobreza relativa en Canarias se fija en 456,73 € mensuales por unidad de consumo en el hogar. El porcentaje de población por debajo del umbral de pobreza se sitúa en el 18,7% de la población total, siendo más alta en las mujeres con un 20,3% que en los hombres 17,1% y se concentra en la población de 0 a 19 años en un vértice, y la mayor de 60 años en el otro.

Respecto a las tasas de pobreza de la población total según el número de miembros obtenemos que los hogares unipersonales son los que presentan el mayor riesgo de pobreza. Resalta claramente la diferencia entre estos hogares y el resto. Mientras que el porcentaje de pobres en hogares de un solo miembro alcanza el 38,7% en los demás hogares los porcentajes no superan el 22%.

El grupo de personas en hogares con tres miembros es el mejor situado, con sólo un 14,8% de pobres.

Por actividad más frecuente se define la actividad que las personas declaran haber ocupado durante los doce meses anteriores a la realización de la encuesta. El 40,1% corresponde a los parados, que son los más afectados por la pobreza. Un 32,7% de las mujeres y un 50,1% de los hombres tienen ingresos por unidad de consumo inferiores al umbral de pobreza. Esta diferencia entre hombres y mujeres es la más pronunciada.

El siguiente grupo afectado es el de los inactivos con un 30,2% de personas pobres. El porcentaje de mujeres inactivas no retiradas es de un 45%, lo que eleva de forma decisiva la tasa de pobreza total de las mujeres (es mayor que la de los hombres).

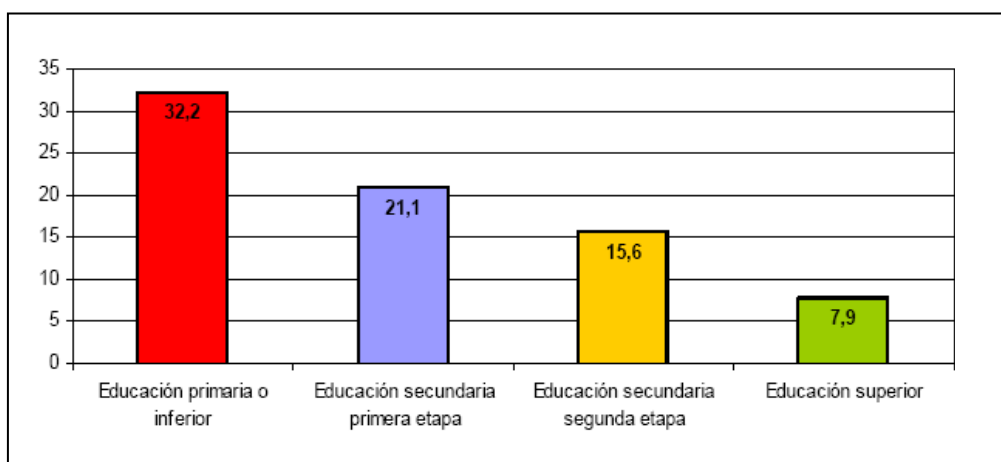
De los ocupados solo el 10,8% son pobres.

En general, el riesgo de pobreza es mayor cuanto peor es el estado de salud. La tasa de pobreza es del 15,7% para las personas con una salud muy buena, siendo casi el doble, 31,5%, para las personas con una salud muy mala.

El estado de salud está interrelacionado con la edad y con el acceso al trabajo. Un porcentaje de los ingresos, normalmente alto, proviene de éste, con lo que el acceso al mismo influye en el riesgo de pobreza.

Tal como hemos mencionado anteriormente, el nivel de educación está relacionado con la posibilidad de acceso a un trabajo: cuanto mayor es el nivel de formación, mayor oportunidad de encontrar un mejor empleo (mejor remuneración salarial). A medida que aumenta el nivel de estudios disminuye la probabilidad de ser pobre. En el grupo de personas con educación superior, solo el 7,9% son pobres, mientras que un tercio de las personas con educación primaria o inferior vive en la pobreza.

Gráfico 1: Tasas de pobreza por nivel de estudios



Fuente: INE, Encuesta de Condiciones de Vida 2004

5.1.4. Situación laboral-empleo en Canarias

Tal como hemos visto anteriormente, Canarias ha experimentado un aumento demográfico importante en los últimos años lo que implica un aumento de la población en edad de trabajar. En los últimos 10 años se ha incrementado la población en un 28%, repartido proporcionalmente entre las dos provincias. Este aumento es mayor que el experimentado para el mismo periodo a nivel nacional, situándose éste en un 13,2% lo cual puede explicarse por la modificación en Canarias de la tasa de natalidad o bien por la inmigración.

La población en edad de trabajar entre 25 a 54 años o más de 55 es la que ha experimentado mayor aumento un 38,8% y 33, 8%; sin embargo ha disminuido en la población entre 16 y 19 años en un 13,4% y entre 20 y 24 años en un 5,4%.

Hasta el año 2005 se produjo un aumento del empleo en Canarias dentro de la población activa (un 4,90%), aunque también se produce un aumento del desempleo (en un 3,93%).

En el año 2004, en el que hemos realizado nuestro estudio, el panorama laboral era diferente al actual. Si bien la proporción de activos de población mayor de 16 años era mayor en Canarias que en el resto de España con 2,3%, la proporción de parados sobre activos era superior a la nacional en casi 2 puntos (10,67% frente a 8,7%).

Las diferencias por sexo son importantes. La tasa de actividad y empleo es más favorable para los hombres. La tasa de actividad masculina se sitúa en torno al 71,11% frente a la femenina, en un 49,02%. La tasa de empleo masculina es del 64,79% frente al 42,53% de la femenina. Las diferencias en la tasa de paro, sin embargo han disminuido en la población femenina, aumentando en la masculina. Así los datos muestran una tasa de paro masculina del 8,88% y de 13,24% para la femenina.

Tabla 23 : Actividad, empleo y paro según sexo en Canarias. IV trimestres de 2004 y 2005. (miles de personas)

	2004 (1)	2005	Diferencia (2)	%	Diferencia (3)	%
TOTAL						
Ocupados	822,90	863,20	40,30	4,90%	47,70	5,80%
Parados	99,20	103,10	3,90	3,93%	-19,00	-19,18%
Activos	922,10	966,20	44,10	4,78%	28,70	3,11%
Inactivos	648,00	644,00	-4,00	-0,62%	11,40	1,72%
Total mayores de 16 años	1.570,10	1.610,20	40,10	2,55%	40,10	2,55%
Tasa de actividad	58,73%	60,00%	1,28%		0,33%	
Tasa de empleo	52,41%	53,61%	1,20%		1,65%	
Tasa de paro	10,76%	10,67%	-0,09%		-2,94%	
VARONES						
Ocupados	494,50	519,10	24,60	4,97%		
Parados	44,40	50,60	6,20	13,96%		
Activos	538,90	569,70	30,80	5,72%		
Inactivos	241,70	231,50	-10,20	-4,22%		
Total mayores de 16 años	780,60	801,20	20,60	2,64%		
Tasa de actividad	69,04%	71,11%	2,07%			
Tasa de empleo	63,35%	64,79%	1,44%			
Tasa de paro	8,24%	8,88%	0,64%			
MUJERES						
Ocupados	328,30	344,00	15,70	4,78%		
Parados	54,90	52,50	-2,40	-4,37%		
Activos	383,20	396,50	13,30	3,47%		
Inactivos	406,30	412,40	6,10	1,50%		
Total mayores de 16 años	789,50	808,90	19,40	2,46%		
Tasa de actividad	48,54%	49,02%	0,48%			
Tasa de empleo	41,58%	42,53%	0,94%			
Tasa de paro	14,33%	13,24%	-1,09%			

(1) Las series de datos utilizados son las proporcionadas por el INE tras adaptarlas a los cambios metodológicos de la EPA que han tenido lugar en el primer trimestre de 2005.

(2) Variación interanual, sin corregir, del impacto de los cambios EPA (cuestionario y método de entrevista) en el primer trimestre de 2005.

(3) Variación interanual corregida del impacto de dichos cambios.

Fuente: INE: *Encuesta de Población Activa*. Informe Anual 2006. CES Canarias: 410.

Respecto al aumento de la tasa de actividad en Canarias, a finales de 2005 llegó a representar el 60% de la población mayor de 16 años con un incremento de 1,27 puntos respecto al 2004. Este aumento afectó principalmente a los hombres con un 2,07 (71,11%) puntos, mientras que la tasa de incremento en mujeres fue de sólo en 0,48 puntos (49,02%).

El aumento de la ocupación por sectores económicos presenta un desigual reparto según el sexo. Para las mujeres el mayor crecimiento se ha producido en el sector servicios, mientras que para los hombres se produjo en todos los sectores, excepto en la construcción.

Tabla 24: Población ocupada según sexo y grupos de edad en Canarias. IV trimestres de 1996 a 2005
(miles de personas)

Años	Varones (1)					Mujeres (1)				
	Total	16 a 19	20 a 24	25 a 54	55 y más	Total	16 a 19	20 a 24	25 a 54	55 y más
1996	344,4	6,1	32,8	263,9	41,6	189,4	3,4	25,2	146,4	14,6
1997	367,8	6,8	34,4	284,9	41,7	205,5	4,4	25,6	161,9	13,6
1998	383,4	7,5	36,8	297,4	41,7	215,7	4,6	23,8	173,8	13,5
1999	415,8	7,9	38,6	324,0	45,3	231,6	6,0	26,5	181,9	17,2
2000	439,7	11,6	39,4	341,8	46,9	258,9	5,5	27,6	208,2	17,7
2001	464,4	10,0	45,1	360,2	49,0	271,6	5,8	30,5	217,3	17,9
2002	470,8	9,4	43,3	365,8	52,3	293,8	5,9	35,2	231,3	21,4
2003	488,2	9,6	40,6	385,1	53,0	312,8	6,2	29,8	252,3	24,5
2004	494,5	7,7	39,0	395,9	51,9	328,3	4,2	31,6	272,1	20,5
2005	519,1	8,6	44,3	407,1	59,1	344,0	4,0	34,7	281,8	23,5

(1) Las series de datos utilizados son las proporcionadas por el INE tras adaptarlas a los cambios metodológicos de la EPA que han tenido lugar en el primer trimestre de 2005.

Fuente: INE: *Encuesta de Población Activa*. Informe Anual 2006. CES Canarias: 418.

La tasa de inactividad disminuyó en Canarias a finales del 2005 debido al incremento de jubilados, pensionistas, incapacitados y la disminución de estudiantes y personas dedicada a las labores del hogar. Es de destacar el aumento de la tasas de inactividad en relación con los incapacitados, ya que el incremento que se produjo fue en torno a 17.300 nuevas personas, lo que supone una diferencia importante respecto a años anteriores. La disminución que se experimenta en el colectivo de inactivos dedicados a las labores del hogar está relacionado con una mayor proporción de mujeres incluidas en esta categoría tradicionalmente catalogada como femenina.

Tabla 25: Población inactiva según situación de inactividad en Canarias.IV trimestres de 1996 a 2005
(miles de personas)

Años	Total (1) (2)	Estudiante	Jubilado/pensionista	Labor hogar	Incapacitados	Otra
1996	577,8	138,2	185,2	203,9	24,7	25,8
1997	577,7	128,6	184,9	208,8	28,9	26,5
1998	594,6	124,4	204,4	215,0	25,7	25,1
1999	599,8	135,3	191,5	216,3	31,7	25,0
2000	611,0	138,6	184,6	219,9	37,6	30,2
2001	622,3	129,6	212,4	220,3	34,9	25,0
2002	629,3	136,7	200,1	212,0	37,5	43,1
2003	618,1	128,8	203,0	216,1	33,2	37,0
2004	648,0	128,4	224,3	224,9	33,9	36,5
2005	644,0	126,8	231,9	212,3	51,2	21,8

(1) Las series de datos utilizados son las proporcionadas por el INE tras adaptarlas a los cambios metodológicos de la EPA que han tenido lugar en el primer trimestre de 2005.

(2) Como consecuencia de la entrada en vigor del *Reglamento 1897/2000 de la CE*, sobre la consideración de parado, a partir de 2001 los datos sobre parados e inactivos no son directamente comparables con los de períodos anteriores.

Fuente: INE: *Encuesta de Población Activa*. Informe Anual 2006. CES Canarias: 421.

El sector que experimentó mayor variación en el último año fue el de servicios con un total de 50,5% hombres ocupados y 49,5% mujeres ocupadas, constituyendo así el único sector con paridad por razón de sexo.

5.2. Factores de riesgo cardiovascular

Las enfermedades cardiovasculares tienen un origen multifactorial, estableciéndose desde el estudio Framingham el papel de diversos factores de riesgo cardiovascular (Baena Díez et al., 2002).

La prevención de la enfermedad cardiovascular se fundamenta en el conocimiento de los factores de riesgo modificables. Consideramos los factores de riesgos como endógenos y/o ligados a los estilos de vida. La incidencia de éstos incrementa la probabilidad de padecer o morir por ECV. Se clasifican en modificables y no modificables, según sea posible o no actuar sobre ellos y limitar el riesgo. Los factores no modificables son la edad, el sexo, en el caso de la mujer la menopausia, historia personal de enfermedad coronaria u otra enfermedad aterosclerótica vascular y antecedentes familiares de cardiopatía isquémica precoz u otra enfermedad aterosclerótica vascular. Los factores modificables son el consumo de tabaco, alcohol, hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus, obesidad, sedentarismo, resistencia a la insulina, hipertrofia ventricular izquierda, microalbuminuria, patrón de conducta tipo A y utilización de anticonceptivos orales (Osler et al., 2000; Schargrotsky et al., 2008). La combinación de estos factores de riesgo explican la mayoría de casos de enfermedad o muerte cardiovascular que ocurren en individuos de alto riesgo, y en una proporción considerable de casos en la población general.

De todos los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) modificables mencionados anteriormente se establecen cinco factores mayores en función de las recomendaciones internacionales (I. e. a. Graham, 2007; Suadicani, Hein, Eyben, & Gyntelberg, 2008; Zeljko et al., 2008): consumo de tabaco, actividad física, sobrepeso - obesidad, hipertensión arterial y nivel de colesterol. En nuestro estudio hemos añadido el consumo de alcohol por considerarlo un factor contribuyente conjuntamente con los anteriores, y la diabetes al presentar España (prevalencia del 18,7%) y Canarias (una incidencia del 15,5%) una prevalencia alta en relación con otros países de la Unión Europea (Ruiz-

Ramos, Escolar-Pujolar, Mayoral-Sánchez, Corral-San Laureano, & Fernández-Fernández, 2006).

El Consejo de Europa, conjuntamente con los expertos participantes en la Conferencia sobre Salud Cardíaca (celebrada en Luxemburgo en junio de 2005), establecieron “La declaración de Luxemburgo” en la que se establecen estos requisitos para una salud cardiovascular óptima(I. E. A. Graham, 2007):

- Evitar el consumo de tabaco
- Realizar actividad física adecuada (por lo menos 30 minutos al día)
- Seleccionar alimentos saludables
- Evitar el sobrepeso
- Mantener la presión arterial inferior a 140/90 mmHg
- El colesterol total debe estar por debajo de 5mmol/L (± 200 mg/dL).

5.2.1. Cálculo de riesgo cardiovascular

El abordaje integral de la prevención implica una valoración conjunta de los factores de riesgo mediante el cálculo de riesgo cardiovascular global. Este dato permite establecer un perfil de riesgo cuya información es muy valiosa para planificar una estrategia lo más personalizada y adecuada al individuo.

La mayoría de las tablas disponibles para el cálculo del RCV se basan en datos epidemiológicos de población del Norte de Europa y Norteamérica que tienen una morbimortalidad por ECV superior a los países del Sur de Europa.

Existe numerosas metodologías que estiman el RCV. Algunas se presentan en la siguiente tabla⁸⁴:

Tabla 26: Diversas metodologías para estimar el RCV

Escala	Referencia
Q RISK (2007)	Hippisley-Cox J, Coupland C, Vinogradova Y, Robson J, May M, Brindle P. Derivation and validation of QRISK. A new cardiovascular disease risk score for the UK. <i>BMJ</i> 2007 doi: 10.1136/bmj.39261.471806.55
Guía Europea HTA (2007)	Guías de práctica clínica para el tratamiento de la hipertensión arterial 2007 Giuseppe Mancia, Guy De Backer, Anna Dominiczak, Renata Cifkova, Robert Fagard, Giuseppe Germano, Guido Grassi, Anthony M Heagerty, Sverre E Kjeldsen, Stephane Laurent, Krzysztof Narkiewicz, Luis Ruilope, Andrzej Rynkiewicz, Roland E Schmieder, Harry AJ Struijker Boudier y Alberto Zanchetti. <i>Rev Esp Cardiol</i> 2007; 60: 968.e1 - 968.e94
GRACE Risk Model (2006)	Prediction of risk of death and myocardial infarction in the six months after presentation with acute coronary syndrome: prospective multinational observational study (GRACE) <i>BMJ</i> 2006;333:1091 A Validated Prediction Model for All Forms of Acute Coronary Syndrome Estimating the Risk of 6-Month Postdischarge Death in an International Registry <i>JAMA</i> . 2004;291:2727-2733.
Proyecto CIRCE (2006)	Multicalculadora de RCV (SCORE, Framingham, Regicor y Dorica) Fundación Española de Arteriosclerosis y Sociedad Española de Arteriosclerosis. (Patrocina Ferrer grupo)
HOMA calculator (2004) UKPDS Risk (2004)	UKPDS 56. The UKPDS risk engine: a model for the risk of coronary heart disease in type 2 diabetes. <i>Clin Sci</i> . 2001;101:671-9. UKPDS 66: Risk Factors for Myocardial Infarction Case Fatality and Stroke Case Fatality in Type 2 Diabetes. <i>Diabetes Care</i> (2004); 27: 1: 201-207 Web del UKPDS study
Proyecto SCORE (Europa) (2007)	Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE projet. <i>European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation</i> . 2007;14:1-40
Guía de HTA (OMS)	2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension World Health Organization, International Society of Hypertension Writing Group <i>Journal of Hypertension</i> 2003, 21:1983–1992
Tablas adaptadas a población española: Estudio DORICA (2004)	Tablas de evaluación del riesgo coronario adaptadas a la población española. Estudio DORICA <i>Med Clin (Barc)</i> . 2004;123:686-91.
Framingham calibrada para España (2003)	Estimación del riesgo coronario en España mediante la ecuación de Framingham calibrada. <i>Rev Esp Cardiol</i> 2003; 56: 253 - 261
Framingham: D´Agostino (2000)	D'Agostino, Russell MW, Huse DM, Ellison RC, Silberhatz H, Wilson PWF, et al Primary and subsequent coronary risk appraisal: new results from the Framingham Study. <i>Am Heart J</i> 2000; 139: 272-28

5.2.2. Factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial

La hipertensión es un factor de riesgo para la enfermedad coronaria, fallo cardiaco, ECV, enfermedad vascular periférica y fallo renal, tanto para hombres como mujeres (Assmann & Schulte, 1998; Kannel, 1996; MacMahon et al., 1990; Walker, Neaton, Cutler, Neuwirth, & Cohen, 1992). Así mismo la HTA se asocia a una mayor incidencia de demencias (Skoog et al., 1996).

Datos de estudios longitudinales obtenidos a partir del “Estudio de Corazón de Framingham” muestran que valores de presión arterial de 130-139/85-89 mmHg aumentan dos veces el riesgo de padecer ECV que mantener la presión por debajo de 120/80 mmHg (Vasan, Larson, Leip, Kannel, & Levy, 2001). Los valores de presión arterial que indican desde normalidad a diversos niveles de hipertensión establecidos por la ESH/ESC 2007 aparecen en la siguiente tabla:

Tabla 27: Valores de presión arterial

Definición y clasificación de los niveles de presión sanguínea			
Categoría	Sistólica		Diastólica
Óptima	< 120	y	< 80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal Alta	130-139	y/o	85-89
Hipertensión grado 1	140-159	y/o	90-99
Hipertensión grado 2	160-179	y/o	100-109
Hipertensión grado 3	≥ 180	y/o	≥ 110
Hipertensión sistólica aislada	≥ 140	y	< 90

Los grados de hipertensión 1, 2 y 3 corresponden con hipertensión, leve, moderada y severa

El RCV se relaciona directamente con la hipertensión (sistólica y diastólica). El tratamiento farmacológico es fundamental conjuntamente con cambios en el estilo de vida, concretamente la pérdida de peso, un aumento de la actividad física y la reducción de la ingesta de sal y alcohol.

Según el Informe Mundial de la OMS 2002, se estima que alrededor de un 11% de la carga de enfermedad en los países desarrollados está causada por la HTA, así como un 50% de las enfermedades coronarias y un 75% de las enfermedades cerebrovasculares (World Health Organization, 2002).

El estudio de caso-control INTERHEART, estima que el 22% de los ataques cardíacos en Europa Occidental y el 25% de estos en Europa Central y del Este, presentaban historia de presión alta, y aquellos con historia clínica de hipertensión aumentan el doble el riesgo de un infarto frente a aquellos que no presentan (Yusuf et al., 2004).

El proyecto MONICA muestra datos recogidos entre 1989 y 1997 en población de 35 a 64 años, en 29 ciudades de 16 países Europeos. Los resultados muestran que la prevalencia de presión arterial sistólica con niveles de 160 mmHg varía notablemente en la población estudiada: del 2% en Tolouse (Francia) al 21% en North Karelia (Finlandia) en hombres, y del 2% en Cataluña (España) y Ghent (Bélgica) al 17% en Alemania del Este para mujeres. La tendencia durante mediados de los 80 y 90 en la mayoría de los países europeos fue decreciente (WHO MONICA project, 2003).

Datos recientes de la OMS estiman en la Región Europea una media de presión sistólica en hombres de 15 y más años entre 118 mmHg (Turquía) y 140 mmHg (Georgia). Entre mujeres del mismo rango de edad la media se sitúa entre 115 mmHg (Suiza) a 135 mmHg (Georgia) (Allender et al., 2008).

Tabla 28: Presión sistólica por sexo, edad (mayores de 15 años y más) en Europa en 2002, 2005 y proyecciones para 2010.

	Hombres			Mujeres		
	2002	2005	2010	2002	2005	2010
Albania	129	129	129	125	125	125
Armenia	122	122	122	123	123	123
Austria	129	128	127	122	122	120
Azerbaijan	122	122	122	123	123	123
Belarus	134	134	134	128	128	128
Belgium	127	127	127	119	119	119
Bosnia and Herzegovina	130	130	130	131	131	131
Bulgaria	132	132	132	125	125	125
Croatia	129	129	128	123	123	121
Cyprus	128	128	128	123	123	123
Czech Republic	130	129	128	123	122	121
Denmark	122	122	121	115	114	113
Estonia	131	131	131	122	122	122
Finland	131	130	129	125	123	121
France	129	127	124	125	123	119
Georgia	140	140	140	135	135	135
Germany	134	134	134	130	130	130
Greece	131	130	129	124	123	122
Hungary	134	134	134	126	126	126
Iceland	125	125	125	118	118	118
Ireland	129	129	128	123	123	121
Israel	128	127	126	121	120	119
Italy	129	127	125	122	120	118
Kazakhstan	131	131	131	128	128	128
Kyrgyzstan	122	122	122	123	123	123
Latvia	131	131	131	128	128	128
Lithuania	137	137	137	134	134	134
Luxembourg	126	125	124	121	120	119
Macedonia, TFYR	130	130	130	126	126	126
Malta	132	132	130	128	127	126
Moldova	131	131	131	128	128	128
Netherlands	131	130	129	122	121	120
Norway	129	129	128	123	123	121
Poland	129	129	129	123	123	123
Portugal	127	126	125	124	124	122
Romania	127	127	127	122	122	122
Russian Federation	129	129	129	127	127	127
Serbia and Montenegro	133	133	133	130	130	130
Slovakia	130	130	130	126	126	126
Slovenia	129	129	128	123	123	121
Spain	123	123	122	118	117	116
Sweden	131	131	131	125	125	125
Switzerland	126	125	124	115	114	112
Tajikistan	122	122	122	123	123	123
Turkey	118	118	118	119	119	119
Turkmenistan	122	122	122	123	123	123
Ukraine	127	127	127	125	125	125
United Kingdom	132	131	129	127	125	123
Uzbekistan	121	121	121	121	121	121

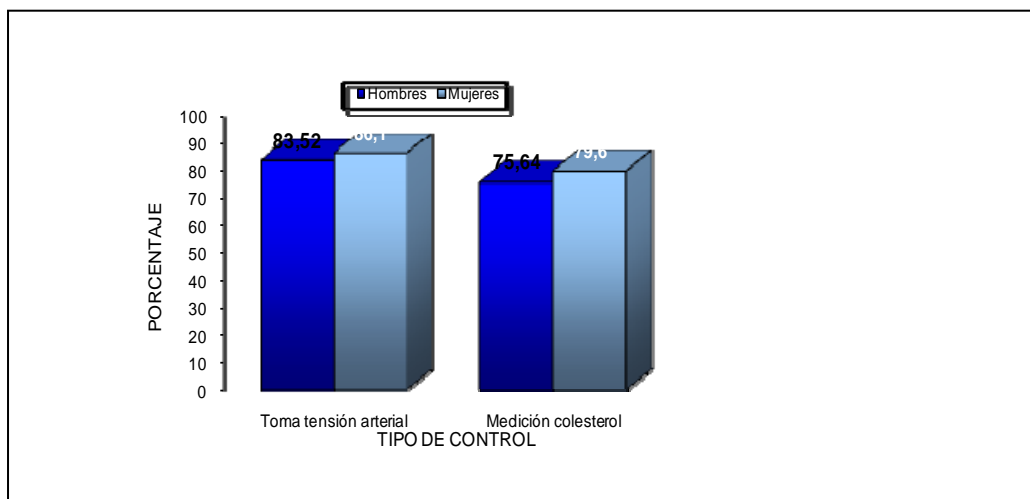
Fuente: European Cardiovascular Disease Statistics 2008:85.

Epidemiología de la hipertensión en España y Canarias

La HTA es una condición muy frecuente en España. Se estima una prevalencia en adultos de un 35% alcanzando un 40% en edades medias y un 68% en mayores de 60 años afectando a unos 10 millones de adultos⁸⁴. Casi un 20% de los individuos presenta una presión arterial normal-alta y un 14-15% presentan una presión arterial normal. Con respecto a la hipertensión arterial sistólica (HSA) ($PAS \geq 140/PAD < 90$ mmHg), las cifras varían desde un 10-12% en edades medias hasta un 30-40% por encima de los 60 años.

De 2 millones de años potencialmente perdidos de vida cada año en España, se estima que 230.000 son atribuibles a la HTA (Abellán & Leal, 1999). Estudios poblacionales realizados entre los años 1986-1990 indican que un 67,4% de hipertensos conocen su diagnóstico, siendo tratados un 50%.

Gráfico 2: Porcentaje de hombres y mujeres que realizan controles de salud: toma de tensión arterial y medición de colesterol.



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo - INE. Encuesta Nacional de Salud de España 2006.

⁸⁴ <http://www.sch-lilha.org/guiahta05.htm>

En Canarias, según la Encuesta de Salud de Canarias 2004, la prevalencia de HTA en población de 16 años y más es de 15,25% (246.492 individuos), correspondiendo un 13,92% (112.137) a hombres y un 16,57% (134.345) a mujeres. Dentro del grupo de hombres, la prevalencia es más alta en el grupo de 75 y más años (29,64%), mientras que en el de mujeres corresponde al grupo de 65 a 74 años (45,45%).

Según la Encuesta sobre Salud e Ingresos de Canarias 2004, un 16,6% (266.501) de la población presenta algún grado de hipertensión, el 26,0% (88.034) están situados por debajo del umbral de pobreza⁸⁵ correspondiendo el 22,0% (32.890) a hombres y el 29,1% (55.144) a mujeres.

5.2.3. Factores de riesgo cardiovascular: diabetes

Estudios epidemiológicos muestran una asociación lineal entre el aumento de glucosa y el riesgo de desarrollar ECV (The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Disease of the European Society of Cardiology and The European Association for the Study of Diabetes., 2007) .

La diabetes mellitus incluye un grupo heterogéneo de patologías cuya característica común es la elevación de la glucosa en sangre, causada por un defecto (completo o no) en la síntesis, secreción y/o acción de la insulina.

Criterios diagnósticos de la diabetes mellitus

1. Síntomas de diabetes más una glucemia casual mayor o igual a 200 mg/dl (11,1 mmol/l). Casual es definido como en cualquier momento del día sin respetar el tiempo

⁸⁵ Establecida en 2004 en inferior o igual a 456,73 euros.

desde la última ingesta. Los clásicos síntomas de diabetes incluyen poliuria, polidipsia y pérdida de peso inexplicada.

2. Glucosa plasmática en ayuno igual o mayor a 126 mg/dl (7 mmol/l). El ayuno es definido como la no ingesta calórica durante al menos 8 horas.

3. Glucosa plasmática a las 2 horas mayor o igual a 200 mg/dl (11,1 mmol/l) durante la prueba de tolerancia oral a la glucosa. Este test debería ser realizado como fue descrito por la OMS, usando una carga de glucosa que contenga un equivalente a 75g de glucosa anhidra disuelta en agua.

Existen dos tipos principales de diabetes: la tipo 1 y la tipo 2.

La diabetes mellitus tipo 1 es una enfermedad de origen autoinmune fundamentalmente por lo que se suele asociar con otros procesos autoinmunes. Se debe a la destrucción de células beta pancreáticas que provoca una ausencia de producción de insulina. Hay una minoría de casos de diabetes tipo 1 de etiología desconocida presentando un importante factor hereditario, diabetes idiopática, característica de asiáticos y africanos fundamentalmente.

La diabetes tipo 2 es la más prevalente. Se debe a una mayor resistencia a la insulina unida a una respuesta inadecuada en su secreción. El riesgo de padecerla aumenta con la edad, el peso y la falta de actividad física. Suele tener un comienzo insidioso, siendo frecuente la existencia de hiperglucemia crónica sin manifestación clínica, lo que retrasa el diagnóstico y favorece la aparición de complicaciones que ya pueden estar presentes en el momento del diagnóstico (Gálvez Vargas, Jiménez Moleón, & Bueno Cavanillas, 2001) .

La hiperglucemia provoca un aumento del riesgo de enfermedad coronaria (EC) así como el riesgo de enfermedad vascular (EV) debido al deterioro de los vasos sanguíneos acelerando el proceso de arterioesclerosis. El riesgo cardiovascular de una persona diabética de padecer un evento cardiovascular se iguala al de una persona no diabética que haya tenido un infarto.

El estudio de caso-control INTERHEART, estima este riesgo en tres veces superior de padecer un infarto que aquellos que no tienen diabetes (Yusuf et al., 2004).

La diabetes y la obesidad constituyen un problema de salud debido entre otras causas a la alta prevalencia, los costes económicos y la contribución de ambos factores a la mortalidad prematura (Candib, 2007). Esto sucede tanto a nivel nacional como internacional (Diabetes and Socioeconomic Status.2007).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que en el año 2002, existían 3000 personas con diabetes por cada 100000 habitantes en cifras globales. Actualmente la OMS estima que 180 millones de personas en el mundo padecen diabetes y prevé que para el año 2030 esta cifra aumente hasta 366 millones, la mayoría correspondientes a pacientes con diabetes tipo 2 (DM2). Por lo tanto, las cifras indican que la diabetes sufrirá un incremento de un 50% en los próximos 10 años. Un dato sumamente dramático es que la mortalidad por diabetes aumentará un 80% entre 2006 y 2015⁸⁶ (Darias Curvo, 2008).

⁸⁶ Nota: En lengua española, un billón equivale a 10^{12} (1.000.000.000.000, un millón de millones).

Este uso es común en la mayor parte de los países de Europa y de América Latina y es el único reconocido por la RAE. Sin embargo, en el siglo XVII una corriente de matemáticos minoritaria francesa e italiana adoptó la denominación de billón para mil millones (10^9 ó 1.000.000.000), número que el resto llamaba millardo. Este

Tabla 29: Casos de diabetes a nivel mundial

Casos de diabetes a nivel mundial	2003	2025
Población mundial (billones)	6,3	8,0
Población adulta (edad 20-79)	3,8	5,3
Personas con diabetes (edad 20-79) (millones)	194	333
Prevalencia de diabetes (%) (edad 20-79)	5,1	6,3

El Atlas sobre Diabetes de la Federación Internacional de Diabetes establece, a través de un estudio de prevalencia basado en la población de Europa, una prevalencia del 7,8%, lo que equivale a 48 millones de adultos de 20 a 79 años en 2003. La tasa es mayor en Europa Central y del Este.

significado es el que el inglés estadounidense y el portugués brasileño han hecho suyo y otras lenguas también como el idioma griego y el idioma turco; el inglés británico mantuvo la denominación tradicional hasta hace poco.

Las cifras aquí expresadas son las adoptadas por la OMS utilizando la equivalencia de 1 billón=mil millones

Tabla 30. Prevalencia estimada de diabetes en Europa año 2003.

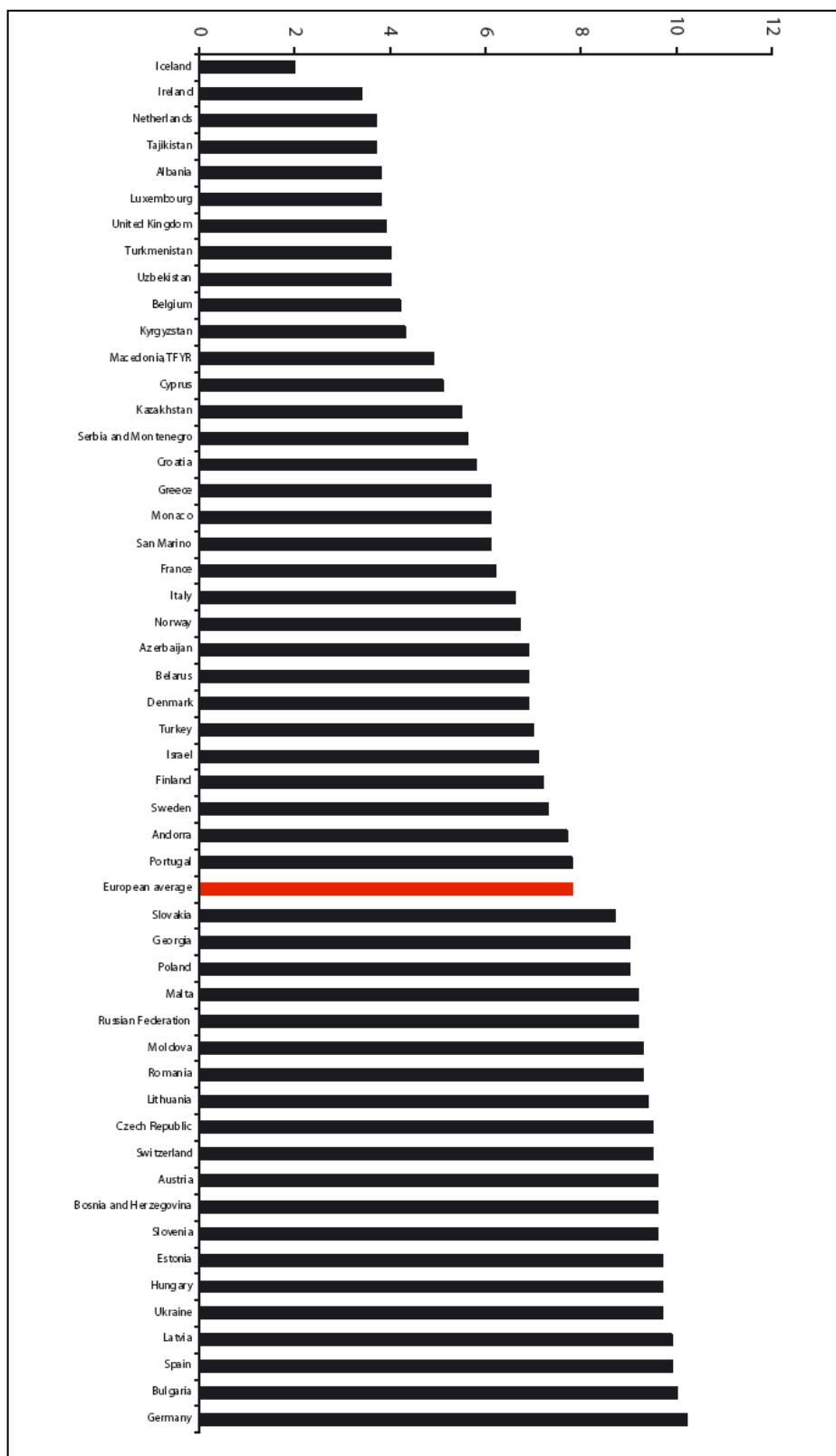
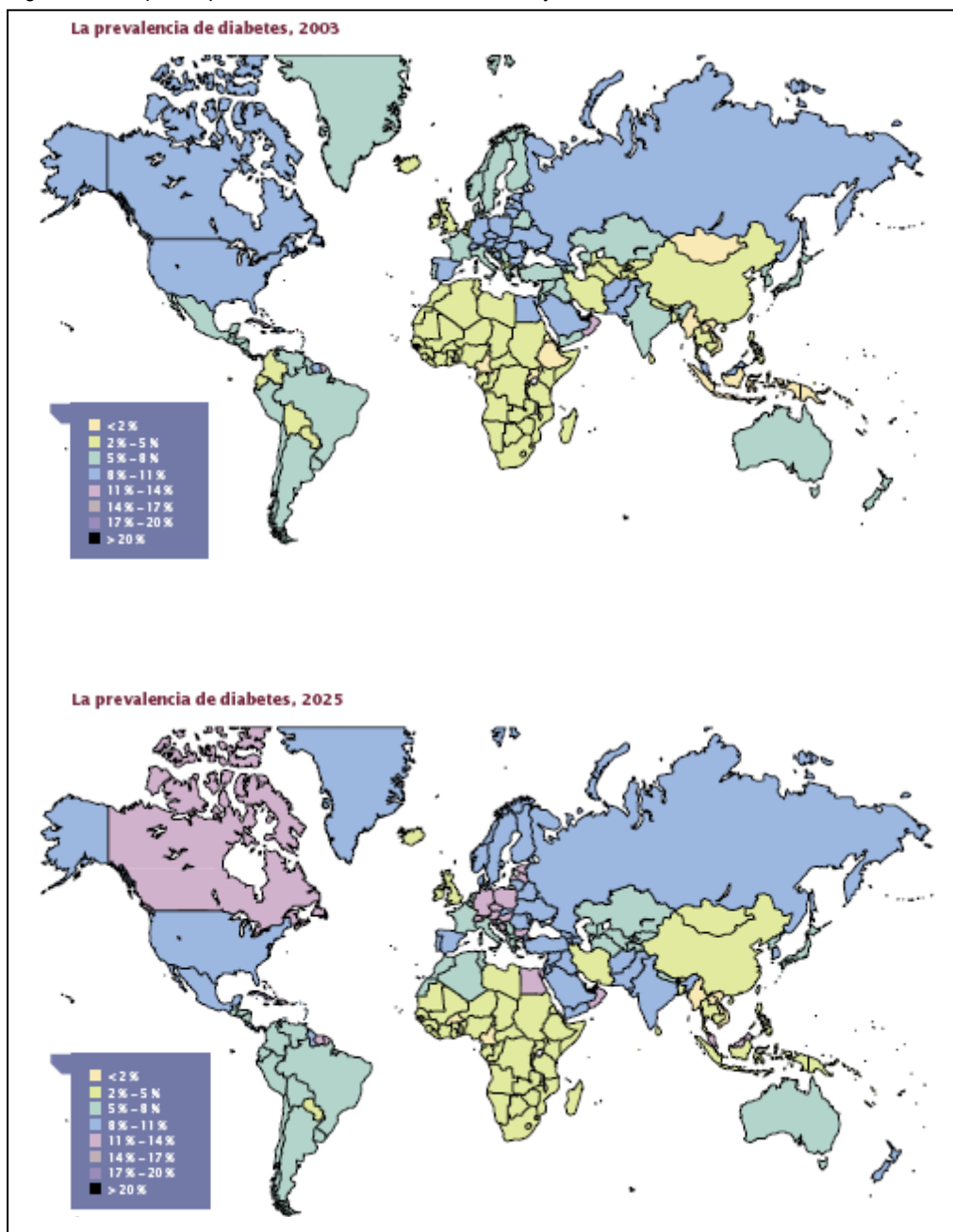


Figura 10: Mapa de prevalencia de diabetes en 2003 y 2025.



Fuente: Diabetes Atlas 2nd Edition © Federación Internacional Diabetes 2003.

El aumento de la prevalencia de la diabetes, especialmente en las últimas décadas, ha generado entre los expertos la posibilidad de desigualdades sociales, de sexo y de atención sanitaria a pacientes con DM2 (Ruiz-Ramos et al., 2006). El gradiente social

de la diabetes se ha estudiado en población general y en minorías étnicas (Lanting et al., 2008), en los factores de riesgo, en el acceso y la calidad de la atención sanitaria a los enfermos y en la morbilidad de la diabetes.

Algunos estudios realizados comparando el nivel educativo establecen una prevalencia del 6% en varones con estudios secundarios frente a un 8,8% sin estos estudios (Loucks et al., 2007; Muennig, Sohler, & Mahato, 2007). Otros muestran la relación entre el estatus socioeconómico y la DM2, estableciendo que los grupos sociales más desfavorecidos presentan una prevalencia mayor (Diabetes and socioeconomic status.2007; Cuasay, Lee, Orlander, Steffen-Batey, & Hanis, 2001; Espelt, Borrell, Roskam et al., 2008; Karter et al., 2007; Sainio et al., 2007; Smith, 2007). Esta relación no se ha encontrado en el caso de la diabetes tipo 1.

Diversas investigaciones evidencian la relación entre etnia y raza y prevalencia de DM2. En Europa, EEUU y Canadá, los grupos pertenecientes a minorías étnicas o raciales afroamericanos, africanos, hispanos e indios nativos presentan mayores tasas de DM2 que las personas de raza blanca (Hayes et al., 2006; Olatunbosun, Kaufman, Cooper, & Bella, 2000; Wandell, Wajngot, de Faire, & Hellenius, 2007).

La provisión y calidad de los servicios de atención primaria entre grupos pobres, mujeres y minorías étnicas son de peor calidad (Hippisley-Cox, O'Hanlon, & Coupland, 2004).

Así mismo, el control de la diabetes es peor en aquellos grupos con bajo estatus socioeconómico, aún cuando existan los recursos disponibles (Brown, Ettner, & Piette, 2004). El nivel socioeconómico influye no sólo en el acceso a los recursos y en la

calidad de los cuidados si no que determina el nivel de conocimiento sobre la enfermedad y la práctica de medidas preventivas.

Epidemiología de la diabetes en España y Canarias

La DM constituye la tercera causa de muerte en mujeres en España y la séptima en varones. La mortalidad en los diabéticos se debe principalmente a sus complicaciones.

En España, la prevalencia de diabetes ha aumentado entre un 10-15% en la población mayor de 30 años. Representa la tercera causa de mortalidad en la mujer y la séptima en el hombre (García Benavides, Godoy, Pérez, & et al., 1992).

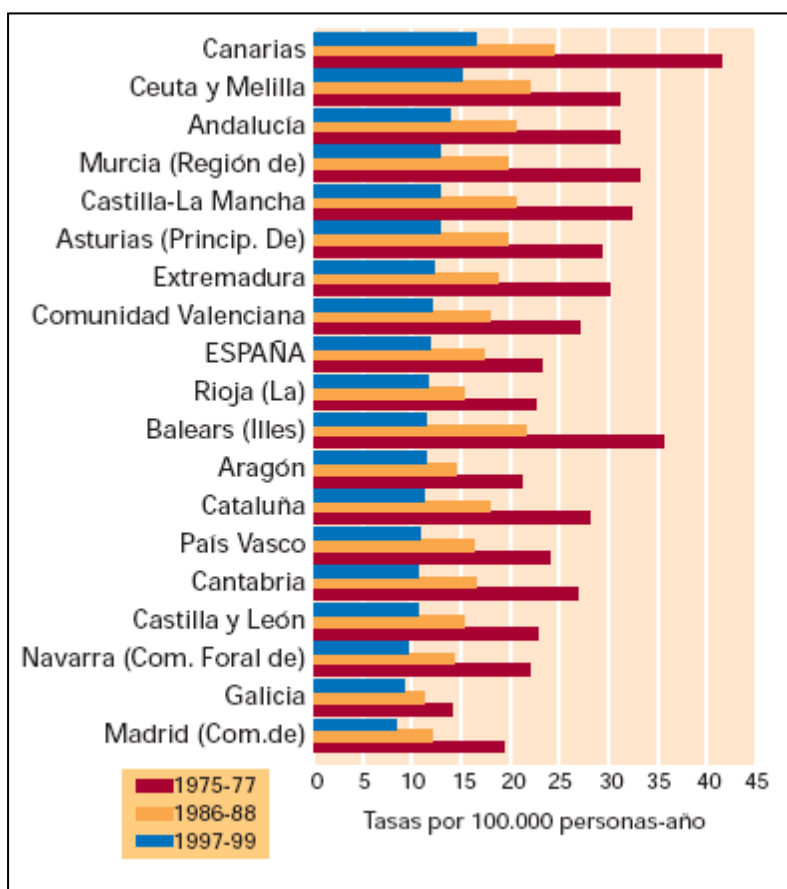
La tasa de mortalidad aumenta tanto para hombres como para mujeres en las Islas Canarias, Ceuta, Melilla y Andalucía.

La prevalencia de la diabetes en las Islas Canarias es del 8.7%-13.2% en la población de 18 a 75 años, aumentando hasta el 20.9% en el grupo de edad de 65 a 75 años. De estas cifras, el 90% corresponde a DM2 y entre un 5-10% a DM1.

En cifras absolutas, en Canarias existen aproximadamente 150.000 diabéticos (la población total es de 2.025.951 a 1 de enero de 2009) según el Instituto Estadístico de Canarias, ISTAC).

Las complicaciones de la diabetes en Canarias son de 3 a 5 veces superior que en el resto de Comunidades Autónomas. El 50% de los pacientes sometidos a hemodiálisis son diabéticos. En el resto de España, esta cifra es menor al 12%.

Tabla 31: Evolución tasas de mortalidad estandarizadas para la diabetes por Comunidad Autónoma. Mujeres.



Fuente: INE

Analizando la diabetes según el nivel de ingresos, encontramos que el 7.4%, corresponde a personas con ingresos menores a 601.00 € al mes, mientras que la prevalencia del 3.2% corresponde a personas que tienen mayores niveles de ingresos (más de 1.081,81 € por mes). Si analizamos la diabetes en relación con las personas que se encuentran por debajo del nivel de pobreza (menos de 456.73 € al mes), obtenemos una prevalencia de 9.3% en mujeres y de 7.1% en hombres, siendo más alta la prevalencia de diabetes en mujeres dentro del grupo poblacional con ingresos más bajos. Este grupo de personas con ingresos inferiores tiene una prevalencia 4 veces

mayor que aquellos situados en una posición económica más privilegiada. En cualquier caso, la prevalencia de diabetes es mayor en mujeres en ambos grupos (por encima y debajo del umbral de pobreza) (Darias Curvo, 2008).

Tabla 32: Datos de diabetes según el nivel de ingresos.

DIABETES SEGÚN NIVEL DE INGRESOS		
TOTAL		
Diabetes		
Mujeres	53.648	6,70%
Hombres	35.757	4,40%
TOTAL	89.405	5,60%
Por encima del umbral de pobreza (ingresos superiores a 456,73€)		
Diabetes		
Mujeres	17.720	5,90%
Hombres	10.548	3,80%
TOTAL	28.268	4,80%
Por debajo del umbral de pobreza (ingresos inferiores a 456,73€)		
Diabetes		
Mujeres	35.928	9,30%
Hombres	25.208	7,10%
TOTAL	61.137	8,30%

Elaboración propia a partir de ESIC 2005.

5.2.4. Factores de riesgo cardiovascular: dislipemias-hipercolesterolemia

La hipercolesterolemia o colesterol plasmático elevado es uno de los principales factores de riesgo modificables de la cardiopatía isquémica. Numerosos estudios epidemiológicos, clínicos, genéticos y experimentales sustentan esta afirmación. La evidencia muestra que una reducción del 10% en el colesterol plasmático implica un 25% de reducción en la incidencia de enfermedad coronaria a los 5 años. La reducción de LDL en 1 mmol/l (~ 40mg/dl) se acompaña de una disminución del 20% de padecer un episodio de enfermedad coronaria (Baigent et al., 2005).

El riesgo asociado al colesterol total (CT) alto se debe principalmente a valores elevados de las lipoproteínas de baja densidad (LDL-C), pero también existe una asociación independiente e inversa entre las proteínas de alta densidad (HDL-C) y el riesgo de cardiopatía isquémica (CI). La HDL-C baja aumenta el riesgo, incluso cuando el colesterol total es menor de 200 mg/dl. Éste patrón se ha encontrado en un 20% de varones con cardiopatía isquémica confirmada. En gran cantidad de estudios, las mediciones de HDL-C o el cociente CT/HDL-C son indicadores más adecuados del riesgo de CI que el CT y/o HDL-C aislados. En general no se aceptan los triglicéridos como factor de riesgo independiente de CI.

Los criterios de definición de la hipercolesterolemia según el riesgo cardiovascular se señalan en la siguiente tabla:

Tabla 33: Criterios definitorios de la hipercolesterolemia según el RCV.

Parámetros	Enfermedad cardiovascular (1)	Pacientes con riesgo cardiovascular alto (2)	Riesgo cardiovascular moderado (3)
CT	> 200 mg/dl	> 220 mg/dl	> 250 mg/dl
LDL	> 100 mg/dl	> 130 mg/dl	> 160 mg/dl

(1) Enfermedad cardiovascular: cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, arteriopatía periférica, insuficiencia cardíaca de etiología isquémica y/o hipertensiva, otros procesos de etiología arteroesclerótica.

(2) Riesgo cardiovascular moderado: riesgo > 21 puntos ó > 20% de sufrir una enfermedad cardiovascular en los próximos 10 años. Se incluyen en este apartado los pacientes con diabetes mellitus y personas con historia familiar de dislipemia con elevado riesgo aterogénico: hiperlipemia familiar combinada, hipercolesterolemia familiar y disbetalipoproteinemia.

(3) Al menos uno de los factores de riesgo cardiovascular mayores (hipertensión arterial, tabaquismo, hipercolesterolemia) y un riesgo < 21 puntos ó < 20% de sufrir una enfermedad cardiovascular en los próximos 10 años.

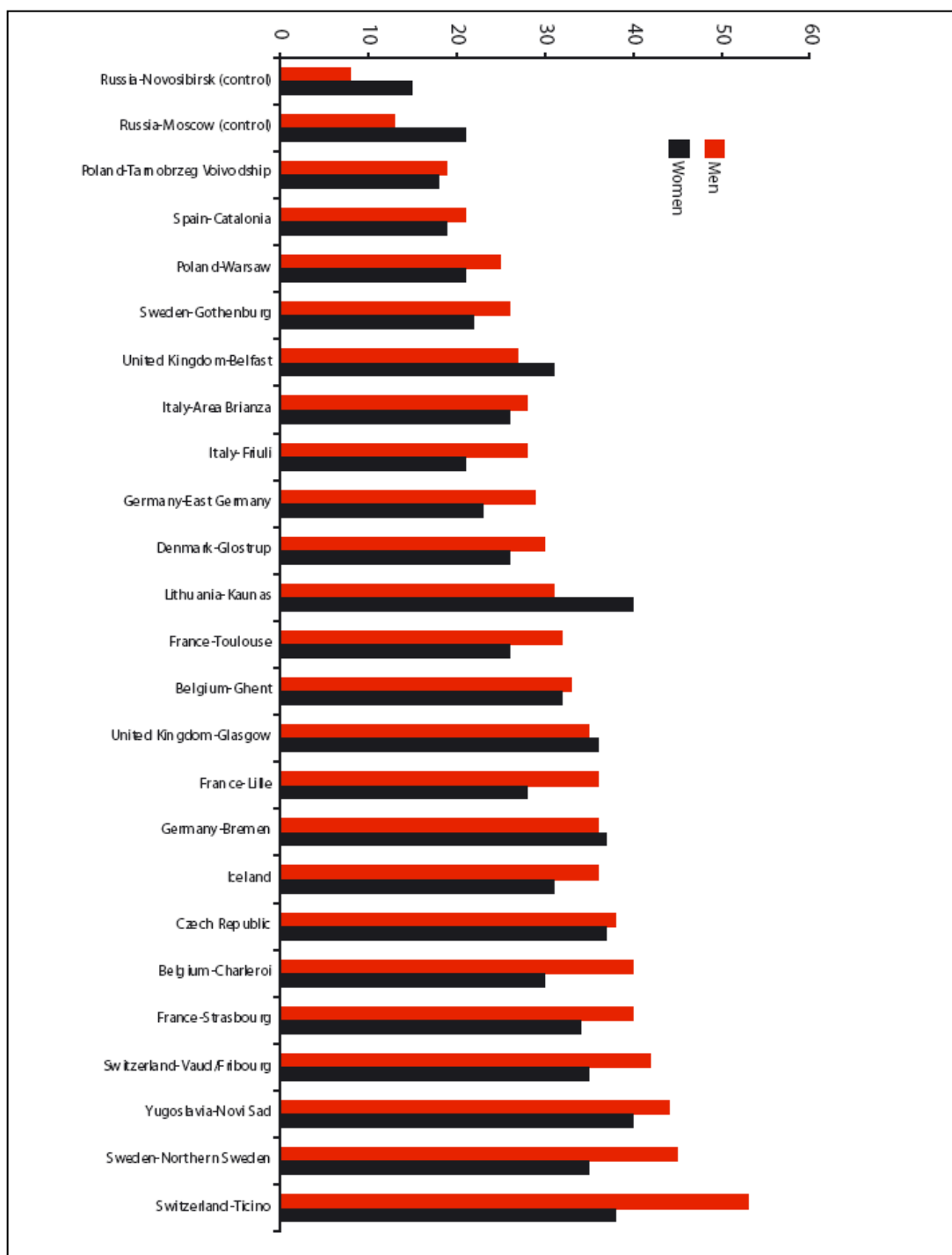
En cuanto a la incidencia y prevalencia de la hipercolesterolemia, según la OMS, se estima que alrededor del 8% de todas las enfermedades en los países industrializados se debe a un aumento del colesterol plasmático, cerca de un 60% de enfermedad coronaria y un 40% de isquemias se deben a un exceso de los niveles de colesterol en sangre (World Health Organization, 2002).

El estudio de casos-control INTERHEART estima que el 40% de los ataques cardíacos en Europa Occidental y el 35% en Europa Central y del Este se debe a un aumento de los niveles lipídicos en sangre. Aquellos individuos con niveles altos tienen un riesgo tres veces superior de sufrir un infarto comparado con aquellos que presentan niveles normales (Yusuf et al., 2004).

El proyecto MONICA, coordinado por la OMS, nos da información respecto a la prevalencia de hipercolesterolemia en Europa. El estudio se realizó entre 1989 y 1997 con adultos de 35 a 64 años, en 25 poblaciones de 15 países europeos. Los resultados muestran que la prevalencia de los niveles de colesterol igual o superior a 6,5 mmol/l varían sustancialmente entre la muestra estudiada: del 8% en Novosibirsk (Rusia) al 53% en Ticino (Suiza) en hombres. En mujeres la variación oscila del 15% en Novosibirsk (Rusia) al 40% en Kaunas (Lituania) y Novi Sad (Yugoslavia). La tendencia mostrada en el estudio MONICA refleja un descenso en la mitad de la muestra de los niveles de colesterol entre los años 1980 y 1990 (WHO MONICA project, 2003).

Recientemente la OMS ha estimado una media de niveles de colesterol en la Región Europea para el 2010. En la población de varones entre 15 y más años, el valor se cifra en 4,5 mmol/l en Turquía y 6,2 mmol/l en Serbia y Montenegro. Entre las mujeres del mismo rango de edad, los valores oscilan entre 4,6 mmol/l en Turquía y 6,1 mmol/l en Noruega (Hawkes, 2007).

Tabla 34: Porcentaje de personas con cifras de colesterol total en sangre igual o superior a 6.5 mmol según sexo y edad de 35 a 64 años. Estudio MONICA.



La asociación entre hipercolesterolemia y estatus socioeconómico ha experimentado una diferencia sustancial en los últimos 20 años. Si bien en la década de los 80 no podía establecerse la conexión, actualmente existen estudios que la evidencian fundamentalmente focalizada en la relación entre nivel de colesterol y nivel educativo. Así, en países como Grecia, esta relación es inversa para ambos sexos aunque la asociación es más significativa en las mujeres (para niveles de colesterol total). Para los valores de HDL-C los valores se asocian inversamente con el nivel educacional en hombres y es menor en mujeres (Benetou et al., 2000). Otros estudios también establecen una asociación positiva entre hipercolesterolemia, nivel de ingresos y nivel educativo, aumentando los niveles de colesterol en sangre según estos indicadores (nivel de ingresos y educación) son más bajos. Según aumenta la educación y los ingresos, aumenta la producción de LDL (Baigent et al., 2005; Bakacs et al., 2008; Benetou et al., 2000; Muennig et al., 2007)

Epidemiología de la hipercolesterolemia en España y Canarias

En España la media de colesterol total es de 5.08 mmol/l, es decir, de las tasa más bajas de Europa. Un 71,6% de los españoles presentan cifras de colesterol total ≥ 4.5 mmol/l (hipercolesterolemia) tan solo el Reino Unido presenta un valor menor con un 59,1%. Respecto al LDL, España se sitúa por debajo de la mayor parte de los países, con tasas de 3,19 mmol/l (media europea de 3,31 mmol/l). Los niveles de colesterol HDL se encuentran muy por debajo de la media europea: 1,10 mmol/l en hombres y 1,26 mmol/l en mujeres.

La mitad de los españoles participantes en el estudio EuroAspire III desconocen que son hipercolesteronémicos. Más de un 93% de los diagnosticados refieren mantener una dieta sana, y un 43,3% reciben tratamiento farmacológico⁸⁷.

Tabla 35: Porcentaje de personal con niveles de colesterol elevados.

COLESTEROL ALTO (%)			
TOTAL	100,00	100,00	100,00
SÍ	16,14	15,79	16,46
NO	83,86	84,21	83,54

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo - INE. Encuesta Nacional de Salud de España 2006.

La prevalencia de hipercolesterolemia en la población adulta de Canarias con cifras de referencia superiores a 250 mg/dl es de un 20-25%. Si se toman valores superiores a 200 mg/dl es alrededor de un 40%, lo que equivale a unas 400.000 personas.

Un dato preocupante es la cifra de un 35% de escolares residentes en áreas urbanas y rurales cuyos niveles de colesterol total son superiores a 170 mg/dl y el 10% presentan un CT mayor de 200 mg/dl.

Respecto al HDL-C en población adulta, los datos epidemiológicos disponibles dan niveles menores de 35 mg/dl en un 18-19% de varones, y menores de 45 mg/dl en un 28-36% de mujeres. Los niveles de hipertrigliceridemia varían entre el 12-17%, correspondiendo el 17-21% a varones y el 8-14% a mujeres.

⁸⁷ Consultado en <http://www.escardio.org/Pages/index.aspx>

Si establecemos los niveles de colesterol, comparado con el nivel de ingresos, obtenemos que de un total de 192.996 (12%) individuos presentan colesterol alto; de éstos 77.745 (13,8) se encuentran dentro del grupo cuyos ingresos son menores de 601,00 € y 43.986 (11,0%) perciben ingresos superiores a 1.081,81 €.

5.2.5. Factores de riesgo cardiovascular: consumo de tabaco

Existe sobrada evidencia de los efectos adversos del consumo del tabaco (US Department of Health and Human Services., 2004). Los efectos perjudiciales son proporcionales a la cantidad de cigarrillos consumidos al día y al tiempo que hace que un individuo es fumador (Wilhelmsen, 1988). Los efectos del tabaco en las ECV son sinérgicos cuando coexisten otros factores de riesgo como la edad, género, hipertensión arterial o diabetes. En fumadores que han iniciado el hábito hace tiempo, el tabaco es responsable del 50% de las muertes evitables y la mitad de éstas, se relacionan con ECV.

Los fumadores pasivos tienen riesgo de enfermedad coronaria y de padecer otras enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco (Law, Morris, & Wald, 1997) .

El tabaco afecta a la salud en todas las edades, tal como queda de manifiesto en el proyecto MONICA, en los que más de la mitad de los infartos de miocardio no fatales en población de 35-39 años se debían al consumo de tabaco (Mahonen, McElduff, Kuulasmaa, & Evans, 2004).

El riesgo de padecer enfermedad cardiovascular es alto en aquellos fumadores cuya edad de inicio se sitúa antes de los 15 años (I. Kawachi et al., 1993). Inicialmente los hombres eran más fumadores que las mujeres pero, con el paso del tiempo, el consumo

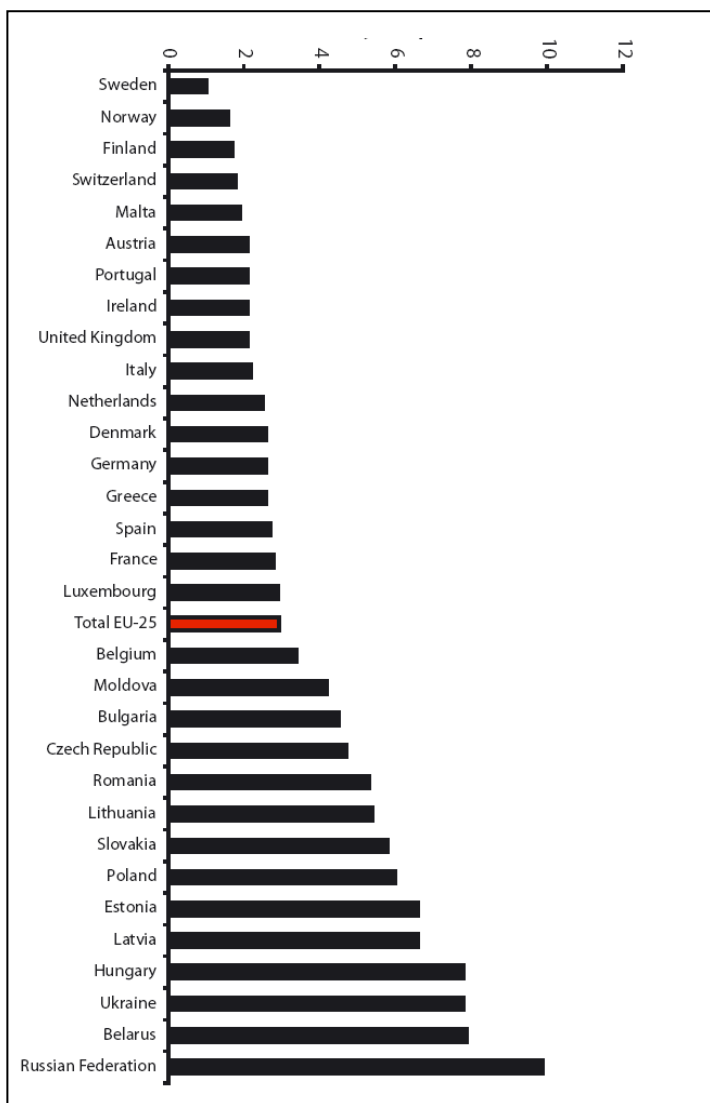
se ha igualado en hombres y mujeres en Europa. Estudios recientes muestran una tasa de mortalidad por enfermedad vascular más alta en mujeres que en hombres fumadores (Asia Pacific Cohort Studies Collaboration., 2005).

Cada año, el tabaco es responsable de la muerte de 1,2 millones de personas en Europa (450.000 por ECV) y cerca de 650.000 en la UE (185.000 por ECV). El número de personas que mueren por ECV relacionado con el consumo de tabaco alcanzó el 13% entre 1990 y 2000.

El *European Cardiovascular Disease Statistics Book 2008* establece el tabaco como uno de los principales factores de riesgo para las ECV y otras, principalmente cáncer. Esto implica que alrededor del 23% de todas las muertes en hombres en Europa, y cerca del 5% de todas las muertes en mujeres, se deben al consumo de tabaco (23% y 7% en la EU-25). Más de un millón de hombres y 200.000 mujeres mueren cada año por consumo de tabaco en Europa.

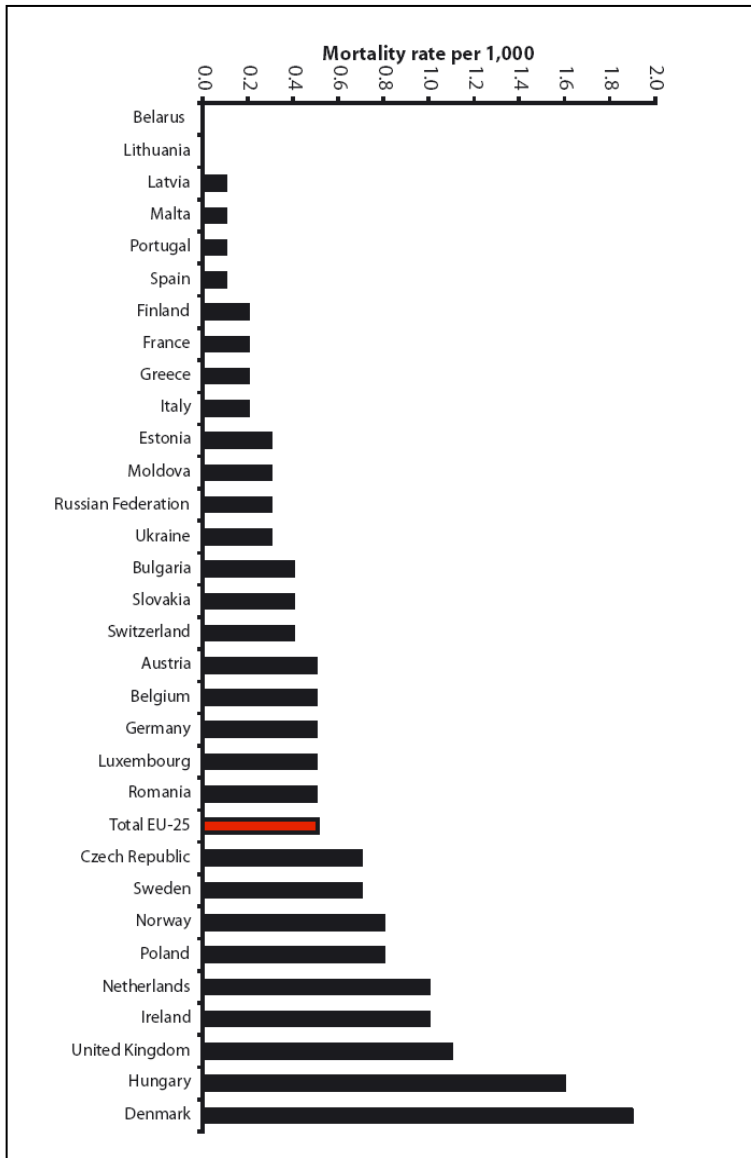
El estudio de casos-control INTERHEART estima que el 29% de los ataques cardíacos en Europa Occidental y el 30% en Europa Central y del Este se deben al consumo de tabaco, y que los fumadores de estas regiones presentan el doble de riesgo de padecer infarto que aquellos no fumadores.

Tabla 36. Todas las causas de mortalidad debido al consumo de tabaco. Hombres de 35 a 69 años. Europa 2000.



Fuente: European Cardiovascular Disease Statistics 2008:60.

Tabla 37: Todas las causas de mortalidad debido al consumo de tabaco. Mujeres de 35 a 69 años. Europa 2000.



Fuente: European Cardiovascular Disease Statistics 2008:60.

El consumo de tabaco ha disminuido en muchos países pero en estos momentos se ha ralentizado. Las mujeres fuman tanto como los hombres en muchos países de Europa y las mujeres jóvenes fuman más que los varones jóvenes (K. Giskes et al., 2007; Idris et al., 2007).

Respecto a la etnia, existen pocas evidencias que demuestren la importancia del tabaco relacionada con la etnia. Algunos de ellos ponen de manifiesto que los asiáticos tienen menor riesgo que los caucásicos.

En los países mediterráneos el impacto del consumo de tabaco expresado en riesgo absoluto es menor que en los países nórdicos, siendo más frecuente entre los grupos con menor nivel educativo (K. Giskes et al., 2005).

- El consumo de tabaco es un factor de riesgo independiente del riesgo cardiovascular en pacientes asintomáticos y con ECV.
- Los fumadores pasivos tienen un aumento de riesgo de ECV.
- Los efectos del consumo de tabaco en ECV actúa sinérgicamente en presencia de otros factores de riesgo cardiovascular

Epidemiología del consumo de tabaco en España y Canarias

España se halla actualmente entre los países de mayor consumo per cápita de cigarrillos (de 2.000 a 2.500 cigarrillos/habitante/año). Así mismo, la prevalencia es mayor que en el resto de Europa, calculándose que aproximadamente un 37% de la población mayor de 15 años es fumadora. Esta cifra se ha mantenido debido a que, si bien el porcentaje global de fumadores varones ha disminuido (de un 51,5% en 1989 a un 48% en 1993), el de mujeres ha aumentado (de un 21,4% en 1989 a un 25% en 1993). La cifra de fumadores en población joven es de un 50%, muy superior a la población general.

En España fallecen anualmente más de 46.000 personas por causa del tabaco, siendo por tanto la principal causa evitable.

Tabla 38: Distribución porcentual según sexo y grupos de edad de consumo de tabaco

CONSUMO DE TABACO

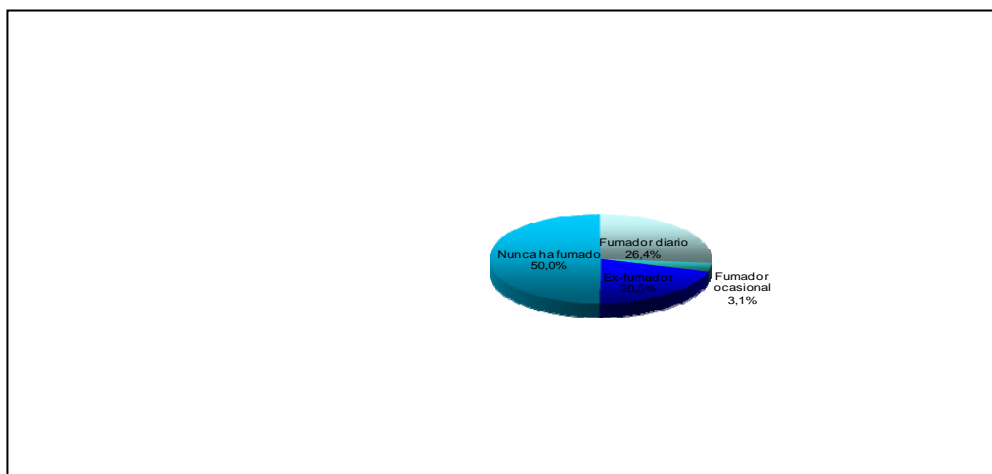
Distribución porcentual según sexo y grupo de edad

Población de 16 y más años

	TOTAL	FUMADOR/A DIARIO/A	FUMADOR/A OCASIONAL	EX- FUMADOR/A	NUNCA HA FUMADO
AMBOS SEXOS					
TOTAL	100,00	27,01	2,94	21,13	48,92
DE 16 A 24 AÑOS	100,00	28,27	4,99	6,46	60,28
DE 25 A 44 AÑOS	100,00	36,15	3,91	18,76	41,17
DE 45 A 64 AÑOS	100,00	27,36	2,36	27,19	43,08
DE 65 Y MAS AÑOS	100,00	7,43	0,49	26,57	65,51
VARONES					
TOTAL	100,00	32,16	3,68	29,14	35,02
DE 16 A 24 AÑOS	100,00	25,53	6,60	5,99	61,88
DE 25 A 44 AÑOS	100,00	40,19	4,48	17,45	37,87
DE 45 A 64 AÑOS	100,00	34,03	2,89	40,53	22,55
DE 65 Y MAS AÑOS	100,00	14,52	0,75	56,75	27,99
MUJERES					
TOTAL	100,00	22,10	2,23	13,49	62,18
DE 16 A 24 AÑOS	100,00	31,15	3,30	6,96	58,59
DE 25 A 44 AÑOS	100,00	31,90	3,32	20,14	44,64
DE 45 A 64 AÑOS	100,00	20,90	1,86	14,27	62,97
DE 65 Y MAS AÑOS	100,00	2,33	0,31	4,87	92,48

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo - INE. Encuesta Nacional de Salud de España, 2006.

Gráfico 3: Porcentaje de fumadores, ex fumadores y no fumadores



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo - INE. Encuesta Nacional de Salud de España, 2006.

En Canarias, según la Encuesta de Salud de Canarias de 1997, el porcentaje de fumadores en la población general mayor de 15 años, se incrementó pasando de un 30,4% en 1990 a un 33,07% en 1997. Según la Encuesta de Salud de Canarias 2004, la proporción de fumadores se establece en un total de 511.846 fumadores (31% de la población), de éstos 297.657 (36,90%) son hombres y 214.189 (26,40%) son mujeres (ISTAC, 2004a).

Atendiendo al consumo de tabaco según ingresos económicos, observamos que el número de fumadores y ex fumadores es similar independientemente del ingreso económico. De las personas mayores de 64 años, fuman más aquellas que viven por debajo del umbral de pobreza, mientras que los mayores de 64 años fuman más los que viven por encima del umbral (15,3% vs. 9,7%).

Las personas que viven por debajo del umbral de pobreza empezaron a fumar antes, y es mayor el número de personas que ha incrementado su consumo respecto a años anteriores en comparación con el grupo con ingresos por encima del umbral de pobreza (34,3% vs. 19,3%) (ISTAC, 2004b).

5.2.6. Factores de riesgo cardiovascular: consumo de alcohol

El concepto de alcoholismo como enfermedad se desarrolló a lo largo del siglo XX en el que se crearon asilos u hogares para tratar a los “alcohólicos”. Dentro de la salud pública se ha ampliado la discusión mucho más allá del propio concepto. En Europa se utiliza una amplia gama de usos y significados del alcohol que van desde un complemento en las comidas a un rito de paso. El consumo de alcohol se utiliza a menudo para dar realce a un acontecimiento o bien para separar el mundo del trabajo y del ocio. El concepto de embriaguez tiene una connotación cultural variando de unos países a otros.

Europa ocupa un papel central en el mercado global del alcohol, constituyendo la fuente de una cuarta parte de la producción mundial. La Unión europea está involucrada en el 70% de las exportaciones y en casi la mitad de las importaciones de alcohol en el mundo (P. Anderson & Baumberg, 2006).

La industria del alcohol sumó en el año 2001 en el conjunto de UE-15 más de 25 billones de euros. El coste total tangible del alcohol para la sociedad de la UE fue estimado en 125 billones de euros para el año 2003. Esta cifra equivale al 1,3% del PIB. Los costes intangibles se derivan del sufrimiento, años de vida perdidos (AVP), la morbilidad, la mortalidad, la delincuencia y las consecuencias sociales del consumo de forma inadecuada.

Europa es la región del mundo donde se consume más alcohol aunque, desde la década de los 70, este consumo se ha reducido paulatinamente de 15 litros por adulto/día a 11 litros por adulto/día.

Aproximadamente la mitad del alcohol consumido es en forma de cerveza (44%), vino (34%) y licores (23%). Dentro de la UE-15, los países nórdicos y centrales consumen sobre todo cerveza, mientras que en el Sur de Europa se consume mayoritariamente

vino, excepto en España. Existe un gradiente norte-sur en el nivel de consumo diario y de varias veces por semana. Los estudios muestran una tasa menor de embriaguez mensual en los países del sur. El fenómeno del “binge-drinking”⁸⁸ presenta diferencias: Suecia es el país con menor tasa de “binge-drinking” de Europa (Ahnquist et al., 2008). Los adultos de la UE-15 refieren haberse intoxicado una media de 5 veces al año pero en 17 ocasiones han consumido más de 5 medidas de alcohol en una sola ocasión.

De 266 millones de adultos que consumen alcohol diariamente, las mujeres consumen 20g y los hombres 40g. Unos 58 millones de adultos equivalente al 15% de la población, superan este nivel, ascendiendo en las mujeres a los 40g/día, y 60g/día en el caso de los hombres. Respecto a la dependencia, se estima que 23 millones de adultos en Europa la padecen, de los cuales el 5% son varones y el 1% mujeres (World Health Organization, 2002). En general los hombres tienen mayor probabilidad que las mujeres de consumir alcohol y en mayor cantidad (M. Droomers et al., 2004c; Vanheusden, van Lenthe et al., 2008).

La edad de inicio del consumo de alcohol se sitúa en los 12,5 años y la primera embriaguez en los 14. La cantidad media consumida en una sola ocasión por adolescentes de 15-16 años supera los 60g de alcohol aunque en el sur de Europa esta cantidad es de 40g. Actualmente se observa una tendencia al incremento del “binge-drinking” entre adolescentes en toda la Unión Europea, siendo mayor este fenómeno en los varones.

El consumo de alcohol aumenta el riesgo de daños sociales generalmente dosis dependiente, a mayor cantidad de consumo, mayor riesgo. Cuanto mayor es el consumo, más graves son los delitos o las lesiones a terceros. El consumo de alcohol de forma inapropiada produce dependencia, trastornos mentales, afecciones gastrointestinales,

⁸⁸ El “binge-drinking” hace referencia al consumo de alcohol sin control en una sola ingesta.

ECV, cánceres, alteraciones pulmonares y musculo esqueléticas, trastornos en la reproducción, daño fetal, riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer. En todos los casos mencionados anteriormente se produce el efecto de dosis-respuesta⁸⁹.

Sin embargo, hemos de mencionar también los efectos positivos sobre la enfermedad coronaria del consumo mínimo de alcohol. La reducción del riesgo se atribuye al consumo de 10 g de alcohol en días alternos, por encima de estos niveles, disminuyen los efectos protectores.

En general podemos establecer las consecuencias del consumo de alcohol en daños para la salud y daños sociales (Martín Pérez et al., 2003). Según el Comité de expertos de la OMS para el estudio de los problemas derivados del consumo de alcohol, siete millones de adultos refieren haberse involucrado en algún tipo de acto violento en 2005⁹⁰. El coste económico atribuible a los delitos derivados del consumo de alcohol fue de 33 billones de euros en el año 2003.

Desde el punto de vista de la salud, el alcohol es responsable de unas 195.000 muertes al año en la UE incluyendo las 17.000 muertes debidas a accidentes de tráfico, 27.000 muertes accidentales, 2.000 homicidios, 10.000 suicidios, 45.000 muertes por cirrosis hepática, 50.000 muertes por cáncer (de los que 11.000 son cánceres de mama) y 200.000 episodios de depresión (P. Anderson & Baumberg, 2006). El coste estimado del tratamiento de estos problemas asciende a 17 billones de euros de los que 5 billones se invierten en prevención.

⁸⁹ A mayor dosis de alcohol, mayor riesgo en la respuesta psicobiológica del individuo.

⁹⁰ Puede consultarse en http://www.who.int/substance_abuse/expert_committee_alcohol_trs944.pdf

Criterios de definición del consumo de alcohol

Se considera bebedor de riesgo a:

1. Varones	ingesta superior a 4 UBE/día 40g/día	28 UBE/semana 280g/semana
2. Mujeres	ingesta superior a 2,5 UBE/día 24g/día	17 UBE/semana 168g/semana
3. Aquellos consumidores que, sin alcanzar los límites de riesgo señalados en su consumo semanal, reconocen ingestas superiores a 8 UBE/día, 80g/día, al menos una vez al mes		

Se considera bebedor-problema a la persona que, a causa de su consumo de alcohol, presenta algún problema físico, psíquico, familiar, social, legal o económico. Se incluye a quienes presentan un síndrome de dependencia alcohólica (test de MALT > 11 puntos)⁹¹. También se incluye a los ex alcohólicos o personas que reconocen haber sido bebedores importantes en el pasado, aunque actualmente no alcancen los 11 puntos en el MALT.

Respecto a la asociación del consumo de alcohol con variables socioeconómicas, numerosos estudios muestran una alta prevalencia en el consumo entre los grupos más desfavorecidos, particularmente entre hombres, aunque en las mujeres no se evidencia tan claramente. Mackenbach atribuye esta falta de consistencia en los estudios a la variable cultural relacionada con el consumo (J. P. Mackenbach, 2005). Datos del

⁹¹ El Test de MALT fue diseñado en 1977 por Feuerlein, para el diagnóstico de dependencia alcohólica. Se encuentra validado en nuestro país por Rodríguez-Martos. Consiste en un test para la investigación del alcoholismo. Se puede consultar en <http://centros-psicotenicos.es/consumo-de-sustancias/test-malt-munchner-alkoholismus-test/gmx-niv58-con154.htm>

Eurobarometer sugieren que el consumo de alcohol es más frecuente en hombres de nivel educativo bajo en todos los países con desigualdades importantes. Entre las mujeres, las desigualdades son más pequeñas y muy diferentes según estos datos. En algunos estudios, el consumo de alcohol entre mujeres es más frecuente en grupos con alto nivel educativo aunque en otros países sucede lo contrario.

En los países nórdicos y de Europa del Este, el “binge-drinking” constituye un problema de salud preocupante. Tiende a darse entre los grupos de bajo nivel socioeconómico (J. P. Mackenbach et al., 2008; J. P. Mackenbach, 2008; van Lenthe et al., 2004).

Epidemiología del alcoholismo en España y Canarias

La prevalencia del consumo de alcohol en España es alta. En el año 2004, éramos el séptimo país del mundo en consumo con 10,5 litros de alcohol puro por persona.

Diversos estudios sitúan al alcohol como causa de atención urgente en un 10-15% en las urgencias hospitalarias y extrahospitalarias, el 4% de los ingresos hospitalarios, entre el 30 y 50% de los accidentes mortales de tráfico y entre un 15-25% de los accidentes graves de tráfico.

En cuanto al consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes, según el Plan Nacional sobre Drogas 2004, obtenemos que el alcohol es la sustancia más consumida entre la población de 14 a 18 años: un 80,6% declara haberlo consumido alguna vez, un 79% durante los doce meses previos a la entrevista y un 64% durante los tres días previos (Darias Curvo, 2009).

Por comunidades autónomas, según la ENS 2006, Aragón con un 77,17%, Comunidad Foral de Navarra con 77,15% y la Comunidad Valenciana con 76,49%, son en las que se consumieron más bebidas alcohólicas en los últimos doce meses anteriores a la

Encuesta. Ceuta y Melilla con 37,37%, Canarias con 60,32% y la Rioja (62,61%) son las Comunidades con menor consumo.

Analizando el consumo en los últimos doce meses según la situación laboral observamos que, de un total de 68,64% que habían consumido alcohol, el 78,23% son ocupados, el 69,05% parados, el 69,83% estudiantes, el 56,55% son jubilados y el 49,71% se dedican a las labores del hogar.

Tabla 32: consumo de alcohol en los últimos 12 meses según sexo y grupos de edad

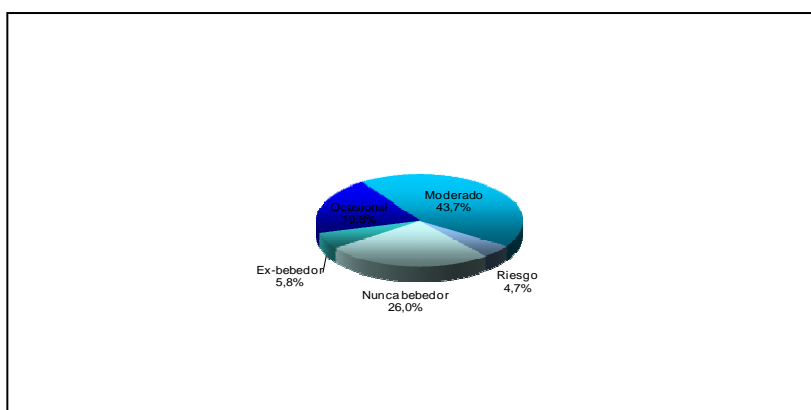
Distribución porcentual según sexo y grupo de edad

Población de 16 y más años

	TOTAL	SÍ	NO
AMBOS SEXOS			
TOTAL	100,00	70,60	29,40
DE 16 A 24 AÑOS	100,00	76,35	23,65
DE 25 A 44 AÑOS	100,00	77,05	22,95
DE 45 A 64 AÑOS	100,00	70,89	29,11
DE 65 Y MAS AÑOS	100,00	53,60	46,40
VARONES			
TOTAL	100,00	82,36	17,64
DE 16 A 24 AÑOS	100,00	81,46	18,54
DE 25 A 44 AÑOS	100,00	84,69	15,31
DE 45 A 64 AÑOS	100,00	83,15	16,85
DE 65 Y MAS AÑOS	100,00	75,98	24,02
MUJERES			
TOTAL	100,00	59,34	40,66
DE 16 A 24 AÑOS	100,00	70,96	29,04
DE 25 A 44 AÑOS	100,00	68,98	31,02
DE 45 A 64 AÑOS	100,00	58,90	41,10
DE 65 Y MAS AÑOS	100,00	37,55	62,45

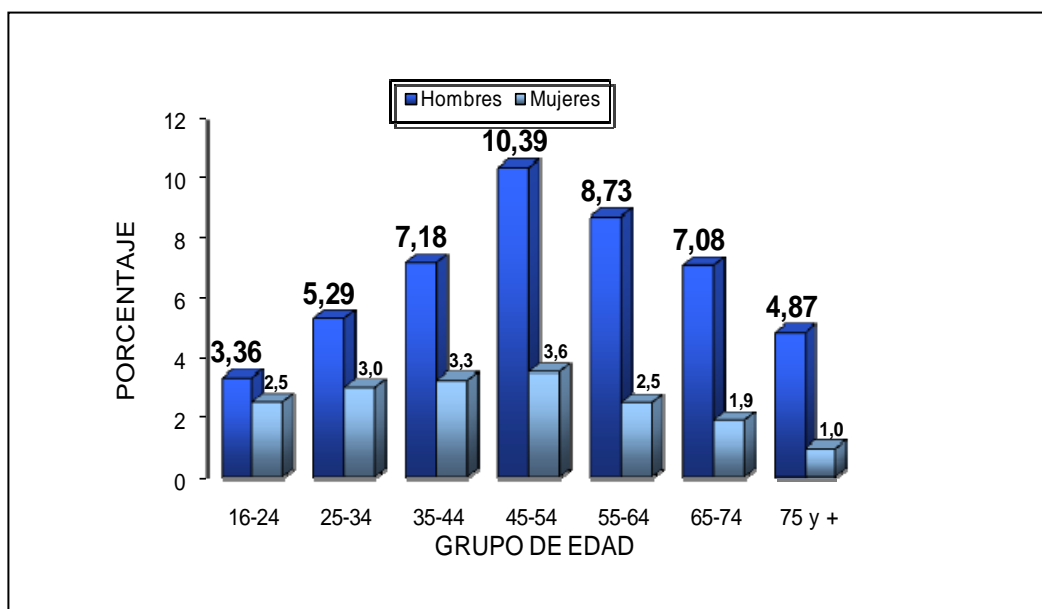
Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo - INE. Encuesta Nacional de Salud de España 2006.

Gráfico 4: Consumo de alcohol en los últimos 12 meses



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo – INE. Encuesta Nacional de Salud de España 2006.

Tabla 40: Consumo de alcohol con riesgo para la salud.



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo - INE. Encuesta Nacional de Salud de España 2006.

El consumo de alcohol en Canarias según la Encuesta de Salud de Canarias 2004, nos indica que éste es más frecuente en varones en todas las edades si estimamos como criterio el consumo estimado en más de una vez a la semana. Los datos indican que un 8,80% de la población consume alcohol cuatro veces o más a la semana correspondiendo el 15,70% a varones y el 2,00% a mujeres. En este grupo de edad el

mayor nivel de consumo se establece en varones de 65 ó más años con un total del 28,50% y en el grupo de mujeres de 45 a 64 años con un total de 3,20%.

Entre 2 y 3 veces por semana el total es de 5,80% en el que el 8,30% son hombres y el 3,40% mujeres. El grupo de edad en varones de mayor frecuencia es de 30 a 44 años con un 10,20% y el de mujeres coincidiendo con el grupo de edad con un 4,40%.

Un 11,50% afirma consumir alcohol una vez por semana, el 14,70% son varones y el 8,20% mujeres. Para este grupo, tanto en hombres como en mujeres, la edad de mayor consumo es de 16 a 29 años (16,50% en hombres y 14,00% en mujeres). Entre 1 y 3 veces al mes el porcentaje total es 12,10% del que 12,60% son varones y 11,60% mujeres. Al igual que sucede en el caso anterior, el grupo de edad con mayor frecuencia es de 16 a 29 años para ambos sexos (15,40% hombres y 15,70% mujeres)

Aquellos que refieren un consumo de una vez al mes son un 14,60% del que 13,90% son varones y el 15,40% mujeres. El porcentaje de población que refiere no consumir nunca alcohol es del 47,00% del que 34,50% son hombres y 59,40% mujeres.

Según la clasificación por tipo de bebedor del Servicio Canario de Salud en población de 16 y más años, obtenemos que un total del 47,53% de la población afirma ser abstemio (un 35,13% hombres y un 59,71% mujeres). Bebedor ocasional un 36,44% del que 38,23 son hombres y 34,68 mujeres. Bebedor ligero un 11,21% (18,12 hombres y 10,89% mujeres). Un 4,02% son bebedores moderados con una prevalencia mayor en hombres (7,25%) que en mujeres (3,53%). Por último en el grupo de bebedor excesivo o gran riesgo obtenemos un total del 0,79% del que 1,26% son varones y 0,77% mujeres.

Según la Encuesta sobre Salud e Ingresos de la Población Canaria 2004, las personas que se sitúan sobre el umbral de pobreza consumen alcohol con mayor frecuencia que aquellos por debajo. En cuanto al comienzo del hábito, no hay diferencias entre grupos según el nivel de ingresos.

Tabla 41: Consumo de alcohol según la línea de pobreza

		Total	Sexo	
			Hombre	Mujer
Por encima de la línea de pobreza (superior a 456,73 euros)	Semanalmente	25,5%	35,9%	14,3%
	Entre una y tres veces por semana	14,1%	15,0%	13,1%
	Menos de una vez al mes	15,2%	13,7%	16,8%
	Nunca	45,1%	35,1%	55,7%
Por debajo de la línea de pobreza (inferior a 456,73 euros)	Semanalmente	17,2%	27,8%	8,8%
	Entre una y tres veces por semana	9,5%	10,0%	9,2%
	Menos de una vez al mes	13,3%	12,6%	13,9%
	Nunca	59,9%	49,5%	68,1%
Total	Semanalmente	23,7%	34,4%	13,0%
	Entre una y tres veces por semana	13,1%	14,1%	12,2%
	Menos de una vez al mes	14,8%	13,5%	16,2%
	Nunca	48,2%	37,8%	58,7%

Fuente: INE, Encuesta sobre Salud e Ingresos de la Población Canaria 2004.

Según la misma Encuesta, el consumo de alcohol según frecuencia de consumo en función del ingreso equivalente, los datos muestran una prevalencia mayor de consumo semanal en el grupo de ingresos superiores a 1.081,81 euros con un total de 34,5%, seguido del grupo de población cuyos ingresos se encuentran entre 601,01 a 1.081,81 euros, con una prevalencia del 22,3% y, finalmente, los que tienen ingresos inferiores a 601,00 euros representan el 17,6%.

El patrón de distribución del consumo de alcohol en Canarias está relacionado con el nivel de ingresos según los datos disponibles.

5.2.7. Factores de riesgo cardiovascular: sobrepeso y obesidad

El papel de la nutrición en la etiología y prevención de aterosclerosis y enfermedad cardiovascular ha sido ampliamente estudiado (Lichtenstein et al., 2006). La relación causal entre ingesta de grasas saturadas, hipercolesterolemia y ECV está reconocida científicamente. Se observa que algunos FRC estudiados como la hipertensión y la hipercolesterolemia han descendido en la población en general mientras que el sobrepeso y obesidad junto con la diabetes han aumentado (Poirier et al., 2006). Respecto al sobrepeso y la obesidad, la OMS indica que en el año 2005, aproximadamente 1.6 billones de adultos tenían sobrepeso y 400 millones eran obesos. La proyección para el 2015 es que 2.3 billones de adultos tendrán sobrepeso y más de 700 millones serán obesos (Darias Curvo, 2008). Un tercio de la población infantil presenta sobrepeso u obesidad. El aumento del sobrepeso y la obesidad son especialmente preocupantes en niños y adolescentes, siendo actualmente diez veces superior a 1970. Más del 60% de los niños con sobrepeso antes de la pubertad serán obesos en la edad adulta. Se estima que 150 millones de adultos y 15 millones de niños tendrán sobrepeso en el 2010 en la Región Europea de la OMS.

Tabla 42: Casos de sobrepeso y obesidad a nivel mundial

Casos de sobrepeso y obesidad a nivel mundial	2005	2015
Personas con sobrepeso (%) (edad 20-79) (billones)	1.6	2.3
Personas con obesidad (%) (edad 20-79) (millones)	400	700

El aumento de grasa corporal y específicamente de grasa abdominal produce la síntesis y libera una variedad de compuestos péptidos y no péptidos que regulan la homeostasis cardiovascular. La grasa se asocia con un aumento de liberación de ácidos grasos,

hiperinsulinemia, resistencia a la insulina, hipertensión y dislipemia (Carr & Brunzell, 2004; Wajchenberg, 2000).

Actualmente se utilizan diversas medidas para la distribución de la grasa corporal desde el Índice de Masa Corporal (IMC), índice cintura-cadera, que se obtiene dividiendo el perímetro de la cintura por el perímetro de la cadera (mayor de 1 en varones y mayor de 0.90 en mujeres) o la medida simple de la cintura. La más utilizada es la medida de IMC para expresar la normalidad, sobrepeso u obesidad de los individuos. Se calcula dividiendo los kilogramos de peso entre la altura en centímetros elevado al cuadrado⁹². El Instituto Nacional de Salud (INSALUD) y la OMS establecen el normopeso cuando el valor del IMC es de 20-25 o 25,1-26,9 cuando coexisten otros FRCV (DM, HTA, dislipemia, tabaquismo). Obesidad de grado I (sobrepeso) cuando el valor oscila entre 27-29,9; obesidad grado II para cifras de 30-34,9; obesidad grado III para valores de 35-39,9 y obesidad grado IV o mórbida para valores iguales o superiores a 40.

Tabla 43: Grado de obesidad según el valor IMC

Grado obesidad	Valor IMC (Kg/m ²)
Normopeso	20-25 25,1-26,9*
Obesidad grado I (sobrepeso)	27-29,9
Obesidad grado II	30-34,9
Obesidad grado III	35-39,9
Obesidad grado IV, mórbida	≥ 40

* Cuando coexisten otros FRCV

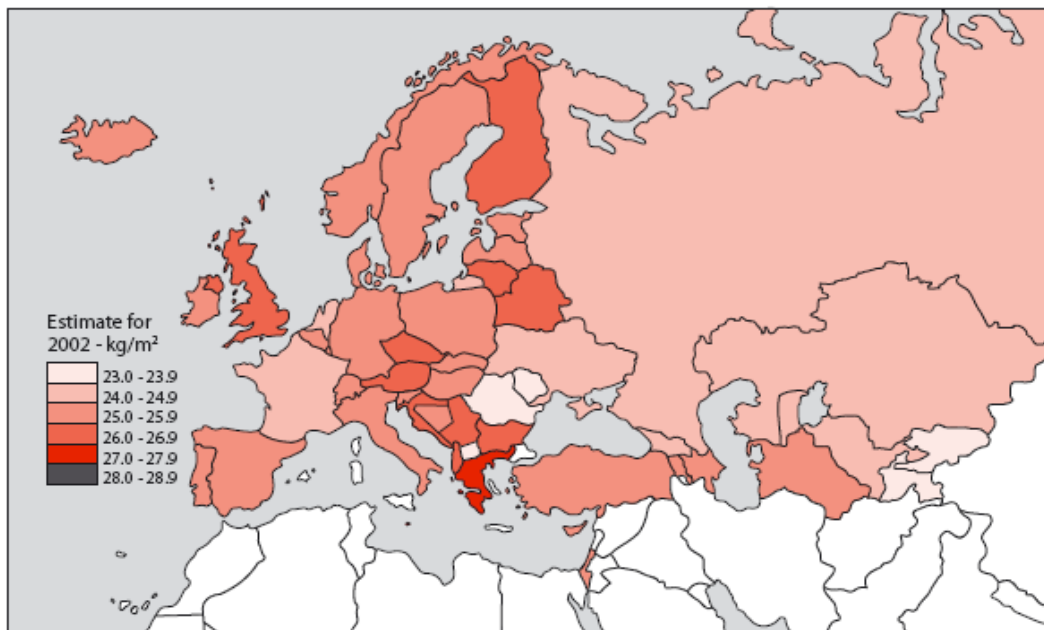
El informe de la OMS sobre obesidad y la *American National Heart, Lung and Blood Institute* recomiendan la utilización de la medida del perímetro de la cintura

⁹² IMC= Peso (en kilogramos)/Talla (en metros)²

conjuntamente con el IMC (National Heart, Lung, and Blood Institute Obesity Education Initiative Expert Panel., 1998; World Health Organization Consultation of Obesity.Division of on-Communicable Disease. WHO., 1998). Las medidas aceptadas por estas instituciones en Europa establecen que deben iniciarse acciones de educación para la salud si la medida de la cintura es ≥ 94 centímetros en hombres y ≥ 80 cm en mujeres.

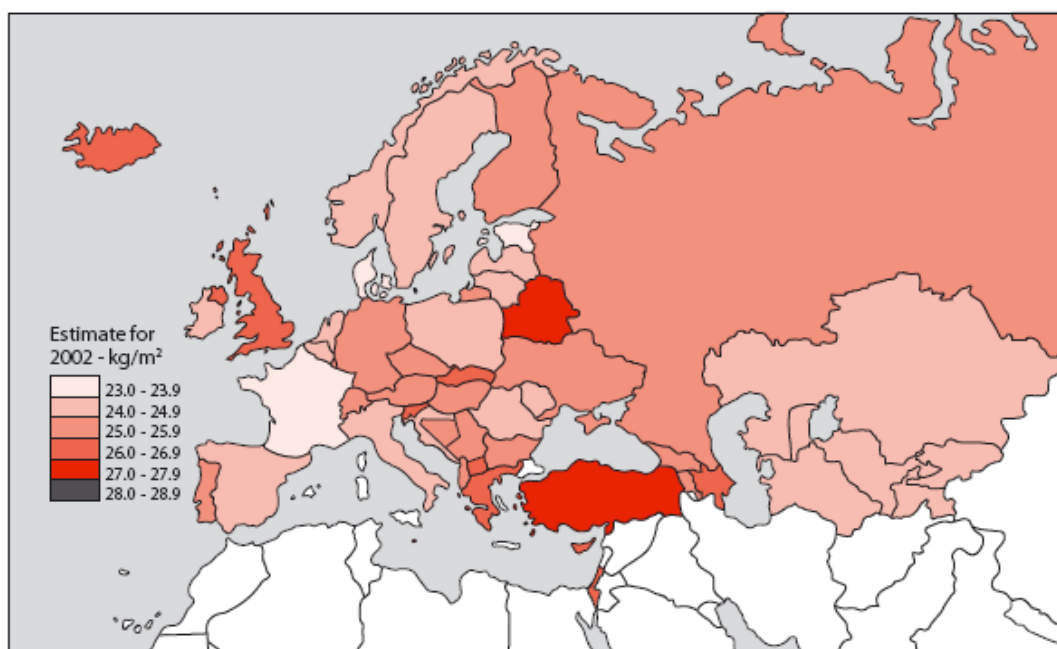
En las siguientes figuras podemos ver gráficamente la distribución según sexo, edad (de 15 y más años) en 2002 en Europa.

Figura 11a: Media de IMC en hombres de 15 y más años, Europa 2002



Fuente: European Cardiovascular Disease Statistics 2008:71

Figura 11b: Media de IMC en mujeres de 15 y más años, Europa 2002



Fuente: European Cardiovascular Disease Statistics 2008:71

Las recomendaciones establecidas se resumen en el siguiente cuadro:

- El aumento de peso se relaciona con el aumento de la mortalidad y morbilidad de ECV, mediado por el aumento de la presión arterial y el colesterol.
- La reducción de peso es recomendado en personas obesas cuyo IMC es ≥ 30 y debe considerarse en el sobrepeso $IMC \geq 27-29,9$.
- Los hombres con una medida de cintura de 94-102 cm y mujeres con 80-88 cm, no deben aumentar de peso. Por encima de 102 en hombres y 88 en mujeres, se recomienda la pérdida de peso.
- La restricción en la ingesta de calorías y la práctica de ejercicio físico regular son fundamentales para la reducción de peso.

La asociación entre sobrepeso-obesidad y características socioeconómicas queda evidenciada en numerosos artículos en los que se relacionan estas variables con bajo nivel educativo, trabajo poco cualificado y bajo nivel de ingresos (Avendano, Kunst, Huisman, Lenthe, Bopp, Regidor, Glickman et al., 2006; Avendaño et al., 2004; C.

Borrell et al., 1997; C. Borrell et al., 2006; Breckenkamp, Mielck, & Razum, 2007; Chan et al., 2008; Cox, McKeivitt, Rudd, & Wolfe, 2006; Dominguez-Berjon, Borrell, Lopez, & Pastor, 2005; Ishitani et al., 2006; Kolegard Stjarne, Diderichsen, Reuterwall, Hallqvist, & Sheep Study Group, 2002; Netterstrom, Kristensen, Moller, Jesen, & Schnohr, 1998; Tillin, Chaturvedi, Forouhi, Smith, & McKeigue, 2008; Van Minh, Lan Huong, Wall, Thi Kim, & Byass, 2006)(Chan et al., 2008; Jolly & Gill, 2008; Schargrotsky et al., 2008; Tillin et al., 2008).

Epidemiología de la obesidad y sobrepeso en España y Canarias

Datos epidemiológicos recientes muestran un aumento de prevalencia del sobrepeso en Europa y Estados Unidos. En España, el estudio SEEDO'97 señala una prevalencia del 13% en varones y 15% en mujeres. También señala un aumento de la proporción de obesos en función de la edad, desde un 5% en el grupo 25-34 años hasta un 26% en el grupo de 55-60 años. En un estudio reciente sobre una muestra de 2.640 sujetos, se señala una prevalencia del 36,4% para el sobrepeso y 17% para la obesidad, aumentando con la edad (Rodríguez Martín, Martínez, Novalbos Ruiz, & Escobar Jiménez, 2008).

Tabla 44: ÍNDICE DE MASA CORPORAL (INFANTIL)

Distribución porcentual según sexo

Población de 2 a 17 años

	NORMOPESO O PESO			
	TOTAL	INSUFICIENTE	SOBREPESO	OBESIDAD
AMBOS SEXOS	100,00	72,40	18,48	9,13
VARONES	100,00	70,94	19,67	9,39
MUJERES	100,00	73,91	17,24	8,86

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo - INE. Encuesta Nacional de Salud de España 2006.

Tabla 45: ÍNDICE DE MASA CORPORAL (ADULTOS)
Distribución porcentual según sexo y grupo de edad
Población de 18 y más años

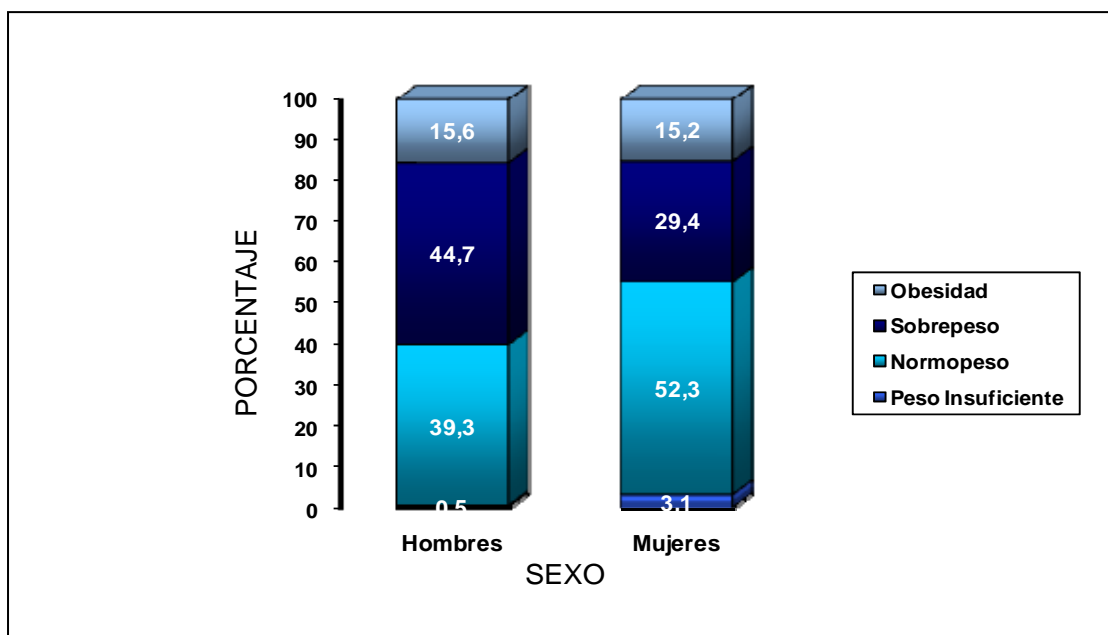
	TOTAL	PESO INSUFICIENTE (<18,5)	NORMOPESO (18,5-24,9)	SOBREPESO (25 - 29,9)	OBESIDAD (>=30)
AMBOS SEXOS					
TOTAL	100,00	1,82	45,50	37,43	15,25
DE 18 A 24 AÑOS	100,00	6,43	70,26	18,37	4,94
DE 25 A 44 AÑOS	100,00	1,81	54,20	32,60	11,39
DE 45 A 64 AÑOS	100,00	0,62	35,05	44,43	19,89
DE 65 Y MAS AÑOS	100,00	1,06	27,02	48,90	23,02
VARONES					
TOTAL	100,00	0,62	39,43	44,42	15,54
DE 18 A 24 AÑOS	100,00	3,05	69,24	22,32	5,39
DE 25 A 44 AÑOS	100,00	0,27	44,47	42,36	12,89
DE 45 A 64 AÑOS	100,00	0,30	27,40	50,88	21,42
DE 65 Y MAS AÑOS	100,00	0,45	26,99	53,53	19,03
MUJERES					
TOTAL	100,00	3,05	51,73	30,27	14,95
DE 18 A 24 AÑOS	100,00	10,27	71,41	13,90	4,42
DE 25 A 44 AÑOS	100,00	3,47	64,63	22,13	9,77
DE 45 A 64 AÑOS	100,00	0,95	42,81	37,88	18,35
DE 65 Y MAS AÑOS	100,00	1,59	27,06	44,86	26,5

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo - INE. Encuesta Nacional de Salud de España 2006.

Los datos referentes a la categoría 'Peso insuficiente' para varones de 18 años en adelante, han de ser tomados con precaución ya que pueden estar afectados de errores de muestreo.

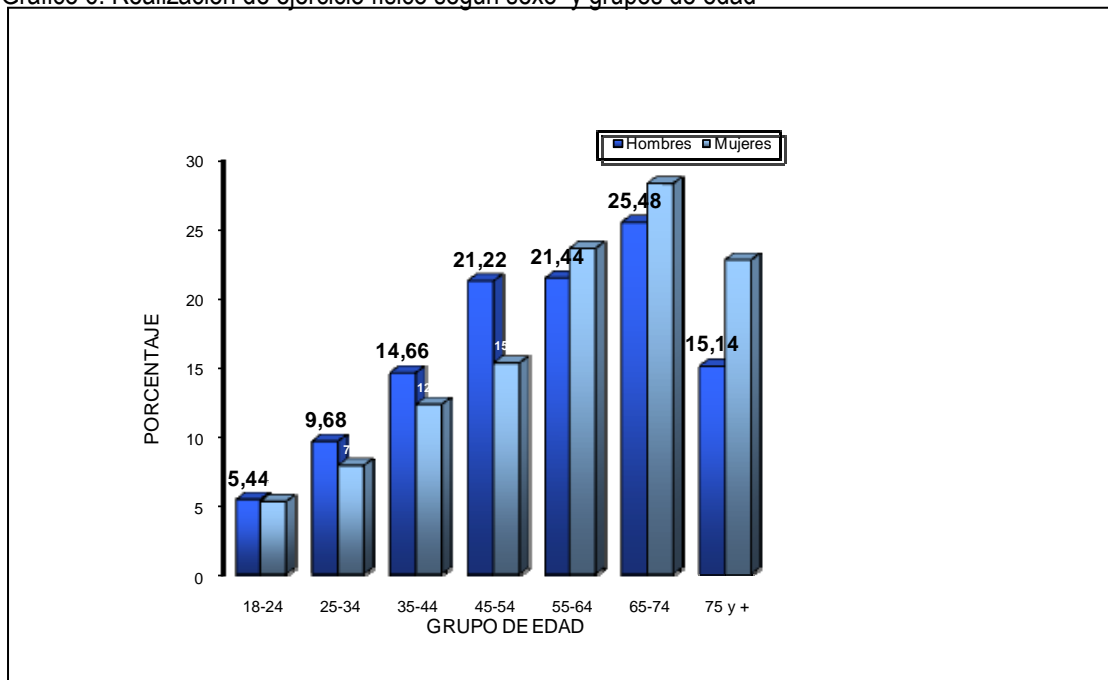
Los datos referentes a la categoría 'Obesidad' para mujeres de 18 a 24 años, han de ser tomados con precaución ya que pueden estar afectados de errores de muestreo.

Gráfico 5: Porcentaje de personas con obesidad, sobrepeso, normopeso y peso insuficiente según sexo.



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo - INE. Encuesta Nacional de Salud de España 2006.

Gráfico 6: Realización de ejercicio físico según sexo y grupos de edad



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo - INE. Encuesta Nacional de Salud de España 2006.

La mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad se encontró entre los grupos sociales más desfavorecidos. La asociación entre obesidad y características socioeconómicas de

la población estudiada es diferente entre hombres y mujeres: en las mujeres, el riesgo está directamente asociado al nivel de educación primario, estar desempleado o dedicada a sus labores y en aquellas con un salario medio. La obesidad es mayor en las personas retiradas.

En un estudio realizado en Murcia se encontró que el 20,5% de la población adulta es obesa y el 40,9% presenta sobrepeso. La obesidad en los varones está relacionada con la edad y el nivel de estudios. En las mujeres se asocia con la edad, nivel educativo, lugar de residencia rural o urbana y ser ama de casa. La prevalencia de obesidad resultó ser más alta en mujeres que hombres (un 23,7% frente a 19,7% respectivamente) (Martínez-Ros, Tormo, Navarro, Chirlaque, & Perez-Flores, 2001).

En Cádiz, la prevalencia de sobrepeso y obesidad es de 36,4% y 17% respectivamente. Es más alta en hombres y aumenta con la edad. La mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad se encontró en los grupos sociales de menor categoría profesional. La obesidad es más prevalente entre personas retiradas y aquellas que trabajan en casa, comparados con individuos cuya profesión requiere actividad en el trabajo. La asociación encontrada entre obesidad y características socioeconómicas es diferente entre hombres y mujeres. En las mujeres el riesgo se asocia con bajo nivel de educación, estar desempleada o trabajando en casa y con salarios medios (Martín, Nieto, Ruiz, & Jiménez, 2008).

En Canarias la prevalencia de obesidad en 1997 se establecía en un 15% para hombres de más de 30 años y un 35% en mujeres. La ENCA 97-98, estimaba que en la población de 18 a 75 años, el 38% presentaban sobrepeso y el 18% obesidad. En relación con la edad, se observa que a partir de los 55 años, el 75% presenta sobrepeso, principalmente en las mujeres. En la Encuesta de Salud de Canarias 2004, de un total de 744.730 (46,07%) individuos con sobrepeso, el 51,24% (412.800) son hombres y el 40,93%

(331.930) mujeres. En el caso de la obesidad, de un total de 276.649 individuos (17,11%), el 17,34% (139.728) son hombres y el 16,88% (136.921) mujeres.

Según la Encuesta sobre Salud e Ingresos de la Población Canaria 2004, las personas que se sitúan sobre el umbral de pobreza consumen con mayor frecuencia carne, huevos, productos lácteos y dulces, mientras que consumen menos verduras que aquellas por debajo del umbral de pobreza. Los datos muestran, por encima del nivel de pobreza, un sobrepeso del 43,1%, correspondiendo el 48,1% a hombres y el 37% a mujeres. Respecto a la obesidad, la tasa es de 17,6%, siendo la distribución del 19,3% hombres y el 15,8% mujeres.

Por debajo del umbral de pobreza el porcentaje de sobrepeso es del 43,8%, 46% hombres y 42,1% mujeres; y de obesidad el 20,9% siendo el 26,1% varones y el 16,8% mujeres.

5.2.8. Factores de riesgo cardiovascular: actividad física

El sedentarismo constituye un problema de salud pública en Europa. La falta de ejercicio físico aumenta el riesgo de ECV y otras enfermedades crónicas. Los niños y adolescentes se han vuelto más sedentarios. Los adultos en general realizan poco ejercicio físico. Un estilo de vida sedentario dobla el riesgo de muerte prematura, mientras que la realización de ejercicio de forma regular aumenta la esperanza de vida individual (de 1,3 a 3,5 años) (O. Franco et al., 2005).

La Estrategia Global de la OMS sobre dieta, actividad física y salud, señala la necesidad urgente de aumentar el ejercicio físico. Para reducir el riesgo de ECV, el Informe recomienda la realización de ejercicio regular durante 30 minutos, de intensidad moderada, varias veces en semana (se recomienda mínimo tres veces) (World Health Organization, 2004).

La actividad física no sólo juega un papel importante en la prevalencia de la enfermedad y en el restablecimiento de la salud, constituye un factor primordial para aumentar la calidad de vida.

Concretamente en el caso de las ECV, la práctica de ejercicio físico es positivo a varios niveles: a) actúa disminuyendo la aparición o desarrollo de los factores de riesgo, especialmente la hipertensión, el sobrepeso, la obesidad, las dislipemias, la diabetes mellitus, las alteraciones del fibrinógeno y la agregación plaquetaria; b) ejerce efectos directos sobre el lecho vascular, sobre las arterias coronarias en particular y sobre el músculo cardíaco (Guallar-Castillon et al., 2004; Poirier et al., 2006).

Estudios epidemiológicos han demostrado una relación dosis-efecto entre la actividad física y el riesgo de cardiopatía isquémica. Para obtener una reducción de la enfermedad coronaria se requiere un gasto adicional de 500 Kcal mediante actividad física. Para un individuo varón de 70 kg de peso, 2.000 Kcal representa correr o caminar rápidamente unos 30 km.

En relación con la HTA, los individuos normotensos tienen un riesgo de un 20 a un 50% mayor de desarrollar hipertensión que aquellos que realizan mayor actividad física. La práctica de ejercicio regular aeróbico puede reducir las presiones diastólicas y sistólicas de pacientes hipertensos. En algunos casos, controla la presión arterial sin necesidad de tratamiento farmacológico.

Respecto a la diabetes mellitus, se conoce que el ejercicio físico incrementa la tolerancia a la glucosa produciendo una mejor y más rápida utilización de ésta. En pacientes con diabetes mellitus tipo 2, produce, además, una disminución del RCV a través del control de los lípidos.

Así mismo, la práctica regular de actividad mejora el perfil lipídico reduciendo los niveles de triglicéridos y LDL y aumentando el HDL.

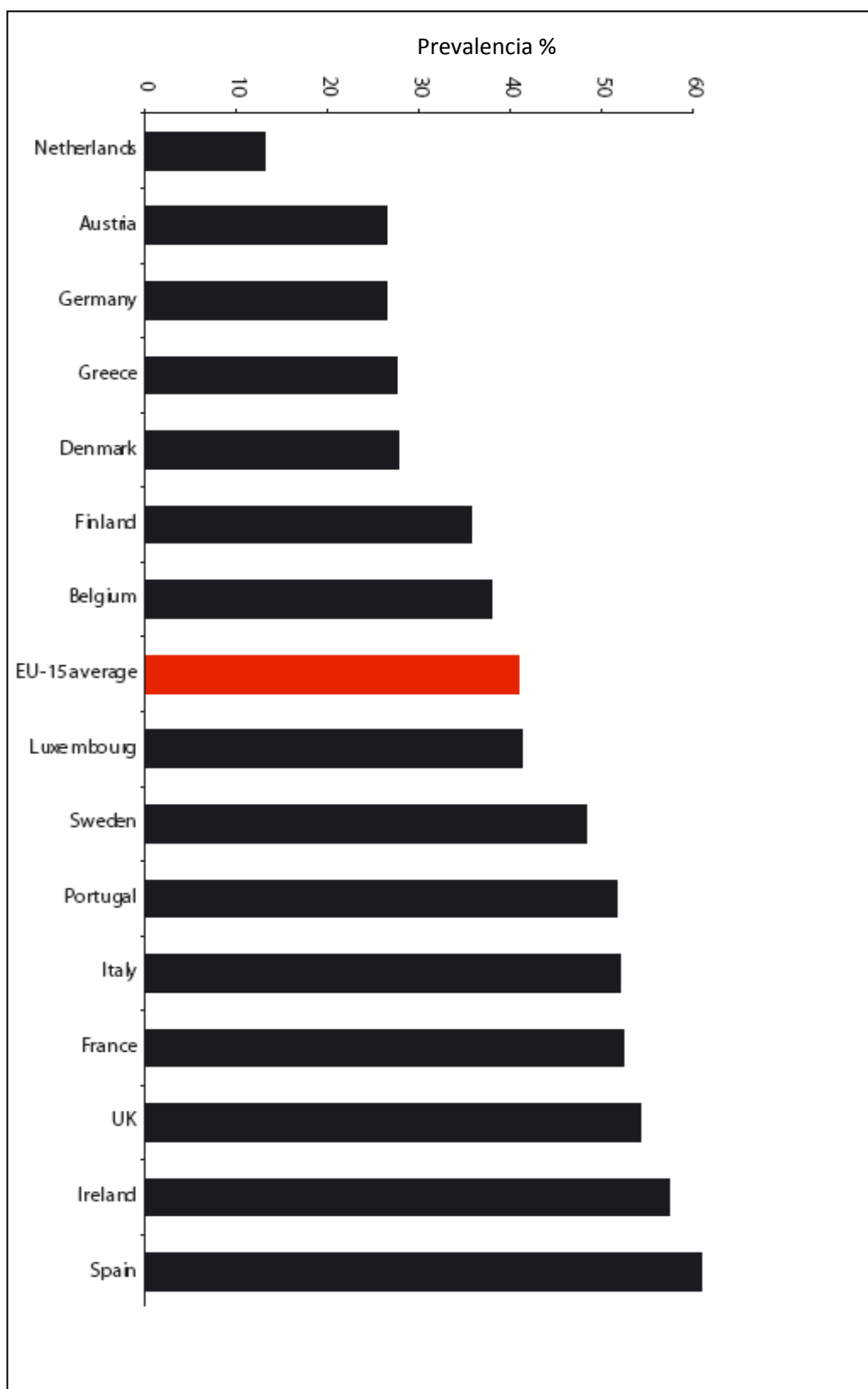
El ejercicio regular favorece el balance calórico y previene la obesidad. Si bien no se ha demostrado que el ejercicio sin control dietético disminuya el peso si contribuye a su pérdida a largo plazo; además disminuye el porcentaje de pérdida de masa muscular.

En programas de deshabituación de drogodependencias (alcoholismo y tabaquismo), se utiliza el ejercicio como soporte, actuando fundamentalmente en el metabolismo de las monoaminas y la acción de las betaendorfinas.

Sin embargo, a pesar del reconocimiento científico de los beneficios del ejercicio, la realidad es que la prevalencia es muy baja. En 2005, más del 40% de población adulta de Europa (cuando estaba constituida por 15 países) refirieron no realizar ningún tipo de actividad, el 16% no caminaban ni siquiera 10 minutos al día y el 60% pasaban más de 4 horas diarias sentadas. El 18% de los encuestados afirmaron realizar algún tipo de ejercicio moderado diariamente (European Commission, 2006).

La distribución de prevalencia de actividad física en distintos países de Europa se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 46 Prevalencia de adultos que no realizan actividad física moderada a la semana. Año 2005, UE-1



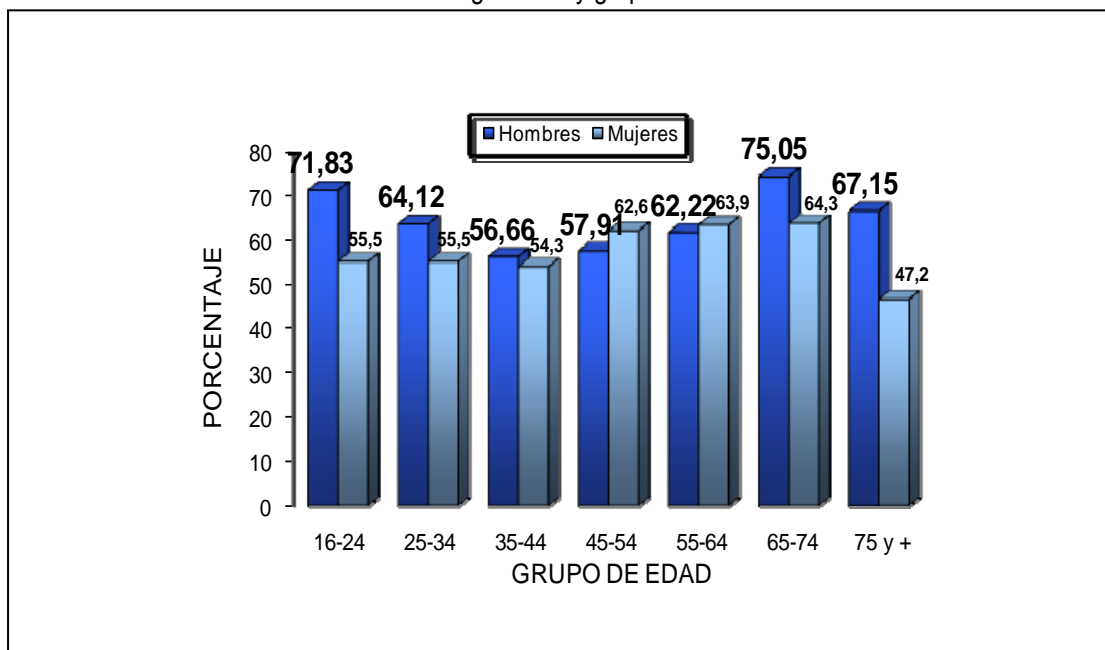
Datos extraídos del Informe Mundial de Salud de la OMS muestra que existe gran diferencia en la distribución de actividad física en las diferentes regiones europeas, del 17% al 24% (World Health Organization, 2002). Sin embargo, establecer una asociación entre actividad física y determinantes socioeconómicos es complejo ya que implica un análisis más profundo. Estudios demuestran que las personas que pertenecen a grupos sociales más desfavorecidos realizan menos ejercicio físico y esto se relaciona por un lado con menor acceso a centros deportivos, y por otro, a entornos poco favorecedores para la realización de actividades, estilos de vida poco saludables o escasas de tiempo para realizar deporte (Borodulin et al., 2007; O. Franco et al., 2005; Nusselder et al., 2008; Regidor, Gutierrez-Fisac, Banegas, Vicente, & Rodriguez-Artalejo, 2007; Sainio et al., 2007). En cualquier caso, hemos de observar que algunos tipos de trabajos desarrollados por este grupo social conllevan una actividad física importante en el desarrollo del propio trabajo, como puede ser el de agricultores, ganaderos, etc. Aún considerando este tipo de actividad, si incluimos el ejercicio como un elemento para tener una salud mejor, parece que los grupos sociales más aventajados están más concienciados al respecto (K. Ball, Salmon, Giles-Corti, & Crawford, 2006; Guallar-Castillon et al., 2004; World Health Organization, 2004).

Ejercicio físico en España y Canarias

En la Encuesta Nacional de Salud de 1995 más del 50% de la población mayor de 15 años declaraba no realizar ningún ejercicio físico en su tiempo libre, además manifestaron tener una ocupación sedentaria.

Los datos aportados en la ENS 2006 indican que la actividad física en el tiempo libre de la población de 16 y más años es superior en varones para todas las edades, excepto en la franja de 45 a 64 años de edad como se muestra en la siguiente tabla:

Gráfico 7: Realización de actividad física según sexo y grupos de edad



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo - INE. Encuesta Nacional de Salud de España 2006.

El total de hombres que realizan actividad física ocasional es del 36,5%, moderado del 22,6% e intenso del 23,4%. El 17,6% manifiesta no realizar ningún tipo de actividad física.

Respecto a las mujeres, el 45,7% refiere realizar ejercicio de forma ocasional, el 20,3% moderado y el 12,2% intenso. El porcentaje de mujeres que refieren no realizar ningún tipo de actividad física es del 21,9%.

Tabla 47: EJERCICIO FÍSICO EN EL TIEMPO LIBRE
Distribución porcentual según sexo y grupo de edad
Población de 16 y más años

	TOTAL	SÍ	NO
AMBOS SEXOS			
TOTAL	100,00	59,62	40,38
DE 16 A 24 AÑOS	100,00	63,78	36,22
DE 25 A 44 AÑOS	100,00	57,07	42,93
DE 45 A 64 AÑOS	100,00	60,62	39,38
DE 65 Y MAS AÑOS	100,00	60,63	39,37
VARONES			
TOTAL	100,00	63,10	36,90
DE 16 A 24 AÑOS	100,00	73,86	26,14
DE 25 A 44 AÑOS	100,00	59,88	40,12
DE 45 A 64 AÑOS	100,00	58,48	41,52
DE 65 Y MAS AÑOS	100,00	70,24	29,76
MUJERES			
TOTAL	100,00	56,30	43,70
DE 16 A 24 AÑOS	100,00	52,97	47,03
DE 25 A 44 AÑOS	100,00	54,10	45,90
DE 45 A 64 AÑOS	100,00	62,69	37,31
DE 65 Y MAS AÑOS	100,00	53,79	46,21

Fuente :Ministerio de Sanidad y Consumo - INE. Encuesta Nacional de Salud de España, 2006.

Con respecto a la relación de ejercicio físico en el tiempo libre según la situación laboral, la ENS 2006 muestra que, de la población ocupada, un 57% realiza actividad frente a un 42% que no la realiza. De éstos, el 59,18 son varones y el 55,56% mujeres. Dentro del grupo de los parados, el 63,67% realizan algún tipo de ejercicio frente al 36,33% que no lo practican. El 66,20% de los varones parados realizan actividad frente al 61,70% de mujeres.

La Encuesta de Salud de Canarias 2004 nos indica que un 25,8% realiza algún tipo de actividad física de forma ocasional (andar, ir en bicicleta, pescar, jardinería) de los que un 25,40% son hombres y un 26,10% mujeres. Un 12,80% refiere realizar ejercicio físico moderado frecuentemente, el 15,80% son varones y el 9,6% mujeres. El 4,7% refiere realizar ejercicio físico de forma vigorosa siendo el 1,80% varones y el 1,40% mujeres.

Según la distribución por umbral de pobreza, por encima de 456,73 €, el 59,4% refiere no realizar ningún tipo de actividad física. El 24,5% realiza ocasionalmente algún tipo de actividad ligera y el 15,2% realiza ejercicio de forma vigorosa. Por debajo de 456,73 €, el 71,5% refiere no realizar ningún tipo de actividad. El 20,4% ejercicio ocasional ligero y el 7,6% actividad vigorosa con regularidad. Como podemos observar por los datos, tienden a ser más sedentarios los individuos situados por debajo de la línea de pobreza.

En nuestro estudio cruzaremos esta variable con otras socioeconómicas.

II. OBJETIVOS

II. OBJETIVOS

1. Objetivo general

El objetivo de este estudio es determinar si existen diferencias significativas de asociación entre los factores de riesgo cardiovascular y los determinantes socioeconómicos en Canarias.

2. Objetivos específicos

- Determinar el grado de asociación entre la hipertensión arterial y nivel educativo, nivel de ingresos, actividad económica y tipo de ocupación.
- Identificar el grado de asociación entre la diabetes y nivel educativo, nivel de ingresos, actividad económica y tipo de ocupación.
- Establecer el grado de asociación entre la hipercolesterolemia y nivel educativo, nivel de ingresos, actividad económica y tipo de ocupación.
- Comprobar el grado de asociación entre el consumo de tabaco y nivel educativo, nivel de ingresos, actividad económica y tipo de ocupación.
- Determinar el grado de asociación entre el consumo de alcohol y nivel educativo, nivel de ingresos, actividad económica y tipo de ocupación.
- Averiguar el grado de asociación entre el sobrepeso y obesidad y nivel educativo, nivel de ingresos, actividad económica y tipo de ocupación.
- Establecer el grado de asociación entre la actividad física y nivel educativo, nivel de ingresos, actividad económica y tipo de ocupación.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

III. MATERIAL Y MÉTODO

Para el análisis se diseña un estudio descriptivo transversal donde se utilizarán como datos básicos la Encuesta de Salud de Canarias 2004 (ESC) y la Encuesta sobre Salud e Ingresos 2004 (ESI).

En cuanto al tipo de análisis, se utilizarán medidas que permitan determinar la asociación entre las variables seleccionadas en el estudio, que son, por un lado, dentro de los factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, presencia de diabetes, hipercolesterolemia, consumo de tabaco, consumo de alcohol, obesidad y actividad física; y, por otro, dentro de los factores socioeconómicos: edad, sexo, nivel educativo, nivel de ingresos, actividad económica y tipo de ocupación.

Los resultados indicarán si existe asociación entre factores de riesgo cardiovascular y determinantes socioeconómicos que informen o confirmen la relación entre salud y determinantes sociales.

Con los resultados obtenidos se pretende explicar la importancia de los factores socioeconómicos sobre la salud y permitir diseñar estrategias que, teniendo en cuenta la asociación demostrada, posibiliten el diseño de las intervenciones en Salud Pública.

1. LOS DATOS

El Instituto Canario de Estadística (ISTAC) ha suministrado los datos procedentes de la Encuesta sobre Salud e Ingresos 2004 (ESI-2004), como resultado de aquellas personas que realizaron simultáneamente la Encuesta de Ingresos y Condiciones de Vida de los Hogares Canarios y la Encuesta de Salud de Canarias, ambas realizadas en el año 2004.

Los datos de las 1.153 personas con 16 o más años que participaron en este estudio fueron facilitados en formato electrónico para el software estadístico SPSS con toda la descripción de las variables utilizadas, no solo las variables recogidas originalmente de las encuestas, sino también aquellas variables que fueron recodificadas o derivadas para algún tipo de estudio. En un fichero tipo SAV se recogen las etiquetas de todas las variables, los valores *missing* creados, así como el peso asignado a cada individuo, teniendo en cuenta el diseño muestral realizado y el factor de elevación a la población con 16 o más años existente en Canarias a 1 de enero de 2004 (1.607.913 habitantes).

De las 219 variables suministradas seleccionamos aquellas que podían ser de utilidad para nuestro estudio para, en sucesivos cribados, quedarnos con las variables definitivas para el análisis. Al final, hemos seleccionado 27 variables y hemos recodificado algunas etiquetas de variables, además de crear una variable peso adaptada a nuestro tamaño muestral de 1.153 individuos, partiendo de los pesos suministrados, de manera que nuestros resultados porcentuales no difieran de los publicados por el ISTAC.

Las variables que hemos utilizado en nuestros análisis son:

- Código de identificación de individuo (original)
- Peso calibrado a población (original)
- Peso calibrado a 1153 (derivada)
- Edad en años (original)
- Edad Adultos agrupada1 (original)
- Edad adultos agrupada2 (original)
- Sexo (original)

- Nivel de estudios
- Índice de Masa Corporal (original)
- Agrupación alcohol MC (original)
- Actividad económica TRABAJO
- Tipo de ocupación ACTUAL
- Ingreso equivalente a 3 intervalos (del hogar)
- Actividad económica
- Tensión alta
- Colesterol alto
- Diabetes o azúcar en sangre
- Consumo tabaco
- Alcohol
- IMC1 (derivada)
- Tipo de forma física
- IMC2 (derivada)
- Tipo de forma física (derivada)
- Enfermedades cardiovasculares
- Tipo de ocupación ACTUAL (derivada)
- Actividad económica
- Tipo de ocupación
- Fumador (original)

Las variables cualitativas utilizadas presentan las siguientes categorías:

Edad adultos agrupada1

Valor núm	etiqueta
1	16 a 29
2	30 a 44
3	45 a 64
4	65 o más
5	Menores de 16

Edad adultos agrupada2

Valor núm	etiqueta
1	16 a 44
2	45 o más 4

Sexo

Valor núm	etiqueta
1	Hombre
2	Mujer

Nivel de estudios

Valor núm	etiqueta
1	Sin estudios
2	Estudios primarios
3	Enseñanza secundaria
4	Enseñanza superior

Ingreso equivalente a 3 intervalos (del hogar)

Valor núm	etiqueta
1	Menos de 601,00 €
2	De 601,01€ a 1.081,81€
3	Más de 1.081,81€

Índice de masa corporal

Valor núm	etiqueta
1	Delgado
2	Normopeso
3	Sobrepeso
4	Obesidad
-9	NS/NC

IMC1

Valor núm	etiqueta
1	Normopeso o peso insuficiente
2	Sobrepeso
3	Obesidad

IMC2

Valor núm	etiqueta
1	Si
2	No

Agrupación alcohol MC

Valor núm	etiqueta
1	Semanalmente
4	Entre una y tres veces al mes
5	Menos de una vez al mes
6	Nunca

Alcohol

Valor núm	etiqueta
1	Si
2	No

Tensión alta

Valor núm	etiqueta
1	Si
2	No

Colesterol alto

Valor núm	etiqueta
1	Si
2	No

Diabetes o azúcar en sangre

Valor núm	etiqueta
1	Si
2	No

Fumador

Valor núm	etiqueta
1	Si
2	No, fumaba anteriormente pero lo abandoné
3	No, nunca he fumado

Consumo tabaco

Valor núm	etiqueta
1	Si
2	No

Enfermedades cardiovasculares

Valor núm	etiqueta
1	Si
2	No

Tipo de forma física

Valor núm	etiqueta
1	Está básicamente sentado y anda poco
2	Anda bastante pero no realiza ningún esfuerzo vigoroso
3	Hace esfuerzos vigorosos

Tipo de forma física (derivada)

Valor núm	etiqueta
1	Si
2	No

Actividad económica

Valor núm	etiqueta
1	Ocupado
2	Parado
3	Percibiendo una pensión
4	Ama de casa
5	Estudiante mayor 16 años
6	Otra situación
7	No clasificable

Tipo de ocupación actual

Valor núm	etiqueta
1	Asalariado del sector privado
2	Asalariado del sector público
3	Empresario, Empleador o miembro de cooperativa
4	Otra situación profesional

Tipo de ocupación actual derivada

Valor núm	etiqueta
1	Asalariado del sector privado
2	Asalariado del sector público
3	Empresario, Empleador o miembro de cooperativa
4	Otra situación profesional
5	Parado
6	Percibiendo una pensión
7	Ama de casa
8	Estudiante mayor 16 años
9	Otra situación

Tipo de ocupación

Valor núm	etiqueta
0	Profesionales de las Fuerzas Armadas
1	Dirección de las empresas y de las administraciones públicas
2	Técnicos y profesionales científicos e intelectuales
3	Técnicos y profesionales de apoyo
4	Empleados de tipo administrativo
5	Trabajadores de los servicios de restauración
6	Trabajadores de servicios personales o de protección y seguridad
7	Dependientes de comercio
8	Trabajadores cualificados en la agricultura y en la pesca
9	Artisanos y trabajadores cualificados de las industrias
10	Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores
11	Trabajadores no cualificados

Actividad económica TRABAJO

Valor núm	etiqueta
1	Agricultura, ganadería, pesca, caza y selvicultura
2	Industrias extractivas, manufacturera, producción y distribución
3	Construcción
4	Comercio; reparación de vehículos de motor, motocicletas y coches
5	Hostelería
6	Transporte, almacenamiento y comunicaciones
7	Intermediación financiera, actividades inmobiliarias, servicio
8	Administración pública, defensa y seguridad social obligatoria
9	Educación
10	Actividades sanitarias y veterinarias, servicios sociales
11	Otras actividades sociales y actividades de los hogares, organizaciones
12	Parado
13	Percibiendo una pensión
14	Ama de casa
15	Estudiante mayor 16 años
16	Otra situación

Con vistas a realizar una regresión logística binaria, hemos aplicado varias recodificaciones sobre las variables consideradas de factor de riesgo vascular, a saber: hipertensión arterial, diabetes, hipercolesterolemia, consumo de tabaco, consumo de alcohol, obesidad y sedentarismo. También hemos recodificado algunas variables de carácter socioeconómico debido a sus escasas frecuencias.

2. SOFTWARE ESTADÍSTICO

Para el análisis estadístico, y en relación con nuestros objetivos realizamos un conjunto de regresiones logísticas de cada factor de riesgo vascular considerado y de cada variable de carácter socioeconómico por separado. Incluyendo en todas las regresiones logísticas la variable edad. Además, con estas condiciones, se efectuó un análisis separado por cada sexo utilizando el software SPSS 17. En todos los casos las

regresiones logísticas se han ponderando de acuerdo a los pesos suministrados por el ISTAC y de acuerdo con el diseño de la muestra.

3. MODELO REGRESIÓN LOGÍSTICA AL ESTUDIO ESI04 DE CANARIAS

En este análisis estadístico de los datos procedentes de la Encuesta de Salud e Ingresos de Canarias 2004 (ESI04) se procede a relacionar diversas variables de carácter socioeconómico: edad, sexo, nivel de educación, nivel de ingresos, nivel económico y tipo de ocupación actual, con otras variables consideradas como factores de riesgo de enfermedad cardiovascular como son: hipertensión, diabetes, colesterol en sangre, consumo de tabaco, consumo de alcohol, obesidad y sedentarismo.

Para ello, hemos procedido a realizar diversas regresiones logísticas para relacionar ambos tipos de variables. Inicialmente hemos considerado oportuno realizar las mencionadas regresiones logísticas en cada sexo por separado, pues presentan un comportamiento diferente en muchas de las variables que estamos analizando.

Los modelos de regresión logística que hemos ajustado han sido agrupados según el tipo de variables socioeconómicas que hemos utilizado (nivel de educación, nivel de ingresos, nivel económico y tipo de ocupación actual), con cada una de las variables factores de riesgo cardiovascular que hemos considerado, incluyendo siempre la edad como covarianza.

El paradigma de los modelos de regresión logística ensayados es el siguiente

$$\text{logit}(p) = \log\left(\frac{p}{1-p}\right) = a_0 + a_1 \text{Edad} + b_1 Z_1 + b_2 Z_2 + b_3 Z_3$$

siendo $p = p(\mathbf{x}) = E(Y / \mathbf{X} = \mathbf{x})$ la probabilidad de que la variable respuesta Y tome el valor 1 (usualmente enfermedad presente) para una valores fijados de las variables independientes (edad y variable socioeconómica seleccionada).

En este modelo, y en todos los planteados para este análisis, aparece la variable edad como variable de covarianza que pretende ajustar sus valores a los modelos considerados y de otro lado, una variable cualitativa: las de carácter socioeconómico que para el ejemplo que presentamos tiene cuatro modalidades (puede servir a modo de ejemplo el nivel de educación) donde hay un parámetro para cada modalidad de la variable excepto para la modalidad que va a servir de referencia (si seguimos con el nivel educativo en nuestro caso sería el nivel de enseñanza superior).

Una vez ajustado el modelo a los datos, tenemos unas estimaciones (valores) de los parámetros, en particular los betas (b) cuyo valor en la función exponencial (e^b) nos proporciona el odds ratio de la modalidad en cuestión (1, 2 o 3) frente a la última modalidad, cuando se mantienen constantes los valores de las demás variables en la ecuación para nosotros solo será la variable edad.

Las variables respuestas Y consideradas en cada caso son los diferentes factores de riesgo de enfermedad cardiovascular: hipertensión, diabetes, colesterol en sangre, consumo de tabaco, consumo de alcohol, obesidad y sedentarismo.

Las variables socioeconómicas: nivel de educación, nivel de ingresos, nivel económico y tipo de ocupación actual, se analizan (por separado) mediante una regresión logística con cada factor de riesgo considerado.

3.1. Recordatorio de ODDS ratio y su interpretación

En este apartado procederemos a interpretar los ODDS RATIO (Razón de producto cruzados), en adelante OR, y sus respectivos intervalos de confianza (lím inf y lím sup) al 95% de nivel de confianza que se proporciona en las tablas de resultados.

De un lado se puede considerar para cada apartado (modelo de regresión logística realizado):

A. El movimiento general de los OR: si es creciente o decreciente (que conlleva una fácil interpretación), o si es creciente y decreciente a la vez (lo que, a priori, es más difícil de interpretar).

B. Si el intervalo de confianza del OR contiene o no al valor 1, indicaría la posible significancia estadística del OR al 5%.

Recordemos que un OR trata de ver la influencia de un factor de riesgo sobre la presencia de una enfermedad de la siguiente forma clásica:

		Enfermedad	
		Presente (+)	Ausente (-)
Factor de riesgo	Presente (+)		
	Ausente (-)		

Con el siguiente planteamiento:

Si

$OR = 1 \Leftrightarrow$ Enfermedad y factor de riesgo no están asociados (son independientes)

$Pr obabilidad(Enferm = + / Factor = +) = Pr obabilidad(Enferm = + / Factor = -)$

Si

$OR > 1 \Leftrightarrow$ el factor de riesgo favorece la presencia de la enfermedad

$Pr obabilidad(Enferm = + / Factor = +) > Pr obabilidad(Enferm = + / Factor = -)$

Si

$OR < 1 \Leftrightarrow$ el factor de riesgo favorece la NO presencia de la enfermedad

$Pr obabilidad(Enferm = + / Factor = +) < Pr obabilidad(Enferm = + / Factor = -)$

Cabe recordar que en la tabla anterior se pueden intercambiar las filas por columnas sin que cambie la interpretación. Pero intercambiar la disposición de las filas invierte el valor del OR. Lo mismo ocurre para las columnas.

3.2. Comentarios de carácter estadístico a un caso

Comentemos el primer análisis que aparece en la primera tabla. Se analiza la *hipertensión* frente al factor social *nivel de estudios* para el sexo masculino. Los resultados que mostramos en dicha tabla son como consecuencia de aplicar el siguiente modelo de regresión logística

$$\text{logit}(p) = \log\left(\frac{p}{1-p}\right) = a_0 + a_1 \text{Edad} + b_1 Z_1 + b_2 Z_2 + b_3 Z_3$$

siendo $p = p(\mathbf{x}) = E(Y / \mathbf{X} = \mathbf{x})$ la probabilidad de que la variable respuesta HTA tome el valor 1 (ser hipertenso) para unos valores dados de las variables dependientes *edad* y *nivel de estudios*. En estos modelos con variables categóricas se emplean variables dicotómicas para representar a las diferentes categorías de la variable *nivel de estudios*, excepto para la categoría que va a servir de comparación (en este caso *enseñanza superior*)

Factor de riesgo	Nivel de estudios	Hombres		CI 95%	CI 95%
		Frecuencia	OR	Lim Inf	Lim Sup
HTA	Sin estudios	16	2,527	,588	10,855
	Estudios primarios	183	1,412	,677	2,947
	Enseñanza secundaria	282	1,176	,594	2,331
	Enseñanza superior	95			

Para la enfermedad hipertensión (HTA) tenemos su presencia (+) y su ausencia (-)

Para el nivel de estudios tenemos cuatro categorías. Cuando se tienen más de dos categorías se suelen hacer tablas de contingencia de 2×2 , realizando comparaciones con una categoría fija.

Las comparaciones siempre se realizan para la categoría que no tiene valores en las tablas de resultados que se suministran, en nuestro caso es *enseñanza superior* que se compara sucesivamente con *sin estudios*, *estudios primario* y *enseñanza secundaria*.

Veamos la primera comparación:

		HTA	
		Presente (+)	Ausente (-)
Nivel estudios	Sin estudios (+)	3	13
	Enseñanza superior (-)	14	81

En la tabla se reflejan exclusivamente las personas que verifican las condiciones de cada celda para la comprensión de la misma, pues el OR que se obtiene de la regresión logística realizada es de $OR=2.527$ y no de la tabla anterior (que no tiene en cuenta la edad de las personas ni el modelo logístico).

En base al resultado obtenido para nuestro estudio, podemos decir que la probabilidad de ser hipertenso para personas con nivel de estudios=*sin estudios* es 2.5 veces superior

a la probabilidad de ser hipertenso para personas con nivel estudios=*enseñanza superior*.

Esta afirmación es correcta, pero esta basada en una muestra particular. Si hubiésemos repetido el estudio ESI04 en las mismas condiciones, difícilmente tendríamos este valor de 2.527, simplemente por variación de la muestra seleccionada. Por ello, suele ser más útil contemplar si el intervalo de confianza para el OR al 95% contiene o no al valor 1. Si miramos en la tabla, este intervalo es (0,58, 10.85) que contiene al valor 1, por ello nuestros datos son compatibles con un valor de OR=1 (comparación no significativa).

Digámoslo de otra forma, si realizamos el contraste de :

$H_0 : OR = 1$ frente a $H_1 : OR \neq 1$ resolver este contraste al nivel de error del 5%, se corresponde con el intervalo de confianza que se figura en la tabla de la siguiente manera:

Test no significativo (aceptar $H_0 : OR = 1$), equivale a que el valor 1 se encuentra en el intervalo de confianza de OR.

Test significativo (aceptar $H_1 : OR \neq 1$), equivale a que el valor 1 no se encuentra en el intervalo de confianza de OR.

Veamos la segunda comparación

		HTA	
		Presente (+)	Ausente (-)
Nivel estudios	Estudios primarios (+)	32	151
	Enseñanza superior (-)	14	81

En la tabla se incluyen exclusivamente las personas que verifican las condiciones de cada celda para la comprensión de la misma, pues el OR que se obtiene de la regresión

logística realizada es de $OR=1.41$ y no de la tabla anterior (que no tiene en cuenta la edad de las personas ni el modelo logístico).

Con este resultado obtenido para nuestro estudio, podemos decir que la probabilidad de ser hipertenso para personas con nivel estudios=*estudios primarios* es 1.4 veces superior a la probabilidad de ser hipertenso para personas con nivel estudios=*enseñanza superior*. Si miramos en la tabla, este intervalo es (0,67, 2.94) que contiene al valor 1, por ello nuestro datos son compatibles con un valor $OR=1$ (comparación no significativa).

Finalmente, para la tercera comparación

		HTA	
		Presente (+)	Ausente (-)
Nivel estudios	Enseñanza secundaria (+)	34	248
	Enseñanza superior (-)	14	81

En la tabla se incluyen exclusivamente las personas que verifican las condiciones de cada celda para la comprensión de la misma, pues el OR que se obtiene de la regresión logística realizada es de $OR=1.17$ y no de la tabla anterior (que no tiene en cuenta la edad de las personas ni el modelo logístico).

Con este resultado obtenido para nuestro estudio, podemos decir que la probabilidad de ser hipertenso para personas con nivel estudios=*estudios secundarios* es 1.17 veces superior a la probabilidad de ser hipertenso para personas con nivel estudios=*enseñanza superior*. Si miramos en la tabla, este intervalo es (0,59, 2,33) que contiene al valor 1, por ello nuestro datos son compatibles con un valor $OR=1$ (comparación no significativa).

Aunque no hemos encontrado una comparación significativa para la hipertensión, puede observarse una tendencia creciente de los valores de los OR en relación a los niveles

inversos del nivel de estudios (menor nivel de estudios mayor probabilidad de ser hipertenso comparado con el nivel superior de estudios).

Nos puede surgir la duda de que la edad esté influyendo en estos resultados, pues las personas sin estudios, por lo general, son personas de mayor edad, frente a los de enseñanza superior, que en general serán más jóvenes, Pero esto NO ocurre pues en el modelo de regresión logística se ha incluido la variable edad de cada persona y nuestros resultados están ajustados por la edad.

Una cuestión al margen, aunque puede llamar la atención, es la amplitud de los intervalos de confianza, que entre otras cosas dependen del tamaño de la muestra, así a mayor tamaño muestral más corto será el intervalo de confianza. De este modo podemos comprender lo amplio que es el primer intervalo de confianza comparado con los otros dos.

IV. RESULTADOS

IV. RESULTADOS

El número total de sujetos estudiados ha sido 1.153 personas cuyas edades son de 16 y más años. La mitad de la muestra son hombres y la otra mitad mujeres (aproximadamente 576 varones y 575 mujeres lo que supone el 49,9% y 49,8% respectivamente).

Los datos mostrados en la tabla 51 nos indican que en la población estudiada en la Encuesta sobre Salud e Ingresos de Canarias 2004 (ESI04), la prevalencia de HTA es de 16,6% (191 sujetos), de hipercolesterolemia un 12,0% (138 individuos), un 5,6% (64 personas) presentan diabetes, consumen tabaco un 32,9% (379 sujetos), un 51,7% (596 casos) consumen alcohol y el 40,1% (462 individuos) son sedentarios.

Esta distribución se comparó con los datos proporcionados en la ESC 2004, obteniéndose resultados similares en la mayoría de FRC estudiados. Así observamos que un 15,2% de la población padece HTA, un 11,1% hipercolesterolemia, un 6,6% son diabéticos, consumen tabaco un 31,7%, alcohol un 52,8% y manifiestan ser sedentarios un 64,3%.

También se han comparado los resultados pormenorizados en la Encuesta Nacional de Salud 2006 referidos a la Comunidad Canaria. Según los datos que nos ha facilitado el Instituto Nacional de Estadística (INE) sobre una población total de 1.307 casos, el 20,1% padece HTA, el 14,0% hipercolesterolemia, un 5,6% diabetes, el 32,7% de la población estudiada consume tabaco, el 60,3% alcohol y un 84,2% manifiesta ser sedentarios.

Analizando los porcentajes podemos observar que existen diferencias entre la Encuesta de Salud Nacional pormenorizada para Canarias, la Encuesta de Salud de Canarias y la Encuesta sobre Salud e Ingresos de Canarias. Los porcentajes son más elevados para la HTA, hipercolesterolemia, consumo de tabaco, consumo de alcohol y mucho más alto

en sedentarismo en la ENS para Canarias. El porcentaje para diabetes es igual que en la ESI. Entre la ESC y la ESI los resultados son similares, lo cual parece lógico ya que los mismos sujetos que cumplimentaron la ESC realizaron la ESI.

Tabla 48 : Frecuencias variables de FRC en estudio nacional pormenorizado para Canarias y de la Encuesta de Salud de Canarias 2004 (ESC), la Encuesta sobre Salud e Ingresos 2004 (ESI) y la Encuesta Nacional de Salud 2006 (ENS).

FRC	Estudio Nacional particularizado para Canarias (1307 casos)			Encuesta de Salud de Canarias 2004 (1616594 casos)		Encuesta sobre Salud e Ingresos 2004 (1153 casos)	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
HTA	si	263	20,1	246.492	15,2	191	16,6
	no	1.045	79,9	1.370.102	84,8	962	83,4
	total	1.307	100,0	1.616.594	100,0	1.153	100,0
Colesterol	si	183	14,0	179.257	11,1	138	12,0
	no	1.124	86,0	1.437.337	88,9	1.015	88,0
	total	1.307	100,0	1.616.594	100,0	1.153	100,0
Diabetes	si	73	5,6	105.923	6,6	64	5,6
	no	1.234	94,4	1.510.670	93,4	1.089	94,4
	total	1.307	100,0	1.616.594	100,0	1.153	100,0
Consumo de tabaco	si	427	32,7	511.846	31,7	379	32,9
	no	881	67,3	1.104.748	68,3	774	67,1
	total	1.307	100,0	1.616.594	100,0	1.153	100,0
Consumo alcohol	si	789	60,3	853.969	52,8	596	51,7
	no	519	39,7	759.848	47,0	556	48,2
	total	1.307	100,0	1.616.594	100,0	1.152	99,9
Sedentarismo	si	1.102	84,2	1.278.995	64,3	462	40,1
	no	206	15,8	316.363	16,4	676	58,6
	total	1.307	100,0	1.595.358	98,6	1.138	98,7

1. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR (FRC) Y NIVEL DE ESTUDIOS

La frecuencia de distribución de la muestra incluida en el análisis se expone en las gráficas 8-14.

El nivel de estudios muestra una distribución desigual, siendo más frecuentes los individuos que poseen enseñanza secundaria con el 24,4% (282 individuos), seguido de enseñanza primaria con 15,8% (183 varones), estudios superiores con el 8,2% (95 hombres) y sin estudios el 1,3% (16 sujetos).

Al igual que sucede con los hombres, el grupo de mujeres mayoritario son las que poseen estudios secundarios con el 22,8% (264 mujeres), seguido de estudios primarios con 14,6% (169 mujeres), enseñanza superior con 10,1% (117 mujeres) y sin estudios el 2,2% (26 mujeres). Destacamos que las mujeres de nuestro estudio poseen mayor formación de estudios superiores 10,1% frente a 8,2% y son más numerosas las pertenecientes al grupo de sin estudios respecto a los hombres el 2,2% frente al 1,3%.

Se observa una interacción entre el nivel de estudios y diversos FRC tal como se muestra en la tabla 52. Según el nivel de estudios, tienen mayor probabilidad de ser bebedores aquellos que pertenecen al grupo de *sin estudios* (OR 6,915, IC95% 2,087-22,907). Expresado de otra manera podríamos decir que la probabilidad de consumir alcohol para hombres sin estudios es casi 7 veces superior a la probabilidad de consumo para varones con nivel de estudios superiores. En este caso, el valor de la OR aunque para los otros niveles de estudio no ha presentado significación estadística, si presenta una tendencia decreciente a medida que aumenta la formación.

Para la obesidad, presentan menor riesgo de ser obesos aquellos hombres con estudios secundarios (OR 0,57, IC95% 0,346-0,936).

Para el sedentarismo, los resultados muestran que poseen menor riesgo de ser sedentarios los hombres con estudios primarios (OR 0,476, IC95% 0,28-0,808) y secundarios (OR 0,52, IC95% 0,32-0,843).

En el grupo de mujeres tienen menor probabilidad de ser hipertensas aquellas que poseen estudios primarios ((OR 0,256, IC95% 0,1-0,652) y secundarios (OR 0,337, IC95% 0,136-0,836).

Las mujeres sin estudios tienen menor riesgo de ser diabéticas que aquellas que poseen estudios superiores (OR 0,074, IC95% 0,01-0,535).

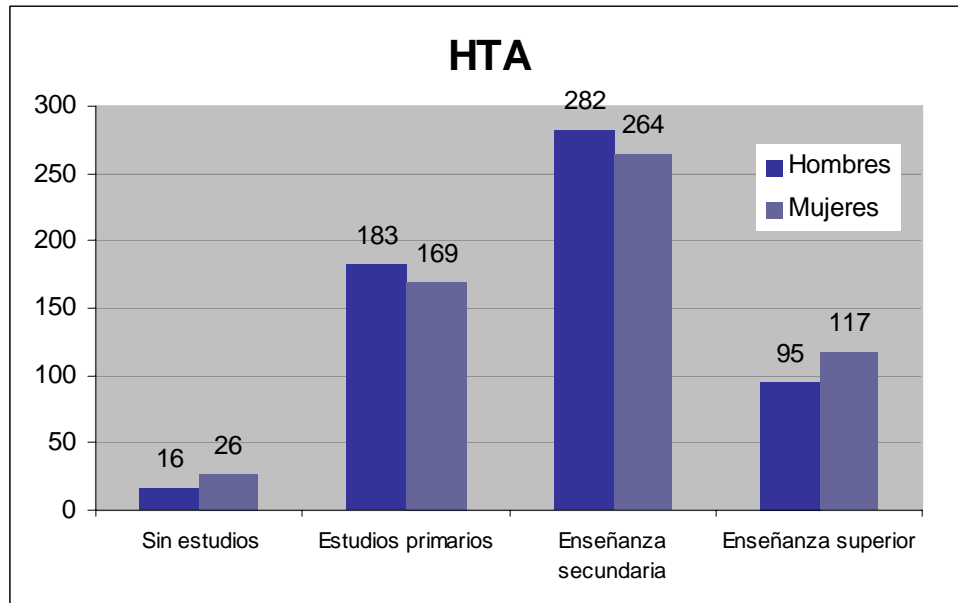
Presentan menor riesgo de consumo de tabaco las que poseen estudios secundarios (OR 0,609, IC95% 0,375-0,989), son, además, menos obesas (OR 0,591, IC95% 0,372-0,938) y menos sedentarias (OR 0,383, IC95% 0,243-0,604) junto con las que poseen estudios primarios en el caso de menor sedentarismo (OR 0,58, IC95% 0,342-0,986).

Sin embargo, consumen más alcohol las mujeres sin estudios (OR 6,583, IC95% 1,938-22,368), con estudios primarios (OR 3,027, IC95% 1,765-5,19) y secundarios (OR 2,21, IC95% 1,407-3,47) respecto a nuestro grupo de comparación, que son las mujeres que poseen estudios superiores. Las mujeres sin estudios tienen un riesgo de 6,5 veces superior en el consumo de alcohol que aquellas con estudios superiores. Con estudios primarios el riesgo es de 3 veces y con estudios secundarios de 2,2 veces. La tendencia de la OR es inversa, a menor nivel de estudios las mujeres presentan OR mayor y disminuye a medida que aumenta la formación.

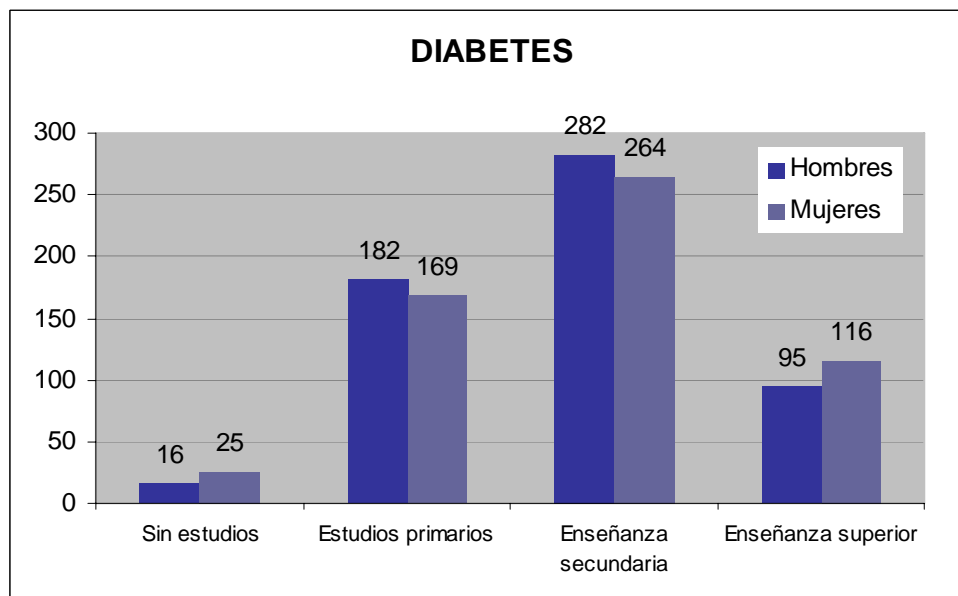
Aunque no hemos encontrado una comparación significativa en hombres para la hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia, consumo de tabaco, obesidad y sedentarismo, puede observarse una tendencia creciente de los valores de los OR en relación a los niveles inversos del nivel de estudios (menor nivel de estudios mayor probabilidad de presentar algún FRC mencionado comparado con el nivel superior de

estudios). En el caso de las mujeres sólo observamos esto para el colesterol, consumo de tabaco y sedentarismo.

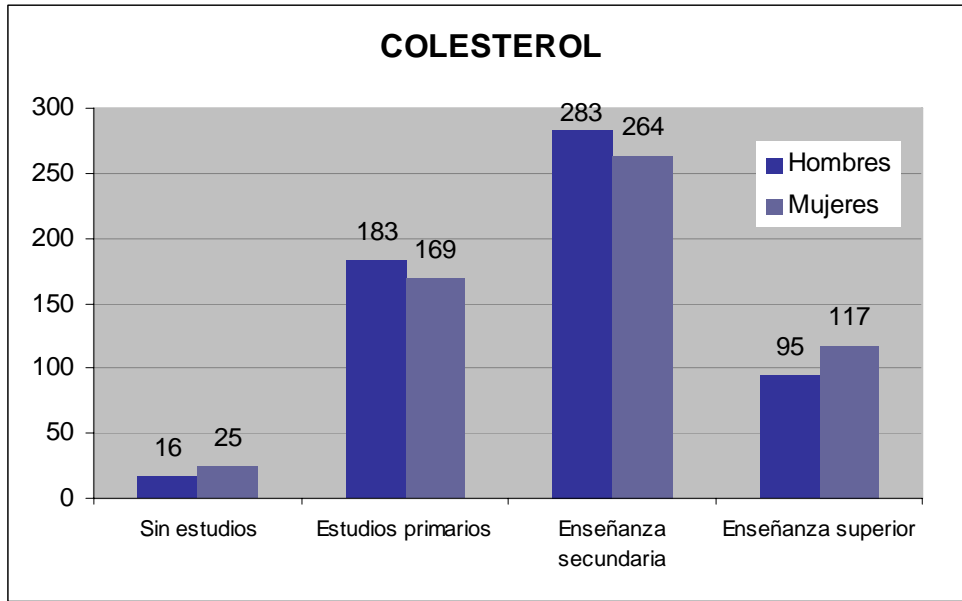
Gráfica 8: Distribución de la muestra según el nivel de estudios para la HTA



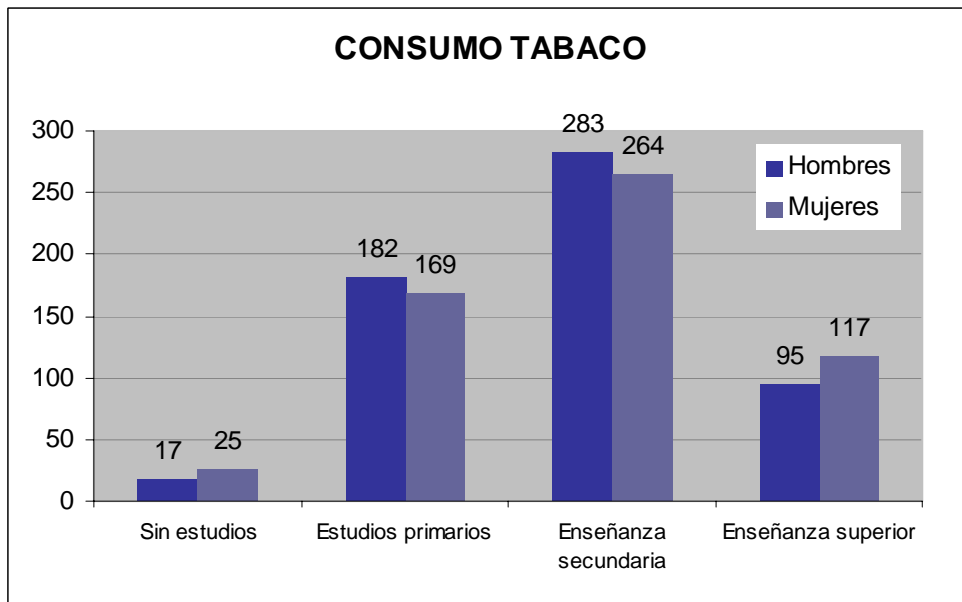
Gráfica 9: Distribución de la muestra según el nivel de estudios para la Diabetes



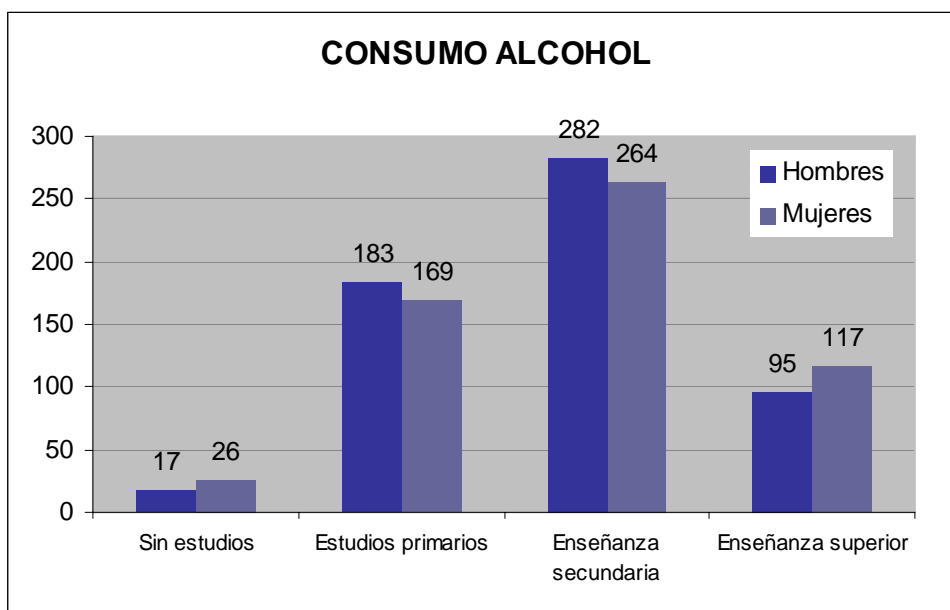
Gráfica 10: Distribución de la muestra según el nivel de estudios para el Colesterol



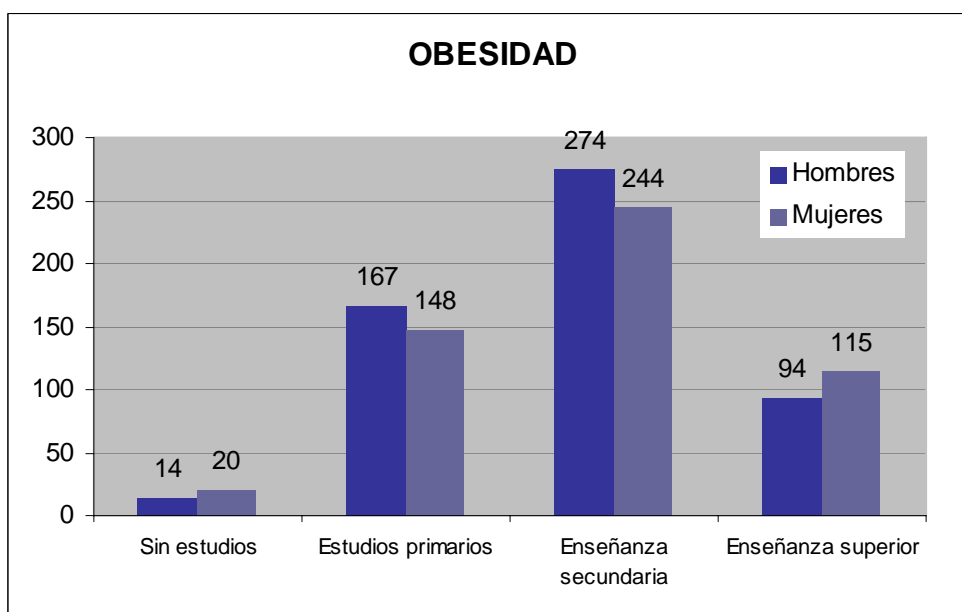
Gráfica 11: Distribución de la muestra según el nivel de estudios para el Consumo de Tabaco



Gráfica 12: Distribución de la muestra según el nivel de estudios para el Consumo de Alcohol



Gráfica 13: Distribución de la muestra según el nivel de estudios para la Obesidad



Gráfica 14: Distribución de la muestra según el nivel de estudios para el sedentarismo

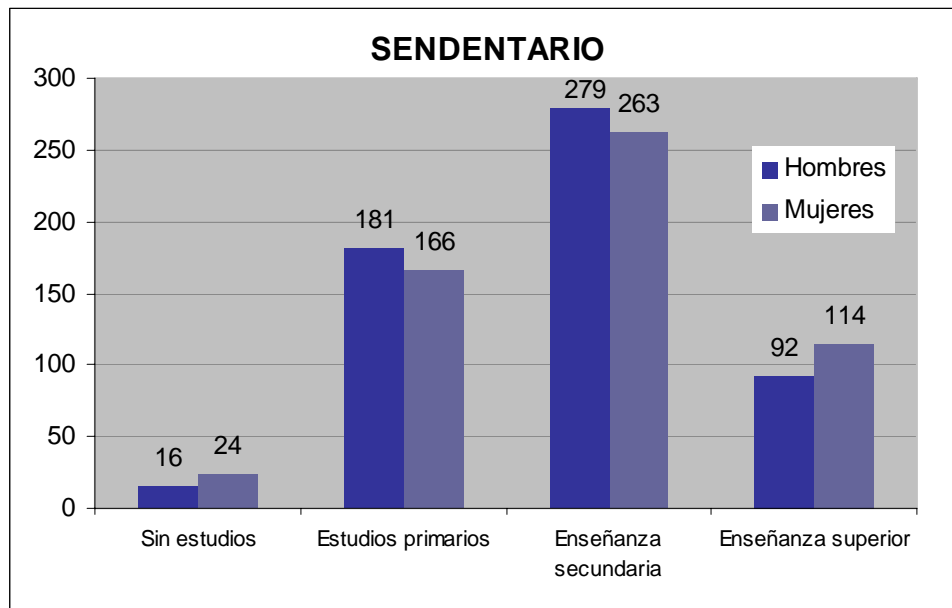


Tabla 49: Valores de OR y su intervalo de confianza al 95% para relacionar el *Nivel de estudios* frente a cada factor de riesgo cardiovascular mediante regresiones logísticas, realizadas por separado para cada sexo, y que incluye a la edad.

Factor de riesgo	Nivel de estudios	Hombres Frecuencia	OR	CI 95% Lim Inf	CI 95% Lim Sup	Mujeres Frecuencia	OR	CI 95% Lim Inf	CI 95% Lim Sup
HTA	Sin estudios	16	2,527	,588	10,855	26	,322	,091	1,139
	Estudios primarios	183	1,412	,677	2,947	169	,256	,100	,652
	Enseñanza secundaria	282	1,176	,594	2,331	264	,337	,136	,836
	Enseñanza superior	95				117			
DIABETES	Sin estudios	16	,976	,136	7,016	25	,074	,010	,535
	Estudios primarios	182	,972	,241	3,924	169	,170	,028	1,014
	Enseñanza secundaria	282	,973	,241	3,924	264	,395	,065	2,402
	Enseñanza superior	95				116			
COLESTEROL	Sin estudios	17	2,031	,390	10,577	25	1,088	,261	4,539
	Estudios primarios	182	1,632	,680	3,914	169	,723	,280	1,866
	Enseñanza secundaria	283	,601	,281	1,284	264	,598	,248	1,438
	Enseñanza superior	95				117			
TABACO	Sin estudios	17	5,033	,971	26,086	25	2,987	,567	15,746
	Estudios primarios	182	,986	,589	1,651	169	1,026	,561	1,876
	Enseñanza secundaria	283	1,186	,737	1,911	264	,609	,375	,989
	Enseñanza superior	95				117			
ALCOHOL	Sin estudios	17	6,915	2,087	22,907	26	6,583	1,938	22,368
	Estudios primarios	183	1,375	,810	2,334	169	3,027	1,765	5,190
	Enseñanza secundaria	282	1,070	,655	1,748	264	2,210	1,407	3,470
	Enseñanza superior	95				117			
OBESIDAD	Sin estudios	14	,441	,082	2,360	20	,530	,166	1,692
	Estudios primarios	167	,612	,347	1,077	148	,589	,336	1,033
	Enseñanza secundaria	274	,570	,346	,936	244	,591	,372	,938
	Enseñanza superior	94				115			
SEDENTARISMO	Sin estudios	16	2,021	,547	7,468	24	,683	,268	1,738
	Estudios primarios	181	,476	,280	,808	166	,580	,342	,986
	Enseñanza secundaria	279	,520	,320	,843	263	,383	,243	,604
	Enseñanza superior	92				114			

2. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y NIVEL DE INGRESOS

En nuestra muestra los hombres y mujeres presentan diferencias de frecuencias respecto al nivel de ingresos. Para los hombres, el mayor número se ubica en la franja de nivel de ingresos de 601,01 € a 1.081,81 € oscilando entre 237 a 240 varones (el 20,7%). El siguiente grupo más numeroso, con un total de entre 167 a 182 hombres (15,6%) cuyos ingresos son inferiores a 601,00 € , y finalmente con una frecuencia entre 149 y 156 (13,4%), los hombres cuyo nivel de ingreso es superior a 1.081,81 €. La distribución en mujeres es prácticamente igual para aquellas cuyos ingresos son inferiores a 601,00 € y de 601,01 € a 1.081,81 €, siendo respectivamente de 222 (el 17,2%) y de 209 a 223 (18,7%). Entre 128 y 131 (11,27%) mujeres perciben ingresos superiores a 1.081,81 €. Observamos que es más numeroso el grupo de mujeres respecto al de hombres con ingresos inferiores a 601,00 €, siendo mayor el número de hombres con ingresos entre 601,01 € a 1.081,81 € (un 20,7% respecto a un 18,7%) y superiores a 1.081,81 € (un 13,4% frente a un 11,27%). La oscilación de frecuencias según el FRC considerado se muestra en las gráficas 15 a 21.

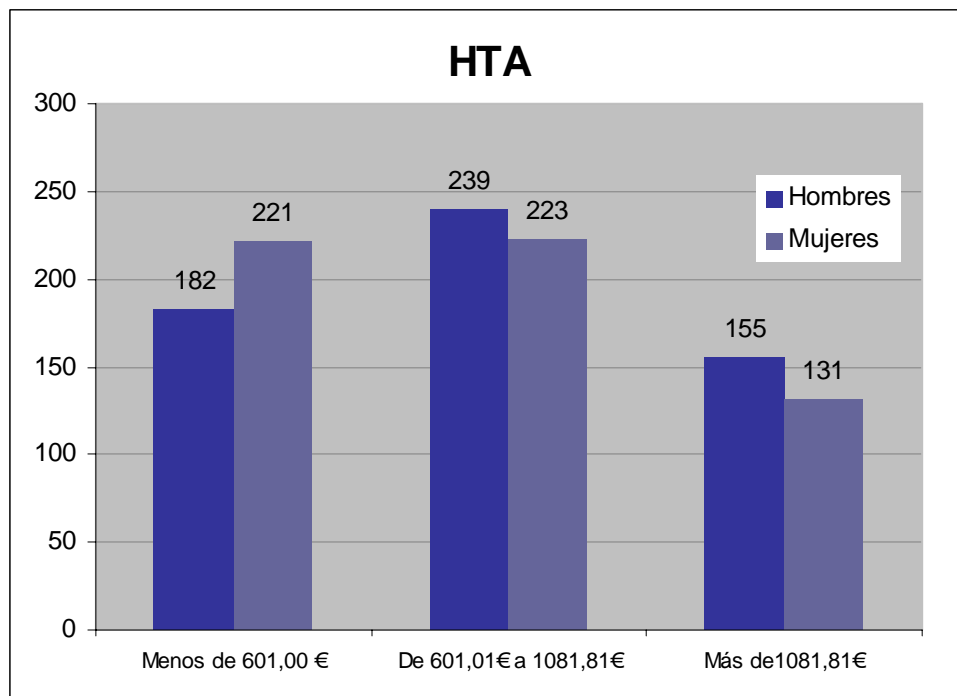
En la tabla 53 observamos como valores significativos, en relación a los FRC y el nivel de ingresos tanto para hombres como para mujeres, una mayor probabilidad de consumo de alcohol en el grupo perteneciente a ingresos menores de 601,00 € (OR 2,867, IC95% 1,78-4,619 y OR 1,149, IC95% 0,731-1,806) (un riesgo de 2,8 veces superior en hombres con bajos ingresos frente a los de mayor ingresos y de 1,1 para las mujeres en las mismas categorías de ingresos) y, para las mujeres, el riesgo es mayor para aquellas incluidas en el grupo de ingresos entre 601,01 a 1.081,81 € (OR 1,119, IC95% 0,718-1,746).

Presentan menor riesgo de ser hipertensas (OR 0,352, IC95% 0,177-0,698) y consumir menos tabaco (OR 0,422, IC95% 0,251-0,71) las mujeres cuyos ingresos son inferiores a 601,00 €.

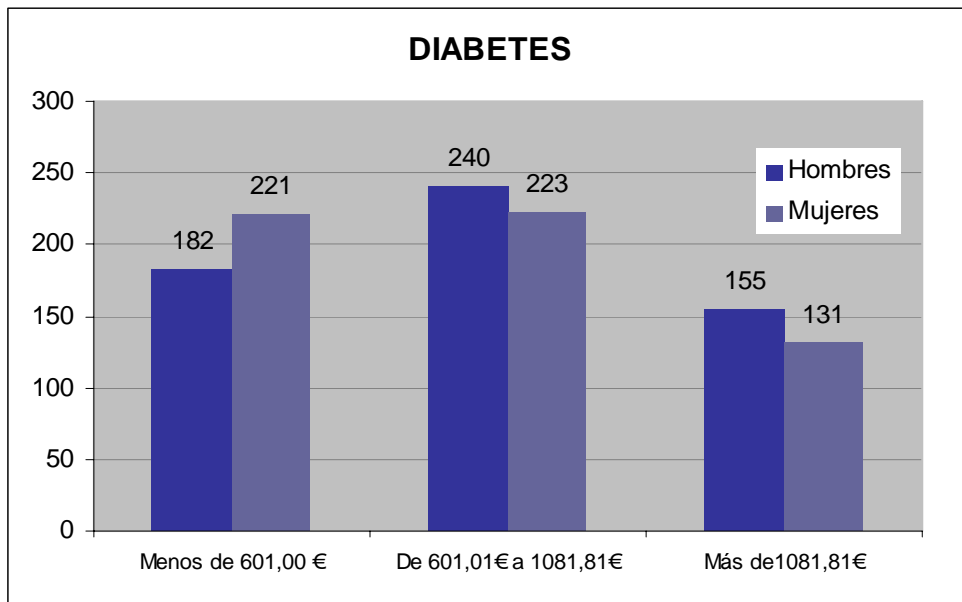
Para el FRC sedentarismo, las mujeres dentro del grupo de ingresos entre 601,01 y 1.081,81 € presentan una menor probabilidad de ser sedentarias (OR 0,531, IC 95% 0,338-0,833).

Aunque no hemos encontrado una comparación significativa para la hipertensión, diabetes e hipercolesterolemia puede observarse una tendencia creciente de los valores de los OR en relación a los niveles inversos del nivel de ingresos para ambos sexos (menor nivel de ingresos mayor probabilidad de ser presentar alguno de los FRC mencionados comparado con el nivel superior de ingresos).

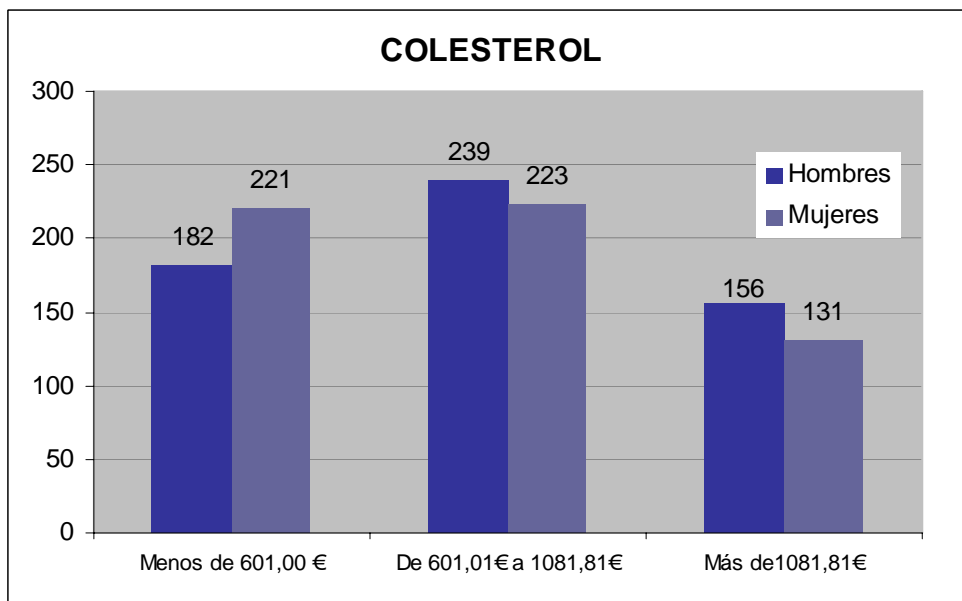
Gráfica 15: Distribución de la muestra según el nivel de ingresos para la HTA



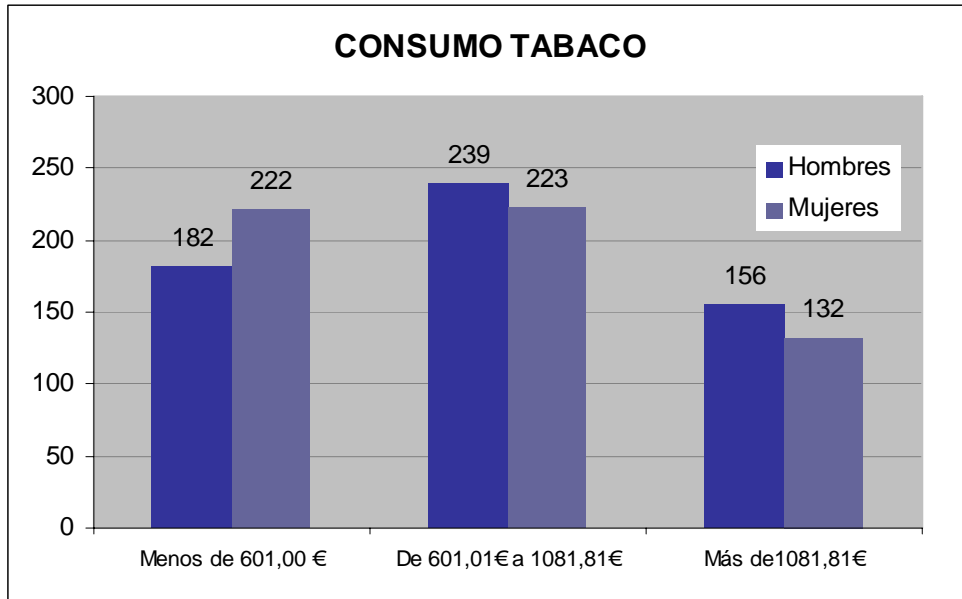
Gráfica 16: Distribución de la muestra según el nivel de ingresos para la Diabetes



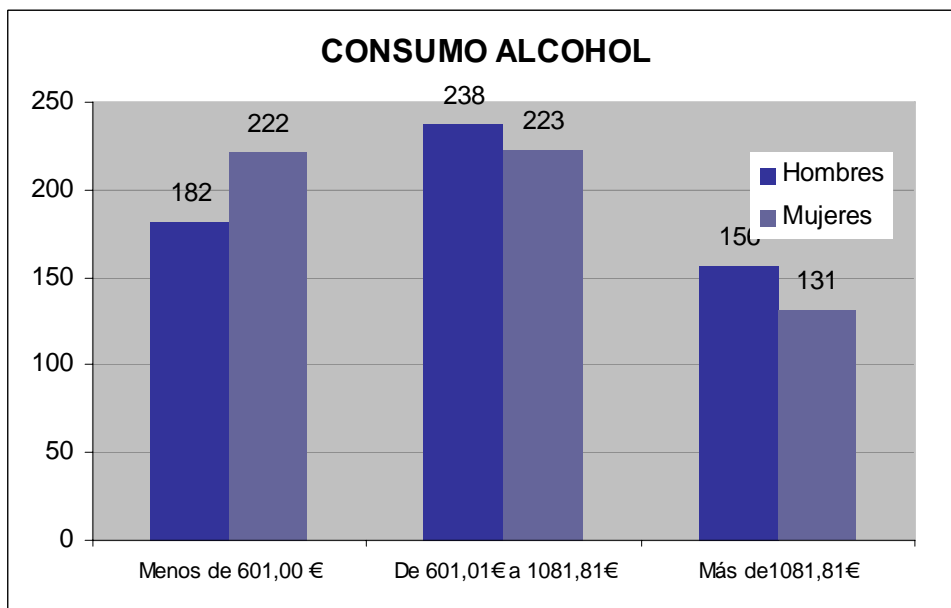
Gráfica 17: Distribución de la muestra según el nivel de ingresos para el colesterol



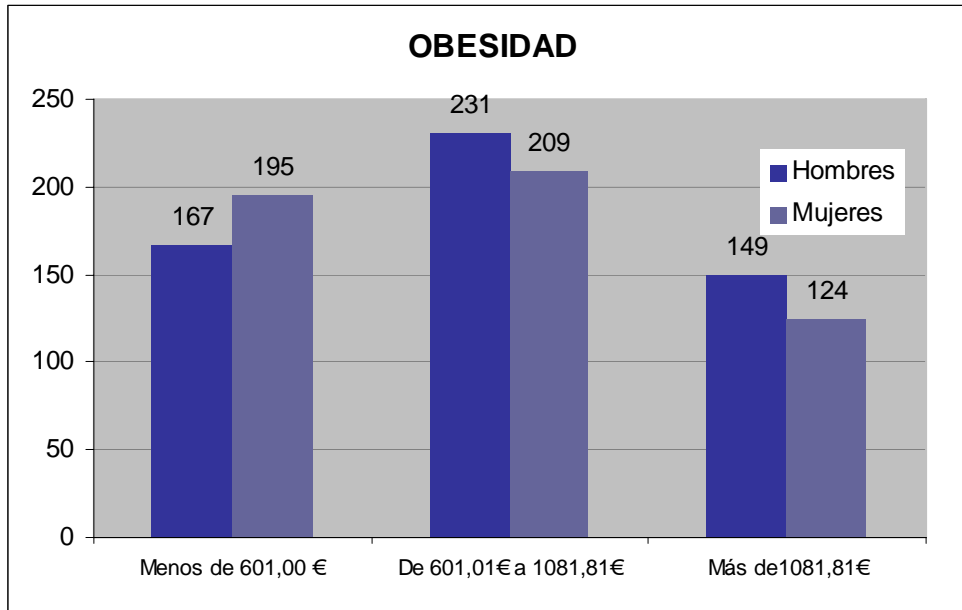
Gráfica 18: Distribución de la muestra según el nivel de ingresos para el consumo de tabaco



Gráfica 19: Distribución de la muestra según el nivel de ingresos para el consumo de alcohol



Gráfica 20: Distribución de la muestra según el nivel de ingresos para la obesidad



Gráfica 21: Distribución de la muestra según el nivel de ingresos para el sedentarismo

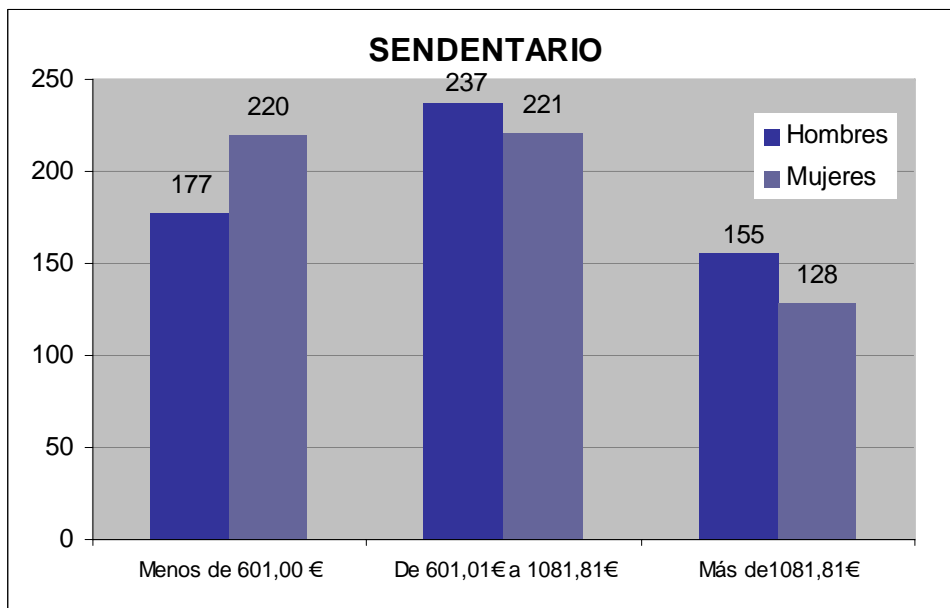


Tabla 50: Valores de OR y su intervalo de confianza al 95% para relacionar el *Nivel de ingresos* frente a cada factor de riesgo cardiovascular mediante regresiones logísticas, realizadas por separado para cada sexo, y que incluye a la edad.

Factor de riesgo	Nivel de ingresos	Hombres		CI 95%	CI 95%	Mujeres		CI 95%	CI 95%
		Frecuencia	OR	Lim Inf	Lim Sup	Frecuencia	OR	Lim Inf	Lim Sup
HTA	Menos de 601,00 €	182	,757	,394	1,457	221	,352	,177	,698
	De 601,01€ a 1.081,81€	239	,784	,415	1,482	223	,619	,301	1,272
	Más de1.081,81€	155				131			
DIABETES	Menos de 601,00 €	182	,731	,224	2,387	221	,681	,236	1,964
	De 601,01€ a 1.081,81€	240	,678	,207	2,222	223	,580	,200	1,680
	Más de1.081,81€	155				131			
COLESTEROL	Menos de 601,00 €	182	1,971	,974	3,991	221	,552	,262	1,163
	De 601,01€ a 1.081,81€	239	1,005	,551	1,833	223	,996	,446	2,224
	Más de1.081,81€	156				131			
TABACO	Menos de 601,00 €	182	1,085	,695	1,694	222	,422	,251	,710
	De 601,01€ a 1.081,81€	239	1,196	,789	1,811	223	,818	,485	1,381
	Más de1.081,81€	156				132			
ALCOHOL	Menos de 601,00 €	182	2,867	1,780	4,619	222	1,149	,731	1,806
	De 601,01€ a 1.081,81€	238	2,145	1,368	3,363	223	1,119	,718	1,746
	Más de1.081,81€	156				131			
OBESIDAD	Menos de 601,00 €	167	,691	,418	1,143	195	,765	,472	1,239
	De 601,01€ a 1.081,81€	231	,700	,447	1,095	209	,871	,546	1,390
	Más de1.081,81€	149				124			
SEDENTARISMO	Menos de 601,00 €	177	,769	,485	1,219	220	,898	,575	1,403
	De 601,01€ a 1.081,81€	237	,954	,626	1,455	221	,531	,338	,833
	Más de1.081,81€	155				128			

3. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y ACTIVIDAD ECONÓMICA

La distribución de frecuencias en la población de hombres estudiados varía en función del FRC estudiado, analizado según la actividad económica y siendo en todos los casos superior para los hombres ocupados con un 29,6% (342 sujetos). El siguiente grupo más numeroso lo constituyen los hombres que se encuentran percibiendo una pensión 9,1% (105 hombres). Dentro del grupo de estudiantes mayores de 16 años y en otra situación los valores son similares de 3,5% y 4,0% (de 41 y 47 varones); el grupo de parados con un 2,8% (33 sujetos) y, finalmente, encontramos un 0,7% (9 hombres) que refieren ser amas de casa. Variable que no consideraremos a partir de ahora ya que presenta un valor realmente escaso y no significativo.

Respecto al grupo de mujeres, se aprecia una mayor frecuencia en el grupo de ocupadas con un 20,7% (entre 234 y 241 mujeres). El siguiente grupo lo constituyen las ama de casa con 13,5% (156 mujeres), un valor claramente superior al de los hombres dentro de esta misma categoría (0,7% hombres amas de casa). Las mujeres que perciben una pensión constituyen el 13,5% (156 mujeres), las que se encuentran entre estudiantes mayores de 16 años suponen el 3,7% (43 mujeres), similar a las que se encuentran en otra situación, con el 3,4% (entre 38 y 41 según el FRC considerado) siendo el grupo inferior el de mujeres paradas, con el 2,1% (25 mujeres). Gráficas 22 a 28.

La tabla 54 presenta la interrelación de los FRC con la actividad económica. Los valores significativos en el grupo de hombres muestran una mayor probabilidad de tener hipercolesterolemia aquellos individuos que se encuentran percibiendo una pensión (OR 4,844, IC95% 1,915-12,248) respecto al grupo de ocupados; es decir los hombres que se encuentran percibiendo una pensión tienen un riesgo de 4,8 veces superior de padecer hipercolesterolemia que los ocupados. Sin embargo, para el grupo de mujeres, presentan

menor riesgo de hipercolesterolemia las mujeres que se encuentran en el grupo de paradas (OR 0,228, IC95% 0,067-0,769), amas de casa, (OR 0,297, IC95% 0,135-0,655) y en otra situación (OR 0,272, IC95% 0,097-0,769). El consumo de tabaco es más frecuente en estudiantes varones mayores de 16 años (OR 8,155, IC95% 2,751-24,176), lo que supone un riesgo 8,1 veces mayor que los hombres ocupados. Respecto al consumo de alcohol, la tabla nos indica el mayor riesgo de consumir alcohol entre los grupos de parados (OR 2,302, IC95% 1,119-4,736), los que están percibiendo una pensión (OR 2,433, IC95% 1,275-4,644) y estudiantes mayores de 16 años (OR 5,004, IC95% 2,336-10,719). El riesgo es de 2,3 veces superior en los parados, 2,4 en los que perciben una pensión y de 2,3 en los estudiantes respecto a los ocupados. Los datos muestran el mismo nivel de asociación para el grupo de mujeres respecto al consumo de alcohol, en el que el patrón que se repite es similar al del consumo en hombres. Tienen mayor probabilidad de consumir más alcohol las que se encuentran paradas (OR 0,912, IC95% 0,398-2,09), percibiendo una pensión (OR 2,438, IC95% 1,122-5,297) y las estudiantes mayores de 16 años (OR 1,319, IC95% 0,662-2,63), con un riesgo de 0,9 en las paradas, 2,4 veces superior en el grupo de las que perciben una pensión y de 1,3 en el grupo de estudiantes respecto a las mujeres ocupadas.

La actividad física muestra unos resultados similares tanto para hombres como para mujeres ya que en ambos grupos los/las estudiantes mayores de 16 años son los/las que presentan mayor riesgo de sedentarismo (OR 3,286, IC95% 1,615-6,685) para hombres y OR 2,641, IC95% 1,316-5,298 para mujeres respectivamente). Un riesgo de 3,2 veces para los hombres estudiantes y de 2,6 veces para las mujeres.

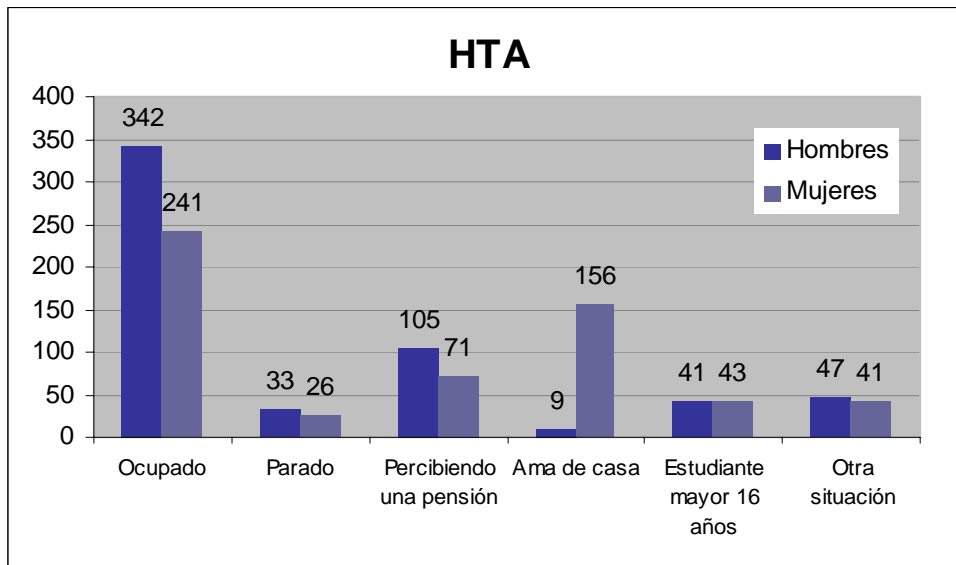
La tabla nos muestra una menor probabilidad de padecer hipertensión para las mujeres pertenecientes al grupo de amas de casa (OR 0,386, IC95% 0,204-0,73) y en otra

situación (OR 0,378, IC95% 0,155-0,925). La menor probabilidad de ser diabética corresponde al grupo de amas de casa (OR 0,26, IC95% 0,088-0,774).

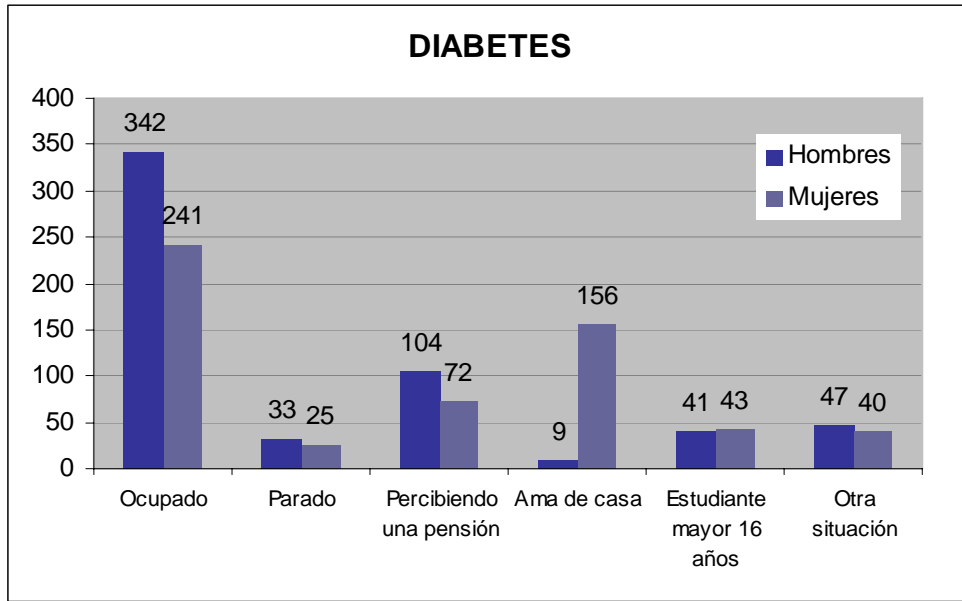
El patrón de consumo de tabaco es diferente al de los hombres ya que entre las mujeres tienen mayor probabilidad de consumir tabaco aquellas que perciben una pensión (OR 2,247, IC95% 0,853-5,918) y las amas de casa (OR 1,95, IC95% 1,171-3,249). Lo que indica un riesgo de consumir tabaco de 2,2 veces superior en las mujeres que perciben una pensión y de casi 2 veces en las amas de casa respecto a las ocupadas.

Finalmente, los datos muestran que tienen un menor riesgo de ser obesa aquellas que se encuentran en el grupo de paradas (OR 0,317, IC95% 0,124-0,806).

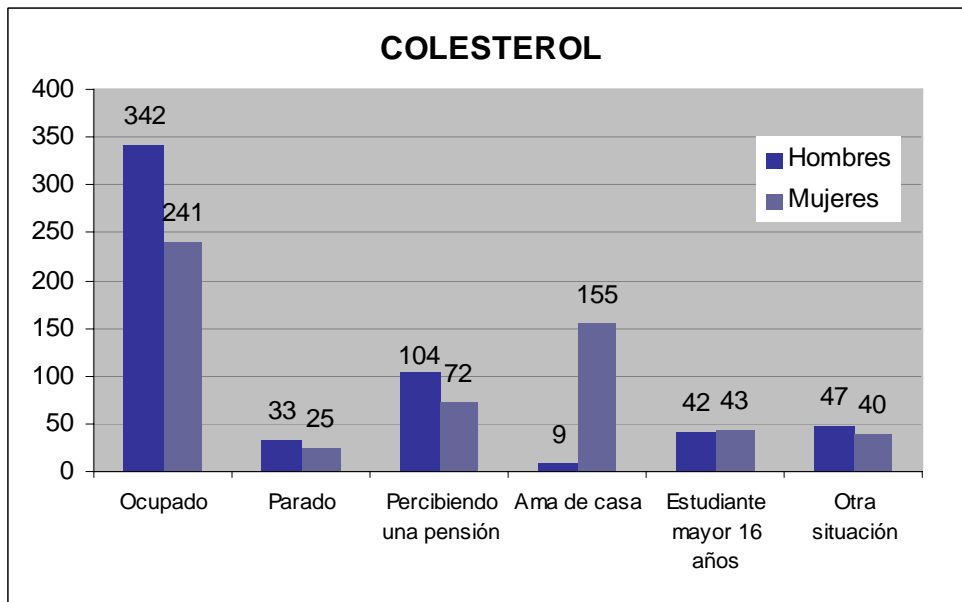
Gráfica 22: Distribución de la muestra según actividad económica para la HTA



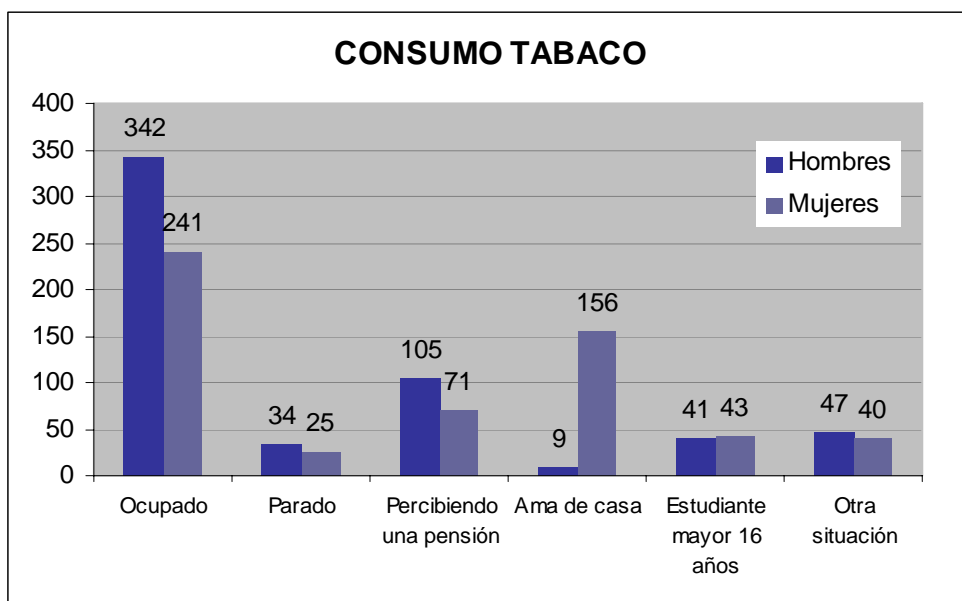
Gráfica 23: Distribución de la muestra según actividad económica para la diabetes



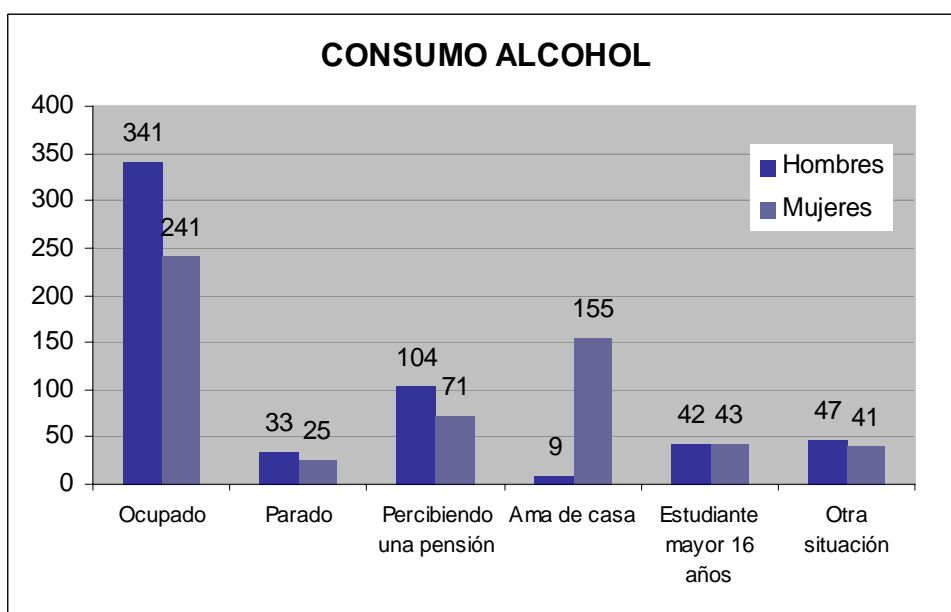
Gráfica 24: Distribución de la muestra según actividad económica para el colesterol



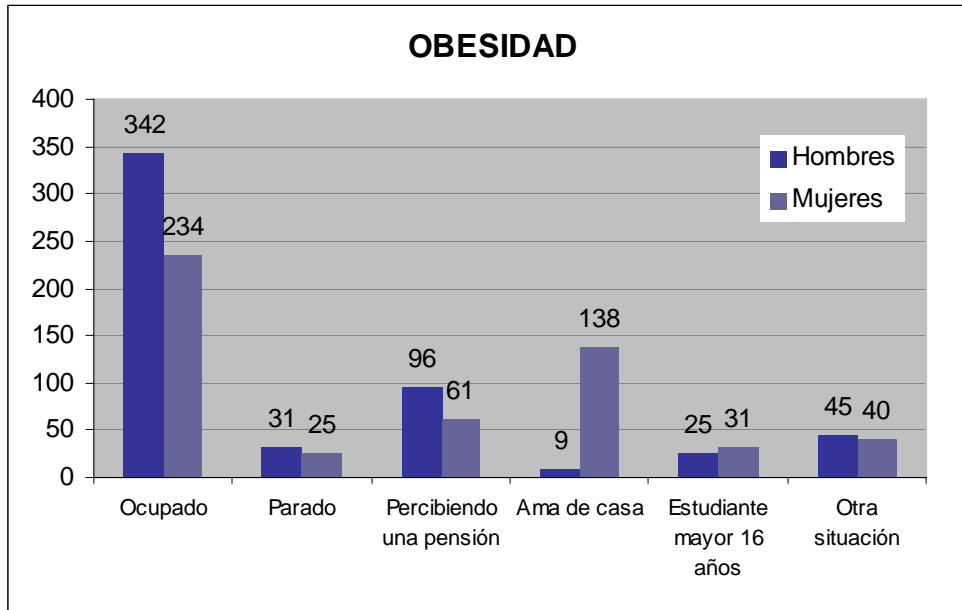
Gráfica 25: Distribución de la muestra según actividad económica para el consumo de tabaco



Gráfica 26: Distribución de la muestra según actividad económica para el consumo de alcohol



Gráfica 27: Distribución de la muestra según actividad económica para la obesidad



Gráfica 28: Distribución de la muestra según el actividad económica para el sedentarismo

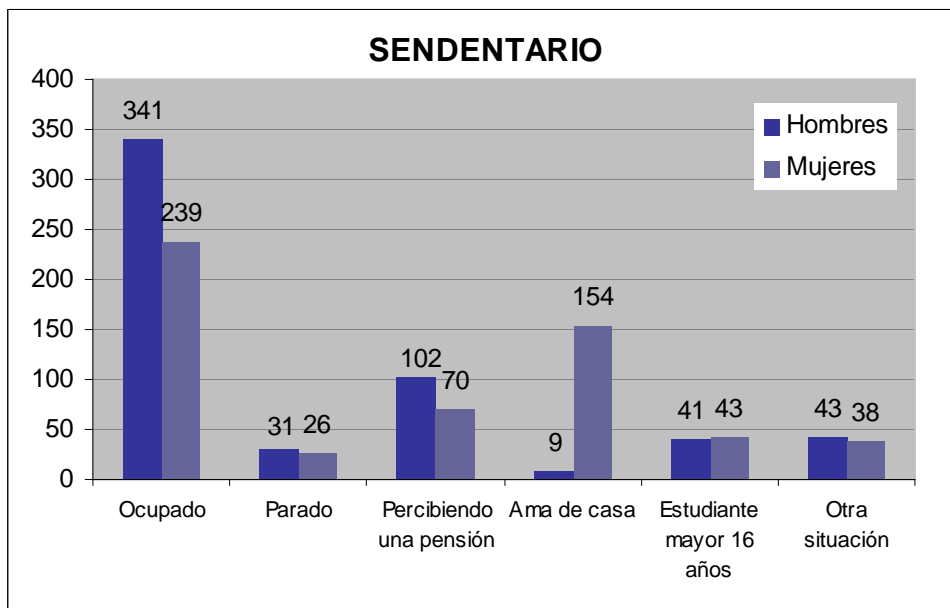


Tabla 51: Valores de OR y su intervalo de confianza al 95% para relacionar la *Actividad económica* frente a cada factor de riesgo cardiovascular mediante regresiones logísticas, realizadas por separado para cada sexo, y que incluye a la edad.

Factor de riesgo	Actividad económica	Hombres		CI 95%		Mujeres		CI 95%	
		Frecuencia	OR	Lim Inf	Lim Sup	Frecuencia	OR	Lim Inf	Lim Sup
HTA	Ocupado	342				241			
	Parado	33	,464	,175	1,232	26	,557	,161	1,921
	Percibiendo una pensión	105	1,787	,789	4,051	71	,575	,244	1,355
	Ama de casa	9	1,972	,194	20,022	156	,386	,204	,730
	Estudiante mayor 16 años	41	,636	,170	2,387	43	1,143	,207	6,301
	Otra situación	47	,930	,373	2,315	41	,378	,155	,925
DIABETES	Ocupado	342				241			
	Parado	33	,428	,064	2,861	25			
	Percibiendo una pensión	104	1,490	,395	5,621	72	,521	,132	2,052
	Ama de casa	9			.	156	,260	,088	,774
	Estudiante mayor 16 años	41			.	43			.
	Otra situación	47	,532	,130	2,176	40	,373	,083	1,679
COLESTEROL	Ocupado	342				241			
	Parado	33	,935	,305	2,867	25	,228	,067	,769
	Percibiendo una pensión	104	4,844	1,915	12,248	72	,535	,188	1,526
	Ama de casa	9				155	,297	,135	,655
	Estudiante mayor 16 años	42	1,520	,275	8,391	43			.
	Otra situación	47	2,274	,743	6,960	40	,272	,097	,769
TABACO	Ocupado	342				241			
	Parado	34	,833	,406	1,709	25	,713	,309	1,647
	Percibiendo una pensión	105	1,149	,601	2,194	71	2,247	,853	5,918
	Ama de casa	9	2,047	,435	9,633	156	1,950	1,171	3,249
	Estudiante mayor 16 años	41	8,155	2,751	24,176	43	2,505	1,164	5,389
	Otra situación	47	,646	,349	1,197	40	1,064	,516	2,193
ALCOHOL	Ocupado	341				241			
	Parado	33	2,302	1,119	4,736	25	,912	,398	2,090
	Percibiendo una pensión	104	2,433	1,275	4,644	71	2,438	1,122	5,297
	Ama de casa	9	,453	,074	2,776	155	2,310	1,457	3,662
	Estudiante mayor 16 años	42	5,004	2,336	10,719	43	1,319	,662	2,630
	Otra situación	47	1,765	,944	3,300	41	1,412	,712	2,800
OBESIDAD	Ocupado	342				234			
	Parado	31	,923	,418	2,039	25	,317	,124	,806
	Percibiendo una pensión	96	1,946	,902	4,200	61	,828	,357	1,920
	Ama de casa	9	2,149	,523	8,825	138	,653	,404	1,053
	Estudiante mayor 16 años	25	,850	,360	2,007	31	,467	,211	1,034
	Otra situación	45	1,028	,508	2,080	40	,947	,463	1,936
SEDENTARISMO	Ocupado	341				239			
	Parado	31	,840	,368	1,916	26	,986	,412	2,362
	Percibiendo una pensión	102	1,618	,858	3,052	70	1,462	,723	2,953
	Ama de casa	9	,886	,213	3,676	154	1,051	,664	1,661
	Estudiante mayor 16 años	41	3,286	1,615	6,685	43	2,641	1,316	5,298
	Otra situación	43	1,447	,750	2,792	38	1,637	,812	3,302

4. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y TIPO DE OCUPACIÓN

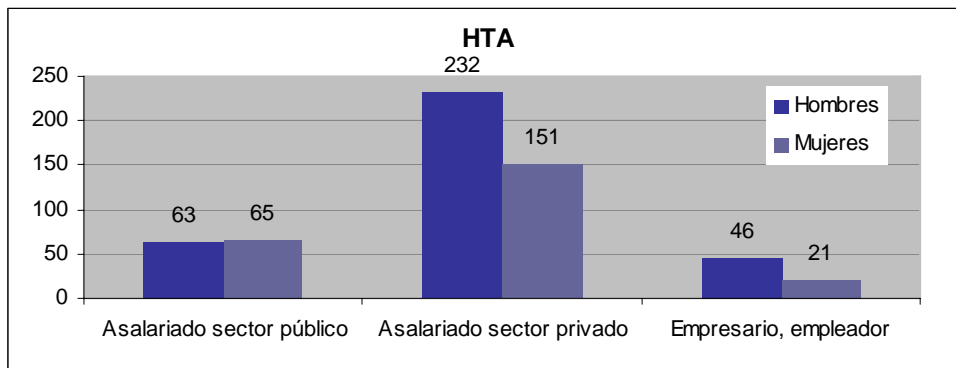
El tipo de ocupación se ha establecido en tres categorías: asalariado del sector público, asalariado del sector privado y empresario/empleador. La mayoría de hombres de la muestra seleccionada trabaja en el sector privado 20,1% (232 individuos,) seguido del sector público 5,4% (63 hombres) y, finalmente, en la categoría de empresario/empleador un total del 4,0% (47 varones).

En cuanto a las mujeres, podemos afirmar que la mayoría trabaja en el sector privado 13,0% (151 mujeres), en el sector público un 5,5 (oscila de 63 a 66 mujeres según el FRC que analicemos), similar al grupo de hombres en esta categoría, y en el grupo de empresaria/empleadora un 1,7% (20 mujeres), cifra inferior al porcentaje de hombres empleadores. Gráficas 29-35.

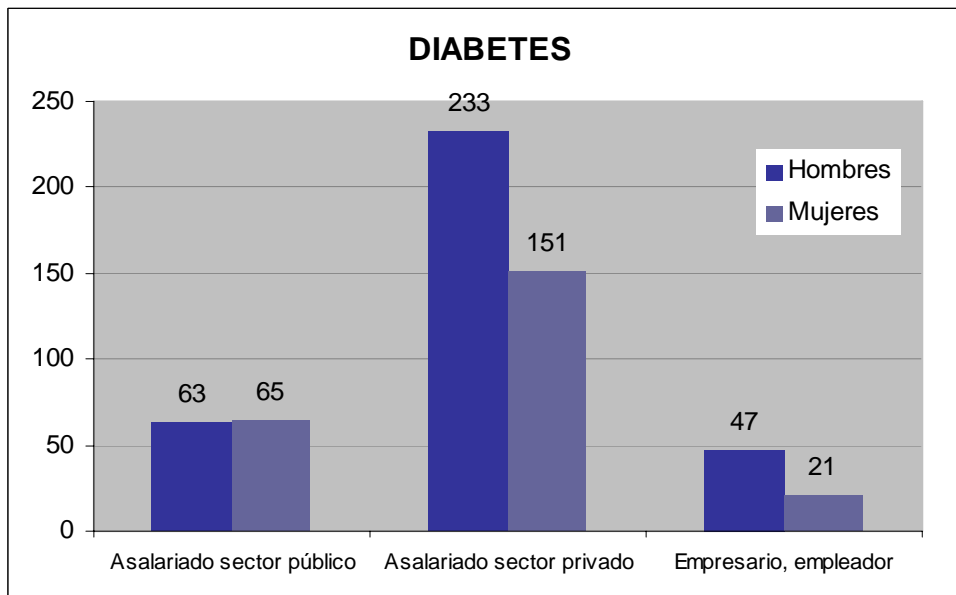
Según la tabla 55, los hombres que trabajan en el sector privado tienen mayor probabilidad de ser hipertensos (OR 3,252, IC95% 1,457-7,259) y sedentarios (OR 2,835, IC95% 1,581-5,084). Es decir un riesgo 3,2 veces superior de ser hipertensos los hombres que trabajan en el sector privado respecto al público y de 2,8 veces mayor de ser sedentarios.

Para el grupo de mujeres sucede lo contrario, tienen menor riesgo de ser hipertensas (OR 0,117, IC95% 0,019-0,71) y sedentarias (OR 0,353, IC95% 0,19-0,654) las que trabajan en el sector privado. Sin embargo dentro del mismo grupo (las asalariadas sector privado) tienen mayor probabilidad de consumir alcohol (OR 1,204, IC95% 0,661-2,193). Un riesgo de 1,2 veces superior respecto a las que trabajan en el sector público.

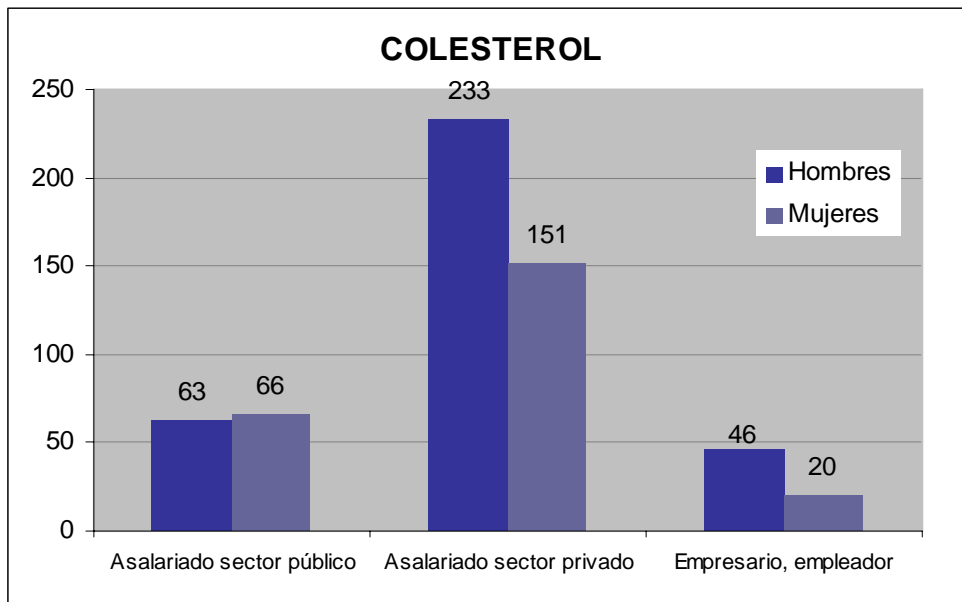
Gráfica 29: Distribución de la muestra según tipo de actividad para la HTA



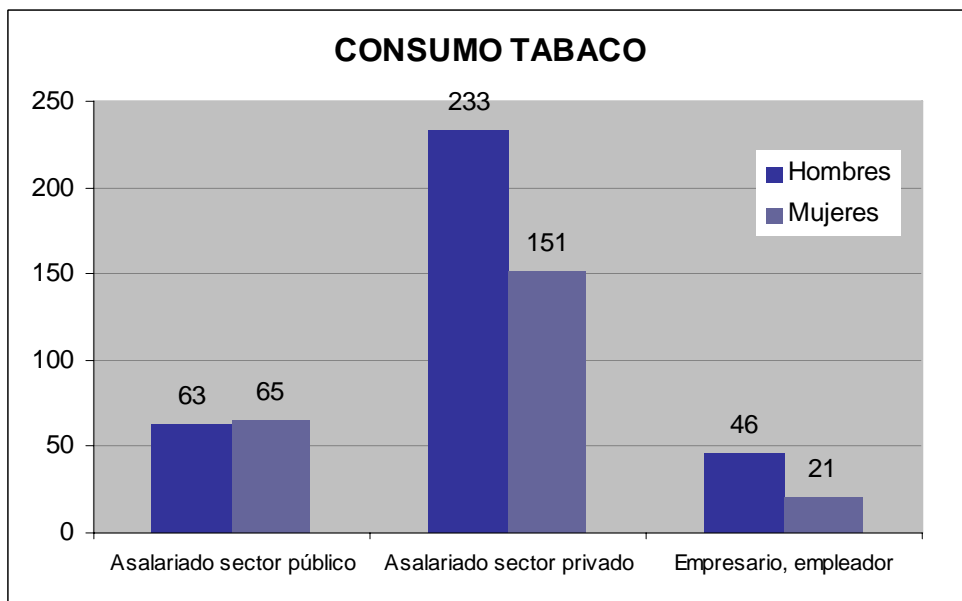
Gráfica 30: Distribución de la muestra según tipo de actividad para la diabetes



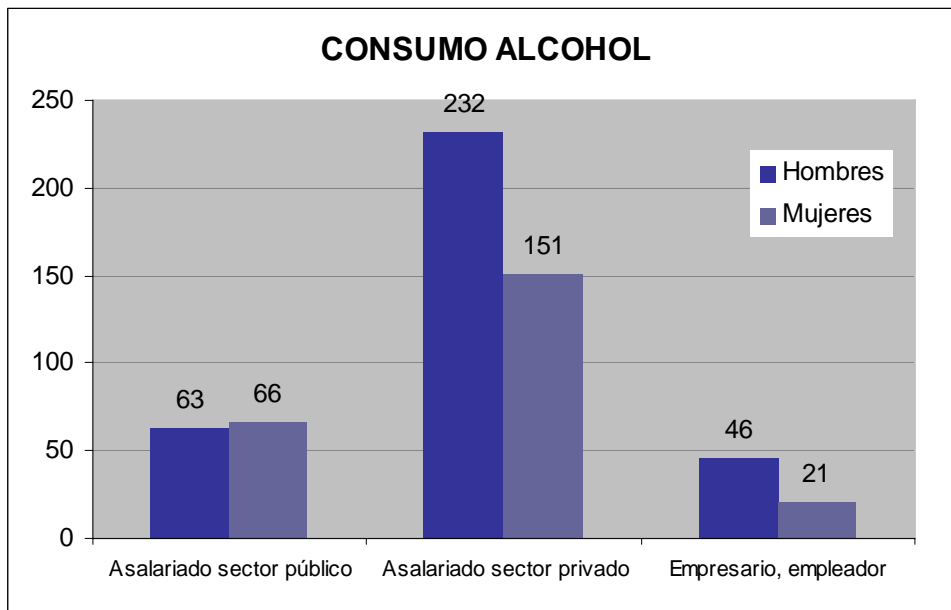
Gráfica 31: Distribución de la muestra según tipo de actividad para el colesterol



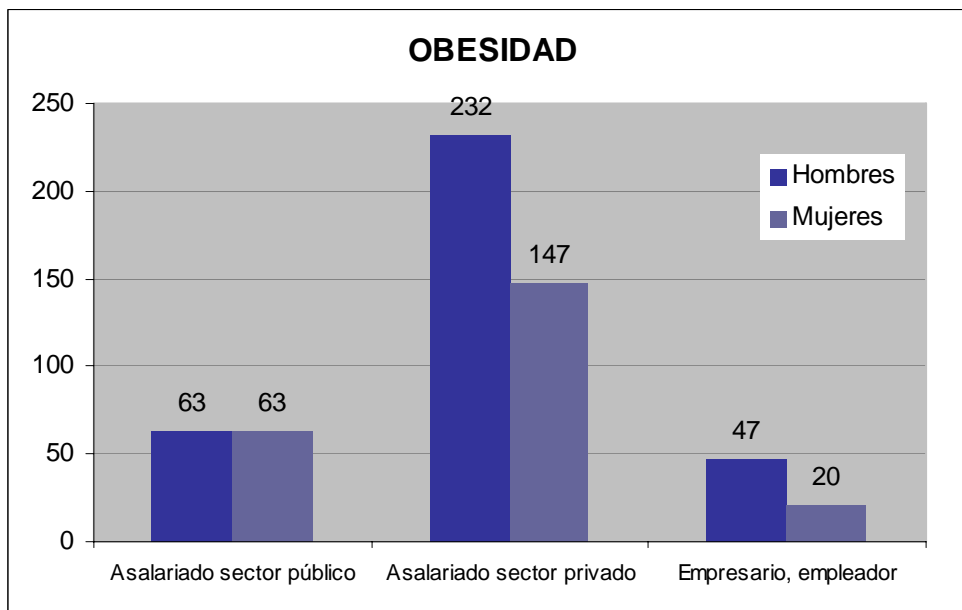
Gráfica 32: Distribución de la muestra según tipo de actividad para el consumo de tabaco



Gráfica 33: Distribución de la muestra según tipo de actividad para el consumo de alcohol



Gráfica 34: Distribución de la muestra según tipo de actividad para la obesidad



Gráfica 35: Distribución de la muestra según tipo de actividad para el sedentarismo

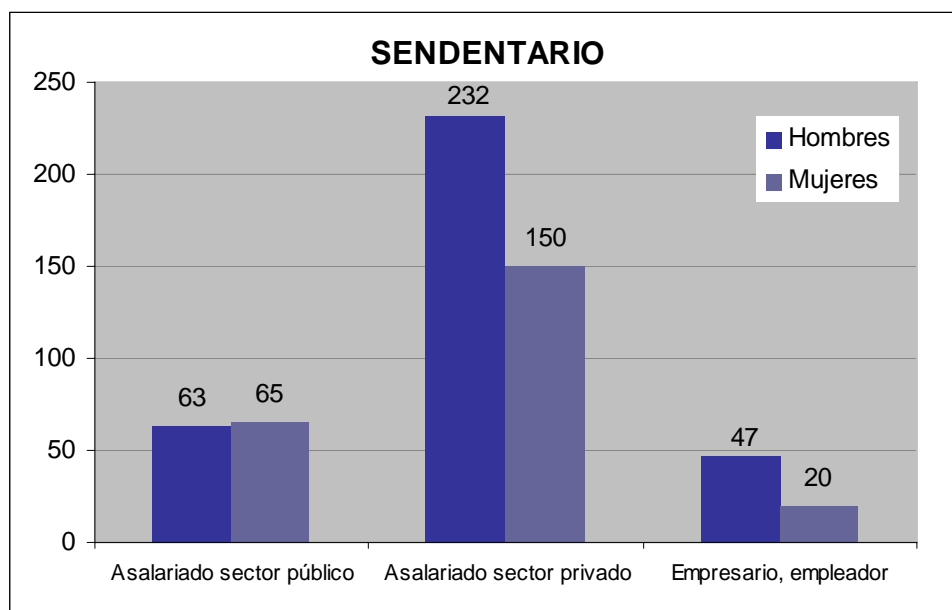


Tabla 52: Valores de OR y su intervalo de confianza al 95% para relacionar el *Tipo de ocupación* frente a cada factor de riesgo cardiovascular mediante regresiones logísticas, realizadas por separado para cada sexo, y que incluye a la edad.

Factor de riesgo	Tipo de Ocupación	Hombres				Mujeres			
		Frecuencia	OR	CI 95%	CI 95%	Frecuencia	OR	CI 95%	CI 95%
HTA	Asalariado sector público	63				65			
	Asalariado sector privado	232	3,252	1,457	7,259	151	,117	,019	,710
	Empresario, empleador	46	2,061	,717	5,922	21	,399	,036	4,472
DIABETES	Asalariado sector público	63				65			
	Asalariado sector privado	233	1,100	,192	6,300	151	,770	,092	6,438
	Empresario, empleador	47	1,370	,136	13,825	21	,699	,036	13,712
COLESTEROL	Asalariado sector público	63				66			
	Asalariado sector privado	233	1,207	,513	2,841	151	,912	,221	3,765
	Empresario, empleador	46	,469	,172	1,278	20	,937	,110	8,022
TABACO	Asalariado sector público	63				65			
	Asalariado sector privado	233	,775	,434	1,382	151	,657	,353	1,225
	Empresario, empleador	46	,761	,348	1,665	21	2,602	,742	9,124
ALCOHOL	Asalariado sector público	63				66			
	Asalariado sector privado	232	1,466	,784	2,742	151	1,204	,661	2,193
	Empresario, empleador	46	,577	,224	1,484	21	3,864	1,292	11,554
OBESIDAD	Asalariado sector público	63				63			
	Asalariado sector privado	232	1,029	,548	1,934	147	1,293	,699	2,393
	Empresario, empleador	47	1,298	,550	3,066	20	,953	,336	2,699
SENDENTARISMO	Asalariado sector público	63				65			
	Asalariado sector privado	232	2,835	1,581	5,084	150	,353	,190	,654
	Empresario, empleador	47	1,441	,733	2,834	20	,500	,178	1,409

V. DISCUSIÓN

V. DISCUSIÓN

La asociación entre nivel socioeconómico y factores de riesgo cardiovascular está ampliamente documentada, especialmente en los países anglosajones y del norte de Europa. Los estudios más recientes sobre la influencia de las variables socioeconómicas manifiestan una asociación inversa entre hipertensión arterial, consumo de tabaco, hipercolesterolemia y obesidad, y directamente asociada al el ejercicio físico.

Nuestro estudio aporta datos poblacionales de riesgo cardiovascular y factores socioeconómicos escasos en la Comunidad Canaria. Al igual que en otros estudios, hemos obtenido como resultado que existe una amplia distribución poblacional de los principales FRC. En nuestro estudio observamos una modificación de las variables socioeconómicas estudiadas en los últimos años, especialmente en la educación (mayor porcentaje de población con estudios primarios y secundarios).

A pesar de la existencia de pocos estudios sobre desigualdades en salud en España anteriores a la década de los 90, actualmente contamos con literatura científica específica sobre cómo utilizar los indicadores de nivel socioeconómico. Se ha observado que la mayoría de estudios analizan la mortalidad, morbilidad o prevalencia de FRC según el nivel de estudios (C. Borrell et al., 1997; C. Borrell, Benach, & CAPS-FJ Bofill Working Group, 2006; C. Borrell et al., 2008; Dominguez-Berjon, Borrell, Benach, & Pasarin, 2001; Fernandez et al., 2006; Menvielle et al., 2008).

1. NIVEL DE ESTUDIOS

Los resultados principales de este estudio muestran que en la población Canaria estudiada (n=1153) existe una relación entre FRC y nivel educativo, especialmente en mujeres.

En el nivel de estudios secundarios, en el que se engloban un mayor número de sujetos tanto de hombres como mujeres, encontramos que tienen mayor riesgo de ser sedentarios los hombres de este grupo; sin embargo, presentan menor probabilidad de ser obesos. Este hecho nos llama la atención como dato aparentemente contradictorio, pues la obesidad y el sedentarismo son factores muy interrelacionados. Una explicación posible podría ser el tipo de ocupación que desempeñan, así como el factor edad que condiciona la aparición de la obesidad a partir de los 35 años aproximadamente en hombres aunque la variable edad ha sido tenida en cuenta en el análisis de los datos.

En el grupo de mujeres hemos detectado una mayor correlación (concordancia) respecto a obesidad y sedentarismo, mostrando para ambos factores un menor riesgo lo que confirma la actividad física como factor regulador de la obesidad, tal como establecen las recomendaciones al respecto.

El poseer estudios secundarios parece ser un factor de protección para la HTA en las mujeres, no encontrando datos significativos estadísticamente al respecto en la población de hombres. Sin embargo, este colectivo de mujeres son las que mayor riesgo de consumir tabaco presentan frente a todos los niveles de estudios. Estos resultados son concordantes con otras investigaciones realizadas en población española (Cirera, Tormo, Chirlaque, & Navarro, 1998; Lostao, Regidor, Añach, & Dominguez, 2001). En el estudio GLOBE llevado a cabo en Holanda en el que se relaciona el consumo de tabaco con el nivel de estudios, los datos reflejan que la población con menor nivel educativo es la que mayor riesgo de consumir tabaco presenta para ambos sexos. En dicho estudio se ha tenido en cuenta la edad de inicio de consumo como factor predictor de la probabilidad de continuar fumando en los 6,5 años siguientes (1991) (M. Droomers, Carola, & Mackenbach, 2002; M. Droomers, Schrijvers, & Mackenbach, 2004b). Estos estudios muestran como aquellos individuos cuyo inicio en el hábito de

fumar se estableció en edades tempranas presentan mayor riesgo de seguir consumiendo, estableciéndose así una relación inversa entre ambas variables.

Otros estudios muestran que a medida que aumenta el nivel de estudios, disminuye el consumo de tabaco, excepto en España (Cirera et al., 1998). En nuestro caso, recordemos que sólo ha resultado estadísticamente significativo para el grupo de mujeres con educación secundaria. Con la incorporación de la mujer al mundo laboral mucho más reciente en España que en otros países europeos como Suecia o Dinamarca (en los que la prevalencia de consumo de tabaco es baja), es probable que este patrón de consumo se modifique en los próximos años.

En el grupo de estudios primarios no hemos encontrado significación estadística que relacione el nivel de estudios con los FRC en hombres, excepto para el alcohol, que comentaremos más adelante, y el sedentarismo que junto con los hombres que poseen estudios secundarios presentan mayor riesgo de sedentarismo lo que podría estar influido por valores culturales. Es probable que los hombres incluidos en el grupo de “sin estudios”, ejerzan trabajos no cualificados, en los que perciben que realizan actividad física dentro del desarrollo de su jornada laboral. Habría que indagar más en este aspecto. Otros estudios establecen resultados diferentes, afirmando que en los últimos años los trabajadores manuales no cualificados han modificado sus hábitos de vida en relación al ejercicio físico en el sentido de practicar regularmente algún tipo de actividad deportiva. En particular lo relacionán con un mayor desarrollo económico en general en el país (Lostao et al., 2001). En un estudio realizado en el año 2001 a nivel europeo se establece que, a medida que mejora el nivel educativo de los individuos, mayor es la percepción de los efectos beneficiosos del ejercicio físico sobre la salud, incrementando la actividad física a medida que aumenta el nivel de educación

(Nusselder et al., 2008). En nuestro caso no hemos encontrado datos significativos que avalen lo expuesto por Nusselder et al. en su estudio.

Para la HTA hemos encontrado que la población más susceptible de riesgo lo constituyen las mujeres con estudios superiores. Otros han encontrado resultados similares (Carvalho Freitas et al., 2001; Caudales Pérez, Acosta Hosman, Palacios Gainza, Castillo Guzmán, & García Barreto, 1998; Tedesco, Di SALvo, Natale, Iarussi, & Iacono, 2001). Tal como hemos comentado anteriormente, el menor riesgo de HTA y sedentarismo lo encontramos en el grupo de mujeres que poseen estudios secundarios. Esto es concordante con las recomendaciones que establecen que la realización de ejercicio físico de forma regular previene la HTA o mejora los niveles de ésta cuando ya ha sido diagnosticada.

Teniendo en cuenta la interrelación entre obesidad, diabetes, ejercicio físico e HTA, nuestros datos muestran que la población de mujeres (en hombres no hay significación estadística) de este nivel educativo presentan menor riesgo de HTA, son menos sedentarias y por lo tanto presentan menor riesgo de obesidad.

De los FRC estudiados según el nivel educativo, la hipercolesterolemia no presenta ningún tipo de asociación con el nivel de estudios; los mismos resultados han sido encontrados en otros estudios (Baigent et al., 2005; Benetou et al., 2000).

No sucede así con el consumo de alcohol en el que existe una relación inversa, a menor nivel de estudios mayor probabilidad de consumir alcohol, tanto para hombres como para mujeres. Especialmente en el grupo de mujeres, este riesgo persiste en aquellas que poseen estudios primarios y secundarios. Las mujeres universitarias son las que menor riesgo presentan de consumo de alcohol. En general este dato, respecto a menor consumo según aumenta la educación, se confirma en otros trabajos, generalmente para

hombres y mujeres (Ahnquist et al., 2008; P. Anderson & Baumberg, 2006; M. Droomers, Schrijvers, & Mackenbach, 2004a; Schnohr et al., 2004).

Los estudios realizados muestran una asociación directa entre el nivel educacional y el nivel de salud. Stelmach et al., muestran una mayor consistencia entre educación y FRC que cualquier otro factor que mida el nivel socioeconómico (Stelmach, Kaczmarczyk-Chalas, Bielecki, Stelmach, & Drygas, 2004). Manifiestan un mayor riesgo de diabetes y obesidad los grupos sociales con menor nivel educativo. Otros estudios como el de Jackson et al. muestran idénticos resultados. El estudio multicéntrico INCLLEN, sin embargo, no mostró este tipo de asociación en la población latinoamericana (The INCLLEN Multicentre Collaborative Group., 1996). Ross y Wu establecen un nivel de salud más positivo en los grupos con mayor nivel de estudios, sobre todo en los grupos de edades más avanzadas, que en los jóvenes (Ross & Wu, 1996). Shi et al. observaron que el mayor riesgo de diabetes lo presentan las personas con mejor educación (Shi, Fang, & Zhu, 1998). Stelmach et al. muestran una asociación clara entre la edad y el consumo de tabaco, hipercolesterolemia e hipertensión. Asimismo encontraron que la co-presencia de varios FRC se asocia en jóvenes y en mujeres. Cuando coexisten dos o más FRC, la educación y el nivel de ingresos son determinantes. El patrón encontrado en su estudio realizado en Polonia muestra que en aquellas personas con bajo nivel educativo pero niveles altos de ingresos (patrón que se repite en la mayoría de los países del Este de Europa) aumenta el riesgo de presentar varios FRC simultáneamente (Stelmach et al., 2004).

Los modelos que defienden la educación como un predictor del nivel de salud argumentan dos aspectos: por un lado, aquellos con mejor nivel educativo suelen tener mejores ingresos y, por otro, les capacita para tomar mejores decisiones relacionadas con la salud y la adopción de estilos de vida más saludables que permiten tomar

decisiones acertadas respecto a la salud y a la vida en general (M. A. Howard & Anderson, 1978).

Otros estudios muestran la asociación entre nivel educativo e HTA, consumo de tabaco, hipercolesterolemia y mayor morbilidad y mortalidad por enfermedad cardiovascular (Winkleby, Jatulis, Frank, & Fortmann, 1992). Marmot y Bobak han demostrado la asociación inversa entre nivel educativo y el riesgo de padecer un infarto de miocardio: a mayor educación, menor es el riesgo (M. Marmot & Bobak, 2000). Blazek y Dzurova, Shkolnikov et al. y Jozan y Forster muestran como en la República Checa, Rusia y Hungría, a mayor posición en la jerarquía social (determinada por la educación más que por el nivel de ingresos o el tipo de ocupación) menor es el riesgo de mortalidad por ECV (Blazek & Dzurova, 2000; Jozan & Foster, 1999; Shkolnikov, Leon, Adamets, Andreev & Deev, 1998).

En los países en vías de desarrollo en los que se ha estudiado este tipo de asociación, el nivel educativo parece ser la medida más adecuada para medir la posición socioeconómica. En los artículos disponibles que hemos analizado, los resultados muestran que las personas con niveles socioeconómicos bajos (determinados por el nivel educativo) presentan mayor prevalencia de FRC (DING & WANG, 2008; Dummer & Cook, 2008; Minh et al., 2003; Van Minh et al., 2006; Wagstaff, 2000; Yu et al., 2000; Yusuf et al., 2004).

Sin embargo, encontramos otros estudios en los que no se produce esta asociación, y que afirman que el riesgo de ECV es igual en los grupos sociales favorecidos y desfavorecidos (Bobak & Marmot, 1996; Rios, Abdulah, Wei, & Hausdorff, 2001).

El estudio MONICA revela que los factores de mayor incidencia sobre los FRC son la edad, el sexo y la educación. Los resultados muestran que los efectos adversos de la

exposición a los FRC inciden más en las mujeres que en los hombres, dato que se corrobora en nuestro estudio (Manhem, Dotevall, Wilhemsen, & Rosengren, 2000).

A modo de conclusión del estudio de FRC y nivel de educación podemos concluir que consideramos el nivel educativo, junto con la edad y el sexo, como factores predictores de FRC. Sin embargo, en nuestro caso, los datos muestran una asociación fundamentalmente con el alcohol para ambos sexos ya que a menor nivel educativo mayor riesgo de alcoholismo. Para las mujeres, el poseer estudios superiores constituye un factor de protección frente al consumo de alcohol, tabaco, obesidad, diabetes e HTA. El nivel educativo en los hombres parece no tener relación, excepto para el consumo de alcohol ya mencionado y para el sedentarismo, en el que el grupo de menor y mayor nivel educativo parece tener menos riesgo.

Nos parece interesante añadir que si bien no hemos encontrado significación estadística para todas las variables estudiadas, podemos observar una tendencia creciente de los valores de OR en relación a los niveles inversos de nivel de estudios.

2. NIVEL DE INGRESOS

La salud está directamente influenciada por la posición social. Esto nos permite identificar el estatus socioeconómico como causa probable de enfermedad o mala salud ya que el impacto en la morbilidad y mortalidad se manifiesta en diferentes momentos del ciclo vital del individuo. Algunos estudios recientes sugieren que la desigualdad social per se, y no solamente la posición que un individuo ocupa en el espectro social, también está relacionada con la salud. Han constatado que en los países en los que existen grandes desigualdades en la distribución de ingresos, se obtienen peores resultados en la salud de la población que en aquellos países en los que la distribución es más igualitaria, incluso después de ajustar según el PIB o la media de ingresos del país (McIsaac &

Wilkinson, 1997). Estudios más recientes sugieren la relación entre nivel de ingresos y mortalidad señalando que, cuando se produce desigualdad en la distribución de ingresos la mortalidad se ve directamente influenciada en todas las áreas de un país (Ben Shlomo, White, & Marmot, 1996).

Ben Shlomo et al., encontraron que en Inglaterra la variación en la deprivación de zonas pequeñas se asociaba directamente con la mortalidad después de aplicar niveles de privación absolutos (Ben Shlomo et al., 1996). Kaplan et al. y Kennedy et al. documentaron una asociación significativa entre indicadores estatales de desigualdad social y mortalidad por estados dentro de Estados Unidos. Esta asociación persistía una vez ajustada por niveles de pobreza según el estado o por la media de ingresos de los hogares (G. A. Kaplan et al., 1996; Kennedy, Kawachi, Glass, & Prothrow-Stith, 1998). Lynch et al. encontraron que a medida que aumenta la desigualdad en los ingresos, aumenta la mortalidad en 282 áreas metropolitanas de EEUU, incluso después de estratificar según los ingresos per cápita (J. W. Lynch et al., 1997; J. W. Lynch, Davey Smith, Kaplan, & House, 2000; J. Lynch, Krause, Kaplan, Tuomilehto, & Salonen, 1997).

Diez-Roux et al. en su estudio realizado en EEUU encontraron que en aquellos estados en los que la desigualdad de renta es mayor, aumenta en los hombres el porcentaje de sedentarios y fumadores; sin embargo, no encontraron ningún tipo de asociación para la hipertensión arterial y la obesidad. Para las mujeres, a medida que este indicador de desigualdad aumenta, se produce un aumento en el riesgo de todos los FRC estudiados (en este caso obesidad, consumo de tabaco, sedentarismo e HTA).

Cuando realizaron el mismo análisis aplicado al nivel individual de desigualdad en los ingresos se obtuvo una asociación positiva con la obesidad, disminución en el riesgo de

HTA, sedentarismo y consumo de tabaco. En el caso de las mujeres, un aumento del nivel individual de ingresos produjo una disminución en todos los factores de riesgo.

Sin embargo, el consumo de tabaco es el único factor cuyo riesgo de consumo aumenta a medida que aumenta el nivel de ingresos individual para ambos sexos (Davey Smith et al., 1994; Diez-Roux, Link, & Northridge, 2000).

En nuestro estudio hemos observado la existencia de asociación significativa para hombres y mujeres en el grupo cuyos ingresos son inferiores para el consumo de alcohol. En el caso de mujeres, aquellas que tienen ingresos intermedios también presentan mayor riesgo que las que perciben ingresos superiores. Nuestros resultados son similares a los encontrados por Díez-Roux et al. ya que, al mejorar el nivel de ingresos en las mujeres, disminuye el riesgo en todos los FRC estudiados. Sin embargo, no encontramos explicación para la escasa significación estadística que se produce en el grupo de hombres. Aspecto éste que se reproduce en otros estudios (Jolly & Gill, 2008; Maziak et al., 2007; McFadden, Luben, Wareham, Bingham, & Khaw, 2008b; Van Minh et al., 2006; S. P. Wamala et al., 2001).

Se han descrito diversos mecanismos para explicar la relación entre nivel de ingresos y salud (G. A. Kaplan et al., 1996; J. W. Lynch et al., 1997; S. P. Wamala et al., 2001).

Wilkinson plantea que es el resultado de los efectos de la deprivación relativa sobre la salud, cómo se perciben las personas a sí mismas en relación con las demás y, por lo tanto, median factores psicosociales. Por ejemplo los efectos del estrés crónico pueden reflejarse en comportamientos como consumo de tabaco, de alcohol o ingesta excesiva de alimentos (Brunner, 1997; Brunner, 2000; R. G. Wilkinson, 1997). Otros autores argumentan que esta relación es el resultado de las diferencias estructurales entre la inversión en capital humano, salud e infraestructuras sociales entre sociedades más igualitarias y menos igualitarias (G. A. Kaplan et al., 1996; J. W. Lynch et al., 1997).

Por ejemplo Kaplan et al, muestran como en Estados Unidos aquellos estados que son menos igualitarios invierten menos en educación, sanidad, tienen mayor índice de abandono escolar, mayores tasas de analfabetismo y un alto porcentaje de personas sin ningún tipo de cobertura social (G. A. Kaplan, Shema, & Leite, 2008). Los factores psicosociales también podrían afectar al consumo de tabaco, obesidad, hipertensión arterial y escasa actividad física. Así, los estados en que existen mayores desigualdades tienden a invertir pocos recursos en crear entornos saludables en los que se facilite, por ejemplo, la práctica deportiva, dedicando pocos esfuerzos a la educación para la salud y el fomento y promoción de ésta. Kaplan et al. y Kennedy et al, manifiestan que las personas que viven en áreas deprimidas refieren tener peor percepción de su nivel de salud, sobretodo en los grupos más desfavorecidos (G. A. Kaplan et al., 1996; Kennedy et al., 1998). Según Wilkinson, el gradiente que se produce dentro de los propios países no son diferencias absolutas, sino más bien se deben a diferencias relativas entre los individuos. Es decir, cómo se perciben respecto a los otros (R. G. Wilkinson, 1990; R. G. Wilkinson, 1999).

Tal y como apuntan Lynch y Kaplan encontramos dos retos en el estudio de nivel de renta y salud:

- a. Comprender los efectos de los ingresos en términos absolutos y, a su vez, la distribución de esos ingresos,
- b. Especificar los mecanismos a través de los cuales el nivel de ingresos influye en la salud.

Diez-Roux et al. afirman que sus resultados sugieren un efecto contextual de las desigualdades en ingresos sobre los niveles de exposición a los factores de riesgo en general, hecho que parece mejor contrastado en los grupos de bajos ingresos. Esta exposición a factores de riesgo podría ser el agente mediador entre las desigualdades en

nivel de ingresos y nivel de salud, tal como se ha constatado en estudios ecológicos (G. A. Kaplan et al., 2008; R. G. Wilkinson & Pickett, 2006) y más recientemente en los análisis realizados a nivel individual (Charafeddine & Boden, 2008; Hemingway, 2007; G. A. Kaplan et al., 2008; Rodríguez Martín et al., 2008).

Los resultados de los estudios permiten inferir que la desigualdad en el nivel de renta ejerce un efecto contextual sobre la prevalencia de los FRC, que se agudiza según descendemos en la estratificación del nivel de ingresos.

Consideramos que pueden existir otros mecanismos mediadores de este proceso (desigualdad de renta resulta en peores niveles de salud); por ejemplo, el estudio de la influencia de la diferencia de ingresos a nivel comunitario y cómo ésta es percibida por los individuos de esa comunidad en relación con la intermediación en los resultados de salud. Otro tipo de estudio interesante para indagar en esta cuestión sería cuál es el papel de la cohesión social en este proceso. En cualquier caso, destacamos la necesidad de profundizar en estudios de tipo individual y comunitario para clarificar la naturaleza de esta relación.

3. ACTIVIDAD ECONÓMICA Y TIPO DE OCUPACIÓN

Una de las mayores contribuciones a las desigualdades lo constituye el tipo de trabajo que los individuos desarrollan (Davey Smith, 1997). El estrés asociado a la percepción de escaso control sobre la actividad que se desempeña es considerado un elemento favorecedor de las desigualdades socioeconómicas. Los estudios realizados en este sentido, valorando la manifestación de los trabajadores sobre su autopercepción de escaso control sobre su trabajo, se consideran importantes para reducir la incidencia de RCV (Bosma et al., 1997; M. Marmot, Bosma, Hemingway, Brunner, & Stansfeld, 1997; M. Marmot, 1993). Normalmente el escaso control sobre el trabajo que se

desarrolla está relacionado con una posición socioeconómica baja. Al explorar la asociación entre características del trabajo y FRC, los estudios muestran que dicha asociación depende del patrón social del puesto que se ocupa (Carroll, Davey Smith, & Bennett, 1996).

El gradiente socioeconómico en el riesgo de enfermedad cardiovascular es mucho más alto en las mujeres que no poseen trabajos formales (Davey Smith, 1997).

Sin embargo, una cuestión que debemos tener en cuenta es que las diferencias socioeconómicas no se deben únicamente a la actividad económica que un individuo realiza, independientemente de que las características del puesto de trabajo impliquen un mayor riesgo dentro de la ECV. Davey Smith et al. establecen que, realmente, lo que influye en la exposición al riesgo es el control sobre todas las circunstancias de la vida en general y no solamente en el trabajo, aún aceptando la importancia de éste (Davey Smith & Harding, 1997; Davey Smith et al., 2002). Otros autores señalan la misma idea (Elstad, 1998; M. Kelaher et al., 2008; J. W. Lynch et al., 2000).

En España consideramos que la sociedad ha experimentado en las últimas décadas cambios importantes en la composición del empleo y la estructura social. Uno de esos cambios se produjo en la década de los años sesenta y en la primera mitad de los setenta durante los cuales un intenso desarrollo económico transformó la estructura social, pasando de ser una sociedad fundamentalmente rural a una sociedad urbanizada, en la que disminuyeron notablemente el número de trabajadores rurales asalariados (principalmente agricultores y ganaderos) de un 39,5% a un 24,5%, y aumentó el porcentaje de trabajadores de la construcción, minería, industria y transporte de un 31,6 a un 40,8% (Benach & Amable, 2004) .

Durante la mitad de los años sesenta y en la década de los ochenta se redujo la actividad industrial, ampliándose el sector servicios y de profesionales. Entre 1977 y 1993 el

empleo en el sector servicios aumentó un 32%, mientras que la industria y la agricultura descendieron un 74 y 48% respectivamente. Entre 1970 y 1991 los trabajadores de la construcción, industria, minería y transporte pasaron del 40,8 al 28,1% del total de la población activa. Aumentaron los profesionales del 5,4 al 13,2%, y el personal administrativo de un 8,3 al 13,7% (Benach, Gimeno, Benavides, Martínez, & Torne Mdel, 2004).

Se produce así un cambio en la estructura ocupacional, proliferando los empleos no manuales y los que requieren una mayor formación, como administrativos, comerciales o técnicos.

La estructura de las ocupaciones en los años noventa puede resumirse en una población sectorizada entre trabajadores cualificados, obreros no especializados y obreros agrícolas (32,9%), asalariados administrativos, comerciales y de servicios (36,1%), trabajadores autónomos y profesionales independientes (23,3%) y directivos, gerentes y empresarios con empleados a su cargo (4,8%) (FOESSA, 1994).

El sistema productivo se centraba en el trabajo industrial en el que eran características la fábrica, el trabajo manual y la cualificación baja o media. Sin embargo, en los últimos años, se ha producido un cambio hacia los servicios. El tejido empresarial se ha incrementado a través de miniempresas y trabajadores autónomos. También se ha producido un crecimiento en el sector comercio y hostelería. Hay que destacar la proliferación de empresas grandes (transporte, banca, grandes almacenes), el aumento de la presencia de sindicatos y la negociación de las condiciones de trabajo en el ámbito público, sobre todo en administración, sanidad y enseñanza (Miguélez, F. & Prieto, C., 1999).

Atendiendo al sexo, se produce una mayor inserción de la mujer al mundo laboral en sectores intermedios (46%) y en la clase trabajadora industrial (27%). En general las

mujeres concentran su actividad en servicios (administrativas en un 19,7% y dependientas de comercios en un 14,5%) con escaso nivel de cualificación. En los hombres la ocupación más numerosa son los artesanos y trabajadores industriales cualificados (13,3%), albañiles (11,1%) y peones agrícolas (9,1%) (Salido, 1999).

Desde el año 1985 el aumento de la presencia de la mujer en el mercado laboral es evidente. Sin embargo, la desigualdad de género se produce cuando contabilizamos que la mayoría de mujeres españolas son inactivas o que más del 50% del aumento de esa actividad engrosa las listas del paro y no las de la ocupación.

Existe una gran segregación ocupacional en las mujeres. La mayoría se concentra en los servicios, exceptuando la industria textil y la confección. Tal como menciona Torns existe una segregación horizontal, en el sentido de la subordinación de las mujeres en sectores menos valorados, reconocidos y prestigiados. Coexiste una segregación ocupacional vertical en la que destaca la dificultad de las mujeres en promocionar en el puesto de trabajo teniendo escasa representación en los puestos de ejecución y/o dirección (Torns, T., 1999).

Otra característica del empleo femenino es la discriminación laboral indirecta, con la desigual ubicación en la estructura ocupacional y las dificultades de ascenso profesional, generando discriminación salarial (igual retribución para un trabajo de igual valor) (Maruani, M., 2002).

Por otra parte, es sabido que las mujeres han logrado insertarse en el mercado laboral gradualmente en empleos del sector secundario.

Estos cambios han provocado una gran flexibilización del trabajo, desarrollándose numerosas formas de actividad productiva independiente con un porcentaje de trabajo temporal muy elevado (alrededor de un 30%) y gran precariedad laboral.

Bajo este panorama, la principal cuestión que se plantea es cómo este tipo actividad, e incluso podemos afirmar que de desigualdad, afecta a la salud.

Los estudios que interrelacionan nivel de salud según el tipo de ocupación son escasos. Hemos tenido dificultades para obtener datos con los que contrastar nuestros resultados. Macfadden et al. estudiaron la clase social basada en la ocupación, FRC e incidencia de infarto en Norfolk, en Reino Unido, estableciendo que existe una relación inversa entre la incidencia de infarto relacionado con la clase social V comparado con la I. La incidencia de infarto aumenta en las clases sociales más bajas para hombres y mujeres. Recordemos que según el British Register General (BRG), las clases sociales más desfavorecidas corresponden con la IV y V de esta clasificación, es decir, trabajadores manuales parcialmente cualificados y trabajadores no cualificados respectivamente, situados en empleos precarios (McFadden, Luben, Wareham, Bingham, & Khaw, 2008b).

Otros estudios han relacionado la educación y el empleo únicamente con la actividad física, resultando una asociación positiva según el empleo pero no la educación (Laaksonen et al., 2009). Ainy y Azizi establecen que el índice de masa corporal (IMC), la medida de la circunferencia de la cintura, la distancia entre cintura y cadera⁹³, la presión sanguínea, los triglicéridos y el colesterol, son significativamente más altos en las mujeres dedicadas a labores del hogar que en aquellas empleadas, sin embargo, no establecen estas medidas según el tipo de ocupación. Realizaron su estudio sobre una muestra de 566 mujeres empleadas y 561 no empleadas. Así mismo encontraron que el 9% de las trabajadoras y el 17% de las amas de casa presentan entre cuatro y seis FRC;

⁹³ La medida de la circunferencia de la cintura y de la distancia entre cintura y cadera se utilizan conjuntamente con el Índice de masa corporal para establecer el nivel de sobrepeso u obesidad. Generalmente el índice más utilizado es el IMC.

el 1% de las amas de casa poseen entre siete y ocho FRC lo cual implica un riesgo de enfermedad cardiovascular importante (Ainy & Azizi, 2007).

En nuestro estudio hemos observado que la actividad económica presenta una asociación positiva con los FRC para ambos sexos, aunque mayor en el caso de las mujeres. Según el tipo de actividad laboral desarrollada por los hombres, los datos muestran un mayor riesgo de ser hipercolesterolémicos aquellos que se encuentran percibiendo una pensión. Esto concuerda con la presencia de determinados FRC según la edad: a mayor edad se produce una tendencia a la hipertriglicemia e hipercolesterolemia; considerando que dentro de los hombres que perciben una pensión pueden darse diversas circunstancias, la mayoría son personas mayores de 65 años (Gutierrez-Fisac, Regidor, Banegas, & Rodriguez Artalejo, 2005).

Para el consumo de tabaco, alcohol y sedentarismo, el grupo de estudiantes presenta un riesgo alto 8 veces superior para el consumo de tabaco, 5 veces más alto para el consumo de alcohol y 3 veces más sedentarios en los hombres. Por lo tanto, podemos establecer que el grupo de estudiantes constituye un grupo de riesgo en el que pocas veces se interviene a nivel de educación para la salud de forma directa. En general, las campañas de promoción de la salud dirigidas a la prevención del consumo de tabaco van dirigidas a un colectivo universal. Consideramos que la realización de proyectos de modificación de estilos de vida focalizados en estos grupos es fundamental para reducir estos tres FRC cuya incidencia en edades posteriores tiene un efecto acumulativo. Ballesteros et al. muestran en su estudio sobre la eficacia del consejo médico para la reducción del consumo excesivo de alcohol cómo en nuestro país la intervención breve en atención primaria sobre bebedores de riesgo es eficaz, aunque refieren un efecto moderado (Ballesteros, Ariño, González-Pinto, & Querejeta, 2003); lo cual refuerza nuestra idea respecto a la necesidad de profundizar en las causas que llevan al consumo

de alcohol, identificar grupos de riesgo vulnerables e iniciar acciones concretas y prácticas para lograr la reducción de la incidencia de alcoholismo.

En el caso de las mujeres, se produce una similitud en lo que a consumo de alcohol se refiere. Las paradas, las que perciben una pensión y las estudiantes presentan un riesgo mayor, si bien la asociación no presenta los niveles encontrados para los hombres.

Estos datos concuerdan con otros publicados en el que se establece que un 95% de la población en edad de trabajar consume habitualmente alcohol, casi un 15% de los trabajadores se encuentran incluidos dentro del grupo de alto riesgo de alcoholismo. Existe una mayor concentración de bebedores de alto riesgo en sectores como la construcción, metal o siderurgia y en transporte.

Es difícil establecer una causalidad en el consumo elevado de alcohol en trabajadores ya que, según los expertos, la actividad laboral parece ejercer una prevención frente a dicho problema, siendo con diferencia el grupo de parados los que consumen mayor cantidad de alcohol respecto a los trabajadores en activo, sea cual sea su edad. Esta asociación desempleo – consumo de alcohol puede tener dos posibles hipótesis: el desempleado, por su propia situación, genera una mayor dependencia del alcohol ya que le ayuda a evadirse de su propia circunstancia y, por otro lado, el consumo de alcohol durante el desarrollo de la jornada laboral puede dar lugar al despido del empleado (Ahnquist et al., 2008; Vanheusden, van Lenthe et al., 2008).

Las características del puesto de trabajo o del ambiente laboral constituyen elementos a tener en cuenta ya que pueden favorecer el inicio y mantenimiento de una ingesta excesiva de alcohol dentro o fuera del horario laboral. La falta de motivación, pérdida de control, carencia de refuerzos positivos, escasa posibilidad de mejorar, exceso de trabajo, salario inferior a la responsabilidad, monotonía, percepción de infravaloración,

problemas de relaciones, etc. pueden ser considerados como elementos de riesgo para desarrollar conductas adictivas.

Un estudio muy interesante realizado en Francia sobre la influencia de las condiciones psicosociales del trabajo relacionado con los FRC en el que se analiza las demandas del puesto de trabajo, la capacidad de tomar decisiones y el apoyo social dentro de éste muestra que los factores psicosociales presentan una asociación estadística positiva con la hipertensión, hiperlipemias, sobrepeso, consumo de tabaco y alcohol, pero no con la diabetes. Para los hombres, la poca capacidad de tomar decisiones se asocia con hipertensión, mientras que aquellos que tienen mayor capacidad de decidir y mejores apoyos sociales poseen un mayor riesgo para la obesidad; la baja capacidad de decidir se asocia con el consumo de alcohol. Una alta exigencia del puesto de trabajo y escaso apoyo social incrementa el riesgo de hipercolesterolemia. En las mujeres, la poca capacidad de decidir en su puesto de trabajo se relaciona con hipercolesterolemia, la exigencia con obesidad y una mayor capacidad de decisión con mayor consumo de tabaco. Igual que sucede con los hombres, el escaso apoyo social incrementa el riesgo de consumo de alcohol.

En nuestro estudio, los hombres presentan menor asociación estadística que las mujeres, siendo el grupo de mayor riesgo el de los estudiantes mayores de 16 años para el consumo de tabaco, alcohol y sedentarismo. Las mujeres, dentro del grupo de paradas, tienen un mayor riesgo de hipercolesterolemia junto con las amas de casa y en otras situaciones no especificadas en la encuesta. Al igual que en el grupo de hombres, la probabilidad de ser más sedentarias se da en el grupo de estudiantes.

En Barcelona se realizó un estudio en el que se analizaban las desigualdades en la salud mental de la población ocupada, estableciendo una mayor prevalencia del mal estado de salud mental en las mujeres coincidente con la población en general y ocupada (Cortés,

Artazcoz, Rodríguez-Sanz, & Borrell, 2004). Una de las explicaciones a este fenómeno es que las mujeres tienen distinta forma de percibir los síntomas, evaluarlos y actuar en consecuencia (Rajmil, Gispert Magarolas, Roset Gamisans, Muñoz Rodríguez, & Segura Benedicto, 1998). Señalan que las mujeres tienen mayor tendencia a verbalizar los trastornos de salud y a buscar asistencia sanitaria; sin embargo, esta hipótesis no puede ser contrastada debido a la escasez de estudios que examinen la posible diferencia entre hombres y mujeres para verbalizar los problemas de salud (Piccinelli & Wilkinson, 2000). Otros factores de riesgo específicos relacionados con el género que explicarían la percepción de peor estado de salud en las mujeres son la posición socioeconómica inferior y el disponer de menos ingresos. Aunque diversos estudios señalan una peor salud en las profesiones menos cualificadas, Cortés et al. en su estudio señalan que observaron una peor salud mental en las mujeres con ocupaciones manuales, explicando la posibilidad de interferencia de factores extralaborales ligados a la clase social, como escasez de tiempo de ocio o las exigencias familiares.

En las ocupaciones menos cualificadas el exceso de trabajo es una de las variables psicosociales que se asocian directamente con la salud mental siendo mayor el impacto de esta asociación en los hombres. En la III Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo, en el año 2001, se encontró que el 21% de los trabajadores referían no tener tiempo suficiente para terminar sus tareas, el 56% tenían que trabajar muy rápido durante al menos el 25% de su jornada laboral (Paoli & Merlilí, 2001).

Muntaner et al. estudiaron la asociación entre la clase social y la estratificación social con los patrones de salud mental en la población en general obteniendo que, entre hombres, los que trabajan en niveles altos, como directores y supervisores, señalaron tener mejor salud mental que en las otras clases. Sin embargo, no encontraron esta asociación para las mujeres (Muntaner et al., 2003).

Consideramos importante profundizar en el estudio de los factores psicosociales relativos al trabajo y cómo estos inciden en los FRC según el género. En nuestro trabajo hemos analizado el tipo de ocupación clasificado según asalariados del sector público, privado y empresario/empleador. Los datos muestran poca asociación estadística, resultando únicamente significativo para la HTA y el sedentarismo en los hombres que trabajan en el sector privado, y un mayor riesgo de consumo de alcohol en el grupo de mujeres que trabajan en el sector privado. Sin embargo, no hemos encontrado estudios similares con lo que no consideraremos este último análisis relevante para nuestra investigación.

VI. CONCLUSIONES

VI. CONCLUSIONES

En esta investigación hemos tratado de estudiar los determinantes sociales de la salud desde una aproximación teórica basada en la epidemiología social y en la sociología de la salud. Para abordar este tema, la epidemiología social propone tres premisas:

1. La realidad está organizada de forma jerárquica en tres niveles sociales: social, grupal e individual, siendo generalmente los niveles de mayor complejidad los que ayudan a explicar los de menor complejidad.
2. Los procesos biológicos y psíquicos están condicionados por los procesos sociales.
3. Para comprender los problemas colectivos de salud se debe analizar la inserción de los grupos sociales dentro de una sociedad ya que esto influye las condiciones de vida de los individuos que conforman los grupos y, por tanto, sus condiciones de salud.

El concepto de desigualdad social en salud se analiza en la bibliografía desde dos perspectivas (C. Borrell & Artazcoz, 2008b; Currie et al., 2008; L. J. Gunning-Schepers & Stronks, 1999; J. Mackenbach & Kunst, 1997; Menvielle et al., 2009; Rosvall, Chaix, Lynch, Lindstrom, & Merlo, 2006):

1. Desde una perspectiva conceptual, ya que representa una forma de abordar la realidad social y sanitaria.
2. Desde una perspectiva ética, al centrarnos en la evaluación moral de las diferencias en las condiciones de vida y salud de los distintos grupos sociales.

Diversos autores proponen elementos teóricos para comprender los procesos sociales, culturales, políticos y económicos que determinan la distribución de la salud y la

enfermedad. Estas propuestas han sido revisadas en la primera parte de esta tesis. A modo de resumen concluimos que existen tres planos de análisis:

- a. Social: que incluye las formas de gobierno y las formas de desigualdad social, entre otros.
- b. Grupal: en el que se engloba la familia, grupo de pares, lugar de trabajo y lugar de residencia.
- c. Nivel individual: que abarca las características biológicas y psicológicas.

Los vínculos que mantienen estos niveles entre sí parten del social, cuya influencia se extiende a los otros dos niveles, entendiendo que el nivel grupal constituye un articulador de las relaciones entre nivel macro-social y micro-individual.

Para estudiar cada uno de estos niveles, hemos propuesto un modelo que se compone de los siguientes elementos:

1. Contexto socioeconómico y político: se refiere a factores estructurales del sistema social que afectan de forma significativa a la estructura social. En este apartado se incluyen:

- a. Características del tipo de gobierno.
- b. Políticas macroeconómicas: políticas fiscales, políticas que regulan el mercado de trabajo, etc.
- c. Políticas sociales, Estado de Bienestar, distribución de vivienda y propiedades.
- d. Otras políticas públicas como educación, atención sanitaria, transporte, etc.
- e. Valores sociales y culturales.

Si bien se disponen aún de pocos estudios que relacionen el contexto político con la salud y las desigualdades en salud, los que se han realizado hasta el momento muestran que los países con mayor tradición socialdemócrata potencian mejores niveles de igualdad referida tanto a política de empleo, distribución de renta y otras que logran mejores resultados en salud (C. Borrell, Espelt, Rodríguez-Sanz, & Navarro, 2007; Chung & Muntaner, 2006; Chung & Muntaner, 2007; Navarro et al., 2006).

2. Posición socioeconómica: en la que se incluyen determinantes estructurales de las desigualdades en salud como la clase social, el nivel de educación, el género, la etnia o la raza, condiciones de trabajo y empleo. Estas variables ponen de manifiesto la existencia de desigualdades en salud derivadas de las jerarquías de poder, en la que resultan más beneficiados los grupos sociales más favorecidos (por lo general hombres y personas de raza blanca) ("Marmot & "Wilkinson, 2006; Krieger, 2003; Krieger, Smith, Naishadham, Hartman, & Barbeau, 2005).
3. Los determinantes intermedios o factores intermediarios: estos factores se refieren a:
 - a. Las circunstancias materiales expresadas en nivel de ingresos, características de la vivienda, condiciones de trabajo y/o lugar de residencia (J. W. Lynch et al., 2000). La estructura social establece desigualdades en los factores intermediarios y estos, a su vez, en una relación de mutua influencia recíproca, determinan las desigualdades en salud
 - b. Circunstancias psicosociales: en las que se engloban situaciones de estrés negativas, escaso o nulo control sobre las circunstancias de la vida, incluida el trabajo, la falta de apoyo social, percepción de la propia existencia como negativa, etc.

- c. Los factores biológicos y conductuales en los que poco se puede modificar si nos referimos a los biológicos, pero sí en los conductuales referidos a los estilos de vida.
- d. El propio sistema sanitario, aunque si bien los estudios realizados no muestran una contribución notable del sistema sanitario a las desigualdades, pensamos que la diferencia en el acceso y la menor calidad en la asistencia a personas con menos recursos, así como el cobro de determinadas prestaciones, puede conllevar un aumento en las desigualdades (C. Borrell et al., 2006).

Una vez establecido nuestro marco de referencia, hemos intentado identificar las propuestas que explican el mecanismo por el que se producen las desigualdades sociales a través de una revisión bibliográfica extensa. Algunas de las conclusiones que podemos extraer son:

- Los mecanismos por los que pueden explicarse las desigualdades sociales en salud dependen del tipo de problema que se estudie. Así, las desigualdades en la mortalidad están más ligadas al sistema de asistencia sanitaria, mientras que la incidencia y exposición a factores de riesgo se relaciona con elementos sociales.
- La identificación de cómo se producen las desigualdades debe potenciar el establecimiento de intervenciones adecuadas a las circunstancias de los individuos y grupos.
- La mayoría de los estudios realizados muestran la influencia de los ingresos, educación, redes sociales, estilos de vida (comportamiento), estrés y atención sanitaria en la salud individual o comunitaria. Sin embargo, pocos examinan la influencia del entorno social. Algunos trabajos interesantes son los de Franco, Alvarez-Dardet y Ruiz sobre la naturaleza de los regímenes políticos; Navarro y

Shi consideran los partidos políticos dominantes, el porcentaje de población protegida, beneficios sociales, desigualdad de salarios; Navarro estudia la calidad de los pactos sociales, patronal y gobierno; Houweling examina el gasto público en salud, y otros autores analizan la calidad de vida en las mujeres, la segregación racial o la orientación de los diversos sistemas sanitarios (A. Franco, Alvarez-Dardet, & Ruiz, 2004; T. A. Houweling, Caspar, Looman, & Mackenbach, 2005; Macinko et al., 2003; Navarro & Shi, 2001; Navarro et al., 2006; Starfield, Shi, & Macinko, 2005).

- Cuando se estudian las desigualdades en salud a través del nivel de ingresos sería interesante distinguir entre los ingresos y los ingresos disponibles, ya que este aspecto marca notables diferencias (Starfield, 2007). Subramanian y Kawachi, en su revisión sobre las limitaciones del estudio relativo a las desigualdades en el nivel de ingresos y como esto afecta a la salud, establecen tres aspectos que pueden influir esta relación: el capital social, la cohesión social y las políticas sociales. Estudiaron la posible influencia de “indicadores en atención primaria, gasto en bienestar, infancia, alimentación, formación, seguros de salud, educación infantil, atención a la discapacidad, política de impuestos y compensaciones a los desempleados”. Marmot, en esta línea, señala que “no es la posición que uno ocupa en la jerarquía social la culpable en sí misma, sino lo que esa posición en la jerarquía significa en la sociedad” (FOESSA, 1994; M. G. Marmot, 2006).
- El nivel de agregación es importante en el estudio de las influencias sociales ya que permite obtener mayor información (C. Borrell & Pasarin, 2004).
- Incluir en el estudio las características del sistema sanitario para evaluar la eficacia, la accesibilidad y otras cualidades que son importantes a la hora de

establecer los mecanismos de las desigualdades en salud (Macinko et al., 2003; Starfield et al., 2005).

En general, los estudios sobre desigualdades sociales en salud han aumentado, especialmente a partir de la década de los 80-90, y en general ponen de manifiesto que las mujeres, la población con menor nivel socioeconómico o las áreas con mayor privación material presentan peores indicadores de salud (Berkman & Kawachi, 2000; Solar et al., 2004; Vega & Irwin, 2004).

En España los trabajos realizados en esta línea establecen que las desigualdades sociales en salud existen en forma de gradiente social en ambos sexos, siendo las clases sociales menos favorecidas y las áreas geográficas con menos recursos las que poseen peores indicadores de salud. Los indicadores más estudiados son la mortalidad, la morbilidad y los factores de riesgo en general. En nuestro estudio nos hemos centrado en los factores de riesgo cardiovascular ya que las enfermedades cardiovasculares constituyen un verdadero problema de salud por su alta mortalidad, morbilidad y las secuelas que presentan. Además, si analizamos cada uno de los FRC observamos que prácticamente coinciden con los analizados a través de estilos de vida en otros estudios. Hemos incidido en los FRC ya que las ECV constituyen la primera causa de muerte en muchos países (también en España y Canarias), y que la actuación sobre factores modificables es una estrategia de atención primaria de la que disponemos evidencia epidemiológica y clínica que avala su efectividad (Allender et al., 2008; Assmann & Schulte, 1998; Hoeymans et al., 1996; Jolly & Gill, 2008; Peasey et al., 2006; Schargrodsky et al., 2008).

Sin embargo, antes de mostrar las conclusiones que se derivan de nuestro trabajo, nos gustaría mencionar como una de las limitaciones de nuestro estudio el carácter

transversal que no permite identificar el efecto prospectivo de la incidencia de los FRC. Por otro lado, al utilizar datos secundarios no permite caracterizar con precisión otras variables de gran interés como pueden ser las características del entorno psicosocial de los encuestados a nivel de relaciones familiares, apoyo social o en el trabajo. Sin embargo, no se habían realizado en la Comunidad Canaria estudios que relacionaran los FRC con los determinantes socioeconómicos de la salud, por lo que lo consideramos un punto de partida para futuras investigaciones.

Los resultados a destacar en nuestro estudio son:

1. Existe una desigualdad de género en los FRC especialmente para la hipercolesterolemia, el consumo de tabaco, consumo de alcohol y el sedentarismo. Si bien, el género es un constructo social basado en convenciones culturales, actitudes y relaciones entre hombres y mujeres, el sexo como categoría de análisis es importante por las diferencias físicas, anatómicas y fisiológicas (C. Borrell & Artazcoz, 2008a). Ambos, el género y el sexo, determinan diferencias en los determinantes de la salud, la vulnerabilidad, la naturaleza y frecuencia de los problemas de salud, la forma en que se perciben los signos y síntomas de las enfermedades, la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios, el cumplimiento terapéutico, la observación de las recomendaciones de los mensajes de promoción de la salud y el pronóstico de los problemas de salud (C. Borrell & Artazcoz, 2007).
2. A medida que descendemos en el nivel educativo y actividad económica, los hombres y mujeres presentan mayor riesgo de consumo de alcohol, lo cual implica la necesidad de establecer medidas que mejoren las condiciones de vida, monitorizar la magnitud del problema, analizarlo y

evaluar los efectos de las intervenciones específicas en estos grupos sociales.

3. El grupo de parados, los que perciben una pensión y los estudiantes constituyen un grupo de riesgo para el consumo de alcohol en ambos sexos. Proponemos la inclusión de apoyo técnico y ayuda específica para monitorizar el problema del alcoholismo en Canarias, y que permita cuantificar y analizar las causas de esta relación entre alcohol y determinantes socioeconómicos de la salud.
4. Un grupo de riesgo para el consumo de tabaco, alcohol y sedentarismo lo constituyen los estudiantes mayores de 16 años, por lo que es necesario analizar la efectividad de los programas que fomentan estilos de vida saludables e incidir en responsabilizar a todos los agentes implicados (gobierno e individuo) en el fomento y promoción de estilos de vida saludables.
5. La educación parece ser un factor importante en la adopción de una vida sana, excepto para el consumo de tabaco en mujeres en las que se establece una relación lineal, a mayor nivel educativo mayor consumo de tabaco. Es probable que aquellas mujeres con mejor formación adquieran puestos de trabajo en el que las exigencias psicológicas influyen de forma especial en el hábito de fumar. Sería adecuado indagar más en este aspecto para establecer actuaciones eficaces ya que el consumo de tabaco constituye un factor de riesgo, no sólo para la ECV sino también para numerosos tipos de cáncer, otras patologías respiratorias y enfermedades en general.

6. A menor nivel de ingresos se produce un mayor riesgo de hipertensión arterial. Aunque no existe un acuerdo de carácter científico sobre la influencia de variables psicológicas en la hipertensión, algunos autores reconocen una relación entre ambos. Una situación de dificultad económica genera estrés y esto conlleva peor salud.
7. La actividad económica es un determinante de la salud en las mujeres. La incorporación al mundo laboral no ha ido acompañada de mejoras en su nivel de salud. No se puede disociar el estudio de las desigualdades según el género sin tener en cuenta los determinantes socioeconómicos, concretamente de la clase social. Consideramos la necesidad de establecer indicadores claros que permitan medir la desigualdad en la mujer analizando la posición social y los roles que la mujer desempeña según la situación laboral, el trabajo realizado, y las demandas familiares. Es fundamental revisar las categorías profesionales para que no exista desigualdad salarial, eliminar las relaciones laborales basadas en un sistema de patriarcado en el que las mujeres ocupan una posición sumisa y vulnerable, visibilizar el trabajo que desarrollan las mujeres cuidadoras cuya importancia social y económica no aparece reflejada en ningún lugar y, en definitiva, establecer los mecanismos para que la mujer pueda integrarse de pleno derecho y responsabilidad en el mundo laboral sin tener que experimentar la desigualdad en ninguna de sus manifestaciones.

En base a lo establecido anteriormente nos gustaría plantear algunas recomendaciones recogidas en la numerosa bibliografía que hemos analizado para la realización de esta tesis:

- Las políticas deben mejorar los niveles de salud de la población, aumentando el nivel de salud de los menos privilegiados sin disminuir el de los grupos más favorecidos.
- Reducir las desigualdades en toda la población.
- Disminuir las desigualdades entre los grupos sociales, mejorando más rápido la salud de las clases desfavorecidas.
- Focalizar la atención en la población vulnerable entendiendo como tal a un grupo cuyas características sociales compartidas les hace tener una mayor probabilidad de estar expuestos a diferentes riesgos.
- Las intervenciones comunitarias y poblacionales para mejorar la salud de los individuos deberían centrarse en la disminución de las desigualdades.
- Considerar los determinantes sociales de la salud en cualquier planificación e intervención dirigida a mejorar la salud, ya que los determinantes sociales de la salud no siempre coinciden con los determinantes de la salud.
- Diseñar instrumentos de evaluación eficaces de las intervenciones teniendo en cuenta aspectos absolutos y relativos.
- Favorecer la participación de la población más vulnerable en la planificación, ejecución y evaluación de programas específicos de salud.
- Integrar la perspectiva de género en el estudio de las desigualdades sociales en salud.
- Incorporar la influencia de la raza, etnia en el estudio de los determinantes sociales de la salud.

- Asegurar, mediante mecanismos establecidos por el propio estado, la equidad del sistema sanitario en la atención a toda la población.
- Establecer un estilo de gobierno más democrático y equitativo.
- Destacar la necesidad de trabajar intersectorialmente, implicando a otros sectores que no tienen que ver directamente con el de salud, a trabajar conjuntamente para reducir las desigualdades.

Entendemos que no es suficiente aspirar a tener un buen profesional de la salud que nos atienda cuando sea requerido, tampoco la sofisticación tecnológica necesaria para el diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades. Nos planteamos la necesidad de luchar por una sociedad más justa, solidaria y equitativa en la que la salud no sea propiedad de los más “aventajados” sino un derecho fundamental y básico del ser humano.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abellán, J., & Leal, M. (1999). *Importancia sociosanitaria de la hipertensión*. Barcelona: DOYMA.
- Abu-Zaineh, M., Mataria, A., Luchini, S., & Moatti, J. (2008). Equity in health care financing in palestine: The value-added of the disaggregate approach. *Social Science & Medicine*, 66(11), 2308-2320.
- Adler, N. E., Boyce, W. T., Chesney, M., Folkman, S., & Syme, L. (1993). Socioeconomic inequalities in health: No easy solution. *JAMA*, 269(24), 3140-3145.
- Adler, N., Singh-Manoux, A., Schwartz, J., Stewart, J., Matthews, K., & Marmot, M. G. (2008). Social status and health: A comparison of british civil servants in whitehall-II with european- and african-americans in CARDIA. *Social Science & Medicine*, 66(5), 1034-1045.
- Aguiar Bautista, A., Alemán Sánchez, J. J., & Barreto Méndez, J. et al. (2000). In Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad y Consumo. Servicio Canario de Salud. (Ed.), *Programa de prevención y control de la enfermedad cardiovascular en atención primaria*. Tenerife: Gobierno de Canarias.
- Ahnquist, J., Lindstrom, M., & Wamala, S. P. (2008). Institutional trust and alcohol consumption in sweden: The swedish national public health survey 2006. *BMC Public Health*, 8, 283.
- Ai, A. L., & Carrigan, L. T. (2007). Social-strata-related cardiovascular health disparity and comorbidity in an aging society: Implications for professional care. *Health & Social Work*, 32(2), 97-105.
- Ainy, E., & Azizi, F. (2007). Woman, occupation and cardiovascular risk factors: Findings from tehran lipid and glucose study. *Public Health*, 121(12), 950-953.
- Akhavan, S., Bildt, C. O., Franzen, E. C., & Wamala, S. (2004). Health in relation to unemployment and sick leave among immigrants in sweden from a gender perspective. *Journal of Immigrant Health*, 6(3), 103-118.
- Allender, S., Scarborough, P., Peto, V., Rayner, M., Leal, J., Luengo-Fernández, R., et al. (2008). *European cardiovascular disease statistics 2008*. Oxford: Oxford University.
- Alter, D. A., Chong, A., Austin, P. C., Mustard, C., Iron, K., Williams, J. I., et al. (2006). Socioeconomic status and mortality after acute myocardial infarction. *Annals of Internal Medicine*, 144(2), 82-93.
- Anand, S. (2004). The concern of equity in health. In S. Anand, F. Peter & A. Sen (Eds.), *Public health, ethics and equity*. (pp. 73-84). Oxford: Oxford UP.

- Anderson, P., & Baumberg, B. (2006). *El alcohol en Europa, una perspectiva de salud pública. Informe para la Comisión Europea*. Reino Unido.: Institute of Alcohol Studies.
- Anderson, R. T., Sorlie, P., Backlund, E., Johnson, N., & Kaplan, G. A. (1997). Mortality effects of community socioeconomic status. *Epidemiology*, 8, 42-7.
- Andreotti, A., Minicuci, N., Kowal, P., & Chatterji, S. (2009). Multidimensional profiles of health status: An application of the grade of membership model to the world health survey. *PLoS ONE*, 4(2), e4426.
- Arendt, H. (1981). *Los Orígenes del Totalitarismo*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C., & Cortes, I. (2004). Unemployment and mental health: Understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *American Journal of Public Health*, 94(1), 82-88.
- Artazcoz, L., Borrell, C., & Benach, J. (2001). Gender inequalities in health among workers: The relation with family demands. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(9), 639-647.
- Artazcoz, L., Borrell, C., Rohlf, I., Beni, C., Moncada, A., & Benach, J. (2001). Housework, gender and health in the working population. [Trabajo domestico, genero y salud en poblacion ocupada] *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 15(2), 150-153.
- Asia Pacific Cohort Studies Collaboration. (2005). Smoking, quitting, and the risk of cardiovascular disease among woman and men in the asia-pacific region. *Int J Epidemiol*, 34, 1036-1045.
- Assmann, G., & Schulte, H. (1998). Prospective cardiovascular munster (PROCAM) study: Prevalence of hyperlipidemia in persons with hypertension and/or diabetes mellitus and the relation to coronary heart disease. *Am.Heart J.*, 116, 1713-1724.
- Avendano, M., Boshuizen, H. C., Schellevis, F. G., Mackenbach, J. P., Van Lenthe, F. J., & Van den Bos, G. A. M. (2006). Disparities in stroke preventive care in general practice did not explain socioeconomic disparities in stroke. *Journal of Clinical Epidemiology*, 59(12), 1285-1294.
- Avendano, M., Kunst, A. E., Huisman, M., Lenthe, F. V., Bopp, M., Regidor, E., et al. (2006). Socioeconomic status and ischaemic heart disease mortality in 10 western european populations during the 1990s. *Heart*, 92(4), 461-7.
- Avendano, M., Kunst, A. E., Huisman, M., Lenthe, F. V., Bopp, M., Regidor, E., et al. (2006). Socioeconomic status and ischaemic heart disease mortality in 10 western european populations during the 1990s. *Heart (British Cardiac Society)*, 92(4), 461-467.
- Avendaño, M., Kunst, A. E., Huisman, M., van Lenthe, F., Bopp, M., Borrell, C., et al. (2004). Educational level and stroke mortality: A comparison of 10 european

- populations during the 1990s. *Stroke; a Journal of Cerebral Circulation*, 35(2), 432-437.
- Baena Díez, J. M., Álvarez Pérez, B., Piñol Forcadell, P., Martín Peñacoba, R., Nicolau Sabaté, M., & Altés Boronat, A. (2002). Asociación entre la agrupación (clustering) de factores de riesgo cardiovascular y el riesgo de enfermedad cardiovascular. *Rev.Esp.Salud Publica*, 76, 7-15.
- Baigent, C., Keech, A., Kearney, P. M., Blackwell, L., Buck, G., Pollicino, C., et al. (2005). Efficacy and safety of cholesterol lowering treatment: Prospective meta-analysis of data from 90056 participants in 14 randomised trials of statins. *Lancet*, 366, 1267-1278.
- Bakacs, M., Vitrai, J., Varhalmi, Z., Kaposvari, C., Hermann, D., Kabos, S., et al. (2008). Analysis of associations between mortality and biological and social-economic individual determinants. [A halandosagot befolyasolo egyeni biologiai es tarsadalmi-gazdasagi tenyezok hatasrendszerenek vizsgalata] *Orvosi Hetilap*, 149(50), 2371-2376.
- Ball, K., Salmon, J., Giles-Corti, B., & Crawford, D. (2006). How can socioeconomic differences in physical activity among woman be explained? A qualitative study. *Women Health*, 43(1), 93-113.
- Ball, T. (1992). New faces of power. In T. Wartenberg (Ed.), *Rethinking power* (pp. 14). Albany: SUNY Press.
- Ballesteros, J., Ariño, J., González-Pinto, A., & Querejeta, I. (2003). Eficacia del consejo médico para la reducción del consumo excesivo de alcohol. Metaanálisis de estudios españoles en atención primaria. *Gac.Sanit.*, 17(2), 116-122.
- Banegas, J. R., Segura, J., Sobrino, J., Rodriguez-Artalejo, F., de la Sierra, A., de la Cruz, J. J., et al. (2007). Effectiveness of blood pressure control outside the medical setting. *Hypertension*, 49(1), 62-68.
- Bartley, M. (2004). Why is health inequalities. In M. Bartley (Ed.), *Health inequalities: An introduction to theories, concepts and methods* (pp. 1). Great Britain: Polity Press.
- Bartley, M., Blane, D., & Montgomery, S. (1997). Health and the life course: Why safety nets matter. *BMJ*, 314, 1194-6.
- Bartley, M., Ferrie, J., & Montgomery, S. (2006). Living in a high unemployment economy: Understanding the health consequences. In M. Marmot, & R. G. Wilkinson (Eds.), *Social determinants of health*. (). Oxford: Oxford University Press.
- Beaglehole, R., & Bonita, R. (1997). *Public health at the crossroads*. Cambridge: Cambridge Graduate Press.
- Becker, G. S. (1983). *El capital humano*. Madrid: Alianza Editorial.

- Ben Shlomo, Y., White, I. R., & Marmot, M. (1996). Does the variation in the socioeconomic characteristics of an area affect mortality? *BMJ*, (312), 1013-1014.
- Benach, J., & Amable, M. (2004). Social classes and poverty. [Las clases sociales y la pobreza] *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 18 Suppl 1, 16-23.
- Benach, J., Gimeno, D., Benavides, F. G., Martinez, J. M., & Torne Mdel, M. (2004). Types of employment and health in the european union: Changes from 1995 to 2000. *European Journal of Public Health*, 14(3), 314-321.
- Benach, J., & Muntaner, C. (2007). Precarious employment and health: Developing a research agenda. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(4), 276-277.
- Benach, J., Muntaner, C., Benavides, F. G., Amable, M., & Jodar, P. (2002). A new occupational health agenda for a new work environment. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 28(3), 191-196.
- Benach, J., Yasui, Y., Borrell, C., Rosa, E., Pasarín, M. I., Benach, N., et al. (2003). Examining geographic patterns of mortality: The atlas of mortality in small areas in Spain (1987-1995). *European Journal of Public Health*, 13(2), 115-123.
- Benavides, F. G., Benach, J., & Muntaner, C. (2002). Psychosocial risk factors at the workplace: Is there enough evidence to establish reference values? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(4), 244-245.
- Benavides, F. G., Delclos, J., Benach, J., & Serra, C. (2006). Occupational injury, a public health priority. [Lesiones por accidentes de trabajo, una prioridad en Salud Pública] *Revista Espanola De Salud Publica*, 80(5), 553-565.
- Benetou, V., Chloptsios, Y., Zavitsanos, X., Karalis, D., Naska, A., & Trichopoulou, A. (2000). Total cholesterol and HDL-cholesterol in relation to socioeconomic status in a sample of 11645 greek adults: The EPIC study in Greece. European prospective investigation into nutrition and cancer. *Scand.J.Public Health*, 28(4), 260-265.
- Benyamini, Y., Idler, E. L., Leventhal, H., & Leventhal, E. A. (2000). Positive affect and function as influences on self-assessments of health: Expanding our view beyond illness and disability. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(2), P107-16.
- Benzeval, M., Judge, K., & Whitehead, M. (1995). *Tackling inequalities in health: An agenda for action*. London: King's Fund Publishing.
- Berkman, L. F., & Kawachi, I. (2000). In Berkman L. F., Kawachi I. (Eds.), *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Berry, J. W., Poortinga, Y. H., Segall, M. H., & Dasen, P. R. (1992). *Cross cultural psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Black, D., Morris, J. N., & Townsend, P. (1982). Inequalities in health: The black report. In P. Townsend, & N. Davidson (Eds.), *The black report and the health divide*. (pp. 39-233.). Harmondsworth: Penguin.
- Black, R. E., Morris, S. S., & Bryce, J. (2003). Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet*, *361*(9376), 2226-2234.
- Blane, D., Bartley, M., & Davey Smith, G. (1998). Disease aetiology and materialist explanations of socioeconomic mortality differentials. *European Journal of Public Health*, *7*, 385-91.
- Blane, D., Berney, L., & Montgomery, S. (2001). Domestic labour, paid employment and woman's health: Analysis of life course data. *Soc Sci Med*, *52*, 959-65.
- Blane, D., Davey Smith, G., & Bartley, M. (1993). Social selection: What does it contribute to social-class differences in health? *Sociol Health Illn*, *15*, 2-15.
- Blaxter, M. (1990). *Health and lifestyles*. London: Tavistock.
- Blazek, J., & Dzurova, D. (2000). The decline of mortality in the czech republic during the transition: A counterfactual case study. In G. A. Cornia, & R. Panizza (Eds.), *The mortality crisis in transitional economies*. (). Oxford: Oxford University Press.
- Bobak, M., & Marmot, M. (1996). East-west mortality divide and its potential explanations: Proposed research agenda. *BMJ*, *312*, 421-425.
- Bonita, R., Irwin, A., & Beaglehole, R. (2006). Promoting public health in the 21st century: The role of WHO. In I. Kawachi, & S. Wamala (Eds.), *Globalization and health* (pp. 268-283). New York: Oxford UP.
- Bourdieu, P. (1984). *Distinction*. London: Routledge.
- Borodulin, K., Mäkinen, T., Fogelholm, M., Lahti-Koski, M., & Prättälä, R. (2007). Trends and socioeconomic differences in overweight among physically active and inactive finns in 1978–2002. *Preventive Medicine*, *45*(2-3), 157-162.
- Borrell, C., & Artazcoz, L. (2007). *5ª Monografía de la SEE: Investigaciones sobre género y salud*. Barcelona.: Sociedad Española de Epidemiología.
- Borrell, C., García-Calvente, M. M., & Martí Boscá, J. V. (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gac Sanit*, *18*(1), 1-6.
- Borrell, C., & Artazcoz, L. (2008a). Las desigualdades de género en salud: Retos para el futuro. *Rev.Esp.Salud Publica*, *82*, 245-249.
- Borrell, C., & Artazcoz, L. (2008b). Policies to reduce health inequalities. [Las políticas para disminuir las desigualdades en salud] *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S*, *22*(5), 465-473.

- Borrell, C., Azlor, E., Rodriguez-Sanz, M., Puigpinos, R., Cano-Serral, G., Pasarin, M. I., et al. (2008). Trends in socioeconomic mortality inequalities in a southern european urban setting at the turn of the 21st century. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(3), 258-266.
- Borrell, C., & Benach, J. (2008). Health inequalities in catalonia (spain): Are they actually in the political agenda? [Desigualdades en salud en Catalunya: ¿realmente en la agenda politica?] *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 22(1), 80.
- Borrell, C., Benach, J., & CAPS-FJ Bofill Working Group. (2006). Evolution of health inequalities in catalonia [spain]. [La evolucion de las desigualdades en salud en Catalunya] *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 20(5), 396-406.
- Borrell, C., Espelt, A., Rodriguez-Sanz, M., & Navarro, V. (2007). Politics and health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(8), 658-659.
- Borrell, C., Fernandez, E., Schiaffino, A., Benach, J., Rajmil, L., Villalbi, J. R., et al. (2001). Social class inequalities in the use of and access to health services in catalonia, spain: What is the influence of supplemental private health insurance? *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 13(2), 117-125.
- Borrell, C., Mari-Dell'Olmo, M., Rodriguez-Sanz, M., Garcia-Olalla, P., Cayla, J. A., Benach, J., et al. (2006). Socioeconomic position and excess mortality during the heat wave of 2003 in barcelona. *European Journal of Epidemiology*, 21(9), 633-640.
- Borrell, C., Muntaner, C., Sola, J., Artazcoz, L., Puigpinos, R., Benach, J., et al. (2008). Immigration and self-reported health status by social class and gender: The importance of material deprivation, work organisation and household labour. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(5), e7.
- Borrell, C., & Pasarin, M. I. (2004). Desigualdad en salud y territorio urbano. *Gac.Sanit.*, 18(1), 1-4.
- Borrell, C., Plasencia, A., Pasarin, I., & Ortun, V. (1997). Widening social inequalities in mortality: The case of barcelona, a southern european city. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51(6), 659-667.
- Borrell, C., Rodriguez, M., Ferrando, J., Brugal, M. T., Pasarin, M. I., Martinez, V., et al. (2002). Role of individual and contextual effects in injury mortality: New evidence from small area analysis. *Injury Prevention : Journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention*, 8(4), 297-302.
- Borrell, C., Rodriguez-Sanz, M., Pasarin, M. I., Brugal, M. T., Garcia-de-Olalla, P., Mari-Dell'Olmo, M., et al. (2006). AIDS mortality before and after the introduction of highly active antiretroviral therapy: Does it vary with socioeconomic group in a country with a national health system? *European Journal of Public Health*, 16(6), 601-608. doi:10.1093/eurpub/ckl062

- Borrell, C., Rue, M., I Pasarin, M., Benach, J., & E Kunst, A. (2000). The measurement of inequalities in health. [La medicion de las desigualdades en salud] *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 14(Suplemento 3), 20-33.
- Bosma, H., Marmot, M. G., Hemingway, H., Nicholson, A. C., Brunner, E., & Stansfeld, S. (1997). Low job control and risk of coronary heart disease in whitehall II (prospective cohort), study. *BMJ*, 314, 555-65.
- Bosma, H., Peter, R., Siegrist, J., & Marmot, M. (1998). Two alternative job stress model and the risk of coronary heart disease. *Am J Public Health*, 88, 68-74.
- Bosma, H., van de Mheen, H. D., & Mackenbach, J. (1999). Social class in childhood and general health in adulthood: Questionnaire study of contribution of psychological attributes. *BMJ*, 318, 18-22.
- Bowman, S. (2007). Low economic status is associated with suboptimal intakes of nutritious foods by adults in the national health and nutrition examination survey 1999-2002. *Nutrition Research*, 27(9), 515-523.
- Braveman, P. (1998). *Monitoring equity in health: A policy-oriented approach in low and middle income countries*. Geneva: WHO.
- Breckenkamp, J., Mielck, A., & Razum, O. (2007). Health inequalities in germany: Do regional-level variables explain differentials in cardiovascular risk? *BMC Public Health*, 7(147), 132.
- Brown, A. F., Ettner, S. L., & Piette, J. D. e. a. (2004). Socioeconomic position and health among persons with diabetes mellitus: A conceptual framework and review of the literature. *Epidemiology Review*, 26, 63-77.
- Brunner, E. (1997). Socioeconomic determinants of health: Stress and the biology of inequality. *BMJ*, 314, 1472-6.
- Brunner, E. (2000). Toward a new social biology. In L. F. Berkman, & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology*. (pp. 306-31). Oxford: Oxford University Press.
- Bucher, H. C., & Ragland, D. R. (1995). Socioeconomic indicators and mortality from coronary heart disease and cancer: A 22-year follow-up of middle-aged men. *Am J Public Health*, 85, 1231-6.
- Candib, L. M. (2007). Obesity and diabetes in vulnerable populations: Reflection on proximal and distal causes. *Annals of Family Medicine*, 5(6), 547-556.
- Caperchione, C., Lauder, W., Kolt, G. S., Duncan, M. J., & Mummery, W. K. (2008). Associations between social capital and health status in an australian population. *Psychology, Health & Medicine*, 13(4), 471-482.
- Carr, M., & Brunzell, J. D. (2004). Abdominal obesity and dyslipidemia in the metabolic syndrome: Importance of type 2 diabetes and familial combined

- hyperlipemia in coronary artery disease risk. *J Clin Endocrinol Metab*, 89, 2601-2607.
- Carroll, D., Davey Smith, G., & Bennett, P. (1996). Some observations on health and socio-economic status. *J Health Psychol*, 1, 23-29.
- Carvalho Freitas, O., Resende de Carvalho, F., Marques Neves, J., Karine Veludo, P., Silva Parreira, R., Marafiotti Gonçalves, R., et al. (2001). Prevalence of hypertension in the urban population of catanduva, in the state of sao paulo, brazil. *Arq Bras Cardiol*, 77(1), 16-21.
- Casas, J. A. (2002). *Rockefeller health equity programme, from concept and trends in research on social determinants of health in latin america and the caribbean*. Geneva: WHO.
- Caspi, A., Wright, B. R. E., Moffitt, T. E., & Silva, P. A. (1998). Early failure in the labor market: Childhood and adolescent predictors of unemployment in the transition to adulthood. *Am Sociol Rev*, 63, 424-51.
- Caudales Pérez, E. R., Acosta Hosman, J. M., Palacios Gainza, A., Castillo Guzmán, A., & García Barreto, D. (1998). Prevalencia de hipertensión: raza y nivel educacional. *Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc*, 24(2), 62-65.
- Centre for AIDS development, research and evaluation (CADRE). (2003). *Gender-based violence and HIV/AIDS in south africa*. Braamfontein, South Africa:
- Chan, W. C., Wright, C., Riddell, T., Wells, S., Kerr, A. J., Gala, G., et al. (2008). Ethnic and socioeconomic disparities in the prevalence of cardiovascular disease in new zealand. *The New Zealand Medical Journal*, 121(1285), 11-20.
- Charafeddine, R., & Boden, L. I. (2008). Does income inequality modify the association between air pollution and health? *Environmental Research*, 106(1), 81-88.
- Chomsky, N. (2007). *Intervenciones*. Madrid: Siglo XXI.
- Chun, H., Khang, Y., Kim, I., & Cho, S. (2008). Explaining gender differences in ill-health in south korea: The roles of socio-structural, psychosocial, and behavioral factors. *Social Science & Medicine*, 67(6), 988-1001.
- Chung, H., & Muntaner, C. (2006). Political and welfare state determinants of infant and child health indicators: An analysis of wealthy countries. *Soc Sci Med*, 63(3), 829-42.
- Chung, H., & Muntaner, C. (2007). Welfare state matters: A typological multilevel analysis of wealthy countries. *Health Policy*, 80(2), 328-39.
- Cirera, L., Tormo, M. J., Chirlaque, M. D., & Navarro, C. (1998). Cardiovascular risk factors and educational attainment in southern spain: A study of random sample of 3091 adults. *European Journal of Epidemiology*, 14, 755-763.

- Coburn, D. (2000). Income inequality, social cohesion and the health status of populations: The role of neo-liberalism. *Soc Sci Med*, 51, 135-46.
- Cohen, R. D., Spear, S., Scribner, R., & et al. (2000). "Broken windows" and the risk of gonorrhoea. *Am J Public Health*, 90, 230-6.
- Colgrove, J. (2002). The McKeown thesis: A historical controversy and its enduring influence. *American Journal of Public Health*, 92(5), 725-29.
- Commission on Social Determinants of Health (CSDH). (2007). *Achieving health equity: From root causes to fair outcomes*. Geneva: WHO.
- Consedine, N. S., Sabag-Cohen, S., & Krivoshekova, Y. S. (2007). Ethnic, gender, and socioeconomic differences in young adults' self-disclosure: Who discloses what and to whom? *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 13(3), 254-263.
- Consejo Económico y Social de Canarias. (2006). *Informe Anual 2006*. Las Palmas de Gran Canaria:
- Cortés, I., Artazcoz, L., Rodríguez-Sanz, M., & Borrell, C. (2004). Desigualdades en la salud mental de la población ocupada. *Gac Sanit*, 18(5), 351-359.
- Courtwright, A. (2008). The social determinants of health: Moving beyond justice. *The American Journal of Bioethics : AJOB*, 8(10), 16-17.
- Cox, A. M., McKeivitt, C., Rudd, A. G., & Wolfe, C. D. (2006). Socioeconomic status and stroke. *Lancet Neurology*, 5(2), 181-188.
- Coxon, A. P. M., & Fisher, K. (1999). *Criterion validation and occupational classification: The seven economic relations and the NS-SEC*. University of Essex: Mimeograph, Institute for Social and Economic Research.
- Crombie, I. e. a. (2004). *Closing the health the health inequalities gap: An international perspective*. Dundee: NHS Health Scotland.
- CSDH Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET). (2006). *A glossary of key concepts*. Geneva: WHO.
- Cuasay, L. C., Lee, E. S., Orlander, P. P., Steffen-Batey, L., & Hanis, C. L. (2001). Prevalence and determinants of type 2 diabetes among filipino-americans in the houston, texas metropolitan statistical area. *Diabetes Care*, 24(12), 2054-2058.
- Currie, C., Molcho, M., Boyce, W., Holstein, B., Torsheim, T., & Richter, M. (2008). Researching health inequalities in adolescents: The development of the health behaviour in school-aged children (HBSC) family affluence scale. *Social Science & Medicine*, 66(6), 1429-1436.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2006). *Levelling up (part 1): A discussion paper on european strategies for tackling social inequities in health*. EURO: WHO.

- Dalstra, J. A. A., Kunst, A. E., & Mackenbach, J. P. (2006). A comparative appraisal of the relationship of education, income and housing tenure with less than good health among the elderly in Europe. *Social Science & Medicine* (1982), 62(8), 2046-2060.
- Darias Curvo, S. (2008). Análisis de las desigualdades económicas en la prevalencia de diabetes y obesidad en Canarias. *Revista ENE*, 4, 51-60.
- Darias Curvo, S. (2009). Drogas e intervención comunitaria. In S. Darias Curvo (Ed.), *Enfermería Comunitaria* (2ª ed., pp. 971-999.). Madrid: DAE.
- Davey Smith, G. (1997). Socio-economic differentials. In D. Kuh, & Y. Ben Shlomo (Eds.), *A life course approach to chronic disease epidemiology*. (pp. 242-273.). Oxford: Oxford University Press.
- Davey Smith, G., & Bartley, M. y Blane, D. (1990). The black report on socioeconomic inequalities in health 10 years on. *BMJ*, 301, 373-7.
- Davey Smith, G., Ben-Shlomo, Y., & Lynch, J. (2002). Life course approaches to inequalities in coronary heart disease risk. In S. Stansfeld, & M. Marmot (Eds.), *Stress and the heart* (pp. 20-49). London: BMJ Books.
- Davey Smith, G., Blane, D., & Bartley, M. (1994). Explanations for socioeconomic differentials in mortality: Evidence from Britain and elsewhere. *European Journal of Public Health*, 4, 131-44.
- Davey Smith, G., & Harding, S. (1997). Is control at work the key to socioeconomic gradients in mortality? *Lancet*, 350, 1369-1370.
- Davey Smith, G., Neaton, J. D., Wentworth, D., & Stamler, R. (1996). Socioeconomic differentials in mortality risk among men screened for the multiple risk factor intervention trial, I: White men. *Am J Public Health*, 86, 486-96.
- Davey Smith, G., Neaton, J. D., Wentworth, D., Stamler, R., & Stamler, J. (1998). Mortality differences between black and white men in the USA: Contribution of income and other risk factors among men screened for the MRFIT. *Lancet*, 351, 934-9.
- Davey Smith, G., Wentworth, D., Neaton, J. D., Stamler, R., & Stamler, J. (1996b). Socioeconomic differentials in mortality risk among men screened for the multiple risk factor intervention trial, II: Black men. *Am J Public Health*, 86, 497-504.
- De Ceukelaire, W., & De Vos, P. (2009). Governments, civil society, and social determinants of health. *Lancet*, 373(9660), 298-299.
- De Rijk, A., Janssen, N., Alexanderson, K., & Nijhuis, F. (2008). Gender differences in return to work patterns among sickness absentees and their associations with health: A prospective cohort study in the Netherlands. *International Journal of Rehabilitation Research. Internationale Zeitschrift Fur Rehabilitationsforschung. Revue Internationale De Recherches De Readaptation*, 31(4), 327-336.

- De Vogli, R., Chandola, T., & Marmot, M. G. (2007). Negative aspects of close relationships and heart disease. *Archives of Internal Medicine*, 167(18), 1951-1957.
- Decancq, K., Decoster, A., & Schokkaert, E. The evolution of world inequality in well-being. *World Development, In Press, Corrected Proof*
- Dedman, D. J., Gunnell, D., Davey Smith G., & et al. (2001). Childhood housing conditions and later mortality in the boy orr cohort. *J Epidemiol Community Health*, 55, 10-15.
- Demakakos, P., Nazroo, J., Breeze, E., & Marmot, M. (2008). Socioeconomic status and health: The role of subjective social status. *Social Science & Medicine*, 67(2), 330-340.
- Diabetes and socioeconomic status.(2007). *National Bureau of Economic Research Bulletin on Aging and Health*, (20)(20), 3.
- Diderichsen, F., Dahlgren, G., & Vågerö, D. (1997). *Analysis of the proportion of the total disease burden caused by specific risk factors*. Stockholm: National Institute for Public Health.
- Diez-Roux, A. V., Link, B. G., & Northridge, M. E. (2000). A multilevel analysis of income inequality and cardiovascular disease risk factors. *Social Science & Medicine*, 50, 673-687.
- DING, N., & WANG, Y. (2008). Household income mobility in china and its decomposition. *China Economic Review*, 19(3), 373-380.
- Djukanovic, V., & Mach, E. P. (1975). *Alternative approaches to meet basic health needs of population in developing countries, a joint UNICEF/WHO study*. Geneva: WHO.
- Dollamore, G. (1999). Examining adult and infant mortality rates using the NS-SEC. *Health Statistics Quaterly*, 2, 33-40.
- Dominguez-Berjon, M. F., Borrell, C., Benach, J., & Pasarín, M. I. (2001). Measures of material deprivation in small area studies. [Medidas de privacion material en los estudios de areas geograficas pequenas] *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 15 Suppl 4, 23-33.
- Dominguez-Berjon, M. F., Borrell, C., Lopez, R., & Pastor, V. (2005). Mortality and socioeconomic deprivation in census tracts of an urban setting in southern europe. *Journal of Urban Health : Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 82(2), 225-236. doi:10.1093/jurban/jti047
- Doyal, L. (2000). Gender equity in health debates and dilemmas. *Soc Sci Med*, 51(4), 931-939.
- Dragano, N., Bobak, M., Wege, N., Peasey, A., Verde, P. E., Kubinova, R., et al. (2007). Neighbourhood socioeconomic status and cardiovascular risk factors: A

- multilevel analysis of nine cities in the czech republic and germany. *BMC Public Health*, 7(147), 255.
- Drager, N., & Vieira, C. (2002). *Trade in health services: Global, regional and country perspectives*. Washington, DC: PAHO.
- Drever, F., Bunting, J., & Harding, D. (1997). Male mortality from major causes of death. In F. Drever, & M. Whitehead (Eds.), *Health inequalities* (pp. 122-42). London: HMSO.
- Droomers, M., Carola, T. M., & Mackenbach, J. P. (2002). Why do lower educational people continue smoking? explanations from longitudinal GLOBE study. *Health Psychology*, 21(3), 263-272.
- Droomers, M., Schrijvers, C. T., & Mackenbach, J. P. (2004a). Educational differences in starting excessive alcohol consumption: Explanations from the longitudinal GLOBE study. *Social Science & Medicine* (1982), 58(10), 2023-2033.
- Droomers, M., Schrijvers, C. T., & Mackenbach, J. P. (2004b). Educational differences in the intention to stop smoking: Explanations based on the theory of planned behaviour. *European Journal of Public Health*, 14(2), 194-198.
- Droomers, M., Schrijvers, C. T. M., & Mackenbach, J. P. (2004c). Educational differences in starting excessive alcohol consumption: Explanations from the longitudinal GLOBE study. *Social Science & Medicine* (1982), 58(10), 2023-2033.
- Duane, F. A. (1991). Family of origin and cohort differences in verbal ability. *American Sociological Review*, 56(5), 625-638.
- Dummer, T. J. B., & Cook, I. G. (2008). Health in china and india: A cross-country comparison in a context of rapid globalisation. *Social Science & Medicine*, 67(4), 590-605.
- Duncan, O. D. (1961). A socioeconomic index for all occupations. In A. J. J. Reiss (Ed.), *Occupations and social status* (pp. 109-38). New York: Free Press.
- Ecob, R., & Davey Smith, G. (1999). Income and health: What is the nature of the relationship? *Soc Sci Med*, 48, 693-705.
- Elstad, J. I. (1998). The psycho-social perspective on social inequalities in health. In M. Bartley, D. Blane & G. Davey Smith (Eds.), *The sociology of health inequalities* (pp. 39-58). Oxford: Blackwell.
- Engstrom, G., Berglund, G., Goransson, M., Hansen, O., Hedblad, B., Merlo, J., et al. (2000). Distribution and determinants of ischaemic heart disease in an urban population. A study from the myocardial infarction register in malmo, sweden. *Journal of Internal Medicine*, 247(5), 588-596.

- Erikson, R. (2001). Why do graduates live longer? In J. O. Jonsson, & C. Mills (Eds.), *Cradle to grave: Life course change in modern sweden*. (). Sweden: Durham, Sociology Press.
- Erikson, R., & Goldthorpe, J. H. (1992). *The constant flux*. Oxford: Clarendon Press.
- Espelt, A., Borrell, C., Rodriguez-Sanz, M., Muntaner, C., Pasarin, M., Benach, J., et al. (2009). Answer to the commentary: Politics and public health--some conceptual considerations concerning welfare state characteristics and public health outcomes. *International Journal of Epidemiology*,
- Espelt, A., Borrell, C., Rodriguez-Sanz, M., Muntaner, C., Pasarin, M. I., Benach, J., et al. (2008). Inequalities in health by social class dimensions in european countries of different political traditions. *International Journal of Epidemiology*, 37(5), 1095-1105.
- Espelt, A., Borrell, C., Roskam, A. J., Rodriguez-Sanz, M., Stirbu, I., Dalmau-Bueno, A., et al. (2008). Socioeconomic inequalities in diabetes mellitus across europe at the beginning of the 21st century. *Diabetologia*, 51(11), 1971-1979.
- Esping Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Esping Andersen, G. (2001). *Fundamentos sociales de la economía postindustrial*. Barcelona: Ariel.
- European Commission. (2006). *Health and food, special eurobarometer* No. 183-6)EC.
- Evans, G. (1992). Testing the validity of the goldthorpe class schema. *European Sociological Review*, 8, 211-32.
- Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A., & Wirth, M. (2001). In Evans T., Whitehead M., Diderichsen F., Bhuiya A. and Wirth M. (Eds.), *Challenging inequities in health*. New York: Oxford UP.
- Ezendam, N. P. M., Stirbu, I., Leinsalu, M., Lundberg, O., Kalediene, R., Wojtyniak, B., et al. (2008). Educational inequalities in cancer mortality differ greatly between countries around the baltic sea. *European Journal of Cancer (Oxford, England: 1990)*, 44(3), 454-464.
- Fassin, D. (2000). Qualifier les inégalités. In A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski & T. Lang (Eds.), *Les Inégalités sociales de santé* (pp. 124-44). Paris: INSERM/La Découverte.
- Fernandez, E., Schiaffino, A., Borrell, C., Benach, J., Ariza, C., Ramon, J. M., et al. (2006). Social class, education, and smoking cessation: Long-term follow-up of patients treated at a smoking cessation unit. *Nicotine & Tobacco Research : Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 8(1), 29-36.

- Fjell, Y., Alexanderson, K., Nordenmark, M., & Bildt, C. (2008). Perceived physical strain in paid and unpaid work and the work-home interface: The associations with musculoskeletal pain and fatigue among public employees. *Women & Health, 47*(1), 21-44.
- FOESSA. (1994). *V Informe Sociológico sobre la Situación Social en España*. Madrid: FOESSA.
- Franco, A., Alvarez-Dardet, C., & Ruiz, M. T. (2004). Effect of democracy on health: Ecological study. *British Medical Journal, 329*(7480), 1421-1423.
- Franco, O., De Laet, C., Peeters, A., Jonker, J., Mackenbach, J., & Nusselder, W. (2005). Effects of physical activity on life expectancy with cardiovascular disease. *Arch Intern Med, 165*, 2355-2360.
- Franco, O. H., de Laet, C., Peeters, A., Jonker, J., Mackenbach, J., & Nusselder, W. (2005). Effects of physical activity on life expectancy with cardiovascular disease. *Archives of Internal Medicine, 165*(20), 2355-2360.
- Galobardes, B., Shaw, M., Lawler, D., Lynch, J., & Davey Smith, G. (2006). Indicators of socio-economic position (part II). *Journal of Epidemiology & Community Medicine, 60*, 95-11.
- Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A., Lynch, J., & Davey Smith G. (2006). Indicators of socio-economic position (part I). *Journal of Epidemiology & Community Medicine, 60*, 7-12.
- Gálvez Vargas, R., Jiménez Moleón, J. J., & Bueno Cavanillas, A. (2001). Epidemiología y prevención de la diabetes mellitus. In G. Piédrola (Ed.), *Medicina preventiva y salud pública*. (10ª ed., pp. 725-734). Barcelona: Masson.
- García Benavides, F., Godoy, C., Pérez, S., & et al. (1992). Multiple codification of the causes of death: From dying "of" to dying "from". *Gac Sanit., 6*, 53-57.
- Gershman, J., & Irwin, A. (2000). Getting a grip on the global economy. In J. Kin, J. Millen, A. Irwin & J. Gershman (Eds.), *Dying for growth: Global inequality and the health of the poor*. (pp. 79-86). Monroe, Maine.: Common Courage.
- Ghaed, S. G., & Gallo, L. C. (2007). Subjective social status, objective socioeconomic status, and cardiovascular risk in women. *Health Psychology, 26*(6), 668-674.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity*. Cambridge: Polity Press.
- Giddens, A. (2001). *Nuevas reglas del método sociológico* (2ª ed ed.). Madrid: AMORRORTU EDITORES.
- Giskes, K., Kunst, A. E., Ariza, C., Benach, J., Borrell, C., Helmert, U., et al. (2007). Applying an equity lens to tobacco-control policies and their uptake in six western-european countries. *Journal of Public Health Policy, 28*(2), 261-280.

- Giskes, K., Kunst, A. E., Benach, J., Borrell, C., Costa, G., Dahl, E., et al. (2005). Trends in smoking behaviour between 1985 and 2000 in nine european countries by education. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(5), 395-401.
- Giskes, K., van Lenthe, F., Kamphuis, C., Huisman, M., Brug, J., & Mackenbach, J. P. (2008). Household and food shopping environments: Do they play a role in socioeconomic inequalities in fruit and vegetable consumption? A multilevel study among dutch adults. *Journal of Epidemiology and Community Health*,
- Giskes, K., Turrell, G., van Lenthe, F. J., Brug, J., & Mackenbach, J. P. (2006). A multilevel study of socio-economic inequalities in food choice behaviour and dietary intake among the dutch population: The GLOBE study. *Public Health Nutrition*, 9(1), 75-83.
- Goesling, B., & Baker, D. P. (2008). Three faces of international inequality. *Research in Social Stratification and Mobility*, 26(2), 183-198.
- Goldblatt, P. O. (1990a). Mortality and alternative social classifications. In P. O. Goldblatt (Ed.), *Mortality and social organization* (pp. 163-92). London: HMSO.
- Goldthorpe, J. H., Llewellyn, C., & Payne, C. (1980). *Social mobility and class structure in modern britain*. Oxford: Clarendon Press.
- Gómez, R. J. (2003). *Neoliberalismo globalizado. refutación y debacle*. Buenos Aires: Macchi.
- Gorey, K. M., & Vena, J. E. (1995). The association of near poverty status with cancer incidence among black and white adults. *J Epidemiol Community Health*, 20, 359-66.
- Graham, H. (2002). Building an inter-disciplinary science of health inequalities: The example of lifecourse research. *Soc Sci Med*, 55, 2005-16.
- Graham, I. e. a. (2007). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Executive summary. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 14(2), 1-40.
- Graham, H. (2002). Building an inter-disciplinary science of health inequalities: The example of lifecourse research. *Social Science & Medicine (1982)*, 55(11), 2005-2016.
- Graham, H. (2004). Social determinants and their unequal distribution: Clarifying policy understandings. *The Milbank Quarterly*, 82(1), 101-124.
- Graham, H., & Power, C. (2004). Childhood disadvantage and health inequalities: A framework for policy based on lifecourse research. *Child: Care, Health and Development*, 30(6), 671-678.
- Gran, B. (1995). Major differences in cardiovascular risk indicators by educational status. *Scand J Soc Med*, 23, 9-16.

- Grotto, I., Huerta, M., Grossman, E., & Sharabi, Y. (2007). Relative impact of socioeconomic status on blood pressure lessons from a large-scale survey of young adults. *American Journal of Hypertension : Journal of the American Society of Hypertension*, 20(11), 1140-1145.
- Guallar-Castillon, P., Magarinos-Losada, M. M., Montoto-Otero, C., Tabuena, A. I., Rodriguez-Pascual, C., Olcoz-Chiva, M., et al. (2006). Prevalence of depression and associated medical and psychosocial factors in elderly hospitalized patients with heart failure in Spain. [Prevalencia de depresión, y factores biomedicos y psicosociales asociados, en ancianos hospitalizados con insuficiencia cardiaca en Espana] *Revista Espanola De Cardiologia*, 59(8), 770-778.
- Guallar-Castillon, P., Santa-Olalla Peralta, P., Banegas, J. R., Lopez, E., & Rodriguez-Artalejo, F. (2004). Physical activity and quality of life in older adults in Spain. [Actividad fisica y calidad de vida de la poblacion adulta mayor en Espana] *Medicina Clinica*, 123(16), 606-610.
- Gunning-Schepers, L. J., & Stronks, K. (1999). Inequalities in health--future threats to equity. *Acta Oncologica (Stockholm, Sweden)*, 38(1), 57-61.
- Gunning-Schepers, L. J. (1999). Models: Instruments for evidence based policy. *J Epidemiol Community Health*, 53, 263.
- Gupta, R., & Kumar, P. (2007). Social evils, poverty & health. *The Indian Journal of Medical Research*, 126(4), 279-288.
- Gutierrez-Fisac, J. L., Regidor, E., Banegas, J. R., & Rodriguez Artalejo, F. (2005). Prevalence of obesity in the Spanish adult population: 14 years of continuous increase. [Prevalencia de obesidad en la poblacion adulta espanola: 14 anos de incremento continuado] *Medicina Clinica*, 124(5), 196-197.
- Gwatkin, D. R., Bhuiya, A., & Victora, C. G. (2004). Making health system more equitable. *Lancet*, 364(9441), 1273-1280.
- Gwatkin, G. R. e. a. (2000). *Socioeconomic differences in health, nutrition and population*. Washington, DC.: The World Bank.
- Hanlon, P., Walsh, D., & Whyte, B. (2006). *Let Glasgow flourish*. Glasgow: Glasgow Centre for Population Health.
- Hawkes, C. e. a. (2007). *Globalization, food and nutrition transition*. Geneva: WHO.
- Hayes, D. K., Denny, C. H., Keenan, N. L., Croft, J. B., Sundaram, A. A., & Greenlund, K. J. (2006). Racial/Ethnic and socioeconomic differences in multiple risk factors for heart disease and stroke in women: Behavioral risk factor surveillance system, 2003. *Journal of Women's Health (2002)*, 15(9), 1000-1008.
- Hemingway, A. (2007). Determinants of coronary heart disease risk for women on a low income: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60(4), 359-367.

- Hernandez, M. (2008). Social determinants of health and equity. *Revista De Salud Publica (Bogota, Colombia)*, 10(1), 1-2.
- Hippisley-Cox, J., O'Hanlon, S., & Coupland, C. (2004). Association of deprivation, ethnicity, and sex with quality indicators for diabetes: Population based survey of 53000 patients in primary care. *BMJ*, 329, 1267-1269.
- Hoeymans, N., Smit, H. A., Verkleij, H., & Kromhout, D. (1996). Cardiovascular risk-factors in relation to educational-level in 36.000 men and woman in the netherlands. *Eur Heart J*, 17, 518-25.
- Hollingshead, A. B. (1971). Commentary of "the indiscriminate state of social class measurement". *Soc Forces*, 49, 563-7.
- Homedes, N., & Ugalte, A. (2005). Why neoliberal health reforms have failed in Latin america. *Health Policy*, 71, 83-96.
- Houweling, T. A., Caspar, A. E., Looman, W. N., & Mackenbach, J. P. (2005). Determinants of under-5 mortality among the poor and the rich: A cross-national analysis of 43 developing countries. *International Journal of Epidemiology*, 34(6), 1257-1265.
- Houweling, T. A., Jayasinghe, S., & Chandola, T. (2007). The social determinants of childhood mortality in sri lanka: Timetrends & comparisons across south asia. *The Indian Journal of Medical Research*, 126(4), 239-248.
- Houweling, T. A., Kunst, A. E., Huisman, M., & Mackenbach, J. P. (2007). Using relative and absolute measures for monitoring health inequalities: Experiences from cross-national analyses on maternal and child health. *International Journal for Equity in Health*, 6, 15.
- Houweling, T. A. J., Caspar, A. E. K., Looman, W. N., & Mackenbach, J. P. (2005). Determinants of under-5 mortality among the poor and the rich: A cross-national analysis of 43 developing countries. *International Journal of Epidemiology*, 34(6), 1257-1265.
- Howard, J. A. (2000). Social psychology of identities. *Annu Rev Sociol*, 26, 367-93.
- Howard, M. A., & Anderson, R. J. (1978). Early identification of potential school dropouts: A literature review. *Child Welfare*, 57, 221-231.
- Howden-Chapman, P. (2004). Housing standars: A glossary of housing and health. *J Epidemiol Community Health*, 58, 162-168.
- Huisman, M., Kunst, A. E., & Mackenbach, J. P. (2005a). Educational inequalities in smoking among men and women aged 16 years and older in 11 european countries. *Tobacco Control*, 14(2), 106-113.

- Huisman, M., Kunst, A. E., & Mackenbach, J. P. (2005b). Inequalities in the prevalence of smoking in the european union: Comparing education and income. *Preventive Medicine, 40*(6), 756-764.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior, 38*(1), 21-37.
- Idris, B. I., Giskes, K., Borrell, C., Benach, J., Costa, G., Federico, B., et al. (2007). Higher smoking prevalence in urban compared to non-urban areas: Time trends in six european countries. *Health & Place, 13*(3), 702-712.
- ILO. (2002). *Woman and men in the informal economy: A statistical picture*. Geneva: International Labour Organization.
- International Development Association/IMF. (2002). *Review of the poverty reduction strategy PAper (PRSP) approach: Main findings*. Washington, DC.: IMF.
- Iribaren, C., Luepker, R. V., MacGovern, P. G., Arnett, D. K., & Blackburn, H. (1997). Twelve-year trends in cardiovascular disease risk factors in the minnesota heart survey: Are socioeconomic differences widening? *Arch Intern Med, 157*, 873-81.
- Ishitani, L. H., Franco Gda, C., Perpetuo, I. H., & Franca, E. (2006). Socioeconomic inequalities and premature mortality due to cardiovascular diseases in brazil. [Desigualdade social e mortalidade precoce por doencas cardiovasculares no Brasil] *Revista De Saude Publica, 40*(4), 684-691.
- Islam, M. K., Gerdtham, U. G., Gullberg, B., Lindstrom, M., & Merlo, J. (2008). Social capital externalities and mortality in sweden. *Economics and Human Biology, 6*(1), 19-42. doi:10.1016/j.ehb.2007.09.004
- ISTAC. (2004a). *Encuesta de Salud de Canarias 2004*. Tenerife:
- ISTAC. (2004b). *Encuesta sobre salud e ingresos de la población canaria 2004*. Tenerife:
- Jansen, P., Tiemeier, H., Jaddoe, V., Hofman, A., Steegers, E., Verhulst, F., et al. (2008). Explaining educational inequalities in preterm birth. the generation R study. *Archives of Disease in Childhood.Fetal and Neonatal Edition,*
- Janssen, F., Kunst, A. E., & Mackenbach, J. P. (2006). Association between gross domestic product throughout the life course and old-age mortality across birth cohorts: Parallel analyses of seven european countries, 1950-1999. *Social Science & Medicine (1982), 63*(1), 239-254.
- Jolly, K., & Gill, P. (2008). Ethnicity and cardiovascular disease prevention: Practical clinical considerations. *Current Opinion in Cardiology, 23*(5), 465-470.
- Jozan, P., & Foster, D. P. (1999). Social inequalities and health: Ecological study of mortality in budapest, 1980-83 and 1990-93. *BMJ, 318*, 914-925.

- Kamphuis, C. B., Van Lenthe, F. J., Giskes, K., Huisman, M., Brug, J., & Mackenbach, J. P. (2008). Socioeconomic status, environmental and individual factors, and sports participation. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 40(1), 71-81.
- Kannel, W. (1996). Blood pressure as a cardiovascular risk factor: Prevention and treatment. *JAMA*, 275, 1571-1576.
- Kaplan, G. A., Pamuk, E. R., Lynch, J. W., Cohen, R. D., & Balfour, J. L. (1996). Inequality in income and mortality in the united states: Analysis of mortality and potential pathways. *BMJ*, 312, 999-1003.
- Kaplan, G. A., Shema, S. J., & Leite, C. M. A. (2008). Socioeconomic determinants of psychological well-being: The role of income, income change, and income sources during the course of 29 years. *Annals of Epidemiology*, 18(7), 531-537.
- Karmakar, S. D., & Breslin, F. C. (2008). The role of educational level and job characteristics on the health of young adults. *Social Science & Medicine (1982)*, 66(9), 2011-2022.
- Karter, A. J., Stevens, M. R., Brown, A. F., Duru, O. K., Gregg, E. W., Gary, T. L., et al. (2007). Educational disparities in health behaviors among patients with diabetes: The translating research into action for diabetes (TRIAD) study. *BMC Public Health*, 7, 308.
- Kawachi, I. (1999). In Kawachi I. (Ed.), *The society and population health reader*. New York: New Press.
- Kawachi, I., Colditz, G. A., Stampfer, M. J., Willett, W. C., Manson, J. E., O'Connor, G. T., et al. (1993). Smoking cessation in relation to total mortality rates in woman. A prospective cohort study. *Ann.Intern.Med.*, 119, 992-1000.
- Kawachi, I., & Wamala, S. (2007). In Kawachi I., Wamala S. (Eds.), *Globalization and health*. New York: Oxford UP.
- Kelaher, M., Paul, S., Lambert, H., Ahmad, W., Paradies, Y., & Davey Smith, G. (2008). Discrimination and health in an english study. *Social Science & Medicine*, 66(7), 1627-1636.
- Kelaher, M., Paul, S., Lambert, H., Ahmad, W., & Smith, G. D. (2008). The impact of different measures of socioeconomic position on the relationship between ethnicity and health. *Annals of Epidemiology*, 18(5), 351-356.
- Kennedy, B. P., Kawachi, I., Glass, R., & Prothrow-Stith, D. (1998). Income distribution, socioeconomic status and self rated health in the united states: A multilevel analysis. *BMJ*, 31, 917-921.
- Kim, D., Kawachi, I., Hoorn, S. V., & Ezzati, M. (2008). Is inequality at the heart of it? cross-country associations of income inequality with cardiovascular diseases and risk factors. *Social Science & Medicine (1982)*, 66(8), 1719-1732. doi:10.1016/j.socscimed.2007.12.030

- Kivimaki, M., Leino-Arjas, P., Luukkonen, R., Riihimaki, H., Vahtera, J., & Kirjonen, J. (2002). Work stress and risk of cardiovascular mortality: Prospective cohort study of industrial employees. *BMJ*, *325*, 857-62.
- Kleczkowski, B. M., Roemer, M. I., & Van der Werff, A. (1984). *National health systems and their reorientation towards health for all: Guidance for policy-making publisher: World health organization publication date: 1984*. Geneva: World Health Organization.
- Kloek, G. C., van Lenthe, F. J., van Nierop, P. W. M., Koelen, M. A., & Mackenbach, J. P. (2006). Impact evaluation of a dutch community intervention to improve health-related behaviour in deprived neighbourhoods. *Health & Place*, *12*(4), 665-677.
- Koch, E., Romero, T., Manriquez, L., Paredes, M., Ortuzar, E., Taylor, A., et al. (2007). Socioeconomic and educational inequities as independent predictors for mortality in a developing country: A cohort study in san francisco, chile. [Desigualdad educacional y socioeconomica como determinante de mortalidad en Chile: analisis de sobrevida en la cohorte del proyecto San Francisco] *Revista Medica De Chile*, *135*(11), 1370-1379.
- Kolegard Stjarne, M., Diderichsen, F., Reuterwall, C., Hallqvist, J., & Sheep Study Group. (2002). Socioeconomic context in area of living and risk of myocardial infarction: Results from stockholm heart epidemiology program (SHEEP). *Journal of Epidemiology and Community Health*, *56*(1), 29-35.
- Kouvonen, A., Oksanen, T., Vahtera, J., Stafford, M., Wilkinson, R., Schneider, J., et al. (2008). Low workplace social capital as a predictor of depression: The finnish public sector study. *American Journal of Epidemiology*, *167*(10), 1143-1151.
- Krieger, N. (2001a). A glossary for social epidemiology. *Epidemiology Community Health*, *55*, 693-700.
- Krieger, N. (2001b). Theories for social epidemiology in the 21st century: An ecosocial perspective. *Int J Epidemiol*, *30*(4), 668-77.
- Krieger, N. (2003). Genders, sexes, and health: What are the connectios, and why does it matter? *Int J Epidemiol*, *32*, 652-657.
- Krieger, N., Rowley, D. L., Herman, A. A., Avery, B., & Phillips, M. T. (1993). Racism, sexism and social class, implications for studies of health, diseases and well being. *Ann J Prev. Med*, *9*, 82-122.
- Krieger, N., Smith, K., Naishadham, D., Hartman, C., & Barbeau, E. M. (2005). Experiences of discrimination: Validity and reliability of a self report measure for population health research on racism and health. *Soc Sci Med*, *61*, 1576-1596.
- Krieger, N., Williams, D., & Moss, N. (1997). Measuring social class. *Annual Review of Public Health*, *18*, 341-378.

- Kunst, A. (1997). *Cross-national comparisons of socio-economic differences in mortality*. The Hague: CIP-Gegevens Koninklijke Bibliotheek.
- Kunst, A., & Mackenbach, J. (1994). The size of mortality differences associated with educational level in nine industrialized countries. *Am J Public Health*, 84, 932-7.
- Kunst, A. E., & Mackenbach, J. (1995). *Measuring socioeconomic inequalities in health*. Copenhagen: World Health Organisation.
- Kunst, A. E. (2007). Describing socioeconomic inequalities in health in European countries: An overview of recent studies. *Revue d'Epidémiologie Et De Santé Publique*, 55(1), 3-11.
- Laaksonen, M., Martikainen, P., Head, J., Rahkonen, O., Marmot, M. G., & Lahelma, E. (2009). Associations of multiple socio-economic circumstances with physical functioning among finnish and british employees. *The European of Public Health*, 19(1), 38-45.
- Labonte, R., & Schrecker, T. (2004). *Fatal indifference: The G-8, africa and global health*. Cape Town: University of Cape Town Press.
- Labonte, R., & Schrecker, T. (2005). *Globalization and social determinants of health: Strategic and analytic review paper*. WHO.
- Lahelma, E., Martikainen, P., Laaksonen, M., & Aittomäki, A. (2004). Pathways between socioeconomic determinants of health. *Journal Epidemiol. Community Health*, 58, 327-332.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of canadians*. Ottawa: Ministry of Health and Welfare.
- Lanting, L. C., Joung, I. M. A., Vogel, I., Bootsma, A. H., Lamberts, S. W. J., & Mackenbach, J. P. (2008). Ethnic differences in outcomes of diabetes care and the role of self-management behavior. *Patient Education and Counseling*, 72(1), 146-154.
- Larrañaga, O. (2007). *La medición de la pobreza en dimensiones distintas al ingreso* No. 58)CEPAL, Serie de Estudios Estadísticos y Prospectivos.
- Laterveer, L., Niessen, L., & Yazbeck, A. (2003). Pro-poor health policies in poverty reduction strategies. *Health Policy and Planning*, 18(2), 138-145.
- Laurin-Frenette, N. (1987). *Las teorías funcionalistas de las clases sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Law, M., Morris, J. K., & Wald, N. J. (1997). Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: An evaluation of the evidence. *BMJ*, 315, 973-980.

- Leal, J., Luengo-Fernández, R., Gray, A., Petersen, S., & Rayner, M. (2006). Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged european union. *Eur Heart J*, *27*, 1610-1619.
- Leon, D. A., Walt, G., & Gilson, L. (2001). International perspectives on health inequalities and policy. *BMJ*, *333*, 591-4.
- Leon-Munoz, L. M., Lopez-Garcia, E., Graciani, A., Guallar-Castillon, P., Banegas, J. R., & Rodriguez-Artalejo, F. (2007). Functional status and use of health care services: Longitudinal study on the older adult population in Spain. *Maturitas*, *58*(4), 377-386.
- Lett, H. S., Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Catellier, D. J., Carney, R. M., Berkman, L. F., et al. (2007). Social support and prognosis in patients at increased psychosocial risk recovering from myocardial infarction. *Health Psychology : Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *26*(4), 418-427.
- Liberatos, P., Link, B. G., & Kelsey, J. L. (1988). The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiology Review*, *10*, 87-121.
- Lichtenstein, A., Apple, L. J., Brans, M., Carnethon, M., Daniels, S., & Franch, H. A. e. a. (2006). Diet and lifestyle recommendations revision 2006: A scientific statement from American heart association nutrition committee. *Circulation*, *114*, 82-96.
- Litsios, S. (1996). *Malaria control, the cold war, and the postwar reorganization of international assistance*. Geneva: WHO.
- London Health Observatory. (2002). *Review of the London health strategy high level indicators*. London: London Health Observatory.
- Lopez-Jaramillo, P., Pradilla, L. P., Castillo, V. R., & Lahera, V. (2007). Socioeconomic pathology as a cause of regional differences in the prevalence of metabolic syndrome and pregnancy-induced hypertension. [Patología socioeconómica como causa de las diferencias regionales en las prevalencias de síndrome metabólico e hipertensión inducida por el embarazo] *Revista Española De Cardiología*, *60*(2), 168-178.
- Lostao, L., Regidor, E., Añach, P., & Dominguez, V. (2001). Social inequalities in ischaemic heart and cerebrovascular disease mortality in men: Spain and France, 1980-1982 and 1988-1990. *Social Science & Medicine*, *52*, 1879-1887.
- Loucks, E. B., Rehkopf, D. H., Thurston, R. C., & Kawachi, I. (2007). Socioeconomic disparities in metabolic syndrome differ by gender: Evidence from NHANES III. *Annals of Epidemiology*, *17*(1), 19-26.
- Louwman, W. J., van Lenthe, F. J., Coebergh, J. W. W., & Mackenbach, J. P. (2004). Behaviour partly explains educational differences in cancer incidence in the south-eastern Netherlands: The longitudinal GLOBE study. *European Journal of Cancer*

Prevention: The Official Journal of the European Cancer Prevention Organisation (ECP), 13(2), 119-125.

- Lundberg, O., Yngwe, M. A., Stjerne, M. K., Elstad, J. I., Ferrarini, T., Kangas, O., et al. (2008). The role of welfare state principles and generosity in social policy programmes for public health: An international comparative study. *Lancet*, 372(9650), 1633-1640.
- Lundberg, U. (1999). Coping with stress: Neuroendocrine reactions and implications for health. *Noise & Health*, 1(4), 67-74.
- Luttrell, C., Quiroz, S. & Scrutton, C. *Empowerment: An overview*. Retrieved 09-02-2009 www.poverty-wellbeing.net
- Luttrell, C., Quiroz, S., Scrutton, C., & Bird, K. (2007). *Understanding and operationalising empowerment. paper prepared for the swiss development cooperation poverty-wellbeing platform, overseas development institute*.
- Lynch, J. W., Davey Smith, G., Kaplan, G. A., & House, J. S. (2000). Income inequality and mortality: Importance to health of individual income, psycho-social environment, or material conditions. *BMJ*, 320, 1200-4.
- Lynch, J. W., Kaplan, G. A., Cohen, R. D., Tuomilehto, J., & Salonen, J. T. (1996). Do cardiovascular risk factors explain relation between socioeconomic-status, risk of all-cause mortality, cardiovascular mortality, and acute myocardial-infarction? *Am J Epidemiol*, 144, 934-42.
- Lynch, J. W., Kaplan, G. A., & Salonen, J. T. (1997). Why do poor people behave poorly? variation in adult health behaviours and psycho-social characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. *Soc Sci Med*, 44, 809-19.
- Lynch, J., Krause, N., Kaplan, G. A., Tuomilehto, J., & Salonen, J. T. (1997). Workplace conditions, socioeconomic status, and the risk of mortality and acute myocardial infarction. *Am J Public Health*, 87, 617-22.
- Macinko, J., Shi, L., Starfield, B., & Wulu, J. (2003). A critical review of the literature medical care research and review. *J Income Inequality and Health*, 60(4), 407-452.
- Mackenbach, J., & Bakker, M. (2002). In Mackenbach J., Bakker M. (Eds.), *Reducing inequalities in health. A european perspective*. london: Routledge. London: Routledge.
- Mackenbach, J., & Kunst, A. (1997). Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: An overview of available measures illustrated with two examples from europe. *Soc Sci Med*, 44, 757-71.
- Mackenbach, J., van de Mheen, H., & Stronks, K. (1994). A prospective cohort study investigating the explanation of socioeconomic inequalities in health in the netherlands. *Social Science & Medicine*, 38, 299-308.

- Mackenbach, J. P. (2006). [Worldwide changes in the environment and public health]. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 150(32), 1788-1793.
- Mackenbach, J. P., Kunst, A. E., Cavelaars, A. E. J. M., Groenhouf, F., & Geurts, J. J. M. (1997). Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western europe. *Lancet*, 349, 1655-9.
- Mackenbach, J. P. (2005). In UK Presidency of the EU (Ed.), *Health inequalities: Europe in profile*. Rotterdam, Holland: UK Presidency of the EU.
- Mackenbach, J. P. (2008). The finnish dance of death: Impressions from Helsinki. *European Journal of Public Health*, 18(1), 1.
- Mackenbach, J. P., Looman, C. W., & Kunst, A. E. (1993). Air pollution, lagged effects of temperature, and mortality: The netherlands, 1979-87. *J Epidemiol Community Health*, 47, 121-6.
- Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A. J., Schaap, M. M., Menvielle, G., Leinsalu, M., et al. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 european countries. *The New England Journal of Medicine*, 358(23), 2468-2481.
- Mackenbach, J. P. (2002). Income inequality and population health. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 324(7328), 1-2.
- Mackenbach, J. P. (2004). Carl von linné, thomas McKeown, and the inadequacy of disease classifications. *European Journal of Public Health*, 14(3), 225-225.
- Mackenbach, J. P. (2005a). Community genetics or public health genetics? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(3), 179-180.
- Mackenbach, J. P. (2005b). Genetics and health inequalities: Hypotheses and controversies. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(4), 268-273.
- Mackenbach, J. P. (2007). Global environmental change and human health: A public health research agenda. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(2), 92-94.
- Mackenbach, J. P., Huisman, M., Andersen, O., Bopp, M., Borgan, J., Borrell, C., et al. (2004). Inequalities in lung cancer mortality by the educational level in 10 european populations. *European Journal of Cancer (Oxford, England: 1990)*, 40(1), 126-135.
- MacMahon, S., Peto, R., Cutler, J. A., Collins, R., Sorlie, P., Neaton, J. D., et al. (1990). Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. part 1. prolonged differences in blood pressure: Prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. *Lancet*, 335, 765-774.
- Mahler, H. (1981). The meaning of "health for all by the year 2000". *World Health Forum*, 2(1), 5-22.

- Mahonen, M., McElduff, P. D., A., Kuulasmaa, K. A., & Evans, A. E. (2004). Current smoking and the risk of non-fatal myocardial infarction in the WHO MONICA project populations. *Tobacco Control, 13*, 244-250.
- Malmstrom, M., Sundquist, J., Bajekal, M., & Johanson, S. E. (1999). Ten-year trends in all cause mortality and coronary heart disease mortality in socioeconomically diverse neighbourhoods. *Public Health, 113*, 279-84.
- Mander, J., & Goldsmith, E. (1996). *The case against the global economy*. San Francisco: Sierra Club.
- Manhem, K., Dotevall, A., Wilhemsen, L., & Rosengren, A. (2000). Social gradient in cardiovascular risk factors and symptoms of Swedish men and woman: The goteborg MONICA study 1995. *J Cardiovascular Risk, 7*, 359-368.
- Mann, S. L., Wadsworth, M. E. J., & Colley, J. R. T. (1992). Accumulation of factors influencing respiratory illness in members of national birth cohort and their offspring. *J Epidemiol Community Health, 46*, 286-92.
- Marmot, M. (1989). Socioeconomic determinants of CHD mortality. *Int J Epidemiol, 18*, 196-202.
- Marmot, M., & Bobak, M. (2000). International comparators and poverty and health in Europe. *BMJ, 321*, 1124-1128.
- Marmot, M., Bosma, H., Hemingway, H., Brunner, E., & Stansfeld, S. (1997). Contribution of job control and other risk factors to social variation in coronary heart disease incidence. *Lancet, 350*, 235-239.
- Marmot, M., Ryff, C. D., Bumpass, L. L., Shipley, M., & Marks, N. F. (1997). Social inequalities in health: Next questions and converging evidence. *Soc Sci Med, 44*, 901-10.
- Marmot, M., Siegrist, J., & Theorell, T. (2006). Health and the psychosocial environment at work. In M. Marmot, & R. G. Wilkinson (Eds.), *Social determinants of health* (2nd ed., pp. 97-130). Oxford: Oxford University Press.
- Marmot, M. G. (1986). Social inequalities in mortality: The social environment. In R. G. Wilkinson (Ed.), *Class and health: Research and longitudinal data* (pp. 21-33). London: Tavistock Publications.
- Marmot, M. G. (2006). Status syndrome: A challenge to medicine. *Journal of the American Medical Association, 295*(11), 1304-1307.
- Marmot, M. G., Davey Smith, G., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., et al. (1991). Health inequalities among British civil servants: The Whitehall II study. *Lancet, 337*, 1387-93.
- Marmot, M. G., Kogevinas, M., & Elston, M. A. (1987). Social/economic status and disease. *Annu Rev Public Health, 8*, 111-35.

- Marmot, M. G., & Shipley, M. J. (1996). Do socioeconomic differences in mortality persist after retirement? A 25 year follow-up of civil servants from the first whitehall study. *BMJ*, *313*(7066), 1177-1180.
- Marmot, M. (1993). Epidemiological approach to the explanation of social differentiation in mortality: The whitehall studies. *Soz Präventivmed*, *38*, 271-9.
- Marmot, M. (2005). *Status syndrome: How social stading affects our health and longevity*. New York: First An Owl Book.
- Marmot, M. G., Rose, G., Shipley, M., & Hamilton, P. J. S. (1978). Employment grade and coronary heart disease in british civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *32*, 244-9.
- Marmot, M., & Wilkinson, R. (2006). *Social determinants of health* (Second Edition ed.). New York: Oxford University Press.
- Marquezzine, G. F., Oliveira, C. M., Pereira, A. C., Krieger, J. E., & Mill, J. G. (2007). Metabolic syndrome determinants in an urban population from brazil: Social class and gender-specific interaction. *International Journal of Cardiology*,
- Marshall, G., Rose, D., Newby, H., & Vogler, C. (1988). *Social class in modern britain*. London: Hutchinson.
- Martin Perez, C., Pedrosa Garcia, R., Herrero Martin, J. J., Luna del Castillo Jde, D., Ramirez Garcia, P., & Saez Garcia, J. M. (2003). Prevalence of psychiatric pathology at a rural health centre. [Prevalencia de psicopatias en un centro de salud rural] *Atencion Primaria / Sociedad Espanola De Medicina De Familia y Comunitaria*, *31*(1), 39-46.
- Martín, A. R., Nieto, J. M. M., Ruiz, J. P. N., & Jiménez, L. E. (2008). Overweight and obesity: The role of education, employment and income in spanish adults. *Appetite*, *51*(2), 266-272.
- Martínez-Ros, M. T., Tormo, M. J., Navarro, C., Chirlaque, M. D., & Perez-Flores, D. (2001). Extremely high prevalence of overweight and obesity in murcia, a mediterranean region in south-east spain. *International Journal of Obesity*, *25*, 1372-1380.
- Matthijs, K. (1994). Occupational status and children's schooling. *American Sociological Review*, *59*(2), 257-275.
- Maruani, M. (2002). *Trabajo y empleo de las mujeres*. Madrid: Fundamentos.
- Maziak, W., Rastam, S., Mzayek, F., Ward, K. D., Eissenberg, T., & Keil, U. (2007). Cardiovascular health among adults in syria: A model from developing countries. *Annals of Epidemiology*, *17*(9), 713-720.

- McEwen, J. (2008). Amanda killoran, catherine swann, michael P. kelly, public health evidence. tackling health inequalities. oxford university press, oxford, 2006 (ISBN: 0198520832). *Public Health*, 122(5), 535-536.
- McFadden, E., Luben, R., Wareham, N., Bingham, S., & Khaw, K. T. (2008a). Occupational social class, educational level, smoking and body mass index, and cause-specific mortality in men and women: A prospective study in the european prospective investigation of cancer and nutrition in norfolk (EPIC-norfolk) cohort. *European Journal of Epidemiology*, 23(8), 511-522. doi:10.1007/s10654-008-9267-x
- McFadden, E., Luben, R., Wareham, N., Bingham, S., & Khaw, K. T. (2008b). Occupational social class, risk factors and cardiovascular disease incidence in men and women: A prospective study in the european prospective investigation of cancer and nutrition in norfolk (EPIC-norfolk) cohort. *European Journal of Epidemiology*, 23(7), 449-458. doi:10.1007/s10654-008-9262-2
- McIsaac, S., & Wilkinson, R. G. (1997). Income distribution and cause-specific mortality. *European Journal of Public Health*, 7, 45-53.
- McKeown, T. (1976). *The modern rise of population*. New York: Academic Press Colgrove.
- McKeown, T. (1976a). In The Nuffield Provincial Hospitals Trusts (Ed.), *The role of medicine: Dream, miracle, or nemesis?* [El papel de la medicina: ¿sueño, espejismo o némesis?] (1982nd ed.). México: Siglo XXI Editores.
- McKinlay, J. B., & McKinlay, S. M. (1977). The questionable contribution of medical masures to the decline of mortality in the united states in the twentieth century. *Milbank Quarterly*, 55, 405-28.
- Menvielle, G., Kunst, A. E., Stirbu, I., Strand, B. H., Borrell, C., Regidor, E., et al. (2008). Educational differences in cancer mortality among women and men: A gender pattern that differs across europe. *British Journal of Cancer*, 98(5), 1012-1019.
- Menvielle, G., Stirbu, I., Roskam, A. J., Schaap, M. M., Leinsalu, M., Kunst, A. E., et al. (2009). Socioeconomic inequalities in mortality in europe. [Les inegalites sociales de mortalite en Europe] *Medecine Sciences : M/S*, 25(2), 192-196.
- Miguélez, F. & Prieto, C. (edit.). *Las relaciones de empleo en España*. Madrid: Siglo XXI.
- Milanovic, B. (2006). *La era de las desigualdades. Dimensión de la desigualdad internacional y global*. Madrid: Sistema.
- Mills, A., Bennett, S., & Russell, S. (2001). *The challenge of health sector reform: What must governments do?*. Basingstoke: Palgrave.
- Mills, C. (1998). *Equity and health: Key issues and WHO's role*. Geneva: WHO.

- Minh, H. V., Byass, P., & Wall, S. (2003). Mortality from cardiovascular diseases in bavi district, vietnam. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31, 26-31.
- Moller-Leimkuhler, A. M. (2007). Gender differences in cardiovascular disease and comorbid depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 9(1), 71-83.
- Monden, C. W. S., van Lenthe, F. J., & Mackenbach, J. P. (2006). A simultaneous analysis of neighbourhood and childhood socio-economic environment with self-assessed health and health-related behaviours. *Health & Place*, 12(4), 394-403.
- Mookadam, F., & Arthur, H. M. (2004). Social support and its relationship to morbidity and mortality after acute myocardial infarction: Systematic overview. *Archives of Internal Medicine*, 164(14), 1514-1518.
- Muennig, P., Sohler, N., & Mahato, B. (2007). Socioeconomic status as an independent predictor of physiological biomarkers of cardiovascular disease: Evidence from NHANES. *Preventive Medicine*, 45(1), 35-40.
- Muntaner, C., Benach, J., Hadden, W. C., Gimeno, D., & Benavides, F. G. (2006). A glossary for the social epidemiology of work organisation: Part 1, terms from social psychology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(11), 914-916.
- Muntaner, C., Borrell, C., Benach, J., Pasarin, M. I., & Fernandez, E. (2003). The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a spanish population. *International Journal of Epidemiology*, 32(6), 950-958.
- Muntaner, C., Lynch, J. W., Hillemeier, M., Lee, J. H., David, R., Benach, J., et al. (2002). Economic inequality, working-class power, social capital, and cause-specific mortality in wealthy countries. *International Journal of Health Services : Planning, Administration, Evaluation*, 32(4), 629-656.
- Muntaner, C., Salazar, R. M., Benach, J., & Armada, F. (2006). Venezuela's barrio adentro: An alternative to neoliberalism in health care. *International Journal of Health Services : Planning, Administration, Evaluation*, 36(4), 803-811.
- Murray, C. J. L. y. c. (2006). Eight americas: Investigating mortality disparities across race, counties and race-counties in the united states. *PLoS Med.*, 3, 1513-1525.
- Nabarro, D., & Cassels, A. (1994). *Strengthening health management capacity in developing countries*. London: Overseas Development Administration.
- Nam, C. B., & Terrie, W. E. (1982). Measurement of socioeconomic status from united states census data. In P. H. Rosse, & S. L. Nock (Eds.), *Measuring social judgements: The factorial survey approach* (pp. 95-118). Beverly Hills: Sage.
- National Heart, Lung, and Blood Institute Obesity Education Initiative Expert Panel. (1998). Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults. *Obes Res*, 6, 515-2095.

- Navarro López, V., & Benach de Rovira, J. (1996). Desigualdades sociales de salud en España. *Rev.Esp.Salud Publica*, 70, 505-636.
- Navarro, V., Borrell, C., Muntaner, C., Benach, J., Quiroga, A., Rodriguez-Sanz, M., et al. (2007). El impacto de la política en la salud. *Salud Colectiva*, 3(001), 9-32.
- Navarro, V., Muntaner, C., Borrell, C., Benach, J., Quiroga, A., Rodriguez-Sanz, M., et al. (2006). Politics and health outcomes. *Lancet*, 368(9540), 1033-1037.
- Navarro, V., & Shi, L. (2001). The political context of social inequalities and health. *International Journal of Health Services*, 31, 1-21.
- Netterstrom, B., Kristensen, T. S., Moller, L., Jesen, G., & Schnohr, P. (1998). Angina pectoris, job stain, and social status: A cross-sectional study of employed urban citizens. *International Journal of Behavioral Medicine*, 5, 312-22.
- Newel, K. (1975). *Health by the people*. Geneva: WHO.
- Nusselder, W. J., Looman, C. W., Franco, O. H., Peeters, A., Slingerland, A. S., & Mackenbach, J. P. (2008). The relation between non-occupational physical activity and years lived with and without disability. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(9), 823-828.
- Ogren, M., Lindblad, B., Engstrom, G., Hedblad, B., & Janzon, L. (2007). Peripheral arterial disease can be a question of social class. the ecological malmo study shows big incidence differences between neighbourhoods. [Perifer artarsjukdom kan vara en klassfraga. Ekologisk Malmostudie visar stora incidensskillnader mellan naromraden] *Lakartidningen*, 104(35), 2437-2438.
- Olatunbosun, S. T., Kaufman, J. S., Cooper, R. S., & Bella, A. F. (2000). Hypertension in a black population: Prevalence and biosocial determinants of high blood pressure in a group of urban nigerians. *Journal of Human Hypertension*, 14(4), 249-257.
- Olsen, K. M., & Dahl, S. (2007). Health differences between european countries. *Social Science & Medicine*, 64(8), 1665-1678.
- OMS. (2008). *Informe de la secretaria de la comisión sobre determinantes sociales de la salud*. No. EB124/9). Ginebra: OMS.
- OMS/PAHO. (1978). *Declaración de Alma-Ata*
- Osler, M., Gerdes, L. U., Davidsen, M., Bronnum-Hansen, H., Madsen, M., Jorgensen, T., et al. (2000). Socioeconomic status and trends in risk factors for cardiovascular disease in the danish MONICA population, 1982-1992. *J Epidemiol Community Health*, 54, 108-13.
- PAHO. (2007). *Renewing primary health care in the americas: A position paper of the pan american health Organization/World health organization*. Washington, DC.: Pan American Health Organization.

- Palma-Solis, M., Gil-Gonzalez, D., Alvarez-Dardet, C., & Ruiz-Cantero, M. T. (2008). Political and social context of not attaining the millennium development goal to reduce poverty. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(10), 772-779.
- Palmer, N. e. a. (2004). Health financing to promote acces in low income settings, how much do we know? *Lancet*, 364(9442), 1365-1370.
- Paoli, P., & Merlilíe, D. (2001). *Third european survey on working conditions 2000*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Peasey, A., Bobak, M., Kubinova, R., Malyutina, S., Pajak, A., Tamosiunas, A., et al. (2006). Determinants of cardiovascular disease and other non-communicable diseases in central and eastern europe: Rationale and design of the HAPIEE study. *BMC Public Health*, 6, 255.
- Pensola, T. H., & Valkonen, T. (2000). Mortality differences by parental social class from childhood to adulthood. *J Epidemiol Community Health*, , 525-9.
- Perez-Rodrigo, C., Aranceta Bartrina, J., Serra Majem, L., Moreno, B., & Delgado Rubio, A. (2006). Epidemiology of obesity in spain. dietary guidelines and strategies for prevention. *International Journal for Vitamin and Nutrition Research. Internationale Zeitschrift Fur Vitamin- Und Ernahrungsforschung. Journal International De Vitaminologie Et De Nutrition*, 76(4), 163-171.
- Peter, R., Alfredsson, L., Hammar, N., Siegrist, J., Theorell, T., & Westerholm, L. (1998). High effort, low reward, and cardiovascular risk factors in employed swedish men and woman: Baseline results from the WOLF study. *J Epidemiol Community Health*, 52, 540-7.
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. *Br J Psychiatry*, 177, 486-492.
- Pickering, T. G., Devereux, R. B., James, G. D., Gerin, W., Landsbergis, P. A., & Schnall, P. L. (1996). Environmental influences on blood pressure and the rol of job strain. *J Hypertens*, 14, 179-85.
- Pitsavos, C., Panagiotakos, D. B., Lentzas, Y., & Stefanadis, C. (2005). Epidemiology of leisure-time physical activity in socio-demographic, lifestyle and psychological characteristics of men and women in greece: The ATTICA study. *BMC Public Health*, 5(1), 37.
- Pizarro, V., Ferrer, M., Domingo-Salvany, A., Benach, J., Borrell, C., Pont, A., et al. (2008). The utilization of dental care services according to health insurance coverage in catalonia (spain). *Community Dentistry and Oral Epidemiology*,
- Pocock, S. J., Shaper, A. G., Cook, D. G., & Phillips, A. N. W., M. (1987). Social class differences in ischaemic heart disease in british men. *Lancet*, 2, 197-201.

- Poirier, P., Giles, T. D., Bray, G. A., Hong, Y., Stern, J. S., Pi-Sunyer, F. X., et al. (2006). Obesity and cardiovascular disease: Pathophysiology, evaluation, and effect of weight loss: An update of the 1997 american heart association scientific committee of the council on nutrition, physical activity, and metabolism. *Circulation*, *113*, 898-918.
- Poortinga, W., Dunstan, F. D., & Fone, D. L. (2008). Neighbourhood deprivation and self-rated health: The role of perceptions of the neighbourhood and of housing problems. *Health & Place*, *14*(3), 562-575.
- Power, C., & Hertzman, C. (1997). Social and biological pathways linking early life and adult disease. *BR Med Bull*, *53*(210-21)
- Prandy, K. (1986). Similarities of life-style and the occupations of woman. In R. Crompton, & M. Mann (Eds.), *Gender and stratification* (pp. 137-53). Cambridge: Polity Press.
- Prandy, K., & Bottero, W. (1998). *The social analysis of stratification and mobility* (SRG Working Paper No. 18). Cambridge: Social Research Group.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2005). *La cooperación internacional ante una encrucijada: ayuda al desarrollo, comercio y seguridad en un mundo desigual*. New York: Grupo Mundi-Prensa.
- Putnam, S., & Galea, S. (2008). Epidemiology and the macrosocial determinants of health. *Journal of Public Health Policy*, *29*(3), 275-289.
- Rajmil, L., Gispert Magarolas, R., Roset Gamisans, M., Muñoz Rodríguez, P. E., & Segura Benedicto, A. (1998). Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Catalunya. *Gac Sanit*, *12*, 153-159.
- Ramirez-Espitia, J. A., Benavides, F. G., Lacasana-Navarro, M., Martinez, J. M., Garcia, A. M., & Benach, J. (2003). Mortality from neural tube defects in Mexico, 1980-1997. [Mortalidad por defectos del tubo neural en Mexico, 1980-1997] *Salud Publica De Mexico*, *45*(5), 356-364.
- Raphael, D. (2004). In Raphael D. (Ed.), *Social determinants of health: Canadian perspectives*. Toronto: Canadian Scholars Press.
- Raphael, D. (2006). Social determinants of health: Present status, unanswered questions, and future directions. *Int J Health Serv.*, *36*(4), 651-77.
- Raum, E., Rothenbacher, D., Low, M., Stegmaier, C., Ziegler, H., & Brenner, H. (2007). Changes of cardiovascular risk factors and their implications in subsequent birth cohorts of older adults in Germany: A life course approach. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation : Official Journal of the European Society of Cardiology, Working Groups on Epidemiology & Prevention and Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology*, *14*(6), 809-814.
- Rawls, J. (1971). *A theory of justice*. Boston: Harvard UP.

- Redondo-Sendino, A., Guallar-Castillon, P., Banegas, J. R., & Rodriguez-Artalejo, F. (2005). Relationship between social network and hypertension in older people in Spain. [Relacion entre la red social y la hipertension arterial en los ancianos espanoles] *Revista Espanola De Cardiologia*, 58(11), 1294-1301.
- Redondo-Sendino, A., Guallar-Castillon, P., Banegas, J. R., & Rodriguez-Artalejo, F. (2006). Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. *BMC Public Health*, 6, 155.
- Regidor, E., Gutierrez-Fisac, J. L., Banegas, J. R., Dominguez, V., & Rodriguez-Artalejo, F. (2006). Association of adult socioeconomic position with hypertension in older people. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(1), 74-80.
- Regidor, E., Gutierrez-Fisac, J. L., Banegas, J. R., Vicente, D., & Rodriguez-Artalejo, F. (2007). Life socioeconomic circumstances, physical inactivity and obesity influences on metabolic syndrome. [Influencia a lo largo de la vida de las circunstancias socioeconomicas, de la inactividad fisica y de la obesidad sobre la presencia de sindrome metabolico] *Revista Espanola De Salud Publica*, 81(1), 25-31.
- Reinert, E. S. (2007). *La globalización de la pobreza. Cómo se enriquecieron los países ricos y por qué los países pobres siguen siendo pobres*. Barcelona: Crítica.
- Rey-López, J. P., Vicente-Rodríguez, G., Biosca, M., & Moreno, L. A. (2008). Sedentary behaviour and obesity development in children and adolescents. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 18(3), 242-251.
- Rios, D. A., Abdulah, D. R., Wei, J. Y., & Hausdorff, J. M. (2001). Disparate effects of socioeconomic status on physical function and emotional well-being in older adults. *Aging (Milano)*, 13, 30-37.
- Rodríguez Guerra, J. (2002). *Globalización y Estado de Bienestar*. Islas Canarias: La Marea.
- Rodríguez Guerra, J. (En prensa). *Globalización neoliberal y pobreza en el mundo*.
- Rodríguez Martín, A., Martínez, J. M., Novalbos Ruiz, J. P., & Escobar Jiménez, L. (2008). Overweight and obesity: The role of education, employment and income in Spanish adults. *Appetite*, 51(2), 266-272.
- Ross, C. E., & Wu, C. L. (1996). Education, age and the cumulative advantage in health. *J Health Soc Behav*, 37, 101-120.
- Rosvall, M., Chaix, B., Lynch, J., Lindstrom, M., & Merlo, J. (2006). Contribution of main causes of death to social inequalities in mortality in the whole population of Scania, Sweden. *BMC Public Health*, 6, 79.
- Roy, K., & Chaudhuri, A. (2008). Influence of socioeconomic status, wealth and financial empowerment on gender differences in health and healthcare utilization in later life: Evidence from India. *Social Science & Medicine*, 66(9), 1951-1962.

- Ruiz-Ramos, M., Escolar-Pujolar, A., Mayoral-Sánchez, E., Corral-San Laureano, F., & Fernández-Fernández, I. (2006). La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. *Gac Sanit.*, *20*(1), 15-24.
- Sacker, A., Firth, D., Fitzpatrick, R., Lynch, K., & Bartley, M. (2000). Comparing health inequality in men and woman: Prospective study of mortality, 1986-1996. *BMJ*, *320*, 1303-7.
- Sainio, P., Martelin, T., Koskinen, S., & Heliovaara, M. (2007). Educational differences in mobility: The contribution of physical workload, obesity, smoking and chronic conditions. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *61*(5), 401-408.
- Salido, O. (1999). *Las oportunidades de las mujeres en una estructura social cambiante. Proyecto WRAMSOC. Unidad de políticas comparadas (CSIC)*. No. Documento de Trabajo 02-05)Universidad Complutense de Madrid y UPC-CSIC.
- Sanabria, J. J., & Balcazar, F. (2005). Significados del proceso de incremento del poder: un estudio con una organización de autoayuda para minorías con discapacidades. *Acta Colombiana de Psicología*, *14*, 53-68.
- Santos, A. C., Ebrahim, S., & Barros, H. (2008). Gender, socio-econominc status and metabolic syndrome in middle-aged and old adults. *BMC Public Health*, *8*(1), 62.
- Sassen, S. (2007). *Una sociología de la globalización*. Buenos Aires: Katz.
- Schargrotsky, H., Hernandez-Hernandez, R., Champagne, B. M., Silva, H., Vinueza, R., Silva Aycaguer, L. C., et al. (2008). CARMELA: Assessment of cardiovascular risk in seven latin american cities. *The American Journal of Medicine*, *121*(1), 58-65.
- Schieman, S., & McMullen, T. (2008). Relational demography in the workplace and health: An analysis of gender and the subordinate-superordinate role-set. *Journal of Health and Social Behavior*, *49*(3), 286-300.
- Schnall, P. L., Landsbergis, P. A., & Baker, D. (1994). Job strain and cardiovascular disease. *Annu Rev Public Health*, *15*, 381-411.
- Schnall, P. L., Schwartz, J. E., Landsbergis, P. A., Warren, K., & Pickering, T. G. (1998). A longitudinal study of job strain and ambulatory blood pressure: Results from three-year follow-up. *Psychosom Med*, *60*, 697-706.
- Schnohr, C., Hojbjerg, L., Riegels, M., Ledet, L., Larsen, T., Schultz-Larsen, K., et al. (2004). Does educational level influence the effects of smoking, alcohol, physical activity, and obesity on mortality? A prospective population study. *Scandinavian Journal of Public Health*, *32*(4), 250-256.
- Schoepf, B., Altenstetter, C., & Millen, J. (2000). Theoretical therapies, remote remedies: SAPs and the political ecology of poverty and health in africa. In J. Kim,

- J. Millen, A. Irwin & J. Gershman (Eds.), *Dying for growth: Global inequality and the health of the poor.* (). Monroe, Maine: Common Courage.
- Schrecker, T., Labonte, R., & De Vogli, R. (2008). Globalisation and health: The need for a global vision. *Lancet*, 372(9650), 1670-1676.
- Schrijvers, C. T. M., Bosma, H., & Mackenbach, J. P. (2002). Hostility and the educational gradient in health. the mediating role of health-related behaviours. *European Journal of Public Health*, 12(2), 110-116.
- Schutte, A. E., & Olckers, A. (2007). Metabolic syndrome risk in black south african women compared to caucasian women. *Hormone and Metabolic Research.Hormon- Und Stoffwechselforschung.Hormones Et Metabolisme*, 39(9), 651-657.
- Sen, A. (1992). *Inequality explained.* Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Shatenstein, B., & Ghadirian, P. (1998). Influences on diet, health behaviours and their outcome in select ethnocultural and religious groups. *Nutrition*, 14, 223-30.
- Shewry, M. C., Smith, W. C. S., Woodward, M., & Tunstall-Pedoe, H. (1992). Variation in coronary risk-factors by social-status: Results from the scottish heart health study. *Br J Gen Pract*, 42, 406-10.
- Shi, H. L., Fang, J. C., & Zhu, X. X. (1998). Prevalence of diabetes mellitus and associated risk factors in an adult urban population in shangai. *Diabetes Metab*, 24, 539-542.
- Shkolnikov, V. M., Leon, D. A., Adamets, S., Andreev, E., & Deev, A. (1998). Educational level and adult mortality in russia: An analysis of routine data 1979-94. *Soc Sci Med*, 47, 357-369.
- Siegrist, J. (1995). Emotions and health in occupational life: New scientific findings and policy implications. *Patient Educ Couns*, 25, 227-36.
- Siegrist, J. (1998). Reciprocity in basic social exchange and health: Can we reconcile person-based with population-based psychosomatic research?. *J Psychosom Res*, 45, 99-105.
- Siegrist, J. (2000). Place, social exchange and health: Proposed sociological framework. *Soc Sci Med*, 51, 1283-93.
- Siegrist, J., Klein, D., & Voigt, K. H. (1997). Linking sociological with physiological data: The model of effort-reward imbalance at work. *Acta Physiol Scand*, 161, 112-16.
- Siegrist, J., & Peter, R. (1996). Threat to occupational status control and cardiovascular risk. *Isr J Med Sci*, , 179-84.

- Siegrist, J., Peter, R., Motz, W., & Stauer, B. E. (1992). The role of hypertension, left ventricular hypertrophy and psycho-social risk in cardiovascular disease: Prospective evidence from blue-collar men. *Eur Heart J*, *13* (Suppl. D), 89-95.
- Silva, L. M., Coolman, M., Steegers, E. A., Jaddoe, V. W., Moll, H. A., Hofman, A., et al. (2008). Low socioeconomic status is a risk factor for preeclampsia: The generation R study. *Journal of Hypertension*, *26*(6), 1200-1208.
- Singh, G. K., Kogan, M. D., Van Dyck, P. C., & Siahpush, M. (2008). Racial/ethnic, socioeconomic, and behavioral determinants of childhood and adolescent obesity in the united states: Analyzing independent and joint associations. *Annals of Epidemiology*, *18*(9), 682-695.
- Singh-Manoux, A., Clarke, P., & Marmot, M. (2002). Multiple measure of socioeconomic position and psychosocial health: Proximal and distal measures. *International Journal of Epidemiology*, *31*, 1192-1199.
- Skoog, I., Lernfelt, B., Landahl, S., Palmertz, B., Andreasson, L. A., Nilsson, L., et al. (1996). 15-year longitudinal study of blood pressure and dementia. *Lancet*, *347*, 1141-1145.
- Sloggett, A., & Joshi, H. (1998). Deprivation indicators as predictors of life events 1981-1992 based on the UK ONS longitudinal study. *J Epidemiol Community Health*, *52*, 228-33.
- Smith, J. P. (2007). Nature and causes of trends in male diabetes prevalence, undiagnosed diabetes, and the socioeconomic status health gradient. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *104*(33), 13225-13231.
- Solar, O., & Irwin, A. (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Solar, O., Irwin, A., & Vega, J. (2004). *Equity in health sector reform and reproductive health: Measurement issues and the health system context*. Geneva: WHO Health Equity Team working paper.
- Solar, O., & Irwin, A. (2006). Social determinants, political contexts and civil society action: A historical perspective on the commission on social determinants of health. *Health Promotion Journal of Australia : Official Journal of Australian Association of Health Promotion Professionals*, *17*(3), 180-185.
- Stafford, M., Nazroo, J., Popay, J. M., & Whitehead, M. (2008). Tackling inequalities in health: Evaluating the new deal for communities initiative. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *62*(4), 298-304.
- Standing, H. (1999). *Frameworks for understanding gender inequalities and health sector reform: An analysis and review of policy issues*. No. 99.06)Harvard Centre for Population Studies Working Paper Series Number.

- Starfield, B. (2007). Pathways of influence on equity in health. *Social Science & Medicine*, 64, 1355-1362.
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502.
- Stelmach, W., Kaczmarczyk-Chalas, K., Bielecki, W., Stelmach, I., & Drygas, W. (2004). How income and education contribute to risk factors for cardiovascular disease in the elderly in a former communist country. *Public Health*, 118, 439-449.
- Stephens, A. (2000). Stress, social support and cardiovascular activity over the working day. *Int J Psychophysiol*, 37, 299-308.
- Stephens, A., Roy, M. P., Evans, O., & Snashall, D. (1995). Cardiovascular stress reactivity and job strain as determinant of ambulatory blood pressure at work. *J Hypertens*, 13, 201-10.
- Stephens, A., & Willemsen, G. (2002). Psychophysiological responsiveness in coronary heart disease. In S. Stansfeld, & M. Marmot (Eds.), *Stress and the heart* (pp. 168-80). London: BMJ books.
- Steward, A. (2001). *Theories of power and domination: The politics of empowerment in late modernity*. London/Thousand Oaks, California: SAGE.
- Steward, A., Prandy, K., & Blackburn, R. M. (1973). Measuring the class structure. *Nature*, 245, 415-417.
- Stiglitz, J. (2002). *El malestar en la globalización*. Madrid: Taurus.
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. (2006). "Precision" and "accuracy": Two terms that are neither. *Journal of Clinical Epidemiology*, 59(4), 327-330.
- Stronks, K., Agyemang, C. O., & Mackenbach, J. P. (2008). Male-female differences in health and healthcare are largely determined by social factors. [Man-vrouwverschillen in gezondheid en zorg zijn voor een groot deel maatschappelijk bepaald] *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 152(40), 2163-2164.
- Stronks, K., & Mackenbach, J. P. (2006). Evaluating the effect of policies and interventions to address inequalities in health: Lessons from a dutch programme. *European Journal of Public Health*, 16(4), 346-353.
- Suadicani, P., Hein, H. O., Eyben, F. E., & Gyntelberg, F. (2008). Metabolic and lifestyle predictors of ischemic heart disease and all-cause mortality among normal weight, overweight, and obese men: A 16-year follow-up in the copenhagen male study. *Metabolic Syndrome and Related Disorders*, doi:10.1089/met.2008.0041
- Summaries for patients. the relationship of socioeconomic status and health status to outcomes following heart attack.(2006). *Annals of Internal Medicine*, 144(2), I42.

- Sundquist, K., & Li, X. (2006). Coronary heart disease risks in first- and second-generation immigrants in Sweden: A follow-up study. *Journal of Internal Medicine*, 259(4), 418-427.
- Tarlov, A. (1996). Social determinants of health: The sociobiological translation. In D. Blane, E. Brunner & R. Wilkinson (Eds.), *Health and social organization*. (pp. 71-93). London: Routledge.
- Tedesco, M. A., Di Salvo, G., Natale, F., Iarussi, D., & Iacono, A. (2001). Educational level and hypertension: How socioeconomic differences condition health care. *Journal of Human Hypertension*, 15, 727-731.
- The INCLIN Multicentre Collaborative Group. (1996). Body mass index and cardiovascular disease risk factors in seven Asian and five Latin American centres: Data from the International Clinical Epidemiology Network (INCLIN). *Obes Res*, 4, 221-228.
- The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Disease of the European Society of Cardiology and The European Association for the Study of Diabetes. (2007). Guidelines on diabetes, pre-diabetes and cardiovascular diseases: Executive summary. *Eur Heart J*, 28, 88-136.
- Theorell, T. (2000). Working conditions and health. In L. F. Berkman, & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology* (pp. 118-36). Oxford: Oxford University Press.
- Theorell, T., Tsutsumi, A., Hallqvist, J., Reuterwall, C., Hogstedt, C., Fredlund, P., et al. (1998). Decision latitude, job strain and myocardial infarction: A study of working men in Stockholm. *Am J Public Health*, 88, 382-8.
- Tillin, T., Chaturvedi, N., Forouhi, N. G., Smith, G. D., & McKeigue, P. M. (2008). Cardiovascular disease mortality in relation to childhood and adulthood socioeconomic markers in British South Asian men. *Heart (British Cardiac Society)*, 94(4), 476-481.
- Torns, T. (1999). Las asalariadas: un mercado con género. In F. Miguélez, & C. Prieto (Eds.), *Las relaciones de empleo en España*. (pp. 151-166). Madrid: Siglo XXI.
- Townsend, P., Davidson, N., & Whitehead, M. (1986). *The Black Report and the health divide*. Harmondsworth: Penguin.
- UNDP. (2005). *Human development report 2005*. New York: UNDP.
- UNDP: United Nations Development Programme. (2000). *Human development report 2000: Human rights and human development*. New York: Oxford University Press.
- UN-HABITAT. (2005). *The Millennium Declaration: An urban perspective*. Nairobi: The World Bank.
- UNICEF. (1989). *State of the world's children 1989*. New York: UNICEF.

- UNICEF. (2004). *The state of the world's children 2005, childhood under threat*. New York.: United Nations Children's Fund.
- Upmark, M., Borg, K., & Alexanderson, K. (2007). Gender differences in experiencing negative encounters with healthcare: A study of long-term sickness absentees. *Scandinavian Journal of Public Health, 35*(6), 577-584.
- US Department of Health and Human Services. (2004). *The health consequences of smoking: A report of the surgeon general*. Washington, DC.: US Department of Health and Human Services.
- Vahtera, J., Kivimaki, M., Pentti, J., & Theorell, T. (2000). Effect of change in the psychosocial work environment on sickness absence: A seven year follow up of initially healthy employees. *J Epidemiol Community Health, 54*, 484-93.
- van de Mheen, H., Stronks, K., Looman, C. W., & Mackenbach, J. P. (1998). Does childhood socioeconomic status influence adult health through behavioural factors? *Int J Epidemiol, 27*, 431-7.
- Van der Heyden, J. H., Schaap, M. M., Kunst, A. E., Esnaola, S., Borrell, C., Cox, B., et al. (2008). Socioeconomic inequalities in lung cancer mortality in 16 european populations. *Lung Cancer (Amsterdam, Netherlands)*, doi:10.1016/j.lungcan.2008.06.006
- van Lenthe, F. J., Schrijvers, C. T. M., Droomers, M., Joung, I. M. A., Louwman, M. J., & Mackenbach, J. P. (2004). Investigating explanations of socio-economic inequalities in health: The dutch GLOBE study. *European Journal of Public Health, 14*(1), 63-70.
- Van Minh, H., Lan Huong, D., Wall, S., Thi Kim, N., & Byass, P. (2006). Cardiovascular disease mortality and its association with socioeconomic status: Findings from a population-based cohort study in rural vietnam, 1999-2003. *Preventing Chronic Disease, 3*(3), 1-11.
- van Oort, F. V. A., van Lenthe, F. J., & Mackenbach, J. P. (2004). Cooccurrence of lifestyle risk factors and the explanation of education inequalities in mortality: Results from the GLOBE study. *Preventive Medicine, 39*(6), 1126-1134.
- van Oort, F. V. A., van der Ende, J., Crijnen, A. A. M., Verhulst, F. C., Mackenbach, J. P., & Joung, I. M. A. (2006). Determinants of daily smoking in turkish young adults in the netherlands. *BMC Public Health, 6*, 294-294.
- Vanheusden, K., Mulder, C. L., van der Ende, J., van Lenthe, F. J., Mackenbach, J. P., & Verhulst, F. C. (2008). Young adults face major barriers to seeking help from mental health services. *Patient Education and Counseling, 73*(1), 97-104.
- Vanheusden, K., van Lenthe, F. J., Mulder, C. L., van der Ende, J., van de Mheen, D., Mackenbach, J. P., et al. (2008). Patterns of association between alcohol consumption and internalizing and externalizing problems in young adults. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 69*(1), 49-57.

- Vapattanawong, P., Hogan, M. C., Hanvoravongchai, P., Gakidou, E., Vos, T., Lopez, A. D., et al. Reductions in child mortality levels and inequalities in thailand: Analysis of two censuses. *The Lancet*, 369(9564), 850-855.
- Vasan, R., Larson, M. G., Leip, E. P., Kannel, W. B., & Levy, D. (2001). Assessment of frequency of progression to hypertension in non-hypertensive participants in the fremingham heart study: A cohort study. *Lancet*, 358, 1682-1686.
- Vega, J., & Irwin, A. (2004). Tackling health inequalities: New approaches in public policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(7), 482.
- Veling, W., Mackenbach, J. P., van Os, J., & Hoek, H. W. (2008). Cannabis use and genetic predisposition for schizophrenia: A case-control study. *Psychological Medicine*, 38(9), 1251-1256.
- Victora, C. G. e. a. (2003). Applying an equity lens to child health and mortality: More of the same is not enough. *Lancet*, 362(9379), 233-241.
- Villalbi, J. R., Daban, F., Pasarin, M. I., Rodriguez-Sanz, M., & Borrell, C. (2008). Quitting and prevalence of smoking: Gender, social class, and primary health care. [Abandono y prevalencia del tabaquismo: sexo, clase social y atencion primaria de salud] *Atencion Primaria / Sociedad Espanola De Medicina De Familia y Comunitaria*, 40(2), 87-92.
- Vinson, S., Graham, N. A., & Gold, M. S. (2006). Socioeconomic inequities often translate into health inequalities. *Journal of the National Medical Association*, 98(5), 816-817.
- Virchow, R. (1848/1985). *Collected essays on public health and epidemiology*. Cambridge: Science History Publications.
- Vukovic, D., Bjegovic, V., & Vukovic, G. (2008). Prevalence of chronic diseases according to socioeconomic status measured by wealth index: Health survey in serbia. *Croatian Medical Journal*, 49(6), 832-841.
- Wagstaff, A. (2000). Socioeconomic inequalities in child mortality: Comparisons across nine developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(1), 19-29.
- Wajchenberg, B. (2000). Subcutaneous and visceral adipose tissue: Their relation to the metabolic syndrome. *Endocr Rev*, 21, 697-738.
- Walker, W., Neaton, J. D., Cutler, J. A., Neuwirth, R., & Cohen, J. D. (1992). Renal function change in hypertensive members of the multiple risk factor intervention trial. racial and treatment effects. the MRFIT research group. *JAMA*, 268, 3085-3091.
- Wamala, S., & Agren, G. (2002). Gender inequity and public health. getting down to real issues. *European Journal of Public Health*, 12(3), 163-165.

- Wamala, S., Blakely, T., & Atkinson, J. (2006). Trends in absolute socioeconomic inequalities in mortality in sweden and new zealand. A 20-year gender perspective. *BMC Public Health*, 6, 164.
- Wamala, S., Merlo, J., Bostrom, G., & Hogstedt, C. (2007). Perceived discrimination, socioeconomic disadvantage and refraining from seeking medical treatment in sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(5), 409-415.
- Wamala, S., Merlo, J., Bostrom, G., Hogstedt, C., & Agren, G. (2007). Socioeconomic disadvantage and primary non-adherence with medication in sweden. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 19(3), 134-140.
- Wamala, S. P. (2001). Large social inequalities behind women's risk of coronary disease. unskilled work and family strains are crucial factors. [Stora sociala skillnader bakom kvinnors risk for kranskarlssjukdom. Okvalificerat jobb och slitningar i familjen avgorande faktorer] *Lakartidningen*, 98(3), 177-181.
- Wamala, S. P., Lynch, J., & Kaplan, G. A. (2001). Women's exposure to early and later life socioeconomic disadvantage and coronary heart disease risk: The stockholm female coronary risk study. *International Journal of Epidemiology*, 30(2), 275-284.
- Wamala, S. P., Wolk, A., & Orth-Gomer, K. (1997). Determinants of obesity in relation to socioeconomic status among middle-aged swedish women. *Preventive Medicine*, 26(5 Pt 1), 734-744.
- Wamala, S. P., Wolk, A., Schenck-Gustafsson, K., & Orth-Gomer, K. (1997). Lipid profile and socioeconomic status in healthy middle aged women in sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51(4), 400-407.
- Wandell, P. E., Wajngot, A., de Faire, U., & Hellenius, M. L. (2007). Increased prevalence of diabetes among immigrants from non-european countries in 60-year-old men and women in sweden. *Diabetes & Metabolism*, 33(1), 30-36.
- Weidner, G., Kohlmann, C. W., Horsten, M., Wamala, S. P., Schenck-Gustafsson, K., Hogbom, M., et al. (2001). Cardiovascular reactivity to mental stress in the stockholm female coronary risk study. *Psychosomatic Medicine*, 63(6), 917-924.
- Werner, D., & Sanders, D. (1997). *Questioning the solution: The politics of primary health care and child survival*. Palo Alto, CA: Healthwrights.
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services : Planning, Administration, Evaluation*, 22(3), 429-445.
- WHO. (1986). *Intersectoral action for health*. Geneva: WHO.
- WHO. (1995). *Health in social development: WHO position paper, world summit for social development*. Geneve: WHO.
- WHO. (1997). *Health: The courage to care*. Geneva: WHO.

- WHO. (1998). *Health for all in the 21st century*. Geneva: WHO.
- WHO. (2002a). *Gender glossary: Appendix to integrating gender perspective in the work of WHO*. (WHO gender policy. Geneva: WHO.
- WHO. (2002b). *Health in PRSPs: WHO submission to world Bank/IMF review of PRSPs*. Geneva: WHO.
- WHO MONICA project. (2003). In Tunstall-Pedoe, H. for the WHO MONICA project. (Ed.), *MONICA monograph and multimedia source book: World's largest study of heart disease, stroke, risk factors and population trends 1979-2002*. Geneva: WHO.
- WHO/UNICEF. (1978). *Alma-ata declaration*
- Wilhelmsen, L. (1988). Coronary heart disease: Epidemiology of smoking and intervention studies of smoking. *Am.Heart J.*, 115, 242-249.
- Wilkinson, R. (2004). Why is violence more common where inequality is greater? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1036, 1-12.
- Wilkinson, R., & Marmot, M. (2003). *Social determinants of health: The solid facts*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Wilkinson, R. G. (1990). Income distribution and mortality: A "natural" experiment. *Sociology of Health and Illness*, 12, 165-168.
- Wilkinson, R. G. (1996). *Unhealthy societies: The afflictions of inequality*. Londres: Routledge.
- Wilkinson, R. G. (1997). Health inequalities: Relative or absolute material standards? *BMJ*, 314, 591-595.
- Wilkinson, R. G. (1999). Health, hierarchy, and social anxiety. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 48-63.
- Wilkinson, R. G., & Pickett, K. E. (2006). Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine* (1982), 62(7), 1768-1784.
- Wilkinson, R., & Marmot, M. (2006). In Ministerio de Sanidad y Consumo (Ed.), *Los determinantes sociales de la salud. los hechos probados* (Edición española, traducción de la 2ª Edición de la OMS (2003) ed.). Madrid:
- Wilkman, A., Marklund, S., & Alexanderson, K. (2005). Illness, disease, and sickness absence: An empirical test of differences between concepts of ill health. *J Epidemiol Community Health*, 59, 450-454.

- Willems, S. (2005). *The socioeconomic gradient in health: A never ending story? A descriptive and explorative study in Belgium*. Belgium: Department of General Practice and Primary Health Care.
- Wilson, E. O. (1980). *Sociobiología* (1^a ed.). Barcelona: Omega.
- Winkleby, M. A., Jatulis, D. E., Frank, E., & Fortmann, S. P. (1992). Socioeconomic status and health: How education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *Am J Public Health*, 82, 816-820.
- Wong, B. M., Garcia, Y., Barr, A., Glazier, R. H., & Abramson, B. L. (2008). Cardiovascular risk factor awareness in a disadvantaged inner-city population--implications for preventive strategies. *The Canadian Journal of Cardiology*, 24(9), 677-682.
- Woodward, M., Shewry, M. C., Smith, W. C. S., & Tunstall-Pedoe, H. (1992). Social status and coronary heart disease: Results from the Scottish heart health study. *Preventive Medicine*, 21, 136-48.
- World Bank. (1996). *Global economic prospects and the developing countries: 1996*. Washington, DC: World Bank.
- World Bank. (2000). *World development report 1999/2000- entering the 21st century: The changing development landscape*. Washington, DC.: World Bank.
- World Bank. (2006a). *World development indicators 2006*. Washington, DC.: The World Bank.
- World Bank. (2006b). *World development report 2006. equity and development*. New York: World Bank, Oxford University Press.
- World Health Organization. (2002). *The world health report 2002. reducing risk, promoting healthy life*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2004). *Global strategy on diet and physical activity*. Geneva: WHO.
- World Health Organization Consultation of Obesity. Division of Non-Communicable Disease. WHO. (1998). *Preventing and managing the global epidemic*. Geneva: Division of Non-Communicable Disease, Programme of Nutrition, Family and Reproductive Health.
- Wright, E. O. (1995). The class analysis of poverty. *Int J Health Serv*, 25, 85-100.
- Wright, E. O. (1997). *Class counts*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Xu, K. e. a. (2007). Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs*, 26, 972-983.

- Yamin, A. (1996). Defining questions: Situating issues of power in the formulation of a right to health under international law. *Human Rights Quarterly*, 18(2), 398-438.
- Young, I. M. (1992). Five faces of oppression. In Wartenberg, & T. (Eds.), *Rethinking power* (pp. 175-76). Albany: SUNY Press.
- Young, Q. R., Ignaszewski, A., Fofonoff, D., & Kaan, A. (2007). Brief screen to identify 5 of the most common forms of psychosocial distress in cardiac patients: Validation of the screening tool for psychological distress. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(6), 525-534.
- Yu, Z., Nissinen, A., Vartiainen, E., Song, G., Guo, Z., Zheng, G., et al. (2000). Associations between socioeconomic status and cardiovascular risk factors in an urban population in china. *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 1296-1305.
- Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., et al. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study. *Lancet*, 364, 937-952.
- Zeljko, H., Skaric-Juric, T., Narancic, N. S., Salihovic, M. P., Klaric, I. M., Barbalic, M., et al. (2008). Traditional CVD risk factors and socio-economic deprivation in roma minority population of croatia. *Collegium Antropologicum*, 32(3), 667-676.
- Zolo, D. (2006). *Globalización: Un mapa de los problemas*. (1ª ed.). Bilbao: Plaza.

VIII. ANEXOS

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud



La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emite la presente CARTA dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2000." Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Si bien las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, se tuvieron también en cuenta los problemas que atañen a las demás regiones. La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria, el documento "Los Objetivos de la Salud para Todos" de la Organización Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido recientemente en la Asamblea Mundial de la Salud.

PROMOCIÓN DE LA SALUD

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.

PREREQUISITOS PARA LA SALUD

Las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerequisites.

PROMOCIONAR EL CONCEPTO

Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud. El objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud.

PROPORCIONAR LOS MEDIOS

La promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial. Esto implica una base firme en un medio que la apoye, acceso a la información y poseer las aptitudes y oportunidades que la lleven a hacer sus opciones en términos de salud. Las gentes no podrán alcanzar su plena salud potencial a menos que sean capaces de asumir el control de todo lo que determine su estado de salud. Esto se aplica igualmente a hombres y mujeres.

ACTUAR COMO MEDIADOR

El sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud y, lo que es más, la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. Las gentes de todos los medios sociales están involucradas como individuos, familias y comunidades. A los grupos sociales y profesionales y al personal sanitario les corresponde especialmente asumir la responsabilidad de **actuar como mediadores** entre los intereses antagónicos y a favor de la salud.

Las estrategias y programas de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos.

LA PARTICIPACIÓN ACTIVA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD IMPLICA:

LA ELABORACIÓN DE UNA POLÍTICA PÚBLICA SANA

Para promover la salud se debe ir más allá del mero cuidado de la misma. La salud ha de formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles, con objeto de hacerles tomar conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarles así a asumir la responsabilidad que tienen en este respecto.

La política de promoción de la salud ha de combinar enfoques diversos si bien complementarios, entre los que figuren la legislación, las medidas fiscales, el sistema tributario y los cambios organizativos. Es la acción coordinada la que nos lleva a practicar una política sanitaria, de rentas y social que permita una mayor equidad. La acción conjunta contribuye a asegurar la existencia de bienes y servicios sanos y seguros, una mayor higiene de los servicios públicos y de un medio ambiente más grato y limpio.

La política de promoción de la salud requiere que se identifiquen y eliminen los obstáculos que impidan la adopción de medidas políticas que favorezcan la salud en aquellos sectores no directamente implicados en la misma. El objetivo debe ser conseguir que la opción más saludable sea también la más fácil de hacer para los responsables de la elaboración de los programas.

LA CREACIÓN DE AMBIENTES FAVORABLES

Nuestras sociedades son complejas y están relacionadas entre sí de forma que no se puede separar la salud de otros objetivos. Los lazos que, de forma inextricable, unen al individuo y su medio constituyen la base de un acercamiento socio-ecológico a la salud. El principio que ha de guiar al mundo, las naciones, las regiones y las comunidades ha de ser la necesidad de fomentar el apoyo recíproco, de protegernos los unos a los otros, así como nuestras comunidades y nuestro medio natural. Se debe poner de relieve que la conservación de los recursos naturales en todo el mundo es una responsabilidad mundial.

El cambio de las formas de vida, de trabajo y de ocio afecta de forma muy significativa a la salud. El trabajo y el ocio deben ser una fuente de salud para la población. El modo en que la sociedad organiza el trabajo debe contribuir a la creación de una sociedad saludable. La promoción de la salud genera condiciones de trabajo y de vida gratificantes, agradables, seguras y estimulantes.

Es esencial que se realice una evaluación sistemática del impacto que los cambios del medio ambiente producen en la salud, particularmente en los sectores de la tecnología, el trabajo, la energía, la producción y el urbanismo. Dicha evaluación debe ir acompañada de medidas que garanticen el carácter positivo de los efectos de esos cambios en la salud pública. La protección tanto de los ambientes naturales como de los

artificiales, y la conservación de los recursos naturales, debe formar parte de las prioridades de todas las estrategias de promoción de la salud.

EL REFORZAMIENTO DE LA ACCIÓN COMUNITARIA

La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos.

El desarrollo de la comunidad se basa en los recursos humanos y materiales con que cuenta la comunidad misma para estimular la independencia y el apoyo social, así como para desarrollar sistemas flexibles que refuercen la participación pública y el control de las cuestiones sanitarias. Esto requiere un total y constante acceso a la información y a la instrucción sanitaria, así como a la ayuda financiera.

EL DESARROLLO DE LAS APTITUDES PERSONALES

La promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. De este modo se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que propicie la salud.

Es esencial proporcionar los medios para que, a lo largo de su vida, la población se prepare para las diferentes etapas de la misma y afronte las enfermedades y lesiones crónicas. Esto se ha de hacer posible a través de las escuelas, los hogares, los lugares de trabajo y el ámbito comunitario, en el sentido de que exista una participación activa por parte de las organizaciones profesionales, comerciales y benéficas, orientada tanto hacia el exterior como hacia el interior de las instituciones mismas.

LA REORIENTACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

La responsabilidad de la promoción de la salud por parte de los servicios sanitarios la comparten los individuos, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios y los gobiernos. Todos deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema de protección de la salud.

El sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la promoción de la salud de forma tal que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos. Dichos servicios deben tomar una nueva orientación que sea sensible y respete las necesidades culturales de los individuos. Asimismo deberán favorecer la necesidad por parte de las comunidades de una vida más sana y crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos.

La reorientación de los servicios sanitarios exige igualmente que se preste mayor atención a la investigación sanitaria así como a los cambios en la educación y la formación profesional. Esto necesariamente ha de producir un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios de forma que giren en torno a las necesidades del individuo como un todo.

IRRUMPIR EN EL FUTURO

La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana; en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.

El cuidado del prójimo, así como el planteamiento holístico y ecológico de la vida, son esenciales en el desarrollo de estrategias para la promoción de la salud. De ahí que los responsables de la puesta en práctica y evaluación de las actividades de promoción de la salud deban tener presente el principio de la igualdad de los sexos en cada una de las fases de planificación.

EL COMPROMISO A FAVOR DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Los participantes en esta conferencia se comprometen:

- a intervenir en el terreno de la política de la salud pública y a abogar en favor de un compromiso político claro en lo que concierne a la salud y la equidad en todos los sectores;
- a oponerse a las presiones que se ejerzan para favorecer los productos dañinos, los medios y condiciones de vida malsanos, la mala nutrición y la destrucción de los recursos naturales. Asimismo se comprometen a centrar su atención en cuestiones de salud pública tales como la contaminación, los riesgos profesionales, la vivienda y la población de regiones no habitadas;
- a eliminar las diferencias entre las distintas sociedades y en el interior de las mismas, y a tomar medidas contra las desigualdades, en términos de salud, que resultan de las normas y prácticas de esas sociedades;
- a reconocer que los individuos constituyen la principal fuente de salud; a apoyarlos y capacitarlos a todos los niveles para que ellos, sus familias y amigos se mantengan en buen estado de salud; y del mismo modo se comprometen a aceptar que la comunidad es el portavoz fundamental en materia de salud, condiciones de vida y bienestar en general;
- a reorientar los servicios sanitarios y sus recursos en términos de la promoción de la salud; a compartir el poder con otros sectores, con otras disciplinas y, lo que es aún más importante, con el pueblo mismo;
- a reconocer que la salud y su mantenimiento constituyen el mejor desafío e inversión social y a tratar el asunto ecológico global de nuestras formas de vida.

La conferencia insta a todas las personas interesadas a formar una fuerte alianza en favor de la salud.

LLAMADA A LA ACCION INTERNACIONAL

La Conferencia insta a la Organización Mundial de la Salud y a los demás organismos internacionales a abogar en favor de la salud en todos los foros apropiados y a dar apoyo a los distintos países para que se establezcan programas y estrategias dirigidas a la promoción de la salud.

La Conferencia tiene el firme convencimiento de que si los pueblos, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, la Organización Mundial de la Salud y todos los demás organismos interesados aúnan sus esfuerzos en torno a la promoción de la salud y en conformidad con los valores sociales y morales inherentes a esta CARTA, el objetivo "Salud para Todos en el año 2000" se hará realidad.

DECLARACION DE ALMA-ATA

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud,

Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata en el día de hoy, doce de septiembre de mil novecientos setenta y ocho, considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, hace la siguiente Declaración:

I

La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

II

La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.

III

El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.

IV

El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

V

Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales e de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.

VI

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

VII

La atención primaria de salud:

Es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública;

se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;

comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales;

entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;

exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;

debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados;

se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresadas de la comunidad.

VIII

Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

IX

Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria de salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y la aplicación de la atención primaria de salud en todo el mundo.

X

Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud en tanto que elemento esencial de dicho desarrollo.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud exhorta a la urgente y eficaz acción nacional e internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al Nuevo Orden Económico Internacional. La Conferencia insta a los gobiernos, a la OMS y al UNICEF y a otras organizaciones internacionales, así como a los organismos internacionales, así como a los organismos multilaterales y bilaterales, a las organizaciones no gubernamentales, a los organismos de financiación, a todo el personal de salud y al conjunto de la comunidad mundial, a que apoyen en el plano nacional e internacional el compromiso de promover la atención primaria de salud y de dedicarle mayor apoyo técnico y financiero, sobre todo en países en desarrollo. La Conferencia exhorta a todas las entidades antedichas a que colaboren en el establecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de la atención primaria de salud de conformidad con el espíritu y la letra de la presente Declaración.

Objetivo 1 Erradicar la pobreza extrema y el hambre

Meta 1. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día

Meta 2. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre

Objetivo 2 Lograr la enseñanza primaria universal

Meta 3. Velar por que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria

Objetivo 3 Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer

Meta 4. Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes del fin del año 2015

Objetivo 4 Reducir la mortalidad infantil

Meta 5. Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años

Objetivo 5 Mejorar la salud materna

Meta 6. Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes

Objetivo 6 Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

Meta 7. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA

Meta 8. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves

Objetivo 7 Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

Meta 9. Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente

Meta 10. Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible a agua potable

Meta 11. Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios

Objetivo 8 Fomentar una asociación mundial para el desarrollo a desarrollo

Meta 12. Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio Se incluye el compromiso de lograr una buena gestión de los asuntos públicos y la reducción de la pobreza, en cada país y en el plano internacional

Meta 13. Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados

Se incluye el acceso libre de aranceles y cupos de las exportaciones de los países menos adelantados; el programa mejorado de alivio de la deuda de los países pobres muy endeudados y la cancelación de la deuda bilateral oficial, y la concesión de una asistencia para el desarrollo más generosa a los países que hayan expresado su determinación de reducir la pobreza

Meta 14. Atender las necesidades especiales de los países sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo

(mediante el Programa de Acción para el desarrollo

sostenible de los pequeños Estados insulares en

desarrollo y los resultados del vigésimo segundo período de sesiones de la Asamblea General)

Meta 15. Encarar de manera general los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas

Meta 16. En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo

Meta 17. En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo

Meta 18. En colaboración con el sector privado, velar por que se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de la información y de las comunicaciones

Anexo III

Miembros de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud.

Michael Marmot, presidió la CDSS y es Director del International Institute for Society and Health y jefe del Departamento de Epidemiología y Salud Pública del University College de Londres. En 2000 recibió el título de caballero, por los servicios prestados a la epidemiología y al conocimiento de las inequidades sanitarias.

Frances Baum es jefa de departamento y profesora de salud pública en la Universidad Flinders, y directora de fundación de la Unidad de Investigación sobre Salud Comunitaria del Sur de Australia. Es copresidenta del Consejo de Coordinación Mundial del Movimiento para la Salud de los Pueblos.

Monique Bégin es profesora en la Escuela de Administración de la Universidad de Ottawa (Canadá), y ha sido nombrada dos veces Ministra Nacional de Salud y Bienestar. Fue la primera mujer de Quebec elegida para la Cámara de los Comunes.

Giovanni Berlinguer es miembro del Parlamento Europeo. Recientemente ha sido elegido miembro del Comité Internacional de Bioética de la UNESCO (de 2001 a 2007) y es ponente del proyecto de Declaración Universal sobre Bioética.

Mirai Chatterjee es la coordinadora de Seguridad Social para la Asociación de Mujeres Trabajadoras Autónomas (SEWA) de la India, un sindicato de más de 900 000 trabajadoras autónomas. Recientemente fue nombrada para el Consejo Asesor Nacional y la Comisión Nacional para el Sector No Organizado.

William H. Foege es profesor emérito, distinguido por la presidencia, de Salud Internacional en la Universidad Emory. Fue Director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC), jefe del Programa de erradicación de la viruela de los CDC y director ejecutivo de The Carter Center. Asimismo, ha sido asesor médico superior para la Fundación Bill y Melinda Gates.

Yan Guo es profesora de salud pública y vicepresidenta del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Beijing. Es vicepresidenta de la Asociación China de Salud Rural y vicedirectora de la Academia China de Políticas de Salud.

Kiyoshi Kurokawa es profesor en el Instituto Nacional de Graduados para Estudios de Políticas, Tokio. También es miembro del Comité de Ciencias y Política de Tecnología del Gabinete. Anteriormente fue presidente del Consejo de Ciencias de Japón y la Asociación de Ciencias del Pacífico.

Ricardo Lagos Escobar fue Presidente de Chile y Ministro de Educación y Obras Públicas. Titulado en economía y derecho, ha trabajado como economista para las Naciones Unidas.

Alireza Marandi es profesor de pediatría de la Universidad Shaheed Beheshti (República Islámica del Irán). Fue Ministro de Salud y Educación Médica durante dos mandatos. Además de Ministro, Marandi también ha desempeñado los cargos de Viceministro y Asesor del Ministro. Recientemente ha sido elegido miembro del Parlamento del Irán.

Pascoal Mocumbi es Alto Representante del Programa de Ensayos Clínicos Europa-Países en Desarrollo y ex Primer Ministro de la República de Mozambique. Anteriormente había dirigido el Ministerio de Asuntos Exteriores y el Ministerio de Salud.

Ndioro Ndiaye es Directora General Adjunta de la Organización Internacional para las Migraciones y antigua Ministra de Desarrollo Social y Ministra de Asuntos de la Mujer, la Familia y el Niño, de Senegal.

Charity Kaluki Ngilu es Ministra de Salud de Kenia. Antes de ocupar ese cargo fue miembro de la Asamblea Nacional de Kenia, en la que representó al partido democrático. Desde 1989 ha sido líder de la organización Maenbeleo ya Wanawake, el movimiento nacional de mujeres.

Hoda Rashad es Directora y profesora de investigación del Centro de Investigaciones Sociológicas de la Universidad Americana de El Cairo. Miembro del Senado, uno de los dos órganos parlamentarios de Egipto, también forma parte del Consejo Nacional de Mujeres, que depende del Presidente de Egipto.

Amartya Sen es profesor de la Universidad de Lamont y profesor de economía y filosofía en la Universidad de Harvard. En 1998 fue galardonado con el Premio Nobel de Economía.

David Satcher dirige el Centro de Excelencia sobre Inequidades Sanitarias y la Iniciativa del Instituto Satcher de Liderazgo en Salud. Ha desempeñado los cargos de Director General de Salud Pública de Estados Unidos y Subsecretario de Salud. Satcher también fue Director de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

Anna Tibaijuka es Directora Ejecutiva del Programa de Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (UN-Hábitat). Además, es Presidenta fundadora del independiente Consejo Nacional de Mujeres de Tanzania.

Denny Vågerö es profesor de sociología médica y Director del Centro de Estudios sobre Equidad en Salud (CHESS) de Suecia. Es miembro de la Real Academia Sueca de Ciencias y de su Comité Permanente sobre Salud.

Gail Wilensky es miembro principal del proyecto HOPE, una fundación internacional de educación sanitaria. Anteriormente había dirigido los programas Medicare y Medicaid de los Estados Unidos, y presidido dos comisiones de asesoramiento del Congreso de los Estados Unidos sobre Medicare.