

PROMOCION DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE LA NUEVA SALUD PUBLICA

Cuad. Méd. Soc. XL, 1, 1999/ 25-30

*Dr. Francisco Espejo E.¹,
Dr. Roberto Fuentes García*

ABSTRACT

A set of evidences, connected by the "New Public Health" research, allows to infer hypothesis about the role of new determinants in population's health, as powerful as the "classic" health determinants like tobacco, sedentary life, obesity, and poor conditions of living. Low social cohesion, income inequality, or low social capital possibly are strong determinants of health. They could affect the general vulnerability to bad health or death through a variety of different illnesses by altering psychological functioning or neuroendocrine or immune system. These psychobiologic alterations, produced by social conditions could influence coping capacities of people. Low coping abilities are possibly linked to higher risk of bad health or premature death. There are four situations in which people can obtain protection of those alterations, perinatal conditions, child rising styles, social networks and working conditions. The better the experiences of people in those areas the better the health levels. Health care sector can act in all of them, mainly in the first three ones. Activities that can be done in such way are commented.

RESUMEN

Un conjunto de hallazgos reunidos por la nueva salud pública permiten plantear hipótesis respecto de la existencia de nuevos determinantes de la salud, tan poderosos como los tradicionales factores de riesgo tales como fumar, obesidad, sedentarismo y las malas condiciones materiales de vida. Es así como una baja cohesión social, una mala distribución del ingreso o bajo capital social, entre otros, serían fuertes determinantes del nivel de salud de las poblaciones. Ellos influirían en la vulnerabilidad general de enfermar o morir por diversas patologías a través de alteraciones en el sistema neuroendocrino, inmune y en el funcionamiento psicológico. Estas alteraciones psicobiológicas producidas por condiciones sociales incidirían en la capacidad de manejar el estrés al que están sometidas las personas. La baja capacidad de manejar el estrés estaría ligada a una mayor vulnerabilidad global de enfermar o morir.

Existirían cuatro instancias protectoras en las que esta vulnerabilidad podría ser disminuida: el periodo perinatal, la crianza temprana, las redes de apoyo social y las condiciones laborales. Mientras mejor sea la experiencia de las personas en estas cuatro áreas, menor la susceptibilidad de enfermar o morir por diversas causas. El sector salud puede facilitar un mejor resultado en todas ellas, sobre todo en las tres primeras. Se comenta qué actividades habría que implementar o fortalecer para ello.

¹ Subdirector Médico Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, MSc LSHTM
Av. Brasil 1435, Valparaíso, Chile
Fax 32 212160 Fono 32 212231
Fespejo@ssvsa.cl

Una pregunta fundamental en salud pública es ¿por qué hay gente que enferma y muere antes que otros?

Para dilucidarla, la epidemiología ha comparado las características y condiciones de vida de aquellos individuos que presentan más daño respecto de los que tienen menos. Es así como se han identificado determinantes para la salud, tales como la pobreza, el ambiente, la alimentación y los estilos de vida (1). Todos ellos parecen incidir en los riesgos de enfermar y morir, pero la “nueva salud pública” ha aportado evidencias que señalan que estos determinantes son sólo parte de la explicación. Buscando otras posibles explicaciones para las diferencias en los niveles de salud, han surgido alternativas tales como la movilidad social, la carga genética y el acceso a la atención de salud, pero ninguna de ellas parece ser muy importante en determinar la salud de las poblaciones (2).

De este modo, los factores “tradicionales”: pobreza, medio ambiente y estilos de vida, parecen ser sólo parte de la explicación respecto de las diferencias en el riesgo de enfermar y morir en las distintas poblaciones.

Sin embargo ellos han sido considerados como la respuesta lógica para mejorar la salud pública:

1. promover la reducción de la pobreza,
2. mejorar el medio ambiente
3. estimular estilos de vida saludable.

Al abordar estas tareas el sector salud no ha podido actuar solo, de hecho no tiene la capacidad de hacerlo y los progresos alcanzados son complejos de evaluar y difíciles de obtener.

Los dos primeros cometidos requieren de un fuerte compromiso social y gubernamental, y el tercero pasa por cambios en la vida personal de los individuos. El enfoque de riesgo ha mostrado resultados más bien pobres en cuanto a lograr modificaciones conductuales de las personas. Una de las mayores intervenciones en ese sentido reportó cambios realmente decepcionantes (MRFIT) (3). En dicho estudio se intentó modificar la dieta, el sedentarismo y el consumo de tabaco en una cohorte de hombres blancos, por medio de estrategias con enfoque de riesgo que implicaron una enorme batería de intervenciones para modificar las conductas de los sujetos en riesgo. Luego de 6 años, los cambios alcanzados fueron marginales y no difirieron significativamente del grupo control.

Otros planes y programas han mostrado éxitos variables, muchas veces espectaculares, sobre todo cuando han utilizado el enfoque poblacional en la promoción de la salud (Carelia del Norte) (4).

Sin embargo, la nueva salud pública plantea que los factores y por tanto las políticas desarrolladas abordan sólo parte de los determinantes de la salud. El principal fundamento deriva de la observación de que luego de controlar las variables de pobreza y estilos de vida aún persisten inexplicadas diferencias en la morbilidad y mortalidad de los individuos.

Un estudio seminal en ese sentido es el de Whitehall I y II (Londres UK) (5). En él una cohorte de funcionarios públicos ingleses mostró una importante gradiente tanto en la mortalidad general como en diversas causas específicas, con riesgos tres a cuatro veces superiores en los empleados de menor jerarquía comparados con los de mayor (6). Lo anterior se observó a pesar de que entre ellos no existía ningún pobre, y todos gozaban de un amplio acceso al sistema de salud. Cabe destacar que la diferencia en la mortalidad era una perfecta gradiente, es decir, a cierto cambio de nivel jerárquico se acompañó un cierto cambio en el riesgo de enfermar y morir. Los “juniors” tuvieron un riesgo algo mayor que los empleados administrativos, quienes tuvieron mayor riesgo que los profesionales, los que a su vez presentaron riesgo mayor que los ejecutivos superiores. Más aún, esta gradiente de morbimortalidad se mantuvo luego de controlar los más potentes factores de riesgo conocidos, tales como el tabaco, la dieta y el sedentarismo. Los factores de riesgo tradicionales no explicaban más del 50% de la mortalidad cardiovascular en los empleados londinenses (7).

Gradientes similares de mortalidad han sido encontradas en diversos grupos sociales, ordenados ya sea por nivel de *ingreso, educación o tipo de trabajo*, y para distintos tipos de daños en salud, tales como la *mortalidad general, la mortalidad infantil, mortalidad por cardiovasculares, accidentes, violencias, cáncer, ausentismo laboral, disfunción cerebral mínima*, etc. (8).

¿Qué variable será aquella que se distribuye gradualmente a lo largo de la estructura social o laboral protegiendo proporcionalmente la salud en la medida que se asciende en la escala jerárquica?

¿Qué variable será aquella que es capaz de modificar los riesgos para tan diversas enfermedades, tales como las cardiovasculares, accidentes, suicidios o cáncer?

Estas preguntas abren espacios para un nuevo enfoque en la forma de hacer prevención (9). Nos llevan a pensar que las distintas enfermedades que afectan a las clases más bajas son expresiones de un mecanismo común de enfermar y morir, que se

distribuye en forma inversamente proporcional a la jerarquía social.

El posible mecanismo involucrado debe reunir un conjunto de condiciones básicas: estar fuertemente asociado a la *jerarquía laboral* (y *socioeconómica*), y ser capaz de actuar a un nivel muy global de vulnerabilidad para enfermar y morir, dado el amplio espectro de patologías en que se verifica esta gradiente.

Wilkinson, Kawachi, Kaplan y otros autores plantean que esta variable se relaciona estrechamente con variables sociales tales como la cohesión y capital social (10). Ambos son conceptos ligados a la participación comunitaria y política, la confianza existente entre las personas y entre éstas y las instituciones sociales, la fortaleza de las redes de apoyo social, las normas y costumbres existentes (11). Sociedades con mayor cohesión y capital social tienden a tener mejor salud. En un plano más individual la cohesión y capital social podrían concretarse en el respeto y confianza que las personas se tienen entre sí. El capital social a un nivel macro y el respeto entre las personas a un nivel micro parecen estar relacionados entre sí y con la vulnerabilidad general de enfermar y morir. ¿Cuál sería el mecanismo?

Las vías por las cuales se postula que se relacionan estas condiciones sociales y la vulnerabilidad fisiológica a enfermar y morir, parecen estar en los sistemas inmunológico, neuropsicológico y el neuroendocrino.

Un ambiente social poco cohesionado, donde el individuo sufre a lo largo de su desarrollo biográfico permanentes faltas de respeto a su persona, parece deteriorar la capacidad de respuesta psicobiológica frente a los diversos agentes agresores que existen en la vida. La mayor morbimortalidad por cualquier causa específica es expresión de esa menor capacidad de manejo de los agresores ambientales. No importa de qué terminen muriendo las personas de menor jerarquía social, infarto, cáncer, accidente o violencia, el mecanismo sería similar: una menor capacidad de adaptarse al estrés. Esta menor capacidad implicaría una mayor actividad adrenérgica, mayor riesgo de depresión y angustia, menor respuesta inmune, estilos de vida compensatorios tales como tabaco, alcohol, alimentación excesiva, etc. Todo ello asociado a enfermar o morir por una variada gama de causas: cardiovasculares, accidentes, cáncer, etc.

Como ejemplos de lo anterior cabe mencionar algunos hallazgos. Los empleados británicos de menor jerarquía tienen mayores factores de riesgo para enfermedad coronaria, tales como, apolipo-

proteínas o factores de coagulación alterados (12). Estresores psicosociales se asocian a mayor presión arterial y los empleados de mayor jerarquía son capaces de normalizar su presión, luego del estresor, más rápidamente que los de menor jerarquía (13). Por otra parte, hay evidencias que sugieren que el estrés aumenta la vulnerabilidad para adquirir infecciones, para tener depresión, cuadro que a su vez también se asocia a menores respuestas del sistema inmune (14). En el caso de las mujeres, la depresión parece además asociarse a una menor capacidad de cuidar a los hijos, por ejemplo de sufrir accidentes (15). El mismo estudio señala cómo la depresión es más frecuente en mujeres de menor estrato social. Por otra parte, el tabaco y el alcohol también tienden a ser consumidos en mayor proporción por los más pobres, los que a su vez se ven más afectados por sobrepeso (16).

Existen elementos que nos hacen temer que las variables sociales asociadas a los niveles de salud de las poblaciones puedan estar empeorando en Chile.

El Banco Mundial comparó el ingreso per cápita y la esperanza de vida a nivel internacional y encontró una relación relativamente directa entre nivel de salud de la población e ingreso per cápita (17). Sin embargo, sobre los US\$ 5.000 de ingreso se pierde esta relación y Wilkinson plantea que las diferencias en el nivel de salud entre esos países más ricos se relaciona más bien con la distribución del ingreso, es decir, la pobreza relativa y no tanto la absoluta pasa a tener una fuerte asociación con el nivel de salud (18). Países con un nivel de desarrollo comparable, pero con distribución más inequitativa del ingreso, presentan peores indicadores de salud (por ejemplo Inglaterra comparada con Suecia). Países que han mejorado su distribución del ingreso mejoran sus indicadores de salud (Japón) (19).

Ahora bien, nuestro país está superando la barrera de los 5.000 dólares per cápita, y está empeorando su distribución del ingreso desde 1994, según resultados de la encuesta CASEN (20).

Por otra parte, el informe de desarrollo humano, efectuado en Chile por el PNUD en 1998, señala serios problemas de seguridad humana que afectan a nuestra población, en especial los más pobres (21). Se define allí seguridad humana como la capacidad de la gente de ejercer sus opciones de desarrollo humano en forma libre y segura, esperando que las oportunidades de hoy no desaparezcan mañana.

El informe señala: "Resumiendo el diagnóstico: la seguridad humana en Chile, más allá de los considerables éxitos obtenidos, no tendría un nivel satisfactorio y, además, ella se encontraría distribuida de manera desigual" (Informe desarrollo Humano en Chile 1998 PNUD, página 15).

El informe describe niveles importantes de desconfianza tanto en las relaciones interpersonales como en las relaciones de las personas con los sistemas de salud, educación, previsión y trabajo.

Todo lo anterior puede indicar que el capital social de nuestro país está disminuyendo en forma preocupante. Kawachi mostró cómo en los Estados Unidos el nivel de confianza entre las personas se asocia con la expectativa de vida y con la distribución del ingreso (22).

Sin duda lo anterior representa un fuerte desafío para nuestra sociedad como conjunto, pero ¿qué hacer desde el sector salud?

Nuestro sector que, como tal, tiene pocas herramientas para modificar los niveles de cohesión y capital social, parece tener interesantes oportunidades derivadas de aquellos momentos del ciclo vital en que el proceso de construcción y desarrollo de la vulnerabilidad de enfermar y morir es más relevante.

Evidencias resumidas por los autores del libro "¿Por qué alguna gente está sana y otra no?", recientemente traducido al español (23), señalan que estas situaciones parecen ser:

1. El período perinatal
2. La crianza temprana
3. La pertenencia a redes de apoyo social
4. Las condiciones laborales

Existe literatura abundante que relaciona situaciones adversas ocurridas en cada una de esas áreas de la vida de las personas con un mayor riesgo de enfermar y morir. Situaciones tales como el bajo peso al nacer (24), la falta de apego temprano entre madre e hijo, malos estilos de crianza (25), la violencia familiar vivida a edades tempranas, la falta de alguna relación interpersonal profunda y significativa durante la niñez (26), el aislamiento social, la falta de redes sociales de apoyo (27), la poca o nula capacidad de desempeñarse en un trabajo creativo donde la persona experimente una sensación de control sobre lo que realiza (28), son ejemplos de situaciones adversas asociadas a mayor morbilidad. La reacción del organismo ante la tensión compromete a varios sistemas y órganos, entre ellos el inmunológico, neurológico y el endocrino. Las situaciones citadas, malas condiciones perinatales, crianza inadecuada,

pobre acceso a redes de apoyo social y malas condiciones laborales en términos de respeto y autorrealización personal, pueden determinar una grave alteración en la forma en que estos sistemas responden al estrés, lo que a su vez lleva a una mayor vulnerabilidad de enfermar o morir en las personas que las sufren. Cassel (1975) (29) resume lo anterior diciendo: "En sus términos más generales, la teoría que ha guiado estos estudios ha sido que la susceptibilidad a una amplia variedad de enfermedades y trastornos (somáticos, emocionales y conductuales) está influenciada por una combinación de exposición a situaciones psicosociales estresantes y la protección lograda contra ellas mediante los apoyos sociales adecuados".

Por otra parte, los estudios de resiliencia muestran que existen sujetos que han sido capaces de ser saludables en medios muy adversos, lo que ha permitido identificar y promover factores que permiten superar adversidades y estresores (30).

La promoción de la salud dentro de la perspectiva de la nueva salud pública puede entonces utilizar las oportunidades que el sector tiene de llegar a las personas que atraviesan por dichas circunstancias y desarrollar acciones que promuevan una mejor capacidad de manejo del estrés y adversidad en esos grupos.

Para ello existen diversas oportunidades interesantes:

El sector salud tiene una muy buena cobertura en el área materno-infantil, eso le permite intervenir para mejorar condiciones perinatales y promover, por ejemplo el apego temprano entre madre y niño. La atención del embarazo, parto y puerperio debiera incorporar o fortalecer esta función.

El sector salud, a través del control de niño sano puede incidir significativamente en los estilos de crianza y promover una mayor resiliencia, por ejemplo estimulando relaciones más cercanas entre niños deprivados socialmente y alguna figura parental, ya sea natural o sustituto. Puede promover un acceso privilegiado y expedito de estas familias a todos los servicios preventivos y curativos. Puede apoyar a las madres con consejerías de anticipación y crianza, técnicas de resolución de conflictos, grupos de apoyo emocional, etc. Parece sensato plantear que el programa de niño sano ya no debe estar preocupado sólo del peso y la talla de los niños, vacunas y enfermedades, sino de mejorar las condiciones de crianza y de las condiciones de vida futura de esos niños.

Por otra parte, el sector salud puede facilitar el acceso de los individuos a las redes sociales existentes en la comunidad, así como a los beneficios

sociales, más aún, puede promover dicho acceso y tomar conciencia de que en sí mismo el sistema de salud es un poderoso componente de la red social. Los pacientes llegan a consultarnos en situación de aflicción y necesidad. El cómo los atendamos, el cómo sea el trato, puede representar para ellos la cara que la propia sociedad les muestra, a través de una institución tan extendida como el sector salud. Un trato amable y cordial pasa entonces a ser no sólo una condición de buena urbanidad, sino que una instancia promotora de confianza y cohesión social.

Finalmente el sector salud puede expandir su actual ámbito de acción en el mundo laboral y preocuparse no sólo de los riesgos y enfermedades profesionales, sino de la calidad de vida existente en el trabajo. Si el respeto mutuo, la posibilidad de autorrealización en el trabajo, las redes sociales que allí se construyen son efectivamente fuertes determinantes de la morbimortalidad de trabajadores y empleados, es necesario abordarlas desde la perspectiva de la promoción de la salud.

Todas las tareas propuestas son complementarias con los esfuerzos más tradicionales contra el tabaco, el alcohol, la pobreza, etc.

A las puertas del nuevo milenio parece estar surgiendo una nueva forma de promover la salud, que incorpora la perspectiva poblacional como estrategia fundamental, que ayuda a personas y comunidades a crear condiciones de vida más saludables en las etapas más cruciales del ciclo vital, y que parece estar inseparablemente unida a la búsqueda de una sociedad más humana y justa (31).

BIBLIOGRAFIA

1. Abel-Smith, B. *An Introduction to Health policy planning and financing*. Part one, The determinants of health: 1-62. Longman Group Limited 1994.
2. Wilkinson, Richard. *Unhealthy Societies, the afflictions of inequalities*, chapter 4. The problem of health inequalities, 53-71. Routledge press 1996.
3. Multiple risk factor intervention trial group. The Multiple risk factor intervention trial group - risk factor changes and mortality results. *JAMA* 248:1465-76. 1982.
4. Puska, P.; Nissinen, A.; Tuomilehto, J. *et al. Estrategia basada en la comunidad para prevenir las cardiopatías isquémicas: Conclusiones de los primeros 10 años del proyecto de Carelia del Norte*, en página 99-139, Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la Salud: una Antología. Publicación científica 557. OPS, Washington, 1996.
5. Marmot, M.G.; Smith, G.D.; Standfeld, S. *et al. Health inequalities among British civil servants. The Whitehall II study. Lancet* 337: 1387-1393, 1991.
6. Marmot, M.G.; Theorell, T. Social class and cardiovascular disease, the contributions of work. *Int. Jour. of Health Services* 18: 659-74.
7. Marmot, M.G., Rose Shipley, M.; Hamilton, P.J. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Jour. of Epidemiology and Community Health*. 32(4): 244-9, 1978.
8. Marmot, M.G. *The social pattern of health and disease* in chapter 4; 42-67, Blane, D., Brunner E., Wilkinson R. Health and social organization. Towards a health policy for the 21st century. Routledge, 1996.
9. Syme, L. *To prevent disease, the need for a new approach*, in chapter 1: 42-67, Blane, D., Brunner E., Wilkinson R. Health and social organization. Towards a health policy for the 21st century. Routledge, 1996.
10. Wilkinson, R. *Unhealthy Societies, the afflictions of inequalities*, chapter 11. Social capital, putting Humpty together again, 194-211. Routledge, press 1996.
11. Putnam, R.D.; Leonardi, R.; Nanneti, R. Y. *Making democracy work: civic traditions in modern Italy*. Princeton University Press. Princeton NJ, 1993.
12. Brunner, E.J.; Marmot, M.G.; White, I.R. *et al. Gender and employment grade differences in blood cholesterol, apolipoproteins, and haemostatic factors in the Whitehall II study. Atherosclerosis* 102 (2): 19-207, 1993.
13. Carroll, D.; Smith, G.D.; Sheffield, D.; Shipley, M.J.; Marmot, M.G. Pressor reactions to psychological stress and prediction of future blood pressure: data from the Whitehall II study. *BMJ* 310 (6982): 771-6, 1995.
14. Cohen, S.; Tyrrell, D.A.J.; Smith, A.P. Psychological stress and susceptibility to the common cold. *New Eng. Jour. Of Medicine*. 325: 606-12, 1991.
15. Brown, G.W. Social class, psychiatric disorder of mother and accidents to children. *Lancet* 1: 378, 1978.
16. Wilkinson, R. *How Society Kills*. The psychosocial causes of illness in Wilkinson R. *Unhealthy Societies, the afflictions of inequalities*, 175-192, Routledge press 1996.
17. World Bank. *World development report*. 1993.
18. Wilkinson, R. *Raising life expectancy* in chapter 3 *Unhealthy Societies, the afflictions of inequalities*, 28-49, 194-211. Routledge, press 1996.
19. Wilkinson, R. *Income distribution and life expectancy* in *Unhealthy Societies, the afflictions of inequalities*, chapter 5, 72-112. Routledge press 1996.
20. Ministerio de Planificación Social de Chile. Encuestas CASEN 1987-96. MIDEPLAN, Chile.
21. PNUD. *Informe de desarrollo humano en Chile. Las paradojas de la modernización* PNUD 1998.

22. MINSAL. *Salud y Sociedad: desafíos del nuevo siglo, publicaciones promoción de salud*, Ministerio de Salud de Chile, 1999.
23. Evans, R.G.; Hodge, M.; Pless, I.B. *¿Si no la genética entonces qué? Vías biológicas y salud de la población*. En Evans, R.; Barer, M.; Marmor, T. *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?* Díaz de Santos, Madrid, 1996.
24. Power, C.; Bartley, M.; Davey Smith, G.; Blane, D. *Transmission of social and biological risk across the life course*, in page 188-203 Blane, D., Brunner E., Wilkinson R. *Health and social organization. Towards a health policy for the 21st century*. Routledge, 1996.
25. Wadsworth, M. *Family and education as determinants of health* in page 152 -170 Blane, D.; Brunner, E.; Wilkinson, R. *Health and social organization. Towards a health policy for the 21st century*. Routledge, 1996.
26. Fonagy, P. *Patterns of Attachment, interpersonal relationships and Health* in page 125-151, Blane, D.; Brunner E.; Wilkinson, R. *Health and social organization. Towards a health policy for the 21st century*. Routledge, 1996.
27. Berkman, L.F.; Syme, S.L. Social networks, host resistance and mortality: a nine year follow-up study in Alameda county residents. *Amer. Jour. of Epidemiology*. 109(2): 186-204, 1979.
28. Marmot, M.; Feeney, A. *Work and health: implications for individuals and society* in page 235-254, Blane, D.; Brunner E.; Wilkinson, R. *Health and social organization. Towards a health policy for the 21st century*. Routledge, 1996.
29. Cassel, J.C. Introduction p. 1-4 in *Family and Health: An epidemiological approach*, edited by Kaplan BH and Cassel JC. Chapel Hill NC Institute for Research and Social Science, 1975.
30. Organización Panamericana de la Salud. *Estado del arte en resiliencia*. OPS-OMS, 1997.
31. NHS. *Our Healthier Nation. A contract for Health*. NHS Stationary Office Limited London, 1998.