



Desigualdades sociales en la vejez. Una vida de desigualdad

Social inequalities in old age. A life of inequality

Las investigaciones en salud pública nos aportan información que parece muy lógica pero que es sistemáticamente ignorada por políticos y difícil de tratar por profesionales de la salud, y es que existen unos determinantes sociales de la salud que son mucho más potentes y van mucho más allá de los determinantes biológicos¹. Nuestros condicionante sociales, pueden ser más relevantes que nuestros condicionantes biológicos frente a una enfermedad y además van a determinar y ser claves en nuestros comportamientos saludables. Vivimos en un mundo en el que hemos individualizado los problemas de salud. Los profesionales, las campañas y el *vox populi* se centran en mensajes puramente individuales como: no fumes, sal a pasear, tómate la medicación... como si todos nuestros comportamientos hacia la salud fueran tomados de forma consciente e individual y dejamos de lado que no fumar, pasear o tomar la medicación pueden estar ligados a factores tan diversos como estrés familiar o laboral, educación insuficiente, una infraestructura inadecuada, poco tiempo o falta de dinero, por poner algunos ejemplos.

Los determinantes sociales de la salud nos condicionan desde que nacemos hasta que morimos, desde la contaminación del barrio en el que nacemos (normalmente mayor donde vive gente con menor posición social), que condicionará nuestro desarrollo neuronal, hasta la casa en la que morimos, donde no tener ascensor, calefacción o otras facilidades puede condicionar y mermar nuestra salud física y mental.

La existencia de los determinantes sociales de la salud no es nada nuevo y ya Rudolf Carl Virchow los ponía en evidencia el año 1847 al asegurar que “la política no es más que medicina en gran escala”².

Hoy en día, sabemos que, en personas de más de 65 años en Europa, por poner un ejemplo, las personas de posición social desfavorecida padecen más limitaciones de la actividad de la vida diaria que las personas de clase social más favorecida³ o que las personas de posición social más desfavorecida padecen más diabetes o mueren más por diabetes que las personas de posición social más favorecida^{4,5}. Esto podría deberse al desigual acceso a alimentos saludables, a las distintas barreras sociales de acceso a ejercicio físico o a la desigual probabilidad de llevar un correcto tratamiento. Al pensar en la gente mayor de 65 años, hay que pensar, inevitablemente, en personas que han sufrido, en todas las etapas de su vida la exposición a la desigualdad social. Un error común es pensar que desigualdad social en salud es sinónimo de pobreza. Este falso mito ya fue rechazado por el estudio Whitehall⁶ en el que se demostró, en personas funcionarias, la existencia de una jerarquía, de un gradiente social, en la mortalidad por cardiopatías. Las personas funcionarias con un rango laboral superior morían menos que las de un rango inferior, y estas menos que las de un rango aún más bajo. Los resultados de este estudio demostraron que incluso en personas que ya tenían cubiertas las necesidades básicas de la vida, su posición social jugaba un papel clave en el riesgo de morir o de sufrir más enfermedades que el resto.

Y si desde hace tanto tiempo se conocen los determinantes sociales de la salud, ¿porque seguimos centrándonos en el aspecto individual de la salud? Para poder cambiar este aspecto, se precisa una implicación política juntamente con una implicación de toda la sociedad y en todos los niveles. Y conseguir esto es una tarea muy difícil, debido a que el discurso individualista, que no tiene en cuenta las causas de las causas, ha sido utilizado durante muchos años. En este sentido, es más sencillo pensar que una persona que bebe alcohol lo hace porque quiere, que pensar que es el entorno urbano y la continua exposición al alcohol lo que acaba condicionando su comportamiento (publicidad, ofertas, descuentos, promociones, escaparates...). La sociedad ha etiquetado los comportamientos de salud como estilos de vida de elección individual, y ha dejado en el olvido el hecho de que estos comportamientos suelen estar condicionados por determinantes sociales.

Albert Espelt

Doutor em Saúde Pública. Universitat de Vic Universitat Central de Catalunya (UVicUCC),
Facultat de Ciències de la Salut de Manresa. Manresa, Spain.

REFERÊNCIAS

1. Cofiño Fernández R. Tú código postal es más importante para tu salud que tu código genético. *Aten Primaria*. 2013;45(3):127–8.
2. Virchow RC. Report on the typhus epidemic in Upper Silesia. 1848. *Am J Public Health*. 2006;96(12):2102–5.
3. Espelt A, Font-Ribera L, Rodriguez-Sanz M, Artazcoz L, Ferrando J, Plaza A, et al. Disability among older people in a southern European city in 2006: trends in gender and socioeconomic inequalities. *J Womens Health*. 2010;19(5):927–33.
4. Espelt A, Borrell C, Roskam AJ, Rodriguez-Sanz M, Stirbu I, Dalmau-Bueno A, et al. Socioeconomic inequalities in diabetes mellitus across Europe at the beginning of the 21st century. *Diabetologia*. 2008;51(11):1971–9.
5. Espelt A, Arriola L, Borrell C, Larrañaga I, Sandín M, Escolar-Pujolar A. Socioeconomic position and type 2 diabetes mellitus in Europe 1999-2009: a panorama of inequalities. *Curr Diabetes Rev*. 2011;7(3):148–58.
6. Marmot MG, Smith GD, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet*. 1991;337(8754):1387–93.