

Departamento de Teoría Sociológica, Filosofía del Derecho y Metodología de
las CC.SS de la Universidad de Barcelona

Programa de Doctorado: Estructura y Cambio Social

(Bienio 1994-1996)

**El aumento de la mortalidad adulta masculina en Rusia entre 1990 y
1994. El papel de los determinantes de tipo psicosocial**

Tesis presentada por: María Roura Castelló

Para optar al título de: Doctora en Sociología por la Universidad de Barcelona.

Nombre del director de la tesis: Dr. Benjamín Bastida Vilà

Nombre de la tutora de la tesis: Dra. Ana Alabart Vila

Índice de contenidos

PARTE I. Presentación 12

1. Introducción 14

2. Objeto de estudio 22

3. Hipótesis 22

4. Metodología 24

5. Indicadores utilizados 26

6. Fuentes de datos utilizadas 27

7. Validez de los datos 29

8. Limitaciones 35

9. Aportaciones 36

10. Estado de la cuestión 40

10.1 Estudios sobre la crisis de mortalidad en Rusia 40

10.2 Estudios sobre el impacto de las desigualdades de ingresos y otros factores psicosociales sobre la salud y la mortalidad 43

10.3 Estudios sobre el impacto de los factores psicosociales sobre la salud y la mortalidad en Rusia y en otros países de la ex-URSS. 46

ANEXO 50

Indicadores de los determinantes de la salud 50

PARTE II. Marco Teórico 56

1. Introducción 56

2. La desestructuración social 59

3. Relaciones entre los diferentes componentes de la estructura social 64

4. El estrés psicosocial y su impacto sobre la salud 66

PARTE III. Evolución de las tasas de mortalidad 72

1. Introducción 72

2. La evolución de la mortalidad en los PECO y la ex-URSS.

Tendencias y causas 73

2.1 La mortalidad en los PECO y la ex-URSS durante la segunda mitad del siglo XX 73

2.2 ¿Es letal la transición? 78

2.3 Conclusiones 83

3. El proceso de transición y la evolución de la mortalidad en Rusia 84

3.1 El proceso de transición en Rusia 85

3.2 Evolución de la mortalidad y otros indicadores de la salud 87

3.3. Conclusiones 98

PARTE IV. Análisis de los determinantes de la salud y la mortalidad 101

1. Introducción 101

2. Continuación de la tendencia iniciada en 1965 102

2.1 Los logros y deficiencias del sistema sanitario durante la etapa soviética 102

2.2 ¿Es la crisis de mortalidad de principios de los años 90 una continuación de la tendencia previa? 107

2.3 Conclusiones 109

3. Cambios en los hábitos y estilos de vida 111

3.1 Introducción 111

3.2 Tabaco 112

3.3 Dieta 115

3.4 Ejercicio físico 119

3.5 Alcohol 120

3.6 Conclusiones 134

4. Cambios en los determinantes de tipo material 135

4.1 Introducción 135

4.2 Cambios en el sistema sanitario 135

4.3 Cambios en el nivel de ingresos absolutos 141

4.4 Cambios en la situación medioambiental 146

4.5 ¿Son los cambios en los determinantes de tipo material responsables de la crisis de mortalidad de los 90? 148

4.6 Conclusiones 151

5. Cambios en los determinantes de tipo psicosocial 153

5.1 Introducción 153

5.2 El impacto del estrés psicosocial sobre la salud y la mortalidad 155

5.3 Mecanismos biológicos a través de los cuales el estrés repercute sobre la salud 157

5.4 El impacto de los factores psicosociales a nivel individual 166

PARTE V. La desestructuración social: evolución de los componentes y su impacto sobre la salud y la mortalidad 170

1. Introducción 170

2. La familia 171

2.1 El impacto sobre la salud y la mortalidad de la desestructuración familiar 171

2.2 Mecanismos biológicos a través de los cuales el apoyo social repercute sobre la salud 176

2.3 El papel de la familia en la sociedad soviética 177

2.4 El papel de la familia durante el proceso de transición 178

2.5 Conclusiones 182

3. Las empresas 183

3.1 El impacto sobre la salud y la mortalidad de los cambios en el sector empresarial 183

3.2 Mecanismos biológicos a través de los cuales los cambios en el sector empresarial repercuten sobre la salud 190

3.3 El papel de las empresas durante la etapa soviética 191

3.4 El papel de las empresas durante el proceso de transición 192

3.5 Conclusiones 203

4. La comunidad 204

4.1 El impacto sobre la salud y la mortalidad de la cohesión comunitaria 204

4.2 Mecanismos biológicos a través de los cuales el deterioro de los vínculos comunitarios repercute sobre la salud 209

4.3 La cohesión comunitaria en la sociedad soviética y post-soviética 209

4.4 Conclusiones 216

5. El estado 218

5.1 El estado y su impacto sobre la desestructuración social, la salud y la mortalidad 218

5.2 Mecanismos biológicos a través de los cuales el debilitamiento del estado repercute sobre la salud 224

5.3 El papel del estado en la sociedad soviética y post-soviética 226

5.4 Conclusiones 235

Conclusiones finales 237

Índice de tablas

TABLA 1	94
VARIACIÓN DE LA MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DEL CORAZÓN Y CAUSAS EXTERNAS. FEDERACIÓN RUSA. 1994 -1996.	94
TABLA 2	95
ESPERANZA DE VIDA AL NACER. FEDERACIÓN RUSA. 1989-1994.	95
TABLA 3	108
TASA DE VARIACIÓN DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN DIFERENTES PERIODOS. FEDERACIÓN RUSA. 1965-1994 (HOMBRES).....	108
TABLA 4	143
INGRESOS DISPONIBLES REALES DE LAS ECONOMÍAS DOMÉSTICAS. FEDERACIÓN RUSA. 1992-1995 (1990=100).....	143
TABLA 5	144
HOGARES EN SITUACIÓN DE POBREZA. FEDERACIÓN RUSA. 1992-1995 (PORCENTAJE POR DEBAJO DE LA LÍNEA DE POBREZA SOBRE EL TOTAL)	144
TABLA 6	150
EL IMPACTO DEL PROCESO DE DESESTRUCTURACIÓN SOCIAL POR CANALES MATERIALES Y PSICOSOCIALES.....	150
TABLA 7	179
ALGUNOS INDICADORES DE LA DESESTRUCTURACIÓN FAMILIAR. FEDERACIÓN RUSA. 1990,1994	179
TABLA 8	179
NÚMERO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES PRIVADOS DE LA ATENCIÓN DE LOS PADRES. FEDERACIÓN RUSA. 1990-1993.....	179
TABLA 9	182
TASA DE VARIACIÓN DEL % DE NACIMIENTOS FUERA DEL MATRIMONIO. FEDERACIÓN RUSA 1980-1993.	182
TABLA 10	194
PORCENTAJE DE DESEMPLEADOS EN DIFERENTES GRUPOS DE EDAD Y VARIACIÓN PRODUCIDA ENTRE 1992 Y 1994. FEDERACIÓN RUSA.....	194
TABLA 11	200
EMPLEADOS EN LOS SECTORES PÚBLICO / PRIVADO. FEDERACIÓN RUSA. 1990-1995 (MILLONES).	200
TABLA 12	202
VOLUMEN TOTAL DEL COMERCIO AL POR MENOR. FEDERACIÓN RUSA. 1991-1994 (1990=100)	202
TABLA 13	214
TASAS ESTANDARIZADAS DE MORTALIDAD MASCULINA POR SUICIDIOS. FEDERACIÓN RUSA 1970-1993. (POR 100.000 HAB)	214
TABLA 14	229
GASTOS EN PROTECCIÓN SOCIAL. FEDERACIÓN RUSA. 1992-1994 (COMO PORCENTAJE DEL PNB).	229
TABLA 15	231
ÍNDICE DE PRECIOS AL CONSUMO. FEDERACIÓN RUSA. 1991-1996 (RESPECTO A DICIEMBRE DEL AÑO ANTERIOR, EN VECES).	231
TABLA 16	233
EVOLUCIÓN DEL COEFICIENTE DE GINI. FEDERACIÓN RUSA. 1992-1994.....	233
TABLA 17	235
TASAS DE VARIACIÓN DE LAS RATIOS DE LOS GASTOS P.C REALES DEL 20% DE LA POBLACIÓN MÁS DESFAVORECIDA EN RELACIÓN CON LOS DIFERENTES QUINTILES. FEDERACIÓN RUSA. 1992-1994; 1994-1996.....	235

Agradecimientos

La finalización de este estudio ha sido posible gracias a una serie de personas a las cuales quisiera expresar mi agradecimiento. Quisiera agradecer el apoyo prestado por Benjamín Bastida y Teresa Virgili quienes desde el principio me animaron a realizar un estudio sobre los problemas sociales derivados de los procesos de transición. Asimismo quisiera mostrar mi agradecimiento a Anna Alabart y al Grupo de Análisis de las Economías en Transición (GATE) por sus útiles comentarios; a Carme Borrell por sus sugerencias y por abrirme las puertas para participar en el grupo de lectura sobre desigualdades sociales y salud donde se discutieron temas de gran relevancia para la realización de este trabajo; a Ricard Tresserras por el interés que mostró por esta investigación cuando sólo era una idea y por haber hecho posible que realizara una estancia de investigación en el Centro Nacional de Medicina Preventiva de Moscú dónde pude obtener información imprescindible para realizar este trabajo. El apoyo de otras personas que mostraron interés por el tema aquí estudiado y me facilitaron información y comentarios, fue también muy importante para animarme a proseguir esta investigación. Agradezco muy sinceramente el apoyo de Blanca Lázaro, Joan Gené, el grupo de "desigualtats socials i salut", Richard Wilkinson, Evert-Jan Visser, Tores Theorell, y muy especialmente de Eugenio Villar-Montesinos y Guido Carrin por sus sugerencias y por la dosis de ánimos. Asimismo quisiera mostrar mi agradecimiento a los profesores Vishnevsky, Zhukovsky, Rozenfeld, y especialmente al Prof. Gundarov, por las entrevistas mantenidas en Moscú así como por la facilitación de fuentes de información en ocasiones no publicadas y difíciles de obtener. Quisiera también expresar mi agradecimiento a Alexandre Deev, Yuri Isakov, Diev Ray y Jackes Jones por las entrevistas mantenidas en la OMS; a Lillemor Katz, bibliotecaria del Centro de Medicina Psicosocial del Instituto Karolinska, quien me permitió agilizar enormemente el trabajo documental sobre el estrés psicosocial y la salud; a Carmen Valls por informarme acerca de los estudios de Kaissa Kauppinen; a Margarita y Montse por facilitarme la obtención de diversos documentos en el CAPS; a la Fundación CIREM por la financiación de las estancias de investigación realizadas en el Centro Nacional de Medicina Preventiva de Moscú, la Organización Mundial de la Salud y el Instituto Karolinska; a la Sociedad Internacional para la Equidad en Salud por la beca que me permitió asistir al primero de los congresos organizados, y a Rita Arauz por cederme un espacio y un ordenador cuando lo necesité. Finalmente, mi más sincero agradecimiento a Josep, Marta, Any, Marta, Miquel, Patricia, Marc y Maria, por estar a mi lado en las mudanzas y en todo lo demás; a Anne-leen y Maaike por recordarme la importancia de "la inversa" de las cosas, a Javier e Izaskun por su entusiasmo, y a todos los buenos amigos que me ayudaron con la revisión final de esta tesis.

PARTE I

PRESENTACIÓN

PARTE I. Presentación

Siglas Utilizadas

CV	Cardiovasculares
FBS	Family Budget Survey
FMI	Fondo Monetario Internacional
FR	Factores de Riesgo
HPA	Hipotalamo-Pituitario-Adrenal
HTA	Hipertensión Arterial
INED	Instituto Nacional de Estudios Demográficos de París.
MONICA	Programa de la OMS " <i>Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases</i> ".
NEI	Nuevos Estados Independientes
PECO	Países de Europa Central y Oriental
UE	Unión Europea

Introducción

Entre 1990 y 1994, coincidiendo con el inicio del proceso de transición, tuvo lugar un drástico incremento de la mortalidad en Rusia. Las tasas estandarizadas de mortalidad masculina pasaron de 19,3 en 1990 a 25,7 en 1994¹. Este incremento se concentró en los hombres de edades medias y no afectó por igual a las diferentes causas de mortalidad ya que, mientras que las defunciones ocasionadas por tumores apenas aumentaron, las ocasionadas por enfermedades cardiovasculares y causas externas (violencia y accidentes) experimentaron ascensos sin precedentes. Se ha estimado que el exceso de mortalidad respecto a la tendencia observada en las décadas precedentes se sitúa entre 2 y 3 millones de personas (Shkolnikov V, 1997; Vishnevsky A et al., 1997).

El objetivo de este trabajo es analizar las posibles causas del aumento de la mortalidad adulta masculina con el fin constatar la importancia de los determinantes de tipo psicosocial.

En Rusia, al igual que en los demás países industrializados, entre 1945 y 1965 se lograron avances significativos en cuanto a esperanza de vida². El régimen soviético desarrolló la sanidad pública de forma que se facilitaron las vacunaciones masivas obteniéndose un éxito indiscutible en la lucha contra las enfermedades infecciosas. Sin embargo, a mediados de los años 60, las tasas de mortalidad y morbilidad empezaron a aumentar. La estructura de las patologías cambió y el régimen soviético fracasó en la lucha contra las enfermedades no-transmisibles. Durante el Gobierno de Gorbachov (1985-1991), la campaña anti-alcohol - pese a los éxitos iniciales - no consiguió reducir las tasas de mortalidad a medio / largo plazo.

Si bien la crisis sanitaria se remonta a mediados de la década de los 60, una reducción de 7 años en la esperanza de vida de los hombres - entre 1990 y 1994 - no puede explicarse únicamente como el resultado de una tendencia de largo plazo.

¹ Por 1.000 habitantes.

² A lo largo de este trabajo, al hablar de "esperanza de vida" se hace referencia a la esperanza de vida *al nacer*.

A través del análisis de la evolución de la mortalidad por causas y edades así como de las diferentes posibles variables explicativas y partiendo de la multicausalidad del proceso, se argumentará que el proceso de transición dio lugar a una situación de *desestructuración social caracterizada por la aparición de nuevas tensiones³ de tipo psicosocial y por una reducción de los mecanismos para superarlo*. En este contexto, *el estrés jugó un papel catalizador* de la crisis de mortalidad a corto plazo. Aunque otros determinantes de la salud como el funcionamiento del sistema sanitario, los estilos de vida, el descenso del nivel de ingresos y la situación medioambiental contribuyen a explicar la tendencia descendente de la esperanza de vida desde 1965 y el deterioro de ciertos indicadores de la salud a principios de los años 90, éstos no ofrecen una explicación satisfactoria al acentuado aumento de la mortalidad que tuvo lugar entre 1990 y 1994. De esta manera la principal hipótesis de este trabajo es que, partiendo de un bajo nivel de salud en 1989, *el estrés psicosocial* asociado a la desestructuración social que generó el proceso de transición *específico* de la Federación Rusa, fue el detonante que ocasionó un aumento de la mortalidad sin precedentes entre 1990 y 1994.

Con el fin de demostrar esta hipótesis se procederá a analizar, en primer lugar, la posible relación existente entre la evolución de la mortalidad y la rapidez e intensidad de las reformas llevadas a cabo en los diferentes PECO y ex-repúblicas soviéticas. El objetivo de dicho análisis es determinar si los procesos de transición han sido, en términos generales, letales. Una vez descartada esta hipótesis se pasará a profundizar en el caso de Rusia a través del análisis de series temporales de mortalidad por grandes grupos de causas⁴ y por edades. Tras constatar que el incremento de la mortalidad observado entre 1990 y 1994 se concentró en los hombres de edades medias y fue ocasionado básicamente por causas externas y enfermedades del corazón, se analizarán detalladamente cuatro grandes grupos de explicaciones posibles de dicho incremento:

1. La continuación de una tendencia previa
2. Los estilos de vida (tabaco, dieta, ejercicio físico y consumo de alcohol)
3. Los determinantes de tipo *fundamentalmente* material (funcionamiento del sistema sanitario, nivel de ingresos y situación medioambiental)

³ En este trabajo se hará referencia a la aparición de *nuevas fuentes* de estrés ya que durante la etapa soviética también se daban situaciones de estrés de origen diverso.

⁴ Al hablar de *grandes grupos de causas* se hace referencia a la mortalidad ocasionada por tumores y causas externas así como por enfermedades infecciosas y parasitarias, cardiovasculares, del aparato respiratorio y del aparato digestivo.

4. Los determinantes de tipo psicosocial.

Éstos últimos se analizarán en el marco de un hipotético proceso de desestructuración social en el cual los cuatro pilares fundamentales de la estructura social (la familia, las empresas, la comunidad y el estado) se habrían deteriorado. Para ello se utilizan diferentes indicadores que permiten constatar si a principios de los años 90 dichos pilares experimentaron, efectivamente, un deterioro.

En el caso de la familia, se analizará la evolución de las tasas de divorcios, nupcialidad y natalidad; el porcentaje de madres adolescentes y de nacimientos fuera del matrimonio así como el número de niños y adolescentes privados de la atención de los padres.

En el caso de las empresas se revisará cómo se modificó su papel como proveedoras de empleo, determinadas condiciones laborales, así como de bienes y servicios. Los indicadores que se analizarán son las tasas de desempleo, el porcentaje de personas que piensan que si pierden su trabajo podrán encontrar otro que corresponda a su profesión o especialidad, el total de salarios no pagados a los trabajadores, el nivel de accidentes laborales, el nivel de provisión de servicios sociales por parte de las empresas, el número de empleados en el sector público / privado, el nivel de producción de bienes de consumo, el porcentaje de empresas en quiebra, el volumen de producción industrial y de comercio al por menor y finalmente, el número de PYMES y de empresas industriales.

En cuanto a la comunidad, se considerarán la criminalidad y el optimismo / pesimismo social como factores que determinan el nivel de "cohesión comunitaria". De esta manera, se utilizarán como indicadores las tasas estandarizadas de mortalidad por homicidios y suicidios, el número de crímenes registrados y el porcentaje de suicidios sobre el total de homicidios y suicidios.

Finalmente, con el fin de constatar si el papel del estado se ha debilitado, se procederá a considerar en qué medida está cumpliendo las funciones destinadas a garantizar el bienestar y la protección de los derechos de los ciudadanos. Para ello se analizará si el estado está contribuyendo a establecer un marco legal sólido, a redistribuir ingresos, a mantener una cierta estabilidad político-económica y a proveer bienes y servicios en el área socio-cultural. Con este fin, se revisará la evolución de diversos indicadores entre los

cuales cabe mencionar el porcentaje de personas que desconfían de las instituciones políticas, el nivel de gastos en protección social como porcentaje del PNB, el número de bibliotecas y escuelas públicas, la evolución del IPC y del coeficiente de Gini, y la variación de los gastos p.c. reales de los diferentes quintiles.

Además de analizar la evolución de los diferentes indicadores de la solidez de los pilares fundamentales de la estructura social durante los primeros años de las reformas, en este trabajo se hace una revisión de la literatura existente en el ámbito de la epidemiología con el fin de constatar si la evolución de dichos indicadores puede, efectivamente, tener un impacto sobre la salud de la población, y si dicho impacto puede traducirse a corto plazo en una mayor mortalidad por enfermedades del corazón y causas externas entre los hombres de edades medias.

Para la realización de este trabajo se ha recurrido fundamentalmente al análisis cuantitativo de fuentes de datos secundarias consistentes en varias series estadísticas de indicadores socioeconómicos y sanitarios. La validez de los datos

utilizados se argumenta detalladamente en la sección 7 de la primera parte de este trabajo. Para el caso de la Federación Rusa, se analizan las series de tasas de mortalidad estandarizadas revisadas por los investigadores del INED (*“Institut National d’Études Démographiques”*) las cuales fueron adaptadas según la Clasificación Internacional de Enfermedades. Para el análisis de la mortalidad en el resto de países se utiliza la información contenida en la base de datos de la OMS *“Health for All”*. En cuanto al análisis de las variables sociales y los factores de riesgo, se recurre a datos del programa MONICA de la OMS (*“Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases”*) y a las encuestas llevadas a cabo en el marco del proyecto *“Russian Longitudinal Monitoring Survey”* en el cual participaron la *Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill*, el *Comité Oficial de Estadísticas Rusas (Goskomstat)*, el *Centro Ruso de Medicina Preventiva*, el *Instituto Ruso de Sociología*, la *Academia de Ciencias* y el *Instituto Ruso de Nutrición*. Adicionalmente se utilizan datos del *Centro Ruso para la Investigación de la Opinión Pública (VCIOM)* a través de los cuales se pretende hacer un seguimiento mensual de los cambios económicos y sociales.

Además del análisis de tipo cuantitativo, en este trabajo se realiza un extenso trabajo de tipo documental sobre el funcionamiento del sistema sanitario y la evolución de los indicadores de salud en la etapa soviética, el impacto del proceso de transición sobre las tasas de mortalidad y los indicadores socioeconómicos, y las posibles causas del deterioro de la salud. Además, se identifica una serie de estudios en el área de la epidemiología social que constatan que el estrés psicosocial puede traducirse en un incremento de la mortalidad. Finalmente, se revisan los estudios que analizan los mecanismos biológicos que operan en la relación entre estrés y salud.

El trabajo de tipo cuantitativo y documental es complementado con argumentaciones basadas en la observación de la realidad en 1994, 1996 y 1997; así como en el resultado de diferentes conversaciones mantenidas con investigadores y profesionales de la salud durante una estancia de investigación en Moscú en Noviembre de 1997.

En cuanto a los antecedentes en el estudio de la crisis de mortalidad de principios de los años 90 en Rusia, entre los estudios existentes unos atribuyen la crisis a la herencia del pasado, otros otorgan un papel fundamental al consumo de alcohol y, finalmente, algunos consideran que los determinantes de tipo psicosocial son factores de gran relevancia que deben ser considerados. Los equipos de investigación que han analizado el tema con mayor antelación y profundidad proceden del la “London School of Hygiene and Tropical Medicine”, el INED de París, el Centro de Demografía y Ecología Humana de Moscú, el “University College” de Londres y la Universidad de las Naciones Unidas en Helsinki.

Los investigadores de la “London School of Hygiene and Tropical Medicine” y el INED consideran que el consumo de alcohol es la principal variable explicativa de la crisis de mortalidad rusa. Por otro lado, los investigadores del “University College” y la Universidad de Naciones Unidas dan una importancia fundamental a los determinantes de tipo psicosocial. En cuanto al Centro de Demografía y Ecología Humana de Moscú, no hay consenso entre los diferentes investigadores ya que algunos atribuyen la crisis a la herencia de una tendencia previa, otros a las variables psicosociales, y otros al consumo de alcohol.

Es relevante señalar que en investigaciones previas se han encontrado asociaciones entre diferentes indicadores de la salud en Rusia y variables de tipo psicosocial como el

tipo de redes sociales, el estado civil, el control sobre la vida, la actitud hacia los cambios económicos, la confianza en el gobierno, el nivel de criminalidad, los conflictos laborales y la participación civil en la vida política. Sin embargo, en ningún caso se atribuyen los cambios de dichas variables al proceso de transición ya que se trata fundamentalmente de investigaciones de tipo transversal en las cuales se utilizan datos de diferentes regiones en un momento específico del tiempo. Por el contrario, en este trabajo, al realizarse un análisis de series de datos a lo largo del tiempo y constatarse que entre 1990 y 1994 se produjo un deterioro de los pilares fundamentales de la estructura social, se atribuye la crisis de mortalidad a las consecuencias de los cambios políticos y socioeconómicos que tuvieron lugar a principios de los años 90.

Por otro lado, los indicadores utilizados en los trabajos anteriormente mencionados para analizar variables macro-sociales como la “*disfunción de las estructuras sociales*”, el “*capital social*” o la “*cohesión social*”⁵, muestra que estos conceptos se han entendido de forma más restrictiva que la idea de “*desestructuración social*” desarrollada en este trabajo.

De esta manera, la principal aportación de este estudio es que se profundiza en la definición del concepto de desestructuración social y se sistematiza el análisis de la variación de los indicadores que lo integran a lo largo del periodo 1990-1994, asociando dicha variación al proceso de transición. Además, se incluye una revisión detallada de la literatura existente en el área de la epidemiología social haciéndose referencia a tres niveles: el socioeconómico, el psicosocial y el fisiológico. Por otro lado, cabe señalar que se trata de la primera investigación realizada en España sobre el tema.

Este trabajo se estructura en 5 partes. En la Parte I se expone el objeto de estudio, las hipótesis de trabajo, la metodología e indicadores utilizados, el estado de la cuestión, y las limitaciones y aportaciones de esta tesis. Se presta especial atención a la descripción del origen de las fuentes de datos utilizadas así como a argumentar la validez de las mismas.

⁵ Pese a la diversidad de definiciones existentes y la similitud entre estos conceptos, en términos generales podemos decir que se entiende como *capital social* a “aquellas características de la organización social - como la cantidad de asociaciones cívicas, el nivel de confianza entre las personas y las normas de reciprocidad - que facilitan la acción colectiva” (Kennedy B.P, Kawachi I y Brainerd E, 1998:2029). Como *cohesión social* suele entenderse la existencia de confianza mutua entre diferentes sectores de la sociedad.

En la Parte II, se presenta el marco teórico del trabajo definiendo el concepto de “desestructuración social” como un proceso de deterioro de cuatro pilares fundamentales de la organización social: la familia, las empresas, la comunidad y el estado. Adicionalmente, se clarifican las interrelaciones existentes entre dichos componentes, se define el concepto de estrés psicosocial y se hace referencia a los mecanismos a través de los cuales éste puede repercutir sobre la salud.

En la Parte III se estudia la evolución de la mortalidad en los PECO y las diferentes repúblicas ex-soviéticas con el fin de determinar si es posible afirmar que los procesos de transición han sido, en términos generales, letales. Tras descartar esta posibilidad se pasa a profundizar en el caso específico de la Federación Rusa, a través del análisis de la mortalidad por edades y causas, así como de la morbilidad y la esperanza de vida.

La Parte IV revisa los diferentes determinantes de la salud con el fin de establecer cuáles fueron los principales factores causantes de la crisis de mortalidad rusa. En primer lugar se argumenta detalladamente que pese a las deficiencias del sistema de salud soviético, la herencia del pasado no explica satisfactoriamente el aumento de la mortalidad a corto plazo observado a principios de los años 90. A continuación se procede a analizar el posible papel jugado por los estilos de vida. En esta sección se presentan evidencias de que ni la dieta, ni el tabaco, ni el alcohol, ni la falta de ejercicio físico tienen suficiente capacidad explicativa. Posteriormente, se analiza la influencia que el deterioro de los determinantes de tipo material pudo haber tenido sobre la salud. La forma específica en que se distribuyó la mortalidad por causas y edades permite afirmar que ni el deterioro del sistema sanitario, ni el descenso del nivel de ingresos absolutos, ni la situación medioambiental, explican *completamente* el incremento de la mortalidad. Si bien todos estos factores contribuyen a explicar el deterioro de ciertos indicadores de la salud entre 1990 y 1994, así como la vulnerabilidad de la población en 1989, no ofrecen una explicación satisfactoria al drástico incremento de la mortalidad producido a corto plazo. Finalmente se hace referencia al papel que los determinantes de la salud de tipo psicosocial pudieron haber tenido. Para ello se hace mención de diferentes investigaciones que confirman la estrecha relación existente entre el estrés y los indicadores de salud. Asimismo se identifican estudios que clarifican cuáles son los mecanismos biológicos que operan en dicha relación.

El objetivo de la Parte V de este trabajo es demostrar que, en el caso de la Federación Rusa, la transición generó una situación de desestructuración social caracterizada por el

surgimiento de nuevas fuentes de estrés, el cual actuó como detonante de la crisis de mortalidad. Para ello se analiza la evolución de los cuatro pilares básicos de la estructura social: la familia, las empresas, la comunidad y el estado. Para cada uno de estos pilares, se revisa en primer lugar cuál es la evidencia epidemiológica existente que permite afirmar que su debilitamiento conlleva repercusiones importantes y directas en cuanto a salud. Posteriormente se revisa cuál era el papel de cada uno de dichos pilares con anterioridad y posterioridad a las reformas y se analizan series temporales de diferentes indicadores de los mismos con el fin de constatar el deterioro producido durante los primeros años de la transición.

Finalmente, en el capítulo de conclusiones generales se sostiene que los primeros años de la transición generaron una situación de desestructuración social caracterizada por la aparición de nuevas fuentes de estrés así como por una reducción de los mecanismos necesarios para afrontarlo. Esta situación dio lugar a un aumento muy pronunciado de la mortalidad entre los hombres de edades medias.

Sin embargo, dado que los diferentes determinantes de la salud repercuten sobre la persona a lo largo de todos sus años de vida y con frecuencia se traducen en mortalidad o morbilidad varios años después de haber estado sometido a los mismos, no es posible establecer relaciones de causa-efecto definitivas. Además, al interpretar los resultados de este trabajo debe tenerse en cuenta que parte de la causalidad establecida entre desestructuración social y mortalidad podría estar produciéndose en sentido inverso. Los problemas de disponibilidad y validez de determinados datos y la simplificación que suponen tratar de reducir variables macro-sociales a una serie de indicadores discretos son, asimismo, limitaciones de este trabajo que es importante señalar. Será necesario realizar otros estudios de tipo multidisciplinar con el fin de clarificar el impacto que la transición ha tenido sobre la salud y la mortalidad en la Rusia post-soviética.

2. Objeto de estudio

El objeto de estudio de este trabajo es la evolución de las tasas de mortalidad adulta masculina en la Federación Rusa entre 1990 y 1994, así como el papel jugado por cada uno de los diferentes determinantes de la salud.

3. Hipótesis

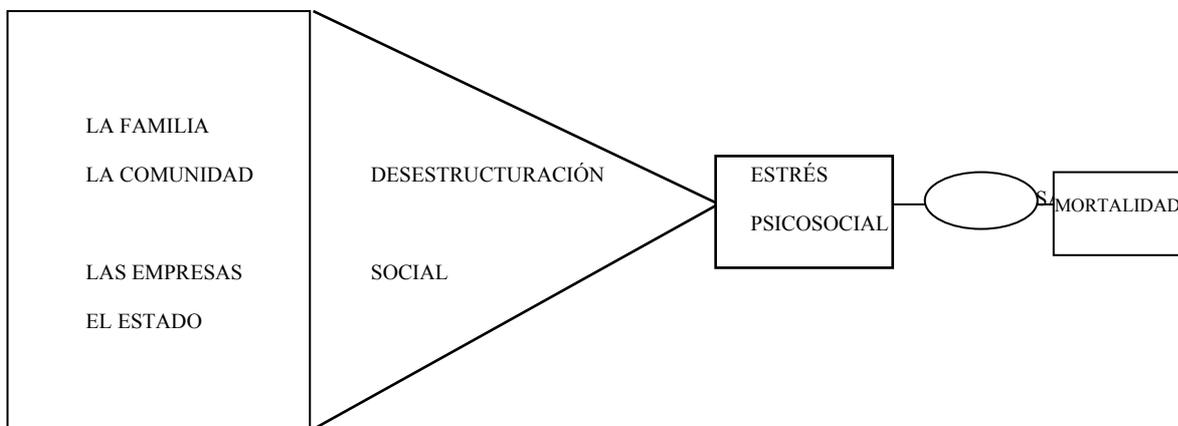
Las hipótesis planteadas en este trabajo son:

1. No es posible afirmar que los procesos de transición de la economía planificada a la economía de mercado han sido, en términos generales letales.
2. El aumento de las tasas de mortalidad en Rusia entre 1990-1994 no se distribuyó de forma homogénea entre la población sino que se concentró en los hombres de edades medias y estuvo ocasionado fundamentalmente por causas externas y por enfermedades del aparato circulatorio.
3. El aumento de la mortalidad observado en Rusia entre 1990 y 1994 no fue únicamente fruto de la continuación de una tendencia previa.
4. Los cambios de los estilos de vida relacionados con el consumo de tabaco, los patrones dietéticos y el ejercicio físico no explican completamente el aumento de la mortalidad observado entre 1990 y 1994 en Rusia.
5. Aunque el consumo de alcohol explica una parte de la crisis de mortalidad rusa, no explica todo el incremento de la mortalidad observado entre 1990 y 1994.

6. El deterioro del sistema sanitario no explica la mayor parte del aumento de la mortalidad observado durante el periodo 1990-1994.
7. El descenso del nivel de ingresos, aunque repercutió sobre la salud de la población, no es una de las principales causas de la crisis de mortalidad.
8. La situación medioambiental no explica la crisis de mortalidad de principios de los años 90 en Rusia.
9. Los cambios políticos y socioeconómicos que tuvieron lugar a principios de los años 90 generaron un deterioro de los pilares fundamentales de la estructura social (familia, empresas, comunidad y estado) lo cual ocasionó una situación de “desestructuración social” caracterizada por la aparición de nuevas fuentes de estrés así como por una reducción de los mecanismos para superarlo.
10. Pese a la multicausalidad del proceso, puede decirse que el estrés psicosocial asociado a una situación de desestructuración social fue el factor catalizador de la crisis de mortalidad.

Aunque el incremento de la mortalidad que tuvo lugar durante la primera mitad de los años 90 en Rusia tuvo un origen *multicausal*, el proceso de *desestructuración social* generado por la transición, al haber dado lugar a *nuevas tensiones de tipo psicosocial*, jugó un papel catalizador. Partiendo de un bajo nivel de salud en 1989, el estrés psicosocial generado por el proceso de transición fue el *detonante* que generó un aumento de la mortalidad sin precedentes entre 1990 y 1994.

Entre 1990 y 1994 se produjo un deterioro de los pilares fundamentales de la estructura social:



4. Metodología

Para la realización de este trabajo se ha recurrido fundamentalmente al análisis cuantitativo de fuentes de datos secundarias que han consistido en diversas estadísticas correspondientes a indicadores sanitarios, sociales y económicos de la Federación Rusa y de otros países que han atravesado o están atravesando procesos de transición.

Adicionalmente, se ha procedido a realizar un extenso análisis documental en diversos ámbitos. En primer lugar ha sido necesario documentarse sobre la situación en cuanto a indicadores sociales y de salud así como acerca del funcionamiento del sistema sanitario durante la etapa soviética. También ha sido necesario revisar una extensa cantidad de estudios sobre los cambios que tuvieron lugar durante los primeros años de las reformas y su impacto en el ámbito social, económico y sanitario. Por otro lado, se ha analizado la información relativa al proceso de reforma del sistema sanitario que tuvo lugar en 1993 así como los estudios existentes que tratan de explicar las causas del incremento de la mortalidad observado a principios de los años 90.

Además de revisar la literatura en el ámbito socioeconómico, ha sido imprescindible identificar una extensa serie de estudios en el área de la epidemiología con el fin de poder argumentar que el estrés psicosocial puede, efectivamente, repercutir sobre la salud de la población de tal manera que genere un incremento de la mortalidad entre los hombres adultos. Las aportaciones de los investigadores del Centro de Investigación Sobre el Estrés del Instituto Karolinska han sido, en este sentido, imprescindibles. De la misma manera, los estudios de Richard. G. Wilkinson (Wilkinson R.G, 1996) y los volúmenes editados por Evans et al. (Evans R, Barer M y Marmor T, 1994) y Marmot M.G y Wilkinson R.G (Marmot M.G y Wilkinson R.G, 1999) han sido fuentes de información de gran relevancia en este ámbito. La base de datos MEDLINE accesible vía internet⁶, ha permitido, por otro lado, identificar los estudios publicados sobre esta temática en una gran diversidad de revistas especializadas.

⁶ <http://bmj.com/misc/medline.shtml>

Junto con la literatura en el ámbito de la epidemiología social, también se han revisado los estudios que analizan los mecanismos biológicos que operan en la relación entre el estrés y la salud.

El análisis documental ha sido llevado a término en diversas bibliotecas entre las que cabe destacar las de la División de Ciencias Jurídicas, Económicas y Sociales de la Universidad de Barcelona, el Centro de Estrés Psicosocial del Instituto Karolinska de Estocolmo y la Sede de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra. Adicionalmente, diversos investigadores del Centro Nacional de Medicina Preventiva de Moscú y del Centro de Demografía y Ecología Humana de la Academia Rusa de Ciencias me facilitaron una serie de documentos de gran interés para la realización de este trabajo.

En cuanto al análisis de tipo cuantitativo, con el fin de describir cuál fue la evolución de los principales indicadores de la salud con anterioridad y posterioridad al proceso de transición en Rusia, se realiza un análisis estadístico de la evolución de la mortalidad por edades, causas y géneros que es complementado con una revisión de la evolución de la morbilidad y con una referencia a la situación en otros países que atraviesan o han atravesado procesos de reformas.

Para ello, en el caso de Rusia se utilizan datos de mortalidad procedentes de las series publicadas por el INED (*"Institut National d'Études Démographiques"*) de París. En cuanto a las repúblicas ex-soviéticas y los PECO, se utilizan datos procedentes de la base de datos de la OMS *"Health for All"*.

Una vez identificados cuáles fueron los principales cambios en cuanto a mortalidad que tuvieron lugar durante los primeros años de la transición, y tras argumentar que el incremento de la mortalidad es real y no una consecuencia de cambios estadísticos, se procede a analizar cuál fue el papel jugado por cada uno de los diferentes determinantes de la salud. Se analizan tres grandes grupos de explicaciones posibles, no excluyentes entre sí:

1. La continuación de una tendencia previa.
2. Los estilos de vida (tabaco, dieta, ejercicio físico y consumo de alcohol.)

3. Los determinantes *fundamentalmente* de tipo material⁷ (sistema sanitario, nivel de ingresos y situación medioambiental.)

Tras constatarse, a través del análisis de diversos indicadores sociales y sanitarios, que ni la herencia soviética, ni los estilos de vida, ni las variables de tipo material ofrecen una explicación satisfactoria al incremento de mortalidad a corto plazo observado a principios de los años 90, se pasa a analizar el posible papel jugado por el estrés asociado al proceso de desestructuración social. Se considerará que la estructura social está constituida por cuatro pilares fundamentales: la familia, las empresas, la comunidad y el estado. Se utilizarán diferentes indicadores para cada uno de estos “pilares” con el fin de mostrar que el proceso de transición generó durante los primeros años un deterioro de los mismos (véase Anexo, Pag. 57). El análisis de datos de tipo cuantitativo será complementado con argumentaciones de tipo cualitativo basadas en la observación de la realidad y en el resultado de diferentes conversaciones con varios investigadores y profesionales de la salud durante una estancia de investigación en Moscú en el mes de Noviembre de 1997.

Finalmente, se revisará cuál es la evidencia existente en el área de la epidemiología social con el fin de establecer si los vínculos específicos entre los indicadores de la solidez de la estructura social y la salud han sido demostrados empíricamente para los grupos de edades y causas en los que se concentró el incremento de mortalidad en Rusia.

5. Indicadores utilizados

El principal indicador de la salud⁸ utilizado en este trabajo son las tasas de mortalidad estandarizadas⁹. Pese a que se trata de un indicador “negativo” y parcial tiene algunas

⁷ En este trabajo se hace referencia a dos vías -la material y la psicosocial - a través de las cuales el entorno puede repercutir sobre la salud. El canal material repercute sobre la salud por cuestiones de tipo *físico* u objetivo derivadas de la falta de acceso a determinados bienes y servicios (vivienda, alimentación, ropa, medicinas, servicios sanitarios etc.). Sin embargo, el canal psicosocial repercute sobre la salud a través de *sensaciones* de desventaja, pobreza relativa, falta de apoyo social, pesimismo, inferioridad, incertidumbre, ansiedad etc. Hay que señalar que ambas vías están relacionadas entre sí ya que la falta de acceso a determinados bienes y servicios provoca malestar por la propia carencia *física* de estos, pero también por canales psicológicos al percibirse una situación de escasez y de insatisfacción de necesidades que pueden generar ansiedad, estrés y conflictos familiares.

⁸ En este trabajo se entenderá la salud de forma holística. Tal como define la OMS “*La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.*” Partiendo de esta concepción, tanto la mortalidad por enfermedades cardiovasculares como la ocasionada

ventajas que aconsejan su utilización ya que se trata de un acontecimiento no repetible y preciso, lo cual hace que sea una medida exacta, objetiva y por tanto, más fácilmente cuantificable que otros indicadores positivos como el bienestar, la salud o la vitalidad.

Con el fin de tener en cuenta la importancia del deterioro de la salud ocasionado por causas de baja letalidad¹⁰, se realizará un análisis complementario de la evolución de la morbilidad.

En cuanto a los determinantes de la salud los indicadores utilizados serán los detallados en el Anexo de esta sección (Pag. 57)

6. Fuentes de datos utilizadas

Para la realización de este trabajo se han utilizado fundamentalmente fuentes de datos secundarias.

Además de libros, prensa, y revistas especializadas en demografía, procesos de transición, salud pública, determinantes psicosociales de la salud etc., se utilizan diversas fuentes de datos estadísticos. Entre éstas, destacan por su importancia las series de tasas de mortalidad en Rusia publicadas por el *INED* las cuales serán utilizadas para el análisis de la mortalidad por grandes grupos de causas y edades. Se trata de datos correspondientes a los años 1965-1994 (INED, 1996)¹¹. Los investigadores revisaron las fuentes de datos recurriendo en ocasiones a manuscritos originales del Goskomstat¹² con el fin de evitar las posibles distorsiones introducidas en las estadísticas publicadas

por causas externas (violencia y accidentes), son buenos indicadores de la falta de salud, en sentido amplio, de una sociedad.

⁹ Es decir, tasas de mortalidad en las cuales se ha eliminado el efecto de la estructura de la población por edades. Dado el gran incremento de las tasas de mortalidad que se produce en las edades más avanzadas, se utilizarán datos de mortalidad estandarizada con el fin de garantizar que los cambios reflejados por los datos son reales y no el resultado de un envejecimiento de la población. La población de referencia utilizada como "estructura tipo" será la Europea, para ambos géneros, propuesta por la OMS.

¹⁰ Se entenderá como letalidad a la frecuencia de la mortalidad entre las personas que ya están enfermas.

¹¹ Para más detalles sobre el procedimiento utilizado en la compilación de datos véase Meslé F, Shkolnikov V y Vallin, "Mortality by cause in the USSR in 1970-1987: the reconstruction of time series". *European Journal of Population*. Nº 8. Pags: 281-308. 1992 e INED, *Tendances Récentes de la Mortalité par Cause en Russie, 1965-1994*. Paris: Institut National d'Études Démographiques. 1996.

¹² Comité Oficial de Estadísticas Rusas.

durante la etapa soviética y reconstruyeron las series adaptándolas a la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Por otro lado, se utilizan datos estadísticos de la base de datos de la OMS “*Health for All*” con el fin de analizar la evolución de las variables económicas y sociales así como la mortalidad en diferentes países. Adicionalmente se utilizan datos del programa MONICA (“*Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases*”) ya que provee información sobre factores de riesgo en la ex-URSS procedentes de varios estudios epidemiológicos.

Al hablar de las fuentes de datos utilizadas en este trabajo es importante mencionar dos proyectos de encuestas realizados en Rusia. En primer lugar, los datos del “*Russia Longitudinal Monitoring Survey*” (RLMS) son utilizados para el análisis de los determinantes sociales y los factores de riesgo tradicionales¹³. Se trata de los resultados de 6 rondas de encuestas realizadas entre 1992 y 1995 diseñadas por la “*University of North Carolina at Chapel Hill*”. Las encuestas se realizaron en dos fases cada una de las cuales se basó en el seguimiento a lo largo del tiempo de una muestra de la población rusa¹⁴. La recogida de datos de la primera fase fue coordinada por el *Goskomstat*, el *Centro Ruso de Medicina Preventiva* y el *Instituto Ruso de Sociología*. En la segunda fase el trabajo fue coordinado por el *Instituto de Sociología*, la *Academia Rusa de Ciencias* y el *Instituto Ruso de Nutrición*. El número de hogares que compuso la muestra fue de 7.200 en la primera ronda y de 6.485 en la segunda. Se realizaron sesiones de formación a los entrevistadores así como procesos de seguimiento y de evaluación de la recogida de datos. Es necesario mencionar que una limitación importante de los datos del RLMS es que se inició la compilación de los mismos en el verano de 1992, momento en el cual el drástico aumento de precios que siguió a la liberalización de Enero de 1992 ya había tenido lugar. Por este motivo, hay que tener en cuenta que los datos del RLMS subestiman el impacto de las reformas sobre los diferentes indicadores que analizan.

¹³ Es decir la dieta, el consumo de alcohol y tabaco, el ejercicio físico, la hipertensión arterial y el nivel de colesterol.

¹⁴ Para más detalles véase Zohoori N et al., 1996;1998.
http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms/rlms_home.html

La segunda fuente de obtención de datos procedentes de encuestas es el *VCIOM (Centro Ruso para la Investigación de la Opinión Pública)*. La serie de encuestas realizadas por este centro en todo el territorio ruso pretende hacer un seguimiento mensual de los cambios económicos y sociales. El *VCIOM* trabaja en colaboración con el *Centro Académico Interdisciplinario de Ciencias Sociales* y la *Academia de Economía Nacional* y cuenta con el apoyo de los *Ministerios de Economía y Trabajo* así como del *Instituto para el Análisis de los Problemas de la Transición*. Se trata de una organización académica sin ánimo de lucro con una red regional de oficinas que realizan encuestas con el fin de obtener información sobre políticas, niveles de ingresos, nivel de vida, empleo etc. Las muestras de los datos sobre el entorno laboral cubren empresas públicas, privadas y privatizadas de todos los tamaños y de todos los sectores económicos¹⁵.

Finalmente, entre las fuentes de información de mayor relevancia utilizadas en este trabajo, se encuentran una serie de estudios epidemiológicos que servirán como punto de referencia para el análisis de las relaciones entre el entorno social y la salud. Se trata de investigaciones que muestran que los determinantes psicosociales tienen un efecto estadísticamente significativo sobre diversos indicadores de la salud, incluyendo las tasas de mortalidad. Se hará referencia a una gran cantidad de estudios epidemiológicos realizados en diferentes países y periodos que muestran como los principales indicadores del debilitamiento de la estructura social que se utilizan en este trabajo tienen un impacto directo sobre la salud y la mortalidad.

Finalmente, se utilizarán los resultados de varias conversaciones mantenidas con diversos investigadores y profesionales del sector sanitario en Rusia en 1997 y en Suiza en 1999. La observación de la realidad - en el caso de Moscú - durante los años 1994, 1996 y 1997 ha constituido asimismo, una valiosa fuente de información.

7. Validez de los datos

Una vez especificadas cuáles serán las principales fuentes de datos utilizadas, es necesario justificar su validez ya que los datos estadísticos de los países de la ex-URSS

¹⁵ Para más detalles sobre la metodología utilizada para la obtención de datos véase Bobak M, Pikhart, Hertzman C, Rose G y Marmot M.G, 1998. "Socio economic factors, perceived control and self-reported health in Russia. A cross sectional Survey". *Social Sciences and Medicine*, 47. Nº 2. Pags: 269-279. 1998.

han estado sometidos en ocasiones a modificaciones y secretismo y su adecuación para el análisis social y económico ha sido puesta en cuestión.

En cuanto a la mortalidad por causas y edades, aunque existen datos desde 1902, sólo en 1924 se adoptaron criterios similares a los de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Sin embargo, únicamente pueden considerarse válidos los datos a partir de 1958 ya que con anterioridad a esta fecha se daba cierta subestimación de la mortalidad ya que no había médicos en todas las regiones y algunas defunciones, especialmente en las zonas rurales, quedaban sin registrar. En los años 60 y 70 únicamente se publicaron datos sobre mortalidad cardiovascular y cáncer. La situación empeoró durante el periodo 1974-1987 cuando el Gobierno soviético decidió prohibir la publicación de datos sobre mortalidad por causas ya que la evolución desfavorable de las mismas se había convertido en un tema tabú. No fue hasta 1988 que, con las políticas de la Perestroika y la Glasnost, las estadísticas de mortalidad por causas fueron más accesibles aunque únicamente agrupadas en cinco grandes grupos de causas: infecciosas, neoplasias, cardiovasculares, respiratorias y externas.

En cuanto a la calidad de los datos de mortalidad por causas, ésta fue revisada en detalle mediante técnicas demográficas y hay común acuerdo entre los demógrafos de que en general la calidad de los datos para Rusia y Letonia es buena (especialmente los correspondientes a las edades medias a partir de los años 80)¹⁶ (INED, 1996; Chenet L y Telishevskaja M, 2000; Eberstadt N, 1994). En un detallado estudio demográfico se concluyó que, con la excepción de los datos correspondientes a las edades más avanzadas y a los menores de un año, los datos de mortalidad por causas en la ex-URSS son de calidad aceptable (Anderson B y Silver B, 1997). Aunque hay que reconocer que los datos de las regiones de Asia Central y el Cáucaso podrían ser problemáticos, en el presente estudio, al analizarse la mortalidad de la población adulta en Rusia, se evita la utilización de los datos de calidad más dudosa.

El principal problema al utilizar datos correspondientes a la ex-URSS es que la forma de clasificar las causas de mortalidad se modificó en diversas ocasiones. Este hecho

¹⁶ Para más detalles véase Leon D.A, Chenet, Shkolnikov V et al., "Huge variation in Russian mortality rates 1984-94: artefact, alcohol or what?". *Lancet*. Vol 350. Pags: 383-388. 1997 y Anderson B y Silver B, "Issues of data quality in assessing mortality trends and levels in the New Independent States". En: *Premature Death in the NIE*. National Academy Press. Washington D.C. 1997.

repercute sobre un tipo de mortalidad, el ocasionado por enfermedades del corazón, que es de particular importancia en este estudio. Sin embargo, en 1990 se inició un estudio en el marco de una cooperación Franco-Rusa¹⁷, cuyo objetivo fue reconstruir las series de mortalidad por causas en Rusia con el fin de proveer una base sólida para el estudio de la crisis sanitaria que estaba produciéndose en dicho país. Los investigadores, a través de una metodología que ya había sido previamente utilizada en Francia, analizaron la calidad de los datos y concluyeron que la precisión de los datos de mortalidad por grandes grupos de causas era aceptable (INED, 1996). En cuanto a las enfermedades cardiovasculares, los investigadores observaron que en muchos casos unas fuentes de error compensaban a otras, lo cual les llevó a concluir que no había una sobreestimación de la mortalidad por estas causas.

Más recientemente, Chenet y Telishevskaja analizaron la calidad del registro de la mortalidad en Rusia considerando 10 estudios publicados entre 1963 y 1991. A pesar de la pobre calidad de algunos datos, los investigadores reconocen que la mayor parte de los errores se producen dentro de una misma categoría lo cual apoya la conclusión del INED de que la calidad de los datos por grandes grupos de causas es aceptable (Chenet L y Telishevskaja M, 2000).

En cuanto al caso concreto de la mortalidad por suicidios, pese a que su validez suele ser cuestionada dada la tendencia al subregistro de esta causa de mortalidad, en un estudio detallado se argumenta que pese al secretismo existente en la etapa soviética, el análisis cuantitativo y cualitativo constata que los datos sobre suicidios son válidos y utilizables para el análisis social (Värnik A, 1997.)

Respecto a las variables socioeconómicas, se utilizan básicamente datos procedentes del Goskomstat, el VCIOM y el RLMS. Hay que tener en cuenta que los datos deben ser interpretados con cautela ya que en algunos casos las muestras pueden no ser representativas al no estar suficientemente incluidos los grupos de ingresos extremos. Además, los datos sobre desempleo pueden no tener en cuenta la economía informal y las tasas de criminalidad podrían ser superiores a las registradas. No obstante, estas

¹⁷ En este estudio colaboraron investigadores del INED (París) y del Centro de Demografía y Ecología Humana (Moscú).

limitaciones no son una peculiaridad rusa ya que se encuentran problemas similares en los datos correspondientes a muchos otros países.

En cuanto al porcentaje de hogares en situación de pobreza, los datos proceden de las encuestas del RLMS con la particularidad de que fueron ajustados en función de los ingresos en especie y el tamaño de la familia. Se trata de datos calculados en base a líneas de pobreza regionales establecidas en función del coste de la canasta básica de alimentos¹⁸.

Para analizar las desigualdades de ingresos se utilizan, entre otros, el coeficiente de Gini¹⁹, ya que incorpora las diferencias entre varios estratos de la sociedad y no únicamente las existentes entre los dos grupos extremos con mayores / menores ingresos. Hay que tener en cuenta que las desigualdades de ingresos son superiores a las reflejadas por los datos estadísticos ya que las familias con mayores niveles de ingresos no están suficientemente representadas en las muestras (Bobkov V, 1994:70).

Respecto al nivel de ingresos, es importante señalar que los datos compilados por el Goskomstat proceden de la FBS ("Family Budget Survey") la cual presenta ciertas limitaciones ya que al contrario de lo que sucede en la mayor parte de países, la base del muestreo no es geográfica sino que está en función del lugar de trabajo²⁰. Este hecho implica que los hogares en los que ninguno de los miembros trabaja, así como los integrados por jubilados, están subrepresentados. Por el contrario, las familias con miembros ocupados en la industria pesada o en el sector estatal tienen más posibilidades de ser incluidas en la muestra. Además, no se facilita información sobre la tasa de respuesta lo cual impide detectar si hay un sesgo ocasionado por las no-respuestas. Otro problema adicional de estos datos es que no se tienen en cuenta los ingresos no procedentes por la vía del mercado, el estado o las empresas. Este hecho es de particular relevancia teniendo en cuenta la importancia cuantitativa y cualitativa de las transferencias de ingresos procedentes de familiares y / o amigos.

¹⁸ Para más detalles véase Zohoori N et al., 1998:1978.

¹⁹ Un coeficiente de Gini de valor 0 implica que todos los habitantes tienen el mismo nivel de ingresos mientras que un coeficiente de valor 1 equivaldría a una situación en la que toda la riqueza es acumulada por una única persona.

²⁰ Es decir, no está hecha a partir del lugar de residencia sino del lugar de trabajo.

Las limitaciones de la FBS dieron origen en 1992 al proyecto previamente mencionado denominado “Russian Longitudinal Monitoring Survey” (RLMS) en el cual se subsanaron estos problemas. No obstante, se trata de datos que subestiman el impacto real de los cambios que tuvieron lugar ya que la primera ronda de encuestas se inició varios meses después de que la liberalización de precios tuviera lugar.

Por último, respecto a los datos sobre factores de riesgo, hay que señalar que la información sobre los NEI es bastante limitada. No obstante, los datos del programa MONICA²¹ facilitan información de gran utilidad obtenida a través de estudios epidemiológicos. El RLMS también aporta información adicional al respecto.

En cuanto a los datos sobre el consumo de alcohol, éstos resultan particularmente problemáticos en cualquier país dada la tendencia a no declarar el consumo real en las encuestas. En el caso de Rusia el consumo generalizado de alcohol de fabricación doméstica (Samogón) dificulta la obtención de información válida en mayor medida. Este problema se agravó especialmente a partir de finales de los años 80 cuando aumentó sustancialmente el nivel de destilación doméstica de alcohol. Respecto a los datos procedentes del RLMS, al realizarse sucesivamente la encuesta a las mismas personas, la sensación de “estar controlado” podría llevar a los encuestados a no contestar de forma sincera.

Por estos motivos, en este trabajo se utilizarán las estimaciones del consumo de alcohol realizadas por Nemstov (Shkolnikov V y Nemstov A, 1997) en las que se ajustan las ventas del alcohol teniendo en cuenta el consumo de Samogón. El Goskomstat estimaba el consumo de éste último a través de las ventas de azúcar ya que se trata de un ingrediente necesario para su producción. Como las restricciones y el control anti-alcohol hicieron que en 1985 las ventas de azúcar fueran inusualmente bajas, se tomaron las cifras correspondientes a este año como nivel base de consumo de azúcar. Considerando que se pueden fabricar 1.3 litros de Samogón al 40% con 1 Kg. de azúcar, se podía estimar cuál había sido el nivel de consumo de Samogón cada año. Sin embargo, el déficit de azúcar hizo que a partir de 1988 no fuera posible seguir estimando el consumo de Samogón de esta manera ya que aumentaron las ventas con el objetivo de acumularlo. Por este motivo, a partir de 1988, Nemstov procedió a estimar los datos en función de la

²¹ Programa de la OMS “*Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases*”.

proporción de muertes violentas registradas en el “*Buro Sudebno Meditsinskoi Expertizi*” (Unidad médico-legal) en las que había presencia de alcohol en la sangre²².

En cuanto a los datos sobre la dieta, hay que señalar que con anterioridad a 1990 no existían encuestas aceptables sobre el consumo de alimentos. Actualmente la información que se utiliza para analizar la evolución de la dieta en la ex-URSS procede de los registros de alimentos disponibles. Los investigadores que han analizado el tema reconocen la posibilidad de una *ligera* sobreestimación ya que no se tiene en cuenta el deterioro de los alimentos producido durante su transporte (Popkin B et al., 1997). En este trabajo se utilizarán, adicionalmente, datos procedentes del RLMS para analizar tanto los cambios dietéticos como la evolución del tabaquismo. Se trata de datos que, como se ha indicado con anterioridad, fueron compilados a partir de muestras representativas.

²² Para más detalles sobre el procedimiento de estimación del consumo real de alcohol véase Nemstov A, “Estimates of total alcohol consumption in Russia, 1980-1994”. *Drug Alcohol Depend.* Feb. Nº 58(1-2). Pags:133-42. 2000. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>:80.

8. Limitaciones

El objeto de estudio (causas del incremento de la mortalidad en Rusia) es muy complejo ya que se trata de analizar relaciones causales de un hecho (la mortalidad) que además de ser multicausal, presenta un problema metodológico adicional de tipo temporal (los diferentes determinantes de la salud repercuten sobre la persona a lo largo de todos sus años de vida y por lo general se traducen en morbilidad / mortalidad varios años después de que el individuo haya estado sometido a ellos). La variable temporal plantea problemas metodológicos importantes en el estudio de la mortalidad dada la dificultad de determinar el espacio de tiempo requerido para que la exposición a determinados factores de riesgo se traduzca en un cambio de los indicadores de salud.

Tal como señalan Evans R et al. en su estudio sobre el impacto de los factores psicosociales sobre la salud:

Los factores determinantes del estado de salud de una población no son sólo múltiples y complicados, sino que además interaccionan entre sí de maneras mucho más intrincadas de lo transmitido por los medios de comunicación populares (...) el vínculo entre causa y efecto no es ni inmediato ni directo. Se manifiesta en forma de susceptibilidad diferencial ante amenazas de enfermar; además, los mecanismos biológicos y sociales subyacentes tras dicha susceptibilidad distan de ser fáciles de entender, y mucho menos de someter a comprobación clara y rigurosa.

(Evans R et al., 1994:XXII).

El hecho de centrar el análisis en un país como Rusia supone también una limitación importante por cuestiones de disponibilidad de algunas fuentes de datos así como por la heterogeneidad socioeconómica y cultural de las diferentes regiones.

Por otro lado, utilizar la mortalidad como indicador de la salud supone una limitación importante ya que los problemas de salud más frecuentes no tienen por qué ser necesariamente los que más mortalidad ocasionan.

Además, es necesario señalar la simplificación que supone tratar de reducir variables macro-sociales como la familia, la comunidad, las empresas y el estado a unos cuantos indicadores discretos (ver Anexo. Pag. 57). Asimismo, es necesario señalar que es posible que una parte de la causalidad establecida entre desestructuración social y

mortalidad se produzca en sentido inverso, ya que el aumento de las defunciones entre los hombres adultos socava la solidez de la familia, las empresas, la comunidad y el estado.

Por otro lado, muchas de las argumentaciones desarrolladas en este trabajo se basan en los resultados de estudios epidemiológicos tanto longitudinales como transversales. Como cualquier otra metodología basada en asociaciones estadísticas, los resultados de los estudios epidemiológicos no pueden considerarse como evidencias definitivas de las relaciones causales. Además, el escaso desarrollo de la epidemiología en Rusia hace que, en algunos casos, se trate de estudios realizados en otros países, lo cual presenta ciertos problemas de extrapolación de resultados.

También es necesario señalar que aunque los avances en el área de la epidemiología psicosocial cardiovascular han sido muchos, todavía no hay respuestas definitivas. Si bien es cierto que la existencia de vínculos entre variables de tipo psicosocial y efectos psicofisiológicos ha sido crecientemente ratificada por estudios experimentales, faltan evidencias definitivas para explicar los mecanismos específicos que operan.

Las limitaciones señaladas implican que no es posible realizar un análisis de la situación completo y nítido dada la propia naturaleza del objeto de estudio. Por este motivo, las conclusiones de este trabajo no se plantean como definitivas y será necesario profundizar más en el tema y analizar la evolución de la mortalidad y sus determinantes en los próximos años con el fin de obtener resultados más sólidos. Las causas de los cambios en las tasas de mortalidad son complejas y su explicación requerirá futuras investigaciones desde un enfoque multidisciplinario.

9. Aportaciones

El caso de Rusia es especialmente apropiado para realizar análisis de series temporales, ya que se trata de un país en el que el incremento de las desigualdades - y de otras variables sociales y económicas - se produjo a una velocidad e intensidad excepcional, hecho que permite analizar cuáles fueron los principales efectos de corto plazo. Sin embargo, los estudios más completos que analizan el impacto de los determinantes psicosociales sobre la salud en Rusia (Bobak M et al., 1998; Kennedy B.P, Kawachi I y

Brainerd E, 1998; Walberg P, McKee M, Shkolnikov V, Chenet L y Leon D.A, 1998) son fundamentalmente de tipo transversal. Por el contrario, en este trabajo se analizan series estadísticas que permiten la comparación a lo largo del tiempo centrandolo en la situación con anterioridad y posterioridad a las reformas políticas y económicas que tuvieron lugar a principios de los años 90. De esta manera, no sólo se establece que existe una relación entre éstos determinantes y la mortalidad, sino que se asocia el cambio producido en los indicadores macro-sociales y de salud al proceso de desestructuración social generado por la transición *específica* que tuvo lugar en Rusia²³. Los demás estudios, al ser fundamentalmente de tipo transversal²⁴ y utilizar datos regionales en un momento concreto de tiempo, no pueden establecer si las asociaciones encontradas son o no, fruto de diferencias estructurales ya existentes entre las regiones en décadas precedentes.

Por otro lado, los indicadores utilizados en otros trabajos para analizar la evolución de variables macro-sociales como la "*disfunción de las estructuras sociales*" (Bobak M et al., 1998), el "*capital social*" (Kennedy B.P, Kawachi I y Brainerd E, 1998) o la "*cohesión social*" (Walberg P, McKee M, Shkolnikov V, Chenet L y Leon D.A, 1998), muestran que estos conceptos se han entendido de forma más restrictiva que la idea de "desestructuración social" en la cual se basa en este trabajo. Más concretamente, Bobak M et al. (Bobak M et al., 1998), aunque constatan la asociación existente entre los indicadores de salud y la "*disrupción social*", las "*disfunciones de las estructuras sociales*" y los tipos de "*capital social*" con los que cuenta una persona, no profundizan en la definición de estos conceptos. De esta manera, los indicadores utilizados para mostrar la "*disfunción de las estructuras sociales*" son únicamente la existencia de redes de apoyo social y el estado civil de los hombres.

En cuanto al estudio de Kennedy et al. (Kennedy B.P, Kawachi I y Brainerd E, 1998), los indicadores de "*capital social*" analizados son la confianza en el Gobierno, el nivel de criminalidad, los conflictos en el lugar de trabajo y la participación civil en la vida política.

²³ Es necesario subrayar que en este trabajo se hace referencia al caso *específico* de la transición Rusa. Como se analiza extensamente en la Parte III de este trabajo (Apartado 2), si se considera el conjunto de países que han atravesado procesos de transición no podemos concluir que dichos procesos hayan sido en términos generales "letales".

²⁴ Con la excepción del trabajo realizado por Walberg et al. en 1998 en el cual se incluyen como variables explicativas la variación en el nivel de criminalidad y en el nivel de ingresos entre 1990 y 1994 (Walberg P et al, 1998).

Respecto a la investigación realizada por Walberg et al. (Walberg P, McKee M et al., 1998) los investigadores trabajan con el concepto de “*cohesión social*” (o “*cohesión cívica*”), utilizando como único indicador el nivel de criminalidad.

Otros estudios, como los de Cornia y Panicciá (Cornia G, 1997; Cornia G, Panicciá R, 2000), aunque consideran que el “*estrés social agudo*” es un factor clave para analizar la crisis y centran el análisis en los cambios en el mercado de trabajo, la inestabilidad familiar, la estratificación social, las migraciones y la inseguridad personal; no definen explícitamente un concepto de tipo macrosocial en el seno del cual se estaría produciendo dicho estrés. Además, en el “*índice de estrés económico*” que construyen, los indicadores incluidos son los ingresos medios, la tasa de desempleo y la tasa de inflación; quedando fuera indicadores de tipo social de gran relevancia como el nivel de desigualdades de ingresos, la criminalidad, la provisión de servicios sociales, las tasas de divorcios y suicidios, el nivel de confianza en las instituciones públicas etc.

Finalmente, los principales indicadores de “*capital social*”²⁵ utilizados por Rose son la participación en redes formales o informales, la posibilidad de poder contar con amigos en caso de enfermedad, el nivel de control sobre la propia vida y el nivel de confianza (Rose R, 2000).

De esta manera, una de las principales aportaciones de este trabajo es que se profundiza en la definición del concepto de “*desestructuración social*” y se sistematiza el análisis de la variación de los indicadores que lo integran a lo largo del periodo 1990-1994. Además, al tratarse de un estudio en el cual se analizan series de datos temporales, no sólo se constata que existe una asociación entre dichos indicadores y las tasas de mortalidad, sino que dicha asociación se atribuye a los cambios políticos y socioeconómicos que tuvieron lugar a principios de los años 90.

²⁵ Rose entiende como “capital social” al “conjunto de redes (*relaciones entre individuos*) que se utilizan para producir bienes y servicios en la sociedad” (Rose, 2000:1422). Es destacable que este autor considere que las redes sociales durante la época soviética y post-soviética se utilizaron para “explotar al estado” y obtener beneficios privados, dando de esta manera, un sentido menos positivo de lo habitual al concepto de “capital social” (Rose, 2000).

Por otro lado, este estudio incluye una revisión detallada - aunque no exhaustiva - de la literatura existente en el área de la epidemiología social haciéndose referencia a tres niveles: socioeconómico, psicosocial y fisiológico. Se describen muchos de los estudios realizados hasta el momento que vinculan los indicadores del debilitamiento del estado, la comunidad, la familia y las empresas con el estado de salud. Adicionalmente, se exploran los mecanismos biológicos específicos que parecen estar operando en cada caso.

Finalmente, cabe señalar que se trata del primer estudio sobre le tema realizado en España. No obstante, como se ha señalado con anterioridad, los cambios en la mortalidad en Rusia son complejos y su explicación requerirá futuras investigaciones desde un enfoque multidisciplinario algunas de las cuales son sugeridas en las conclusiones finales de este trabajo (véase Pags. 297-299).

10. Estado de la cuestión

En este apartado se hará referencia a los antecedentes existentes en el estudio del tema que nos ocupa. En primer lugar se mencionarán los principales trabajos realizados sobre la crisis de mortalidad en Rusia a principios de los años 90 así como sus conclusiones. A continuación, se hará referencia a los diferentes estudios realizados sobre el impacto de las desigualdades de ingresos y otros determinantes de tipo psicosocial sobre los indicadores de salud. Para terminar, se analizará el estado de la cuestión de los estudios específicos que tratan el posible papel jugado por los factores de tipo psicosocial en la crisis sanitaria de la Rusia post-soviética y otros países en transición.

10.1 Estudios sobre la crisis de mortalidad en Rusia

El análisis de la evolución de la mortalidad es un tema controvertido dadas las implicaciones ideológicas de las diferentes explicaciones posibles. En Rusia, los demógrafos se encuentran divididos entre aquellos que atribuyen el aumento de la mortalidad a la evolución natural de una tendencia ya existente y aquellos que consideran que la crisis de mortalidad fue una tragedia que demuestra claramente que se tomó un camino equivocado en las reformas. En Europa y EE.UU., aunque muchos investigadores atribuyen al consumo de alcohol la mayor parte de la responsabilidad de la crisis, se han realizado algunos estudios que apuntan a que los determinantes de tipo psicosocial también pudieron haber repercutido sobre la mortalidad.

Los equipos de investigación que han analizado el tema con mayor antelación y profundidad son:

1. "School of Hygiene and Tropical Medicine", Londres. ECOHOST ("European Center on Health of Societies in Transition").

Los investigadores del ECOHOST han realizado varios estudios sobre Rusia y otros países en transición. En el trabajo que realizaron en Rusia entre 1996 y 1997 junto con

el Centro de Demografía y Ecología Humana de Moscú, el “Goldsmith’s College” y el Instituto Nacional de Estudios Demográficos de París, concluyeron que el incremento de la mortalidad fue real y no una consecuencia de problemas en la recogida de datos. Otra de las conclusiones fue que el tabaco, la dieta y el sistema sanitario no fueron los determinantes fundamentales de la crisis (Carlisle D, 1997). Estos investigadores atribuyen un papel muy significativo al consumo de alcohol en grandes cantidades y en breves espacios de tiempo. Afirman que dicho patrón de consumo puede generar arritmias, trombosis y muertes cardíacas repentinas²⁶. Además, consideran muy importantes otros efectos indirectos del consumo de alcohol como la mortalidad ocasionada por causas violentas²⁷ (Leon D.A, Chenet L, Shkolnikov V et al., 1997; Chenet L, McKee M, Leon D.A, Shkolnikov V, Vassin S, 1998; Leon D.A y Shkolnikov V, 1998; McKee M, Anderson B, Chenet L et al., 1998). Aunque como se verá en el apartado 10.3 también han considerado el posible papel de los determinantes de tipo psicosocial, los investigadores concluyen que la relación entre estrés psicosocial y salud está mediada por los estilos de vida, y fundamentalmente, por el consumo de alcohol (Walberg P, McKee M et al., 1998).

2. INED (“Institut National d’Études Démographiques”), París.

Los investigadores del INED aportan información muy relevante en términos comparativos respecto a otros países y en cuanto a la elaboración de series de mortalidad inéditas hasta el momento procedentes en su mayoría de estadísticas soviéticas manuscritas. Desde este instituto se ha realizado un extenso trabajo en el área de demografía histórica reconstruyendo series de mortalidad tanto para Rusia como para otros países de la ex-URSS (Meslé F, Shkolnikov V y Vallin J, 1992; INED,1996).

En cuanto a la crisis de mortalidad de los 90, al igual que los investigadores de ECOHOST, concluyen que el incremento es real y no fruto de cambios estadísticos.

²⁶ No obstante, como se verá más adelante, datos correspondientes a la ciudad de Moscú revelan que la mortalidad por causas cardiovasculares no experimenta ningún incremento significativo a corto plazo ocasionado por el incremento del consumo de alcohol durante el fin de semana (Ver Gráfico 20, Pag.159)

²⁷ Sin embargo, como se verá en el apartado 3.5 de la parte IV, a principios de los años 90 la mortalidad violenta no vinculada al consumo de alcohol aumentó.

Además atribuyen al consumo de alcohol un papel central como causa explicativa (Meslé F y Shkolnikov V, 1995; Adveev A, Blum A, Zakharov S y Andreev E, 1997).

Adveev A, Blum A et. al sugieren que el sector de la población más expuesto a “ciertos factores de riesgo” (refiriéndose al consumo de alcohol), evitó estar sometido a “dichos factores” durante la campaña anti-alcohol de Gorbachov, de manera que las defunciones que no tuvieron lugar durante este periodo se “retrasaron” y se produjeron con posterioridad a 1991 dando lugar a la crisis de mortalidad de principios de los 90. Según su denominada “hipótesis de heterogeneidad”²⁸, el aumento de la mortalidad producido entre 1991 y 1994 no sería la prueba de una degradación de los servicios sanitarios ni de las condiciones sociales sino el resultado de la continuación de una tendencia previa interrumpida durante el periodo de la Perestroika (Adveev A, Blum A, Zakharov S y Andreev E, 1997).

3. Centro de Demografía y Ecología Humana, Moscú.

Desde el Centro de Demografía y Ecología Humana de Moscú se han realizado numerosos estudios sobre la crisis demográfica atravesada por Rusia en los años 90, algunos de los cuales se han llevado a cabo en colaboración con el INED (Meslé F, Shkolnikov V y Vallin J, 1992; Meslé F y Shkolnikov V, 1995; Shkolnikov V y Meslé F, 1996; Shkolnikov V, Meslé F y Vallin J, 1997; Shkolnikov V y Nemstov A, 1997; Vishnevsky A, 1997; Vishnevsky A et al., 1997; Shkolnikov V y Field M, 1999). Aunque algunos investigadores de este centro enfatizan la importancia del factor “estilos de vida”, otros consideran que la hipótesis de la “crisis psicosocial” se adecua mejor al caso de Rusia. Por otro lado, el director del *Laboratorio de Análisis de la Población y la Mortalidad* de este centro, Yevgenii Andreev²⁹, ha afirmado recientemente que la crisis de mortalidad estuvo ocasionada por los estilos de vida y el deficiente funcionamiento del sistema sanitario en las décadas precedentes.

4. “University College”, Londres (“International Centre for Health and Society”).

²⁸ Se refieren a la existencia de dos grupos diferenciados de la población: los expuestos y los no expuestos a determinados factores de riesgo.

²⁹ Declaraciones a Francesca Mereu. 5 de Julio de 2002.
<http://www.rferl.org/nca/features/202/07/05072002141441.asp>.

Los investigadores del “International Centre for Health and Society” argumentan que el consumo de alcohol no explica “per se” la crisis de mortalidad en Rusia (Bobak M, Marmot M.G, 1999). Como se verá en el apartado 10.3, analizan la importancia de los factores de tipo socioeconómico y psicosocial (Bobak M et al., 1998) haciendo un énfasis especial en la importancia de la “sensación de falta de control”³⁰.

5. Universidad de las Naciones Unidas, Helsinki. (“World Institute for Development Economics Research - WIDER”).

Los investigadores del WIDER han analizado la evolución y las causas del incremento de la mortalidad en diferentes PECO y repúblicas de la ex-URSS. Una de las aportaciones principales de estos investigadores es el análisis que realizan sobre el impacto que los diferentes factores tuvieron sobre la mortalidad a corto y largo plazo. La conclusión a la que llegan es que la tendencia de largo plazo explica únicamente un 20% de la variación observada en la esperanza de vida de los hombres entre 1989 y 1994 (Cornia G y Paniciá R, 2000). Además, afirman que un 40% del aumento de la mortalidad es atribuible al consumo de alcohol. Como se detalla en el apartado 10.3, estos investigadores atribuyen un papel clave al “*estrés psicosocial agudo*”, y más concretamente, al derivado de los cambios en el mercado de trabajo y el estado civil de los hombres (Cornia G, 1997).

10.2 Estudios sobre el impacto de las desigualdades de ingresos y otros factores psicosociales sobre la salud y la mortalidad

Son muchos los estudios que muestran la existencia de asociaciones entre el nivel de desigualdades de ingresos y el estado de salud. Partiendo de la hipótesis de Richard Wilkinson (Wilkinson R.G, 1996) sobre la importancia de los ingresos en términos

³⁰ Al hablar de “falta de control” los autores se refieren a la sensación por parte de los individuos de que su vida y su futuro no dependen de ellos mismos sino de “fuerzas ajenas” que están más allá de su control. La falta de control sobre la propia vida tiene repercusiones importantes en cuanto a la autoestima ya que se pierde la sensación de tener el poder de cambiar las circunstancias negativas (Suominen, 1993). Por el contrario, la sensación de que se controla la propia vida y de que se tiene el poder de modificar y superar situaciones adversas, refuerza la autoestima y amortigua los efectos negativos sobre la salud de determinadas circunstancias difíciles (Raitasalo R, 1996).

relativos y su impacto por la vía de canales psicosociales, otros estudios han validado empíricamente este modelo (Kawachi I y Kennedy B.P, 1997; Kennedy B.P et al., 1998; Van Doorslaer E, Wagstaff A et al., 1997 etc.)

En España el análisis de las desigualdades de ingresos y su impacto sobre la salud se remonta a los estudios sobre la insalubridad de las viviendas en Barcelona realizados por Cerdà (Cerdà I, 1867) y García Faria (García Faria, 1888). Más recientemente, son diversos los estudios e investigadores que trabajan en el área de las desigualdades de ingresos y la salud así como en el ámbito de los determinantes psicosociales. En el trabajo bibliométrico realizado en 1994 por Benach, se identificaron 200 estudios sobre este tema realizados entre 1980 y 1993 (Benach J, 1994).

En los años 80 se publicaron algunos trabajos que trataban el tema de las desigualdades de ingresos y la salud desde una perspectiva sociológica (Duran M.A, 1983; de Miguel J, 1985). Posteriormente se realizaron otros estudios que también constataron que en España las desigualdades existentes en términos regionales y socioeconómicos se traducen en diferencias significativas en cuanto a salud (Rodríguez, 1988, Rodríguez J.A y Lemkov L, 1990). En 1994, Regidor E et al. publicaron un libro sobre las desigualdades y las diferencias en salud en España en el que utilizaron datos de diferentes encuestas así como las tasas de mortalidad (Regidor E, Gutierrez-Fisac J.L y Rodríguez C, 1994).

En 1996 el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó el *Informe de la Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades en Salud en España* en el cual se presentaron varios trabajos empíricos que documentaban las desigualdades en salud existentes en España (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996).

En la ciudad de Barcelona también se han realizado diferentes estudios en el área de desigualdades de ingresos y salud. Los barrios más deprimidos en términos socioeconómicos son los que presentan tasas de mortalidad superiores. Además, las desigualdades socioeconómicas en cuanto a mortalidad aumentaron durante el periodo 1983-1994 básicamente como consecuencia del incremento de enfermedades relativamente nuevas como el SIDA y problemas como las drogodependencias, que afectan fundamentalmente a colectivos marginados (Borrell C, 1995; Borrell C, Plasencia A, Pasarín M y Ortún V, 1997).

En cuanto a otros determinantes de la salud de tipo psicosocial, son también varios los estudios realizados. Tal como se ha hecho para los estudios sobre desigualdades, se citarán únicamente algunos de ellos.

Utilizando datos de la Encuesta de Salud de Barcelona de 1992, se encontraron vínculos entre la ausencia de apoyo emocional y la salud auto percibida entre los hombres mayores de 60 años (Ferrando J, Nebot M, Borrell C y Egea L, 1996). También se han encontrado asociaciones entre la frecuencia en la utilización de los servicios de atención primaria y el nivel de apoyo social recibido así como la existencia de problemas familiares (Bellon J.A et al., 1999).

Por otro lado, se han realizado estudios sobre la tensión laboral y el estrés. A modo de ejemplo, entre el personal de enfermería se ha constatado el impacto que la tensión laboral tiene sobre determinados síntomas psicológicos, incluso tras ajustar por otras variables externas o no al entorno laboral (Artazcoz L et al., 1996).

Finalmente, varios estudios han mostrado la asociación negativa existente entre desempleo y salud mental³¹ (Vazquez-Barquero J.L et al., 1987; Rosanas J, Molas M et al., 1996; Garrido Rodríguez P et al., 1994). Además, en un trabajo realizado con datos de 1988 correspondientes al Municipio de Madrid, se constató que la relación entre desempleo y salud podía ser atenuada por la existencia de apoyos familiares y sociales que funcionaban como “amortiguadores” (del Llano J.E, 1990).

A nivel internacional son muchos los estudios que muestran la relación existente entre la salud y los determinantes de tipo psicosocial (desempleo, apoyo emocional, desigualdades de ingresos, inestabilidad de precios, condiciones laborales desfavorables etc.). En la Parte V de este trabajo se hará referencia con mayor detalle a estas investigaciones.

³¹ Para una revisión exhaustiva véase del Llano J.E, *Desempleo y salud: relación existente entre la situación de desempleo y el estado de salud en población en edad de trabajar del Municipio de Madrid*. Tesis doctoral. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. 1990.

10.3 Estudios sobre el impacto de los factores psicosociales sobre la salud y la mortalidad en Rusia y en otros países de la ex-URSS.

Pese a que el consumo de alcohol es el factor al que se le da más peso en la literatura correspondiente a la primera mitad de los años 90, a partir de 1997 aparecen estudios en los que se atribuye un papel muy relevante a las variables de tipo psicosocial (Cornia G, 1997; Bobak M, Pikhart H, Hertzman C, Rose G y Marmot M.G, 1998; Kennedy B.P, Kawachi I y Brainerd E, 1998; Kristenson M et al., 1998a; Walberg P, McKee M, Shkolnikov V, Chenet L y Leon D.A, 1998; Cornia G y Paniciá R, 2000; Rose R, 2000; Roura M, 2000).

En un estudio realizado en 1998, Bobak et al. sugieren que la falta de optimismo y el colapso de las instituciones y las redes sociales informales generó una sensación de *falta de control* por parte de los individuos que repercutió negativamente sobre los indicadores de salud (Bobak M, Pikhart H, Hertzman C, Rose G y Marmot M.G, 1998). Se trata de un estudio de tipo transversal realizado por investigadores del “University College” de Londres, la Universidad de British Columbia y la Universidad de Strathclyde en Glasgow. Los indicadores de salud utilizados fueron la salud autopercebida y el funcionamiento físico. Tras analizar datos de una serie de entrevistas que el *Centro Ruso para la Investigación de la Opinión Pública (VCIOM)* realizó a 1.599 individuos entre Julio y Agosto de 1996, el estudio concluye que los indicadores de salud están fuertemente relacionados con variables de tipo psicosocial y socioeconómico como la sensación de control sobre la vida, las privaciones materiales, el nivel de educación, el grado de optimismo / pesimismo y el tipo de redes sociales. Según estos autores, el pesimismo, el colapso de las instituciones sociales y de las redes informales de apoyo, generaron entre la población una sensación de falta de control sobre sus propias vidas que se tradujo en una situación de estrés y en un deterioro de la salud mediado tanto por mecanismos neuroendocrinos como por cambios en los estilos de vida. En este trabajo los investigadores enfatizan la relación existente entre los indicadores de la salud y la “*disrupción social*”, “*las disfunciones de las estructuras sociales*” y los tipos

de “*capital social*”³² con los que cuenta una persona. Como se ha mencionado en el Apartado 9, se trata de conceptos mucho más restrictivos que el de “desestructuración social” en el cual se basa este trabajo.

En otro estudio transversal desarrollado por investigadores de la Escuela de Salud Pública de Harvard y el “Williams R.B College” en el que también se utilizan datos del VCIOM³³ así como estadísticas oficiales correspondientes a 1994, se encuentran correlaciones negativas entre varios indicadores de “*capital social*”³⁴ y mortalidad en 40 regiones rusas (Kennedy B.P, Kawachi I y Brainerd E, 1998). Según este estudio, las regiones con mayores niveles de desconfianza en el gobierno local, mayor criminalidad y menor participación en la vida política son aquellas en las que la mortalidad masculina es mayor. Es destacable que las correlaciones más importantes se hayan encontrado para la mortalidad ocasionada por enfermedades cardiovasculares y que el resultado se mantenga incluso tras ajustar por la prevalencia de la pobreza y por el nivel de ingresos p.c. Otro resultado de gran interés es que en las regiones con ingresos per cápita superiores se observaron también mayores tasas de mortalidad. Los autores concluyen que la falta de capital social en la sociedad rusa es un factor importante que ayuda a explicar la crisis de mortalidad. Pese a la importancia de este estudio, como sucede con el resto de investigaciones de tipo transversal, al no analizarse series temporales no es posible discernir si las correlaciones encontradas están ocasionadas por diferencias en cuanto a niveles de capital social existentes en las diferentes regiones con anterioridad a la transición o si son consecuencia de ésta.

En cuanto al trabajo desarrollado por los investigadores de la Universidad de Uppsala, el ECOHOST y el Centro de Demografía y Ecología Humana de Moscú, éstos tratan de identificar qué aspectos de tipo socioeconómico pueden asociarse al descenso de la esperanza de vida observado entre 1990 y 1994. Para ello analizan el posible papel jugado por los cambios en el nivel de ingresos, el nivel de equidad, el impacto de la transición sobre el mercado de trabajo y el nivel de “*cohesión cívica*”. Utilizando datos de

³² En este trabajo los investigadores entienden como “*capital social*” de una persona al conjunto de personas y / o instituciones a los cuales ésta recurriría en caso de tener problemas (Bobak M et al, 1998: 274).

³³ En este trabajo los datos proceden de una serie de encuestas mensuales realizadas a 3.000 individuos en 40 regiones de la Federación Rusa durante 1994.

³⁴ Los autores de este estudio definen *capital social* como “aquellos aspectos de la organización social - como la cantidad de asociaciones cívicas, el nivel de confianza entre las personas, y las normas de reciprocidad - que facilitan la acción colectiva” (Kennedy B.P, Kawachi I y Brainerd E, 1998:2029)

las diferentes regiones de Rusia procedentes de las estadísticas oficiales, constatan que los mayores descensos de la esperanza de vida se producen en las regiones predominantemente urbanas caracterizadas por un mayor nivel de desigualdades de ingresos y así como por un mayor incremento de la criminalidad. Uno de los resultados más destacables de este estudio es que las regiones que experimentaron mayores descensos de la esperanza de vida fueron aquellas en las que el descenso del nivel de ingresos fue inferior lo cual implica que el deterioro de la esperanza de vida en Rusia no es atribuible únicamente al empobrecimiento. Según este trabajo, el impacto de la transición sobre el mercado de trabajo, la falta de “*cohesión cívica*” y el aumento del consumo de alcohol serían factores clave para explicar la crisis de mortalidad (Walberg P, McKee M, Shkolnikov V, Chenet L y Leon D.A, 1998).

Por otro lado, los investigadores de la Universidad de las Naciones Unidas (UNU) de Helsinki han analizado el impacto de variables psicosociales sobre la crisis de mortalidad centrándose principalmente en el análisis de los cambios en el mercado de trabajo. Según el estudio realizado por Cornia, existe una correlación positiva significativa entre el desempleo, la movilidad laboral, y la mortalidad masculina en Rusia (Cornia G, 1997). Los investigadores de la UNU han publicado recientemente un estudio detallado que analiza las crisis de mortalidad de los PECO y las repúblicas ex-soviéticas durante los años 90. En el caso de Rusia, tras examinar variables de tipo psicosocial, señalan como factor clave de la crisis el “*estrés psicosocial agudo*”. Según estos autores, el desempleo, la incertidumbre laboral y la inestabilidad familiar serían aspectos fundamentales. Además, consideran la inseguridad personal, las migraciones y la estratificación social como elementos acrecentadores del nivel de estrés (Cornia G y Panicciá R, 2000).

En cuanto al estudio realizado por Rose, también se trata de un análisis de tipo transversal. En este caso se utilizan datos correspondientes a 1998 obtenidos a través del cuestionario utilizado en el marco del proyecto “New Russia Barometer Survey”. El autor concluye que el tanto el “*capital social*” como el “*capital humano*” repercuten sobre la salud autopercibida física y emocional. Los principales indicadores utilizados en este caso son la participación en redes formales o informales, la posibilidad de poder contar con amigos en caso de enfermedad, el nivel de control sobre la propia vida y el nivel de confianza en “los demás” (Rose R, 2000).

Finalmente hay que mencionar otra investigación significativa en la que se compara la mortalidad en Suecia y los Países Bálticos así como su relación con el estrés. El principal resultado de este estudio es que se encontraron mayores niveles de depresión y desesperanza entre los hombres Lituanos que entre los Suecos (Kristenson M et al., 1998a).

ANEXO

Indicadores de los determinantes de la salud

Determinante	Indicador utilizado
ESTILOS DE VIDA	
Tabaco	Hombres adultos fumadores (%) 1985, 1992, 1997.
	Consumo de cigarrillos entre los fumadores adultos (media diaria) 1992, 1994.
	Prevalencia del tabaquismo entre mujeres y menores de 18 años (variación entre 1992 y 1995)
Dieta	Consumo de determinados productos alimenticios (cantidades físicas p.c) 1990, 1994.
	Energía procedente del consumo de grasas (% sobre el total) 1992-1995
Ejercicio físico	Prevalencia de la inactividad física
Alcohol	Consumo de alcohol, incluyendo el de fabricación doméstica (litros p.c. anuales de alcohol puro) 1981-1993
DETERMINANTES FUNDAMENTALMENTE MATERIALES	
Sistema sanitario	Mortalidad materna (tasas por 100.000 nacidos vivos) 1989-1994.
	Mortalidad por enfermedades susceptibles de evitarse mediante intervención médica (1990-1994)
Nivel de ingresos	Ingresos disponibles reales de las economías domésticas (1990=100) 1992-1995
	Hogares en situación de pobreza (porcentaje por debajo de la línea de pobreza) 1992-1995
Situación medioambiental	Emisión de contaminantes atmosféricos (millones de toneladas) 1985-1996.

ASPECTOS PSICOSOCIALES (por cada componente de la estructura social)	
FAMILIA	
	Divorcios (por 1.000 hab.) 1980-1994
	Matrimonios (por 1.000 hab.) 1990, 1994
	Nacimientos (por 1.000 hab.) 1990, 1994
	Nacimientos de madres adolescentes (%)1989, 1996
	Nacimientos fuera del matrimonio (%)1960-1994
	Número de niños y adolescentes privados de la atención de los padres 1990-1993
	Tasas de fertilidad. 1970-1993
	Tasas anuales de variación del porcentaje de nacimientos fuera del matrimonio. 1980-1993.
EMPRESAS	
	Tasa de desempleo. 1992-1996
	Número de desempleados según diferentes fuentes (miles) 1992-1997
	Desempleados en diferentes grupos de edad (porcentaje sobre el total y variación producida entre 1992 y 1994)
	Personas que piensan que si pierden su empleo encontrarán otro correspondiente a su profesión o especialidad (porcentaje). Marzo 1993- Noviembre 1994
	Total de salarios no pagados a los trabajadores por parte de empresas y organizaciones (billones de Rublos) 1994-1996
	Empleados que no obtienen servicios sociales provistos por la empresa en que trabajan (%) 1994
	Empresas que han reducido la provisión de servicios sociales (variación producida entre 1992 y 1996)
	Accidentes laborales (por 1.000 empleados). 1990-1994

	Fuerza laboral empleada por el sector privado (%) 1989, 1994
	Número de empleados en los sectores público / privado (millones) 1990-1995
	Trabajadores en huelga (miles) 1990-1994
	Empresas en huelga. 1990, 1994
	Producción de bienes de consumo (1991=100) 1991-1995
	Empresas en quiebra (%) 1990, 1995
	Volumen de producción industrial (1990=100) 1992, 1995
	Volumen total de comercio al por menor (1990=100) 1991-1994
	Número de pequeñas empresas. 1993, 1995
	Número de empresas industriales. 1992, 1995
COMUNIDAD	
	Mortalidad masculina por homicidios (tasas estandarizadas por 100.000 hab.) 1970, 1984, 1987, 1992, 1993
	Número de crímenes anuales registrados (por 100.000 hab.) 1990-1996
	Mortalidad ocasionada por homicidios sobre el total de homicidios + suicidios 1985-1993
	Mortalidad masculina por suicidios (tasas estandarizadas por 100.000 hab.) 1970, 1984, 1987, 1992, 1993
	Ratio de mortalidad por suicidios hombres / mujeres. 1985-1994
ESTADO	
	Personas que desconfían de las instituciones políticas (%). 1995
	Gastos en protección social (% del PNB). 1992-1994
	Plazas en casas de acogida para ancianos y discapacitados (miles) 1980-1994
	Instituciones preescolares (miles) 1980-1994
	Bibliotecas públicas (miles) 1980-1994

	Valor del conjunto de servicios facilitados a la población en cuanto a transporte, comunicaciones, salud, cultura y ocio (% respecto al año anterior, en precios constantes). 1992-1994
	Número de escuelas públicas de secundaria y de formación profesional 1992-1994
	Proporción de ingresos de los pentiles I y V. 1990-1995
	Número de automóviles (por 1.000 hab) 1990-1993
	Número de teléfonos (por 1.000 hab) 1990-1993
	Índice de Precios al Consumo (en relación con diciembre del año anterior) 1991-1996
	Coeficiente de Gini 1992-1994
	Tasa de variación de los gastos p.c. reales de diferentes quintiles 1992-1994; 1994-1996

PARTE II

MARCO TEÓRICO

PARTE II. Marco Teórico

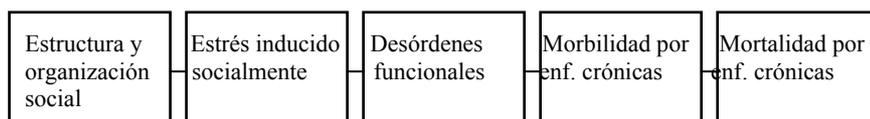
1. Introducción

Una vez superada la “teoría del germen” según la cual la pérdida de salud era consecuencia de un único determinante, se ha ido desarrollado un modelo etiológico multicausal que resulta más adecuado para las sociedades contemporáneas y que será el utilizado en este trabajo.

La mortalidad será considerada como el resultado de una serie de circunstancias. Aunque se reconocerá que en determinadas situaciones algunos factores pueden actuar como “detonantes”, se considerará que el resultado final de mortalidad es consecuencia de la interacción de diferentes causas que operan simultáneamente o en diferentes etapas a lo largo de la vida de los individuos. La multiplicidad de determinantes que operan en el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares- cuyo análisis ocupa un papel central en este trabajo - impide un enfoque que trate de establecer relaciones definitivas de causa-efecto.

El punto de partida del modelo teórico aquí desarrollado es el trabajo realizado por Dodge y Martín en 1970 en el cual, desde una perspectiva sociológica, proponen un modelo etiológico basado en el estrés social que se podría simplificar de la siguiente manera:

Figura 1. Estructura social, estrés y enfermedades crónicas.



Fuente: Elaboración propia en base a Dodge D y Martin W, 1970.

Se considerará que el estrés puede ser una característica no únicamente de determinados individuos, sino también de determinadas sociedades. De esta manera

pasamos de un enfoque psico-somático a uno socio-somático. Este énfasis en lo social es un aspecto fundamental de este trabajo ya que se tiene en cuenta que las orientaciones desde el punto de vista individual pueden dar lugar a un enfoque de “culpar a la víctima” en el que las intervenciones propuestas se basen en una mejora de las estrategias para afrontar el estrés, en lugar de centrarse en modificar las causas que lo originan a nivel macro.

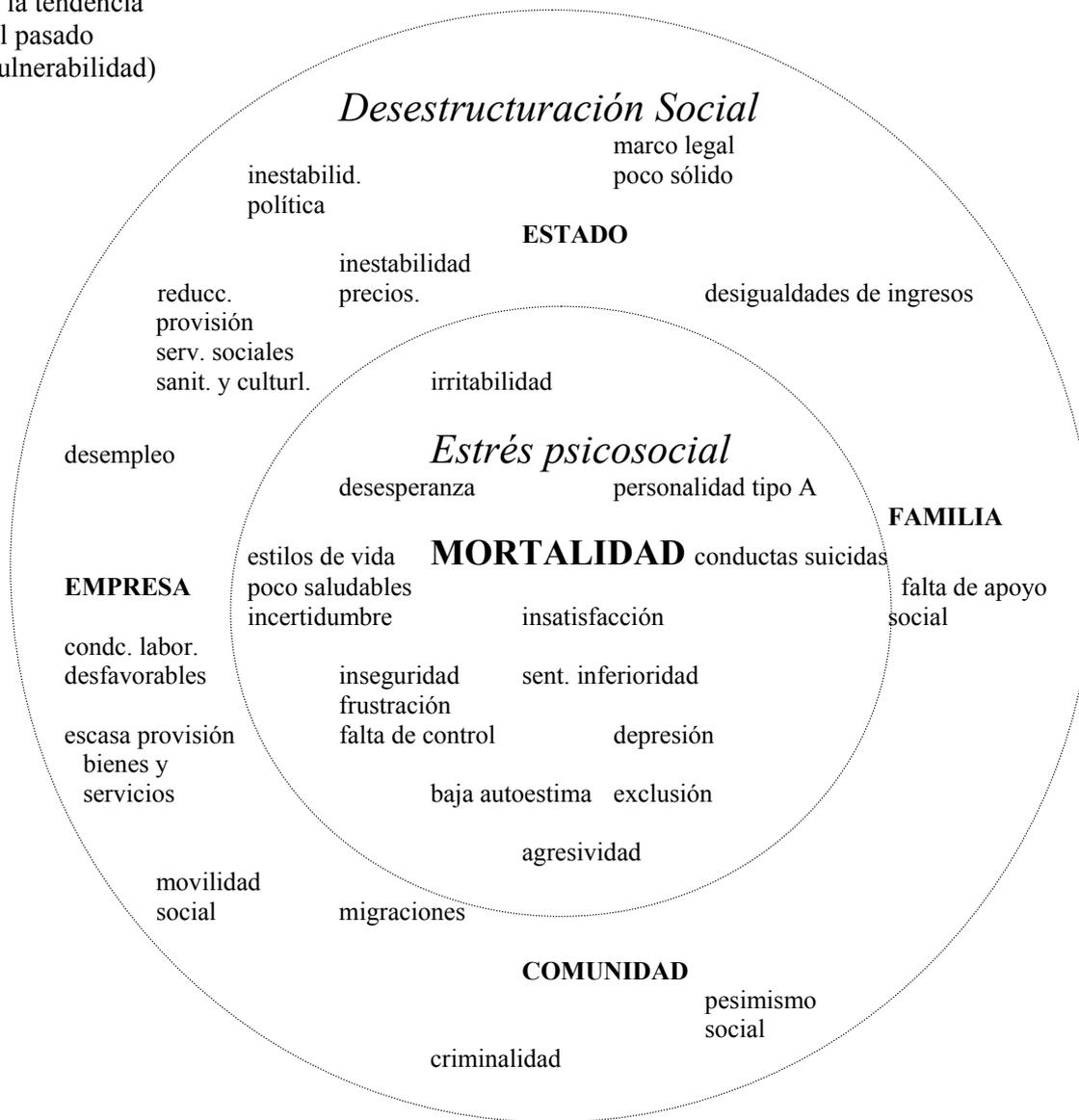
El aspecto central de la denominada “teoría del estrés social” en la cual se basa este trabajo es que sugiere que la supervivencia de una población y el bienestar de sus individuos depende del mantenimiento de una estructura social sólida basada en relaciones consistentes, estables y coordinadas.

En la Figura 2 se sintetiza el marco teórico de este trabajo. Se entenderá la mortalidad como el resultado de un conjunto de determinantes relacionados entre sí. Por otro lado, se considerará como “desestructuración social” al proceso de debilitamiento de cuatro pilares fundamentales de la organización social: la familia, el estado, la comunidad y las empresas. Dicho proceso se caracteriza por la aparición de nuevas fuentes de estrés así como por una reducción de los mecanismos para superarlo, lo cual puede tener repercusiones directas sobre el estado de salud de la población³⁵. Se tendrá en cuenta que, como se ha mencionado con anterioridad, los determinantes de la mortalidad son múltiples y complejos y operan en función de plazos temporales distintos lo cual dificulta enormemente el establecimiento de relaciones claras y definitivas de causa-efecto, incluyendo los aspectos relativos a la dirección de la causalidad.

³⁵ Las variables de tipo psicosocial juegan un papel central influyendo de manera *directa* sobre la salud. Este hecho no descarta que estén operando, *además*, vías indirectas como los cambios en los estilos de vida generados por el nuevo patrón de estrés.

Figura 2. Desestructuración social, estrés psicosocial y mortalidad

Herencia de la tendencia del pasado (vulnerabilidad)



Fuente: Elaboración propia.

2. La desestructuración social

La “desestructuración social” se definirá como el proceso de debilitamiento de cuatro pilares en los que se fundamenta la estructura social: la familia, la comunidad, las empresas y el estado. El debilitamiento de estos componentes implica una menor dependencia de los individuos respecto a ellos, lo cual fomenta normas de conducta basadas en los intereses individuales en detrimento de los colectivos³⁶. La “desestructuración social” está acompañada por la aparición de nuevas fuentes de estrés psicosocial así como por una reducción de los mecanismos para superarlo.

En el seno de una sociedad, la familia juega innegablemente un papel central ya que garantiza un parte importante de los recursos emocionales y materiales necesarios para la existencia humana. Su dinámica refuerza el nivel de cohesión y apoyo mutuo existente de manera que el deterioro de los vínculos familiares favorece el proceso de desestructuración social³⁷. A nivel individual, la existencia de vínculos familiares positivos se traduce en un fortalecimiento de la autoestima y en sentimientos de pertenencia, protección y apoyo, que repercuten positivamente sobre el estado de salud ya que ayudan a paliar los efectos del estrés psicosocial originado en otras esferas vitales³⁸.

En el caso de Rusia, al analizar diversos indicadores como las tasas de divorcios, nupcialidad y natalidad, se observa que la familia sufrió un proceso de desestructuración durante los primeros años de la transición que fue independiente de la tendencia previa y que podemos asociar al proceso de reformas.

Por otro lado, es necesario considerar a las empresas como otro de los pilares fundamentales de la sociedad dado su papel como proveedoras de empleo, determinadas

³⁶ Esta idea está basada en Durkheim: “Cuanto más debilitados son los grupos a que pertenece (una persona), menos depende de ellos, más se exalta a sí mismo para no reconocer otras reglas de conducta que las fundadas en sus intereses privados” (Durkheim E, 1992:214).

³⁷ No obstante, hay que tener en cuenta que el “*amoral familism*” o un exceso de protección de los intereses familiares que dé lugar a una división confrontada entre los miembros de la familia y “los demás” puede no beneficiar al conjunto de la sociedad.

³⁸ Aunque por lo general la familia constituye una fuente de apoyo fundamental, hay que considerar que en determinados casos los vínculos familiares generan situaciones de “estrés relacional” y malestar con consecuencias ambiguas sobre la salud.

condiciones de trabajo³⁹, así como de bienes y servicios. La escasez de empleo, bienes, servicios, y condiciones de trabajo favorables, contribuye a socavar los niveles de cohesión y favorece el proceso de desestructuración social.

El papel de las empresas como *oferentes de empleo* es crucial ya que el trabajo - en las condiciones adecuadas - provee ingresos estables y repercute sobre aspectos de tipo psicosocial como la realización personal, la socialización, el desarrollo de una identidad fuera del marco familiar y la autoestima. Además, el trabajo absorbe una proporción muy importante del tiempo de los individuos y repercute sobre otras esferas vitales como el ocio, la familia y las relaciones sociales. En cuanto a las *condiciones de trabajo*, éstas están en parte influenciadas por la oferta y la demanda, de manera que un entorno de elevadas tasas de desempleo y debilidad sindical puede dar lugar a un aumento de la competencia entre los trabajadores, los cuales se verán obligados a competir por los escasos puestos de trabajo y a aceptar condiciones de trabajo desfavorables. Además, en un contexto de desempleo creciente, la sensación de inseguridad e incertidumbre percibida por los trabajadores es mayor. Todos estos aspectos repercuten sobre el nivel de estrés y, según algunos estudios epidemiológicos, están asociados a un deterioro de diversos indicadores de la salud, incluyendo las tasas de mortalidad.

La *escasez de bienes y servicios* también genera tensiones tanto por vías materiales (imposibilidad de satisfacer ciertas necesidades básicas) como psicosociales (sensación de fracaso o inferioridad al no poder acceder a bienes o servicios de los cuales otros miembros de la sociedad disponen).

En el caso de Rusia, aunque durante los primeros años de la transición las empresas aumentaron en términos cuantitativos, éstas no fueron capaces de solucionar las deficiencias ya presentes en la etapa soviética en cuanto a provisión de bienes y servicios. Además, no resolvieron satisfactoriamente su función como proveedoras de empleo y de condiciones de trabajo favorables ya que aumentaron las tasas de desempleo y se deterioraron algunos aspectos de la organización social del trabajo que, como se verá más adelante, dieron lugar a nuevas fuentes de estrés psicosocial. Todos estos aspectos son de especial gravedad en el caso de Rusia teniendo en cuenta que en

³⁹ En el caso de Rusia, el "papel estructurador" de las empresas es especialmente importante ya que en la etapa soviética la provisión de servicios sociales por parte de éstas estaba muy generalizada.

la etapa soviética el empleo estaba asegurado y las empresas facilitaban una serie de servicios sociales a los trabajadores (vivienda, cantina, vacaciones, guarderías etc.)

En cuanto a la comunidad en general, las interacciones entre individuos, sean o no del entorno más próximo⁴⁰, facilitan la coordinación de acciones con el fin de mejorar la situación común. Como se argumentará con mayor detalle más adelante (Parte V, Apartado 4), hay tres variables que debilitan significativamente los vínculos comunitarios ya que fomentan la formación de grupos antagónicos y el aumento del individualismo. Estas variables son la *criminalidad*, la *movilidad social*⁴¹ y el *pesimismo social*, las cuales a su vez, se han asociado a indicadores de salud, incluyendo la mortalidad, en diferentes estudios epidemiológicos.

En el caso de Rusia, los indicadores de cohesión comunitaria evolucionaron desfavorablemente durante la primera mitad de los años 90 lo cual favoreció el proceso de desestructuración social y generó nuevas fuentes de estrés que posiblemente contribuyeron al aumento de las tasas de mortalidad ocasionadas por causas violentas, accidentes, alcoholismo y enfermedades cardiovasculares.

Finalmente, el estado constituye otro pilar fundamental de la organización social dadas sus numerosas funciones destinadas a garantizar el bienestar y la protección de los derechos de los ciudadanos⁴². Entre estas funciones se encuentran la provisión de servicios sociales, culturales e infraestructuras; el mantenimiento de la estabilidad política y económica, la creación de un marco legal sólido, y la redistribución de ingresos. El mantenimiento del consenso social requiere un cierto nivel de gastos destinados a garantizar las funciones mencionadas ya que cuando el estado no es capaz de responder al compromiso adquirido con los ciudadanos, éste deja de estar legitimado para amplios sectores de la población. El hecho de que el estado post-soviético no haya hecho frente a

⁴⁰ Puede tratarse de vecinos pero también de grupos de personas con intereses o problemas similares. De esta manera la cohesión comunitaria la generarían tanto asociaciones de vecinos como clubes deportivos, grupos de auto-ayuda etc. Hay que considerar que, tal como sucede con los vínculos familiares, en algunas ocasiones la defensa de los intereses privados de un determinado grupo puede ir en detrimento del resto de la sociedad.

⁴¹ Es decir, la facilidad con la que puede variar la posición de un individuo en la jerarquía social.

⁴² En el caso de Rusia, el papel del estado es especialmente importante dado el peso que éste tenía en la organización social, política y económica durante la etapa soviética.

lo que O'Connor denomina "costes de legitimación"⁴³ ha contribuido de forma crucial al proceso de desestructuración social dando lugar a la generalización de conductas antigubernamentales (y antisociales) como la evasión de impuestos y la criminalidad.

En el caso de Rusia, la situación es especialmente grave ya que junto con la reducción de gastos en la esfera social y la ausencia de un entorno legal e institucional sólido que respalde el proceso de transición económica, se han producido situaciones de corrupción vinculadas al Gobierno. Los efectos de la corrupción gubernamental son particularmente graves ya que si los ciudadanos no confían en el estado, tampoco estarán dispuestos a seguir las normas establecidas por este. En un entorno de estas características es esperable que se produzcan situaciones de estrés como consecuencia de la incertidumbre, la inseguridad y la falta de confianza.

⁴³ Tal como señala O'Connor en "*La Crisis Fiscal del Estado*", el estado debe mantener un sistema de protección social por cuestiones de legitimación. Según esta visión, los mecanismos de seguros sociales constituyen vías de legitimación para compensar los desequilibrios producidos por la acumulación de capital. Para más detalles véase O'Connor, *La Crisis Fiscal del Estado*. Ediciones Península, Barcelona. 1981.

Cuadro 1

Los pilares fundamentales de la estructura social y algunas de sus funciones

PILARES FUNDAMENTALES DE LA ESTRUCTURA SOCIAL	FUNCIÓN
FAMILIA	Facilitar apoyo mutuo emocional e instrumental.
EMPRESAS	Proveer: <ul style="list-style-type: none">• Empleo• Determinadas condiciones de trabajo• Bienes y servicios
COMUNIDAD	Favorecer la creación de vínculos que faciliten la acción colectiva y el apoyo mutuo
ESTADO	Garantizar el bienestar y la protección de los derechos de los ciudadanos mediante políticas destinadas a : <ul style="list-style-type: none">• proveer servicios sociales, culturales e infraestructuras• establecer un marco legal sólido• redistribuir ingresos• estabilizar los precios y demás variables a nivel macro-económico

Fuente: Elaboración propia.

3. Relaciones entre los diferentes componentes de la estructura social

Como se muestra en la Figura 2, los diferentes componentes de la estructura social están relacionados entre sí de tal manera que resulta imposible establecer líneas divisorias entre ellos.

“*Familia*” está muy relacionada con “*empresa*” ya que los estudios longitudinales confirman que los niveles de desempleo están positivamente asociados con el número de rupturas matrimoniales (Fox A.J, 1986; Fox A.J y Shewry M.C, 1988; Moser K.A et al., 1984). Además, la falta de apoyos sociales o los problemas maritales pueden crear o acentuar los problemas derivados de una situación de estrés en el trabajo y aumentar la propensión de las personas a enfermar. Por otro lado, en un entorno de generalización de acuerdos de empleo informales en los que no se da una regulación adecuada, la falta de apoyo legal en los casos de embarazo puede generar una reducción de las tasas de natalidad.

A su vez, “*empresa*” está muy relacionada con “*comunidad*” ya que las personas desempleadas tienden a reducir sus relaciones sociales y es posible que recurran a la criminalidad como vía de subsistencia.

También existen vínculos entre “*familia*” y “*comunidad*”. A modo de ejemplo, se ha mostrado que las personas casadas tienen una menor propensión al suicidio⁴⁴. Además, se han encontrado correlaciones negativas elevadas entre el número de hijos y las tasas de suicidios (Heikkinen M, Aro H et al., 1993).

⁴⁴ Las tasas de suicidios son un indicador de “pesimismo social”, que a su vez es uno de los componentes de la cohesión comunitaria.

Por otro lado, también está clara la interconexión existente entre “*estado*” y “*comunidad*” ya que la inexistencia de un marco legal sólido y la escasa legitimación del estado repercute sobre los niveles de criminalidad. Además, el incremento de las desigualdades de ingresos genera mayores niveles de conflictividad social, desconfianza y hostilidad lo cual favorece el aumento de las conductas antisociales y violentas (Kaplan J.R et al., 1996; Kennedy B.P et al., 1998; Kennedy B.P, Kawachi I y Brainerd E, 1998; Hsieh C.C y Pugh M.D, 1993; Williams R.B et al., 1995). De hecho se han encontrado fuertes correlaciones negativas entre el nivel de distribución de ingresos y las tasas de homicidios (Braithwaite J et al., 1980; Messner S.F, 1982, Kaplan J.R et al., 1996).

La vinculación entre “*empresa*” y “*estado*” también queda clara cuando se tiene en cuenta que durante la etapa soviética - e incluso, aunque en menor medida, en los años 90 - la política social estaba muy internalizada en las empresas. Además, en su papel como proveedoras de empleo encontramos también una vinculación importante con el estado ya que éste provee una proporción importante de los puestos de trabajo.

En cuanto al vínculo entre “*familia*” y “*estado*”, es destacable el papel de éste último como proveedor de estabilidad a nivel macro así como de ciertos beneficios sociales que pueden repercutir sobre las tasas de natalidad y el bienestar de las familias.

Finalmente, hay que considerar que el propio aumento de la mortalidad también repercute sobre el proceso de desestructuración social. A modo de ejemplo, el exceso de mortalidad masculina repercute sobre la variable familia al generar un aumento de las unidades familiares monoparentales.

4. El estrés psicosocial y su impacto sobre la salud

El estrés es un concepto originado en la *física* y que hace referencia a una fuerza que deforma los cuerpos.

En *términos psicológicos*, es la reacción del organismo a determinados elementos externos (estresores) que pueden ser tanto físicos como psicológicos. Dodge D y Martin W lo definen como “un estado emocional y psico-fisiológico del organismo que se da en un contexto de estímulos que generan respuestas de ansiedad o de miedo y que derivan de los intentos de los individuos de *adaptarse* a éstos” (Dodge D y Martin W, 1970). En este trabajo se definirá el estrés como *una reacción del organismo al tratar de adaptarse a diferentes estímulos, que va acompañada de malestar cuando el individuo tiene una percepción de pérdida de control e inseguridad.*

Es importante considerar que el estrés no puede atribuirse a un estímulo específico sino al sentimiento percibido de inseguridad, que a su vez está muy vinculado a la sensación de “falta de control” por parte de los individuos.

El estrés positivo o “eustres”⁴⁵ motiva al individuo y puede mejorar su autoestima dado que genera una sensación de control sobre la propia vida y de capacidad para hacer frente a los problemas. Por el contrario, el estrés negativo o “distres” impone sobre el individuo una *presión* ya que el elemento estresor es percibido como una amenaza. En estas situaciones los factores estresantes actúan como estímulos nocivos y dan lugar a

⁴⁵ El “eustres” (*del griego, eu=bueno*) es un estado en el cual se hace frente a retos controlables que se perciben como positivos ya que contribuyen al desarrollo intelectual y / o emocional.

un “estado de estrés” que se refleja a nivel psicológico en forma de tensión, ansiedad, miedos y depresión. Como se detalla más adelante, esta situación puede traducirse en numerosos problemas de salud. En el caso de los humanos, las amenazas o retos procedentes del entorno (estresores) son *normalmente* más de tipo psicológico y social que físico⁴⁶.

En muchas ocasiones el estrés se ha tratado como una característica exclusiva de los individuos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que un mismo elemento estresor puede ser percibido *en diferentes circunstancias* como una amenaza o como un reto.

En este estudio se parte de que la enfermedad no es únicamente un fenómeno biológico o físico ya que ésta se produce en un determinado contexto social. De forma similar, se considera que *la respuesta a los elementos estresores por parte de los individuos está en función de la solidez de la estructura social en la que se encuentren, es decir, dependerá de cuál sea la fortaleza de los cuatro pilares previamente descritos: la familia, la comunidad, las empresas y el estado.*

Este énfasis en la dimensión “social” hace que a lo largo de este trabajo se haga referencia concretamente al denominado “estrés psicosocial” que definiremos como la tensión originada en la interacción del individuo con su entorno o como *la percepción desfavorable por parte de un individuo de su entorno social y sus dinámicas.*⁴⁷

Se considerarán como “determinantes psicosociales” a todos aquellos que tengan su origen en las estructuras y procesos sociales.

Un estudio reciente ejemplifica claramente la importancia de los aspectos sociales en las situaciones de estrés en los humanos. En dicho estudio, se expuso a determinadas personas a actividades estresantes y se mostró que cuando las tareas que implicaban un reto se realizaban en solitario los niveles de cortisol⁴⁸ no aumentaban. Sin embargo, cuando dichas tareas las realizaban varias personas simultáneamente de manera que los

⁴⁶ Podemos distinguir diversas fuentes de estrés: psicológico (conflictos internos, pérdida de una persona amada etc.), social (cambios tecnológicos, privación de libertades etc.), económico (escasez de bienes y servicios etc.) y físico (sustancias químicas, condiciones ambientales etc.).

⁴⁷ Definición del Centro de Investigación sobre el Estrés del Instituto Karolinska (Levi L, 1998).

⁴⁸ Como se analizará con mayor detalle más adelante (Parte IV, Apartado 5.3) entre las respuestas biológicas al estrés de los humanos y otros primates se encuentra el aumento del nivel de cortisol.

resultados obtenidos por los diferentes participantes podían compararse públicamente, los niveles de cortisol aumentaban (Pruessner J.C et al., 1999).

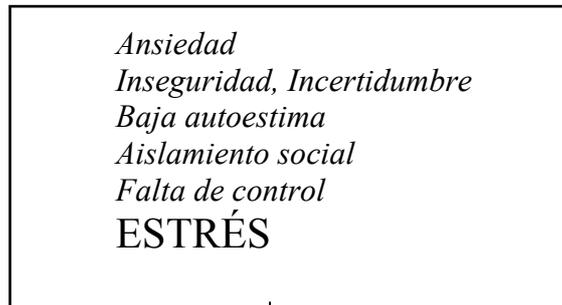
Es importante señalar que en este trabajo, al hablar de estrés nos estaremos refiriendo al “distres” o estrés de repercusiones negativas definido anteriormente.

En cuanto a su impacto sobre la salud, las investigaciones sobre sus consecuencias médicas se remontan a 1936 cuando Selye empezó a investigar las manifestaciones bioquímicas y los mecanismos moleculares.

Actualmente se reconoce que el estrés es un factor que puede *precipitar* la enfermedad (en el sentido de que acelera su desarrollo) y / o *predisponer* a ella (generar una mayor susceptibilidad). Para determinadas enfermedades prevalecerá un papel u otro.

En cuanto a los canales biológicos, como se observa en la Figura 3 y se analiza con mayor detalle a lo largo de este trabajo, el estrés psicosocial repercute sobre la salud física y mental a través de las funciones neuroendocrina, metabólica e inmune.

Figura 3. Las respuestas biológicas al estrés



Respuestas biológicas al estrés

Neuroendocrina	Metabólica	Inmune
Cortisol	Función cardiovascular	Inmunoglobulinas
Catecolaminas	Respiración	Linfocitos
Beta-endorfinas	Función renal	Glóbulos blancos
Testosterona	Metabolismo de las grasas	
Insulina	Función gastrointestinal	

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Brunner E y Marmot M.G, 1999:40.

Al contrario de lo que sucede en otras especies animales, en el hombre las respuestas fisiológicas al estrés se producen no únicamente cuando se está viviendo una situación percibida como una amenaza sino también cuando se prevé una situación de este tipo. De aquí deriva la importancia de la incertidumbre como factor estresante en los humanos.

Para terminar es importante señalar que el énfasis puesto en este trabajo sobre los determinantes psicosociales de la enfermedad no implica negar la importancia de otros determinantes de tipo material o biomédico. Se trata más bien de subrayar la importancia de “tener en cuenta *la otra* mitad de la medicina” (Levi L, 1998:36).

PARTE III

EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE MORTALIDAD

PARTE III. Evolución de las tasas de mortalidad

1.Introducción

Dado que el objetivo de este trabajo es explicar cuál fue el factor catalizador del aumento de la mortalidad en Rusia durante los primeros años de la transición, será necesario analizar cuál fue la evolución de esta variable tanto en la ex-URSS como en otros países que atraviesan o han atravesado procesos de transición.

En primer lugar se estudiará la evolución de la mortalidad en los PECO y la ex-URSS durante la segunda mitad del siglo XX, así como su posible vinculación con la rapidez e intensidad de las reformas. A continuación se hará referencia al contexto político, social y económico de Rusia durante los primeros años de la transición y se analizará la evolución de la mortalidad entre 1990 y 1994. Como se verá, a principios de los años 90 el aumento de la mortalidad ocasionado por enfermedades cardiovasculares y causas externas⁴⁹ fue muy significativo, especialmente entre las edades medias. En las secciones posteriores se estudiarán los diferentes determinantes que pudieron haber generado el incremento de la mortalidad observado en Rusia.

⁴⁹ Al hablar de causas externas se hace referencia a la mortalidad ocasionada por accidentes y violencia.

2. La evolución de la mortalidad en los PECO y la ex-URSS. Tendencias y causas

2.1 La mortalidad en los PECO y la ex-URSS durante la segunda mitad del siglo XX

Contrariamente a lo que sucedió en regiones como América Latina y Asia, la ex-URSS y los PECO constituyeron entre 1950 y 1980 una región única en términos epidemiológicos y demográficos. La mayor parte de las Repúblicas Soviéticas y los PECO siguieron un patrón similar en cuanto a evolución de la mortalidad⁵⁰.

Tras las mejoras generalizadas de los años 50, a partir de 1964 se inició en toda la región una tendencia ascendente de la mortalidad adulta que afectó principalmente a la franja de edad comprendida entre los 30 y los 69 años.

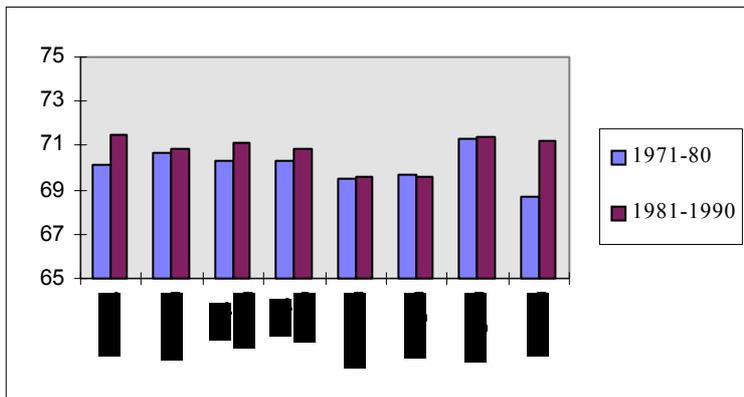
Mientras que a mediados de los años 60 la esperanza de vida en los PECO estaba tan sólo uno o dos años por debajo de la de los países más desarrollados, en los años 70 y 80 la tendencia fue claramente divergente y las diferencias no cesaron de agrandarse. Durante este periodo, en todos los países de Europa Occidental la mortalidad de los hombres disminuyó, mientras que en los PECO aumentó. No obstante, hay que destacar que el deterioro producido en los PECO se concentró en los hombres de edades medias

⁵⁰ No obstante, hay que señalar que pese a las similitudes, también se daban ciertas heterogeneidades. En los PECO del sur la mortalidad por accidentes era inferior a la del resto de países. Además, aunque las tasas elevadas de mortalidad cardiovascular eran generalizadas, el problema de las causas externas de mortalidad es más específico de Rusia. Por otro lado, es necesario señalar que en las Repúblicas de la ex-URSS de Asia Central el patrón era significativamente diferente dadas las particularidades culturales y económicas. En estos países - que no se encontraban en el mismo estadio de la transición epidemiológica que los PECO -, el menor grado de industrialización y de consumo de alcohol generó niveles inferiores de mortalidad por accidentes y enfermedades no transmisibles (Murray C y Bobadilla J.L, 1997).

ya que, en términos generales, la mortalidad de mujeres y niños disminuyó y la esperanza de vida aumentó⁵¹ (Gráfico 1)

GRÁFICO 1

Esperanza de vida en los PECO. 1971-1980; 1981-1990.



Fuente: Banco Mundial, 1996.

Pese a que en muchos otros países se han producido incrementos de la mortalidad adulta masculina en determinados periodos, la magnitud y duración de la tendencia en los PECO y la ex-URSS constituye un patrón único. Diversos estudios atribuyen dicho incremento a los estilos de vida y al deterioro ecológico (Feachem R, 1993; Janeckova H y Hnilicova H, 1992; Murray C y Chen, 1993; Nagorski A, 1993; Cockerham W, 1997). Según este punto de vista, pese a que estos factores de riesgo aumentaron en todos los países industrializados durante la segunda mitad del siglo XX, los PECO y la ex-URSS no se adaptaron al cambio epidemiológico y no desarrollaron medidas de promoción de la salud y atención primaria que frenaran la tendencia ascendente de la mortalidad. De forma más concreta, varios estudios hacen referencia a que los estilos de vida eran menos saludables en la RDA que en la RFA (Helmert V, Mielck A y Classen E, 1992; Lüschen G, Apelt D y Kunz G, 1993), lo cual habría contribuido a que entre 1971 y 1990 la esperanza de vida de los hombres en la RFA aumentara 5,2 años y en la RDA únicamente 1,1 (Cockerham W, 1997). Otros estudios muestran datos que reflejan un rápido aumento del consumo de cigarrillos y de alcohol en los PECO entre mediados de los 60 y los 80 (Eberstadt N, 1994).

⁵¹ Con la excepción de Hungría, donde la esperanza de vida tuvo una tendencia descendente.

Sin embargo, Watson argumenta en un detallado estudio que ni los estilos de vida ni el deterioro ecológico son *las principales* causas explicativas del aumento de la mortalidad ya que (Watson P, 1995)⁵²:

1. Según el programa MONICA de la OMS en el marco del cual se analizan los factores de riesgo cardiovasculares en diferentes países:

- aunque en los años 80 se dan niveles elevados de tabaquismo en los PECO, no se observa una dicotomía clara entre éstos y los países con economías de mercado en lo referente a consumo de tabaco.
- no se encontraron correlaciones entre la mortalidad cardiovascular y los niveles de colesterol y presión sanguínea en los PECO. Este hecho implica que la divergencia del patrón de mortalidad adulta masculina entre los PECO y los países de Europa occidental no se explica ni por la dieta, ni por la obesidad, ni por la falta de controles de la presión sanguínea. Además, aunque ciertamente en los años 70 y 80 aumentó el consumo de grasas en los PECO, esta tendencia también se dio en los países occidentales. De hecho, los países en los que más grasas se consumían eran Dinamarca, Suiza y Francia. Además, el PECO con mayor nivel de consumo de grasas era la RDA, donde el consumo se situaba 3.3 puntos por debajo del nivel de la RFA.

2. Es difícil argumentar que el consumo de alcohol explique el diferencial este-oeste ya que en Rumania se bebía menos alcohol que en Francia, y en la República Checa menos que en Bélgica.

3. Al analizar las regiones en las que se daban niveles especialmente elevados de polución ambiental, se observa que no eran necesariamente las áreas en las que la mortalidad fue mayor.

⁵² Para más detalles véase Watson P, "Explaining rising mortality among men in Eastern Europe". *Social Science and Medicine*. Nº 7. Pags: 923-934. 1995.

Una vez descartado el papel central de los estilos de vida y del deterioro medioambiental, Watson argumenta que los factores psicosociales jugaron un papel muy importante en el incremento de la mortalidad que tuvo lugar en los PECO y la ex-URSS desde mediados de los años 60. La incongruencia entre las aspiraciones crecientes de la población y las oportunidades reales para satisfacerlas habrían generado un aumento de la pobreza relativa originada por una mayor visibilidad de lo que sucedía "al otro lado"⁵³ que permitió a los habitantes de la URSS y la esfera soviética comparar su nivel de vida con el patrón occidental⁵⁴. Este hecho, sumado al estancamiento que caracterizó la economía de los PECO desde finales de los años 50, generó sentimientos de decepción y desesperanza que a su vez repercutieron sobre la salud y que se acentuaron a causa del escaso margen de maniobra de los individuos para hacer "algo" que permitiera modificar una situación percibida como insatisfactoria⁵⁵. Según un estudio realizado en Polonia (Titkow A, 1984), el 75% de la población estaba convencido de que los efectos de sus acciones estaban sujetos a "fuerzas fuera de su control". En este contexto de falta de control ("powerlessness"), la familia, como unidad de apoyo, se convirtió en un elemento crucial en el seno de una organización social de tipo neo-tradicional⁵⁶. En la misma línea, Wilkinson R.G argumenta que el diferencial de mortalidad este-oeste podría explicarse por la generalización del "familismo amoral"⁵⁷ y la desintegración de la vida pública que tuvo lugar en los años 70 y 80.

Un estudio comparativo realizado con una muestra de 200 hombres adultos de Suecia (Linköping) y Lituania (Vilnius) ayuda a clarificar las causas de una mayor incidencia de enfermedades del corazón en los PECO (Kristenson M et al., 1997, 1998a). Según los resultados de este estudio, los factores de riesgo tradicionales (tabaquismo, colesterol e

⁵³ Este argumento es paralelo y de sentido inverso a la explicación que Wilkinson R.G y Evans R ofrecen sobre el buen estado de salud de la población japonesa. Como se verá más adelante, según estos autores, el hecho de que la esperanza de vida se situara como la más elevada del mundo a medida que Japón se iba posicionando como potencia económica mundial, podría deberse a factores subjetivos relacionados con el éxito en términos relativos a nivel macro (Wilkinson R.G, 1996; Evans R et al., 1994).

⁵⁴ El hecho de que Albania, único país que permaneció aislado de la influencia occidental, presentara tasas de mortalidad adulta masculina un 50% por debajo de las de los demás PECO, apoya esta hipótesis (Watson P, 1995).

⁵⁵ Según los datos de una encuesta realizada en 1990, en Europa del Este la población percibía que tenía un nivel de control sobre la propia vida por debajo del que consideraban tener los habitantes de Europa Occidental. Citado por Carlson P, 1998. "Self perceived health in East and West Europe: Another European health divide". *Social Sciences and Medicine*. Nº 46 (10):1355-66.

⁵⁶ La organización social neo-tradicional se orienta hacia la supervivencia (hacia el "ir tirando") y se basa en la familia como unidad básica de apoyo.

⁵⁷ El "familismo amoral" hace referencia a la generalización de acciones que benefician a los miembros del grupo o familia pero que van en detrimento de los intereses generales de la sociedad.

hipertensión arterial) no explican el diferencial de mortalidad entre los dos países. Sin embargo, las variables de tipo psicosocial aparecieron como factores de gran relevancia ya que los hombres encuestados en Vilnius declararon mayores niveles de aislamiento social, tensión laboral, desesperanza y depresiones que los suecos, así como menores niveles de autoestima.

El hecho de que el incremento de la mortalidad sea un fenómeno claramente masculino⁵⁸ y concentrado en las edades medias⁵⁹ proporciona algunas pistas sobre el rol de los factores psicosociales. Tal como detalla Watson, el exceso de mortalidad masculina se concentra específicamente en la población no-casada que, dado el papel central de la familia en estas sociedades, sería más vulnerable al carecer de una unidad social de apoyo básica.

A modo de ejemplo, en el caso específico de Polonia entre 1970 y 1988, los cambios en las tasas de mortalidad de los hombres y mujeres casados fueron muy leves. Sin embargo, entre los hombres y mujeres divorciados los aumentos fueron sustanciales. También durante este periodo, en el caso de Hungría, los mayores aumentos de las tasas de mortalidad se concentraron en los hombres divorciados. Las personas casadas parecían estar de alguna manera “protegidas”.

En cuanto a la mayor vulnerabilidad de los hombres, Watson la explica en términos de la imposibilidad por parte de éstos de realizarse ya que durante la etapa soviética solían ocupar empleos en los que tenían pocas oportunidades de mostrar su capacidad de iniciativa u otras habilidades. El nivel de frustración sería mayor en los hombres que en las mujeres ya que éstas suplirían a través de su papel tradicional centrado en la familia “*la necesidad de hacer algo*”.

El hecho de que las variaciones de mortalidad sean diferentes en función del estado civil evidencia la *importancia de los factores de tipo social* ya que si la causa más importante

⁵⁸ La mortalidad de las mujeres durante el periodo de referencia disminuyó tanto en los países de Europa Occidental como en los PECO (con la excepción de Hungría). El caso de Alemania ejemplifica claramente la masculinización del proceso. Mientras que la ratio de mortalidad entre géneros con anterioridad a la división del país era similar en el Este y el Oeste; en 1990 la ratio de mortalidad masculina respecto a la femenina era muy superior en la ex-República Democrática Alemana.

⁵⁹ La mortalidad de hombres y mujeres de edades comprendidas entre 1-24 años disminuyó tanto en Europa Occidental como en los PECO.

fuera el medio ambiente o el descenso de ingresos, los efectos habrían repercutido de forma similar entre géneros y edades e independientemente del estado civil.

2.2 ¿Es letal la transición?

Al analizar el impacto de la transición sobre las tasas de mortalidad es importante señalar que la evolución desfavorable en términos de salud de los hombres adultos en los años 70 y 80 generó en los PECO y la ex-URSS un elevado grado de *vulnerabilidad* que pudo haber facilitado el rápido aumento de las tasas de mortalidad en determinados países que atraviesan o han atravesado periodos de “shocks” económicos, sociales y políticos.

Contrariamente a lo sucedido entre 1950 y 1990, a lo largo de la última década la evolución de la mortalidad en los PECO y la ex-URSS fue completamente distinta. En el Anexo I de esta sección (Pag 111) se han incluido diversos gráficos que muestran la evolución de las tasas estandarizadas de mortalidad en los diferentes PECO y las Repúblicas de la antigua Unión Soviética durante los primeros años de la transición. Del análisis de los datos se desprende que entre los PECO no se da ningún patrón específico en cuanto a la evolución de esta variable. A modo de ejemplo, mientras que entre 1989 y 1994 la mortalidad aumentó en un 2,2% en Hungría, ésta disminuyó en un 11,2% en la República Checa. Por el contrario, en las ex-repúblicas soviéticas, las tasas de mortalidad experimentaron una evolución más homogénea caracterizada por un incremento sustancial entre 1989 y 1994, seguido de una relativa recuperación entre 1995 y 1997⁶⁰. No obstante, hay que destacar que pese a la relativa mejora en la evolución de la mortalidad, en la mayoría de éstos países⁶¹ a finales de los años 90 no se habían recuperado los niveles anteriores a las reformas. Además, en muchos de los países de los que se dispone de datos correspondientes a 1999, se observa una reversión de la tendencia descendente a partir de dicho año⁶².

Según varios estudios (Banco Mundial, 1996; Sachs J, 1996; Shapiro J, 1995), en aquellos PECO en los que el proceso de transición fue más rápido y profundo se evitaron los incrementos de mortalidad. De esta manera, los países en los que la salud se

⁶⁰ Con la excepción de Bielorrusia.

⁶¹ Todos, salvo Estonia, Lituania, Armenia y Georgia.

⁶² Rusia, Bielorrusia, Ucrania y Azerbaiyán.

deterioró más serían aquellos en los que las reformas fueron más paulatinas. Sin embargo, un estudio reciente (Brainerd E, 1998), así como el análisis de datos correspondientes a los PECO y los NEI, contradicen esta hipótesis.

Si bien es cierto que en la mayoría de países en los que la transición fue más rápida y profunda la mortalidad disminuyó⁶³, la relación que asumen el Banco Mundial, Shapiro y Sachs entre velocidad / intensidad de las reformas y mortalidad no es real ya que como se observa en el Gráfico 2, aunque en los 5 países en los que la transición fue más rápida y profunda la mortalidad disminuyó durante el periodo de transición (con la excepción de Hungría); en la mayor parte de los países restantes la mortalidad aumentó sin que se observe ninguna correlación positiva entre el aumento de la mortalidad y la velocidad de las reformas. Además, hay que señalar que incluso en los países en los que disminuyó la mortalidad, se han identificado indicadores de salud muy desfavorables como el porcentaje de población que se estima que no sobrevivirá hasta los 60 años o el número de casos de Tuberculosis (PNUD, 1999).

Es también destacable que en algunos países en los que las reformas fueron rápidas y decididas como Estonia, Letonia y Lituania, los incrementos de mortalidad entre 1989 y 1994 fueran considerables (21,5%, 32,5% y 18,4% respectivamente⁶⁴), y que la mortalidad aumentara más en Estonia que en Lituania pese a que la liberalización fue mayor en el primer caso.

El caso de Estonia es ilustrativo ya que, aunque ocupa el 6º lugar en el ranking según el índice de liberalización elaborado por de Melo, Denizer y Gelb; entre 1989 y 1994 las tasas de mortalidad aumentaron un 21,5% (de Melo M, Denizer C y Gelb A, 1997). Además alcanzó la estabilidad macro-económica con la misma efectividad que Eslovenia, Polonia, Hungría, la Rep. Checa y la Rep. Eslovaca; lo cual evidencia que la estabilización económica “per se” tampoco explica las variaciones de mortalidad entre los diferentes países.

⁶³ Eslovenia, Polonia, República Checa y República Eslovaca. El caso de Hungría constituiría una excepción.

⁶⁴ Fuente: Base de datos de las OMS “Health for All”. <http://www.euphin.dk/hfa/phfa.asp>

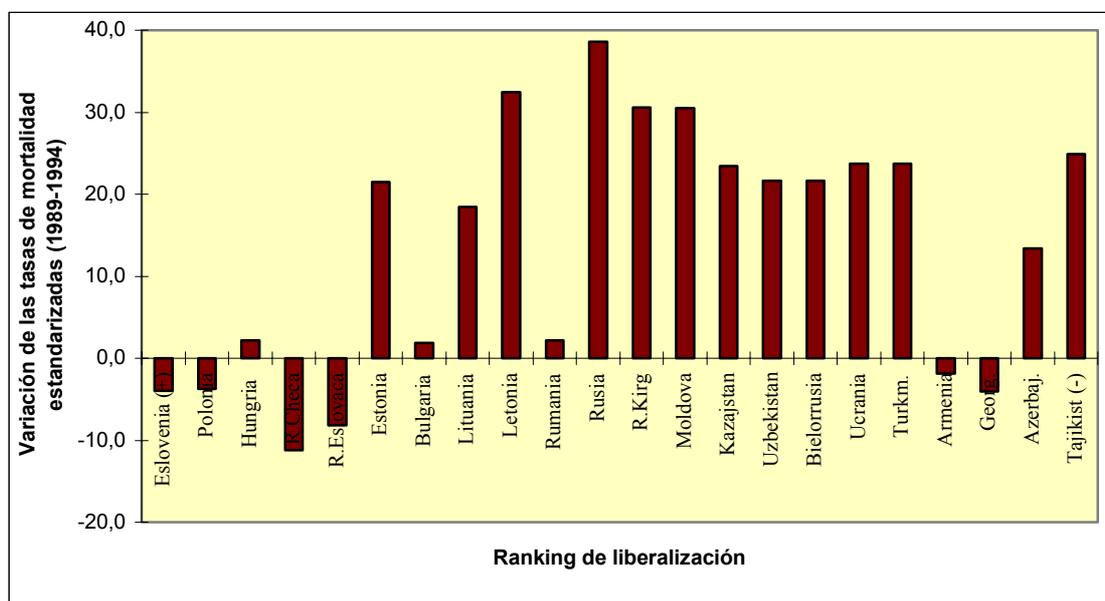
Por otro lado, el incremento de la mortalidad en países que, como Ucrania o Bielorrusia, introdujeron reformas más paulatinas, fue inferior al que tuvo lugar en otros países más liberalizadores como Rusia y Letonia.

Otro caso de interés es el de Hungría ya que, aunque en los años 80 la tendencia era similar a la de Polonia y los procesos de transición fueron de rapidez e intensidad similares, entre 1989 y 1994 la evolución de la mortalidad fue muy diferente. Mientras que en Polonia las tasas disminuyeron en un 3,7%, en Hungría aumentaron a una tasa del 2,2%. Una diferencia de tal magnitud entre países que partían de situaciones similares y en los que se alcanzó la estabilización macro-económica en el mismo periodo, evidencia que las variaciones entre países en cuanto a evolución de la mortalidad no se explican únicamente en términos de rapidez e intensidad de las reformas.

Además, tal como se observa en el Gráfico 2, entre los 5 países en los que las reformas fueron más rápidas no se observa una correlación que confirme la hipótesis del Banco Mundial, Sachs y Shapiro. Las mejoras en cuanto a tasas de mortalidad son mayores en la República Eslovaca que en Eslovenia aunque las reformas en este último país fueron más rápidas y profundas y la tendencia en los años 80 fue más favorable.

Gráfico 2

Variación de las tasas de mortalidad estandarizadas en los PECO y las Repúblicas de la antigua Unión Soviética entre 1989 y 1994



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la OMS. <http://www.euphin.dk/hfa/phfa.asp>

NOTA: los datos del eje horizontal han sido ordenados según un índice de liberalización elaborado por de Melo, Denizer y Gelb en 1997 que mide la duración e intensidad de las reformas desde 1989 en adelante. De esta manera, los primeros países representados son aquellos en los que la liberalización fue mayor mientras que Tayikistán sería el país donde el proceso de reformas fue más lento y menos profundo⁶⁵.

Finalmente, al analizar los datos agregados de 22 países en transición, Brainerd encuentra correlaciones positivas muy significativas entre tasas de mortalidad e indicadores de tensión psicosocial (tasas de criminalidad y de desempleo). Según esta investigadora, partiendo de un bajo nivel de salud entre la población, los aspectos desestabilizadores de tipo macro-económico (hiperinflación, descensos del PNB) y macro-social (aumento de la incertidumbre, desempleo) pueden deteriorar la salud de tal manera que se llegue a producir un aumento de las tasas de mortalidad⁶⁶. El impacto de la inestabilidad se acentuaría por el hecho de que en las décadas precedentes se había vivido en un entorno en el que se garantizaban unos mínimos en cuanto al nivel de vida y empleo.

⁶⁵ Para más detalles sobre la elaboración de este índice véase Brainerd E, "Market Reform and Mortality in Transition Economies". *World Development*. Vol.26. N°.11. Pags: 2013-2027. 1998.

⁶⁶ Como se verá más adelante, el estrés repercute sobre las enfermedades de tipo cardiovascular ya que produce reacciones fisiológicas que aumentan la propensión a enfermar. Por otro lado, facilita la adopción de estilos de vida poco saludables en cuanto a dieta, alcohol y tabaquismo, así como conductas hostiles y / o violentas.

Pese a que muchas otras variables son analizadas en el estudio, para el conjunto de los PECO, Brainerd encuentra correlaciones positivas particularmente significativas entre:

- Tasas de criminalidad y mortalidad cardiovascular masculina (en este caso la correlación es incluso superior a la existente entre la criminalidad y la mortalidad por causas externas, lo cual refleja la importancia de los canales psicosociales en el desarrollo de las enfermedades del corazón).
- Tasas de desempleo y mortalidad por enfermedades cardiovasculares y por causas externas.
- Porcentaje de empleo en el sector privado y mortalidad cardiovascular.
- Inflación y mortalidad total (la correlación es incluso superior para el caso de la mortalidad cardiovascular).

Estos resultados apuntan a que factores relacionados con el estrés y la tensión social jugaron un papel destacable en la evolución de la mortalidad en los PECO y la ex-URSS a principios de los años 90.

Es de particular relevancia la correlación positiva encontrada entre la inflación y la mortalidad cardiovascular - cuyo impacto es sobretodo perceptible con un año de posterioridad⁶⁷ - ya que muestra cómo la inestabilidad macro-económica puede repercutir sobre la salud incluso a muy corto plazo.

La influencia específica de éstas variables sobre la mortalidad cardiovascular induce a pensar que el estrés asociado a la vida cotidiana generado por la incertidumbre y el aumento de la tensión social, es una variable a tener en cuenta al analizar el impacto de los procesos de transición sobre la evolución de las tasas de mortalidad. Finalmente, es necesario señalar que no se puede concluir que en términos generales los procesos de transición hayan sido letales, ya que en algunos PECO y NEI no se observaron incrementos de las tasas de mortalidad entre 1989 y 1994.

⁶⁷ Según el análisis realizado por Brainerd, aunque se encuentra una correlación positiva significativa entre la evolución de la mortalidad y la inflación de un mismo año, la asociación es superior cuando se considera la tasa de inflación del año anterior (Brainerd E, 1998).

2.3 Conclusiones

Pese a que en los países de la órbita soviética la atención a la infancia se estableció como prioridad y se alcanzaron tasas elevadas de inmunización, se prestó menor atención a la salud de las edades medias las cuales paulatinamente fueron adoptaron estilos de vida poco saludables. Además, la escasez de recursos para adquirir medicinas y el deterioro medioambiental dieron lugar a una evolución desfavorable de la mortalidad. No obstante, el impacto de los estilos de vida y el medio ambiente sobre la mortalidad no fue tan importante como suele argumentarse. Según estudios recientes, factores de tipo psicosocial como la sensación de falta de control sobre la propia vida, la baja autoestima, la falta de motivaciones y la insatisfacción de expectativas, podrían explicar una parte importante del incremento de la mortalidad producido en los PECO y la URSS en los años 70 y 80.

En cuanto al impacto de las transiciones económicas sobre la salud *en términos generales*, podemos concluir que:

1. No existe una relación negativa entre la rapidez e intensidad de las reformas y la evolución de la mortalidad.

Entre los países que más avanzaron en el proceso de liberalización encontramos tanto casos en los que la mortalidad disminuyó (Rep. Eslovaca, Polonia, Eslovenia y Rep. Checa) como casos en los que ésta aumentó (Hungría, Estonia, Lituania y Letonia). Aunque podría argumentarse que la relación se cumple para algunos PECO, al ampliar el análisis a los países de la ex-URSS queda claro que en los países que más avanzaron en el proceso de liberalización⁶⁸ (Rusia, Kirguizia, y Moldavia) la mortalidad aumentó más que en los países en los que las reformas se introdujeron paulatinamente.

2. Aunque en determinados países la estabilización macro-económica estuvo acompañada por un descenso de la mortalidad a corto plazo, en muchos otros países

⁶⁸ Exceptuando los países Bálticos.

se produjeron incrementos significativos de la mortalidad *incluso una vez alcanzada la estabilidad macro-económica*. Este hecho apunta a que otros factores relacionados con el estrés y la tensión social repercutieron sobre la evolución de las tasas de mortalidad.

Como se desprende del estudio de Brainerd, las correlaciones positivas y significativas encontradas entre la mortalidad cardiovascular y los niveles de criminalidad y desempleo muestran que el estrés psicosocial es una variable a tener en cuenta al analizar el impacto de los procesos de transición sobre la salud. No deja de ser ilustrativo que a mediados de los años 90, los seis países con mayores tasas de suicidios en el mundo fueran Lituania, la Federación Rusa, Letonia, Estonia, Bielorrusia y Hungría.

Finalmente, hay que subrayar que dado que en algunos PECO y NEI no aumentó la mortalidad durante las reformas⁶⁹, no podemos concluir que las transiciones económicas en términos generales hayan sido letales. Este trabajo se centra en el *caso específico* de la transición que tuvo lugar en Rusia, dónde se dieron ciertas particularidades que, según se argumenta en este trabajo, generaron un proceso de desestructuración social que a su vez actuó como catalizador de la crisis de mortalidad.

3. El proceso de transición y la evolución de la mortalidad en Rusia

Una vez analizada la evolución de la mortalidad en los PECO y la ex-URSS y descartada la posible relación existente entre la rapidez e intensidad de las reformas y el deterioro de esta variable, se procederá a analizar con mayor detalle el caso específico de Rusia. Con el fin de entender el contexto en el que tuvo lugar el aumento de las tasas de mortalidad en este país, se hará en primer lugar una breve referencia a la naturaleza del proceso de reformas así como a los principales problemas que surgieron y que tienen relación con el objeto de esta investigación. Posteriormente, se analizará en detalle la evolución de la mortalidad a partir de 1965.

⁶⁹ Eslovenia, Polonia, República Checa, República Eslovaca, Armenia y Georgia.

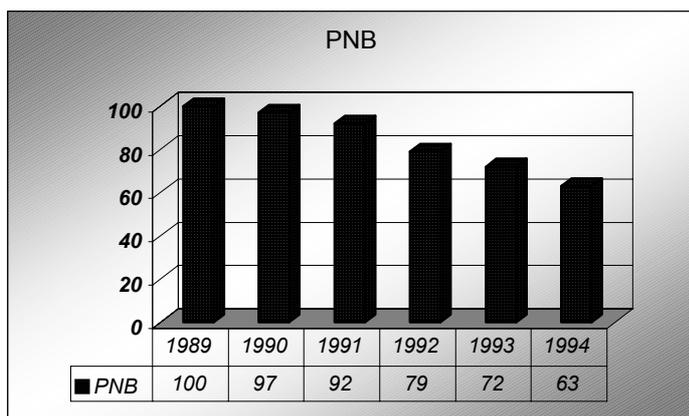
3.1 El proceso de transición en Rusia

Los acontecimientos que tuvieron lugar en Rusia tras la caída del muro de Berlín fueron de gran trascendencia política, social y económica. Entre éstos cabe destacar el golpe de estado de Agosto de 1991, la desintegración de la URSS en Diciembre de ese mismo año, la liberación de los precios en Enero de 1992⁷⁰, la decisión gubernamental de reducir los gastos estatales en programas sociales⁷¹ y la aprobación de una Constitución enormemente presidencialista en 1993.

En un principio se creyó que el programa reformista radical de Gaidar iba a vigorizar la economía de manera que tras un breve periodo de tiempo se compensarían los costes sociales de los primeros años. Sin embargo, el decrecimiento económico no fue seguido de una posterior recuperación de los indicadores económicos por encima de los niveles de 1989 (Gráfico 3).

Gráfico 3

Evolución del PNB. Federación Rusa. 1989-1994 (base 1989=100).



Fuente: Goskomstat, 1997.

⁷⁰ La liberalización de precios que tuvo lugar el 2 de Enero de 1992 afectó al 90% de los precios a los consumidores. El resto de precios se liberalizó el 7 de Marzo del mismo año.

⁷¹ Entre otras medidas, se reformaron los sistemas de pensiones y sanidad, los cuales pasaron a depender económicamente de fondos financiados por las empresas y los trabajadores en lugar de por los Presupuestos Generales del Estado.

Uno de los principales problemas del proceso de transición fue que se procedió a desmantelar totalmente un sistema, antes de que los mecanismos del nuevo modelo económico empezaran a funcionar. El sistema soviético, pese a sus deficiencias, hacía funcionar los engranajes del mecanismo económico. La continuidad de dicho sistema era inviable debido a que la ausencia de incentivos y la complejidad de la organización centralizada dieron lugar a serias desventajas respecto a las economías de mercado. Sin embargo, en la ex-URSS se desmanteló totalmente el sistema de planificación centralizada antes de que el mercado empezara a funcionar.

Otro problema importante que surgió a raíz del proceso de reformas fue el descenso del nivel de vida y el aumento de las desigualdades de ingresos. La liberalización de los precios y la disminución de los recursos destinados a programas sociales dio lugar a un proceso de empobrecimiento y polarización significativo.

Por otro lado, hay que destacar que afloró la heterogeneidad del país ya que la diversidad cultural del extenso territorio soviético había estado encubierta en los tiempos de la URSS. Conflictos como el de Chechenia⁷² revelan el alto grado de heterogeneidad existente y el potencial de problemas crecientes derivados del aumento de los flujos migratorios de las ex-repúblicas Soviéticas hacia la Federación Rusa.

Es también imprescindible mencionar que se generó un aumento de la criminalidad derivado de la inversión de valores, así como del desorden jurídico y administrativo.

Finalmente, problemas como el abuso de poder en unos casos, y la falta de liderazgo en otros, impidieron la consolidación de una democracia estable.

De esta manera, el proceso de transición se tradujo en tensiones sociales que como se argumentará en las secciones posteriores, repercutieron sobre las tasas de mortalidad ya que pese a la heterogeneidad geográfica, histórica, económica, religiosa, cultural y étnica

⁷²A finales de 1990 Chechenia proclamó su soberanía. Poco después se constituyó el Congreso Nacional del Pueblo Checheno presidido por Dzhojar Dudáev. En los comicios de Octubre de 1991 Dudáev obtuvo el 85% del respaldo popular pero el Kremlin no reconoció los resultados electorales. El 1 de Noviembre de ese mismo año Chechenia proclamó su independencia. Estos hechos desembocaron en un conflicto bélico entre 1994 y 1996 que finalizó con la derrota del ejército ruso, pero que resurgió en Octubre de 1999 dando lugar a la "segunda guerra de Chechenia".

de la ex-URSS, se generalizó en prácticamente todo el territorio una situación de pérdida de vidas humanas.

3.2 Evolución de la mortalidad y otros indicadores de la salud

Una vez descrita la naturaleza del proceso de transición y los principales problemas que surgieron, se analizará la evolución de los indicadores de salud haciéndose referencia tanto a la tendencia ascendente de la mortalidad durante el periodo 1965-1990, como a su acentuación en 1992, así como al descenso observado entre 1995 y 1998. Adicionalmente se analizará la evolución de la esperanza de vida al nacer y la morbilidad durante los primeros años de la transición.

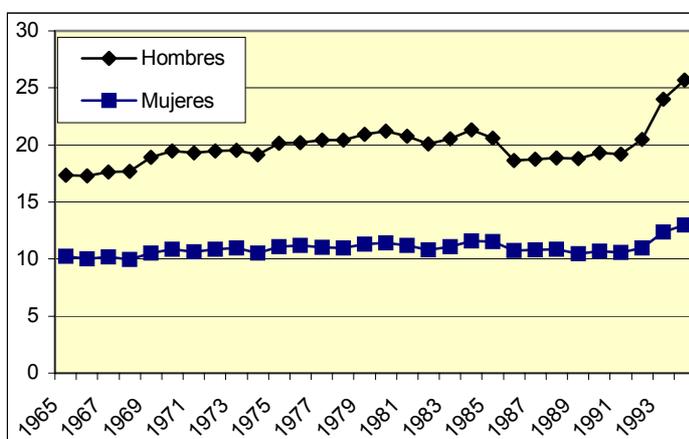
3.2.1 Mortalidad

3.2.1.1 La tendencia ascendente durante el periodo 1965-1994

Como puede observarse en el siguiente gráfico, aunque la evolución ascendente de la mortalidad en Rusia se remonta a mediados de los años 60, la tendencia se acentuó a partir de 1991. Se ha estimado que el exceso de mortalidad en relación con la tendencia de las décadas precedentes se sitúa entre 2 y 3 millones de personas (Shkolnikov V, 1997; Vishnevsky A et al., 1997).

Gráfico 4

Tasas de mortalidad estandarizadas. Federación Rusa. 1965-1994 (por 1.000 hab)

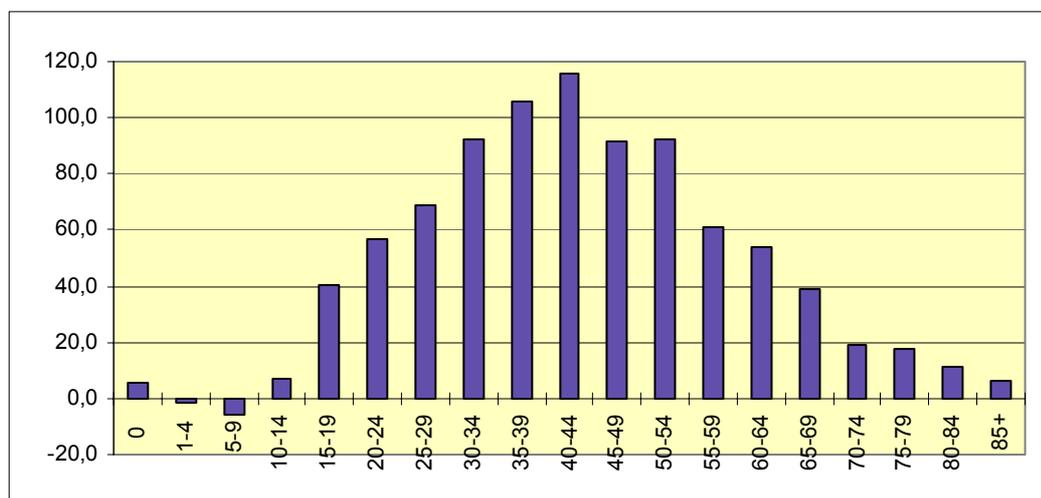


Fuente: INED, 1996.

Una de las características más relevantes del incremento de la mortalidad que tuvo lugar en Rusia durante la segunda mitad del siglo XX - y especialmente a principios de los años 90 - fue que afectó más a las edades medias que a las extremas. Entre 1989 y 1994, el incremento de la mortalidad masculina se concentró en las edades comprendidas entre los 30-54 años (Gráfico 5). Este hecho es de especial relevancia dado que en la mayoría de las crisis de mortalidad - exceptuando aquellas ocasionadas por el VIH/SIDA o los conflictos armados - las edades extremas (niños y ancianos), son las más afectadas.

Gráfico 5

Incremento porcentual de las tasas de mortalidad por edades entre 1989 y 1994. Federación Rusa. Hombres



Fuente: Elaboración propia en base a datos del INED, 1996.

Otra de las principales características del incremento de la mortalidad producido a principios de los años 90 es que, como puede observarse en el Gráfico 4, afectó más a los hombres que a las mujeres. No obstante, hay que señalar que aunque los incrementos de mortalidad se concentraron en los hombres, el proceso de reformas también repercutió sobre las mujeres ya que su esperanza de vida pasó de 74 años en 1989 a 71 en 1994. Es de especial relevancia el incremento de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares observado en el grupo de mujeres mayores de 45 años. Además, debe considerarse que las tasas de mortalidad son un indicador parcial del deterioro del estado de la salud ya que no reflejan la pérdida de calidad de vida que ocasionan las discapacidades y la morbilidad. A modo de ejemplo, entre las mujeres embarazadas, la

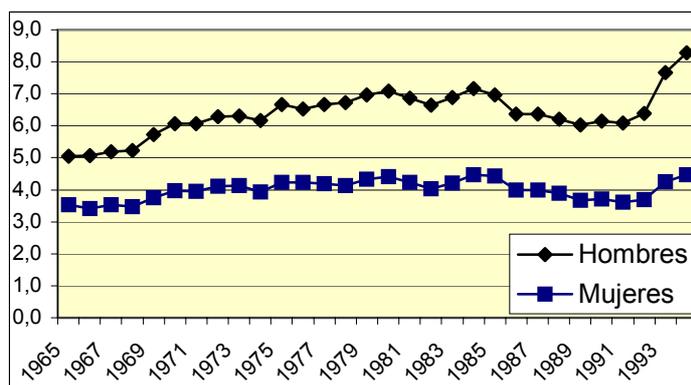
morbilidad por anemia pasó de 12,1% en 1990 a 25,5% en 1993 (Goskomstat; CDC, 1999).

Otro aspecto de gran relevancia es que las enfermedades cardiovasculares y las causas externas generaron la mayor parte de los incrementos de la mortalidad. Como puede observarse en el siguiente gráfico, aunque la mortalidad por enfermedades del corazón presentaba una tendencia ascendente desde 1965, coincidiendo con el inicio de las reformas se produjo un incremento de la mortalidad ocasionada por estas causas muy superior al de las décadas precedentes.

Pese a que el sistema de clasificación de causas de mortalidad en Rusia no era igual al internacional y algunos estudios indican que el registro de defunciones era en ocasiones poco exacto, existe acuerdo entre los demógrafos de que entre 1965 y 1993 las enfermedades del aparato circulatorio ocasionaron más del 50% del aumento de la mortalidad (Eberstadt N, 1994; INED, 1996; Anderson B y Silver B, 1997; Chenet L y Telishevskaja M, 2000).

Gráfico 6

Tasas de mortalidad estandarizadas por enfermedades del corazón. Federación Rusa. 1965-1994. (por 1.000 hab)

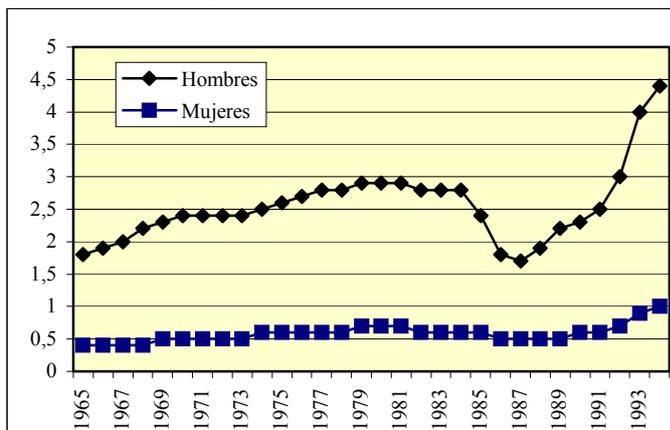


Fuente: INED, 1996

En cuanto a la mortalidad por causas externas, Rusia tiene una de las tasas más elevadas del mundo. Pese a que los niveles ya eran superiores a los de otros países con anterioridad a las reformas, a principios de la década de los 90 se produjo un aumento más pronunciado, especialmente entre los hombres (Gráfico 7).

Gráfico 7

Tasas de mortalidad estandarizadas por causas externas. Federación Rusa. 1965-1994 (por 1.000 hab)



Fuente: INED, 1996.

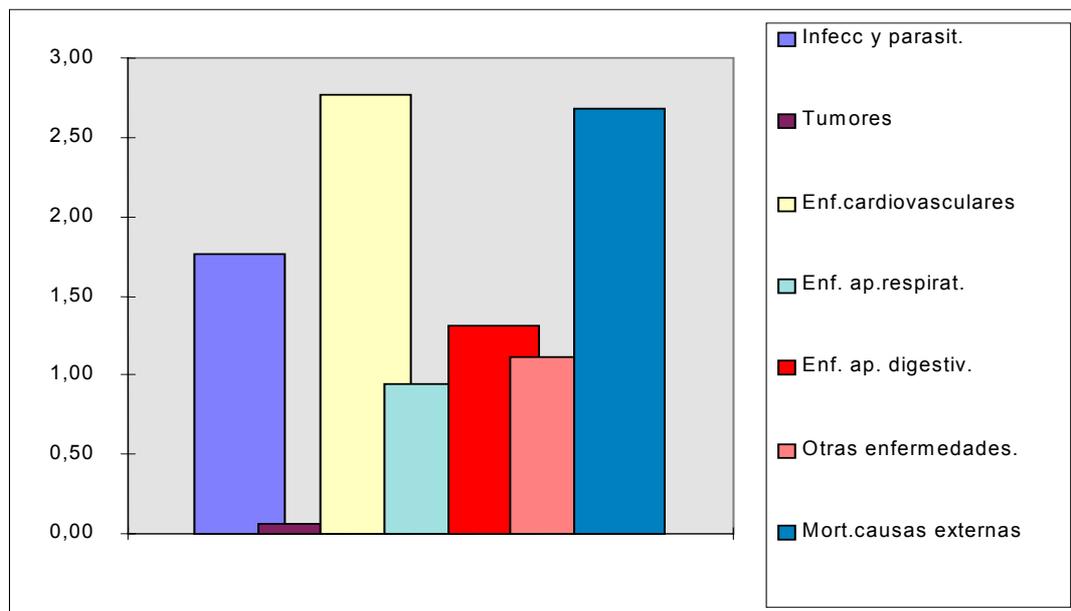
Es destacable que en 1993 los homicidios, suicidios y envenenamientos ocasionaran una gran parte del incremento de la mortalidad entre los hombres adultos. Sin embargo, respecto a la mortalidad por accidentes de tráfico, la escasez energética hizo que éstos no jugaran un papel primordial en los incrementos de mortalidad por causas externas. En relación con los accidentes laborales éstos no experimentaron un incremento sustancial ya que el empleo aumentó en sectores de bajo riesgo físico como las finanzas y el comercio mientras que disminuyó en el sector industrial y la construcción donde los accidentes suelen ser más frecuentes.

Algunos autores afirman que el aumento de la mortalidad por causas externas no estuvo únicamente ligado al consumo de alcohol ya que podría deberse además al “shock” de las reformas económicas, el deterioro del nivel de vida, el declive del sistema policial autoritario, el aumento de oportunidades para el crimen y la violencia étnica y política (Shkolnikov V, Meslé F y Vallin J, 1997).

Como puede observarse en el Gráfico 8, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y causas externas fue la que contribuyó en mayor proporción al incremento total de mortalidad entre 1989 y 1994.

Gráfico 8

Contribución de 7 grandes grupos de causas al incremento total de la mortalidad masculina entre 1989 y 1994. Federación Rusa

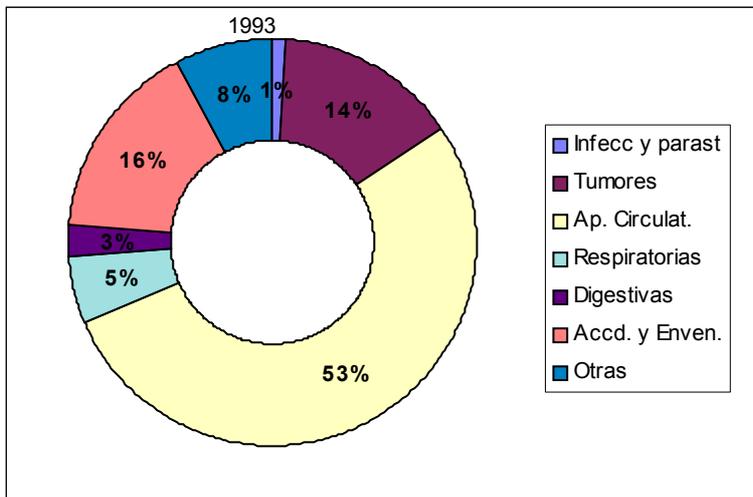


Datos: elaboración propia en base a datos del INED, 1996.

No obstante, no hay que olvidar la importancia de otras causas de mortalidad como los tumores que, pese a no experimentar un aumento sustancial durante el periodo de transición, se sitúan como la tercera causa de mortalidad (Gráfico 9). Hay que tener en cuenta que es posible que los tumores no experimentaran aumentos significativos como consecuencia del incremento de la mortalidad prematura ocasionada por otras causas.

Gráfico 9

Distribución de la mortalidad por causas. Federación Rusa. 1993 (como % del total de defunciones)

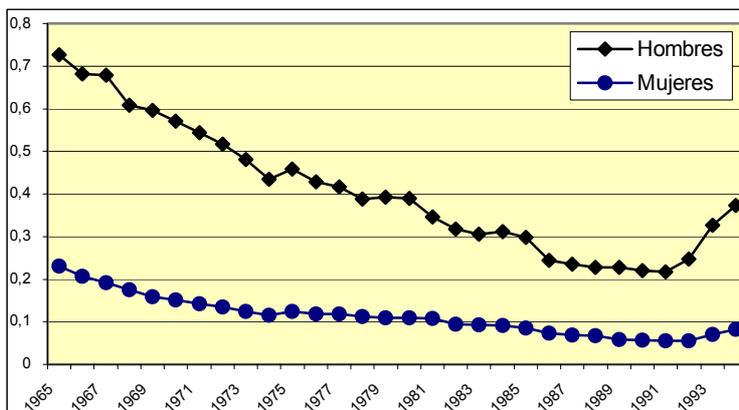


Fuente: Goskomstat, 1994b.

Es necesario señalar que también se produjo un aumento sustancial de la mortalidad ocasionada por enfermedades infecciosas y parasitarias⁷³. Este hecho es significativo ya que en las décadas precedentes la tendencia había sido decreciente. Además, la mortalidad por enfermedades del aparato digestivo experimentó un aumento considerable a partir de 1991. También es significativo que emergieran nuevamente enfermedades que, como la difteria, ya habían sido erradicadas.

Gráfico 10

Tasas de mortalidad estandarizadas por enfermedades infecciosas y parasitarias. 1965-1993. (por 1.000 hab)



Fuente: INED, 1996.

⁷³ Tuberculosis, Cólera, Fiebre Tifoidea, Disentería, Infecciones Intestinales, Difteria, Poliomieltis, Rubéola, Tifus, Sífilis, Hepatitis etc.

En cuanto a la distribución de la mortalidad en función del nivel educativo, según datos de *Centro de Investigación Estatal de Medicina Preventiva* de Moscú, existe un gradiente claro. La mortalidad en los niveles de educación superiores, es inferior para los diferentes grupos de edad y para las diferentes causas.

Es importante señalar que el aumento de las tasas de mortalidad descrito fue real y no una consecuencia de cambios estadísticos ya que en caso de que el contexto de crisis política y económica hubiera afectado a los procedimientos y la calidad de recogida de los datos, la tendencia hubiera sido a registrar menos defunciones de las reales. Sin embargo, los datos reflejan un aumento de las tasas de mortalidad. Además, aunque la clasificación por causas de defunción se modificó a lo largo del tiempo en la URSS, los datos utilizados fueron ajustados por investigadores del INED teniendo en cuenta dichos cambios, de manera que no es posible que las variaciones de la mortalidad de los años 90 se deban a cambios en la clasificación de la mortalidad por causas. Finalmente, como se ha mencionado anteriormente, según diferentes investigadores que han analizado el tema profundamente, no hubo una sobreestimación de la mortalidad cardiovascular a principios de la década de los 90. De hecho, hay acuerdo entre los demógrafos de que se trató de un aumento real (Eberstadt N, 1994; INED, 1996; Anderson B y Silver B, 1997; Chenet L y Telishevskaya M, 2000).

3.2.1.2 El cambio de tendencia a partir de 1995

A partir de 1995 la mortalidad empezó a disminuir. Las mejoras entre 1995 y 1997 son atribuibles a la reducción de las causas externas así como de las enfermedades respiratorias y del aparato circulatorio. Al igual que el incremento de mortalidad producido desde 1991, el descenso observado a partir de 1995 se concentró en los hombres lo cual generó una reducción importante del diferencial de mortalidad entre géneros. Según datos de la OMS, en 1995, rompiendo con la tendencia anterior, las enfermedades coronarias empezaron a descender y entre 1994 y 1997 el único tipo de mortalidad que aumentó fue el ocasionado por enfermedades infecciosas y parasitarias.

Tabla 1

Variación de la mortalidad por enfermedades del corazón y causas externas. Federación Rusa. 1994 -1996.

	Enf. del corazón	Externas
Hombres	- 14.3%	- 19.5%
Mujeres	- 9.7%	-16 %

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la OMS.

Es destacable el hecho de que, además, entre 1994 y 1995 se produjera un descenso de la mortalidad infantil (CDC, 1999).

Sin embargo, en 1998, coincidiendo con el nuevo colapso de la economía, las tasas de mortalidad experimentaron una reversión de la tendencia descendente (OMS) (véase Anexo II. Pag. 123).

3.2.1.3 Comparación con otros países

Aunque el aumento de la mortalidad producido en Rusia a principios de los años 90 no tiene ningún antecedente histórico en tiempos de paz y en ausencia de hambrunas o epidemias a gran escala, existen algunas características semejantes a las de otros países.

Al comparar la estructura de la mortalidad por edades en Rusia con la de otros países se observa que el aumento de la mortalidad en los hombres de edades medias no es una peculiaridad Rusa. De hecho, el patrón de mortalidad por edades ruso es similar al de otros países como Finlandia, Hungría y Francia. Sin embargo, el salto central en Rusia es mayor y se produce en edades más jóvenes a causa de la elevada mortalidad por causas externas, lo que hace que el patrón más similar al ruso sea el de la población no blanca de Estados Unidos. Este hecho pone en evidencia la existencia de determinadas características del entorno social en los ghettos estadounidense que se encuentran también en la sociedad post-soviética: servicios públicos deteriorados, escasas y desfavorables oportunidades de trabajo, desesperanza, sensación de falta de control sobre la propia vida, desestructuración familiar etc.

3.2.2 Esperanza de vida

Como puede observarse en la tabla presentada a continuación, entre 1989 y 1994 se produjo un descenso significativo de la esperanza de vida al nacer tanto entre las mujeres como entre los hombres, siendo mucho más acusado entre estos últimos.

Tabla 2

Esperanza de vida al nacer. Federación Rusa. 1989-1994

	Hombres	Mujeres
1989	64.2	74.6
1990	63.8	74.4
1991	63.6	74.4
1992	62	73.8
1993	58.9	71.9
1994	57.5	71

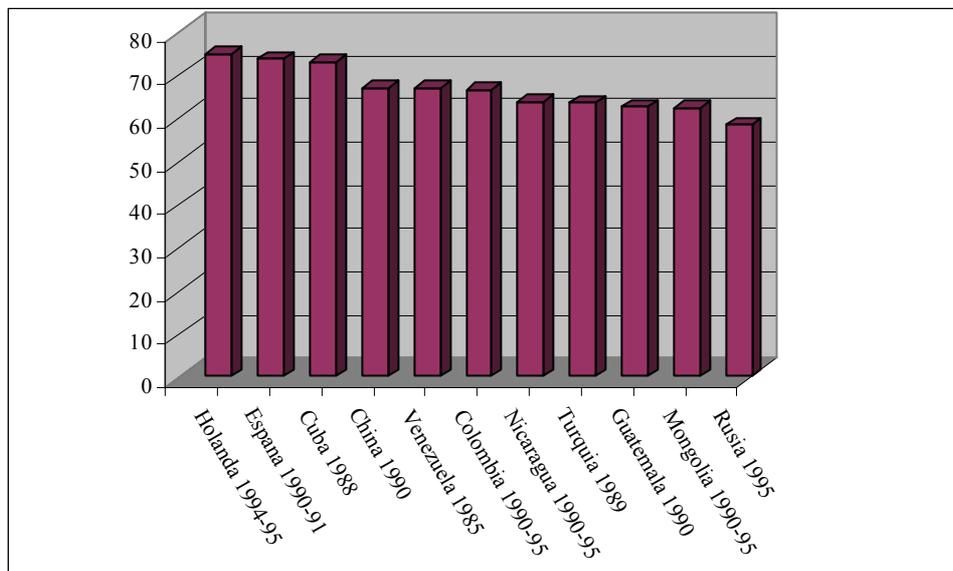
Fuente: INED, 1996.

Es de particular relevancia que se produjera una disminución de 3 años en la esperanza de vida de los hombres entre 1992 y 1993. De esta reducción, 1.3 años fueron atribuibles al aumento de la mortalidad por accidentes y violencia y 1.1 año fue debido al incremento de la mortalidad por enfermedades del corazón (Meslé F y Skolnikov V, 1995).

Al realizar comparaciones internacionales, se observa que a mediados de los años 90 la esperanza de vida de los hombres en Rusia se situó por debajo de la de países como Turquía, Colombia, Guatemala o Nicaragua (Gráfico 11)

Gráfico 11

Esperanza de vida al nacer de los hombres en diferentes países. 1988-1995



Fuente: NN.UU, 1996

Aunque la mayor longevidad de las mujeres es una generalidad aplicable a la mayor parte de países, a mediados de los años 90 el exceso de mortalidad masculina en Rusia se situó entre los mayores del mundo al haber un diferencial de 14 años entre hombres y mujeres. Como se ha mencionado en la presentación de este trabajo, el impacto de la transición sobre la salud de las mujeres es una cuestión que, dada la complejidad del tema y la necesidad de restringir el objeto de estudio, quedará fuera de esta investigación.

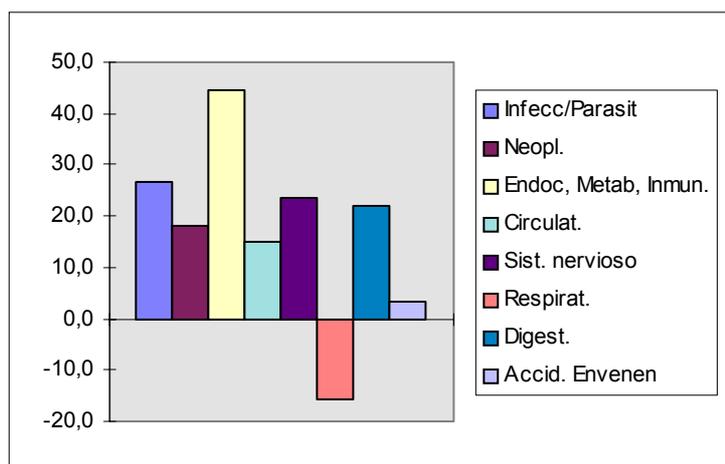
3.2.3 Morbilidad

Para entender cuál fue el impacto de los primeros años de la transición sobre la salud es necesario tener en cuenta la evolución de la morbilidad dadas las grandes diferencias en cuanto a letalidad de las distintas causas de enfermedad. Como se ha señalado en la presentación de este trabajo, restringir el análisis a la mortalidad nos lleva a sobreestimar la importancia de causas externas como las acciones violentas - cuya letalidad es muy elevada - y a subestimar enfermedades de baja letalidad pero que tienen importantes repercusiones en cuanto a calidad de vida.

Durante los primeros años de la transición, las tasas totales de morbilidad no experimentaron cambios sustanciales. En términos generales puede decirse que entre 1990 y 1994 la morbilidad apenas varió⁷⁴. El análisis de las variaciones en términos relativos de la morbilidad por causas ayuda a complementar el análisis. Como se observa en el siguiente gráfico, aunque la variación total entre 1990 y 1994 no fue sustancial, sí que hubo algunos cambios en la incidencia de determinadas enfermedades. Es de particular relevancia para nuestra hipótesis, que los mayores aumentos de la morbilidad se produjeran por enfermedades del sistema endocrino, metabólico e inmune ya que, como se ha presentado en la Figura 3, se trata de un tipo particular de morbilidad muy vinculada al estrés. Además, las enfermedades del sistema nervioso, junto con las infecciosas y las digestivas también experimentaron aumentos significativos. Es destacable que este último tipo de enfermedad haya sido identificado como uno de los más sensibles al estrés psicosocial (Dodge D y Martin W, 1970). Por otro lado, también existen estudios que muestran que el estrés puede generar un debilitamiento del sistema inmune que a su vez dé lugar a aumentos en las enfermedades infecciosas. No obstante no hay que olvidar que estas últimas están fundamentalmente relacionadas con el nivel de vida motivo por el cual suelen ser clasificadas como “enfermedades de pobreza”.

Gráfico 12

Variación relativa de la morbilidad por diferentes causas entre 1990 y 1994. Federación Rusa.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Goskomstat, 1996.

⁷⁴ Según datos del Goskomstat, entre 1990 y 1994 la morbilidad pasó de 651,2 a 653,2 por 1.000 hab., lo cual equivale a una tasa de variación del 0,3%.

3.3. Conclusiones

Como se ha analizado en detalle en esta sección, los primeros años del proceso de transición en Rusia estuvieron acompañados por un incremento de las tasas de mortalidad. Si embargo dicho aumento de la mortalidad no se distribuyó de forma homogénea entre la población ya que fue particularmente pronunciado entre los hombres de edades medias. Además, no afectó por igual a las diferentes causas de mortalidad ya que aunque las enfermedades del corazón y las causas externas experimentaron incrementos considerables otras causas de mortalidad como los tumores apenas aumentaron.

En cuanto a la evolución de la morbilidad, aunque no se produjo un aumento sustancial, las enfermedades del sistema endocrino, metabólico e inmune así como las del sistema nervioso experimentaron incrementos considerables. Además, la prevalencia de enfermedades infecciosas, parasitarias y digestivas también aumentó.

La posibilidad de que el incremento de la mortalidad sea atribuible al proceso de reformas debe ser analizada con mayor detalle ya que según se desprende del análisis realizado en la primera parte de esta sección, en otros países en transición la mortalidad no aumentó, lo cual descarta que en términos generales los procesos de transición hayan sido letales.

En la siguiente sección se analizará detalladamente cómo los diferentes determinantes de la salud pudieron haber contribuido al incremento de la mortalidad observado en Rusia a principios de los años 90.

PARTE IV

ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES DE LA MORTALIDAD

PARTE IV. Análisis de los determinantes de la salud y la mortalidad

1. Introducción

Como se ha analizado en la sección anterior, los primeros años del proceso de transición en Rusia se caracterizaron por una serie de problemas económicos, sociales y políticos de gran envergadura que fueron acompañados por un incremento importante de las tasas de mortalidad. En esta sección se analizarán las posibles explicaciones de este incremento.

Empezando por descartar la posibilidad de que la crisis de mortalidad de principios de los años 90 fuera fruto de la continuidad de una tendencia previa, se irá argumentando que ni los cambios en los estilos de vida (tabaco, dieta, ejercicio físico, alcohol), ni los aspectos *básicamente* de tipo “material” (deterioro del sistema sanitario, descenso del nivel de ingresos, deterioro medioambiental), ofrecen una explicación satisfactoria al aumento de la mortalidad. Finalmente, se argumentará que es necesario analizar otros posibles factores explicativos *de tipo psicosocial* que podrían haber actuado como catalizadores, generando el incremento de la mortalidad a corto plazo observado entre 1990 y 1994.

2. Continuación de la tendencia iniciada en 1965

2.1 Los logros y deficiencias del sistema sanitario durante la etapa soviética

A principios del siglo XX, Rusia era un país en el que la mala nutrición y la pobreza facilitaban la expansión de enfermedades infecciosas. El retraso del país en la transición demográfica⁷⁵, las guerras entre 1914 y 1920 y la hambruna de 1933, hicieron que el patrón de mortalidad fuera el propio de las sociedades preindustriales caracterizado por tasas de mortalidad infantil extremadamente elevadas, estacionalidad, y predominio de enfermedades transmisibles.

En 1919, año en el que las epidemias alcanzaron su máximo nivel, Lenin estableció como prioridad la lucha contra las enfermedades transmisibles. Con la llegada de Stalin al poder en 1929 y el establecimiento de la industrialización como prioridad en la URSS, el sistema sanitario fue percibido como la forma de garantizar la capacidad de trabajo de la fuerza laboral. Durante este periodo se crearon las unidades sanitarias-epidemiológicas cuyas principales funciones eran supervisar el estado medioambiental y establecer controles del estado nutricional y de la salud infantil. Además se generalizaron los programas de inmunización así como las clínicas situadas en el lugar de trabajo (*Medsanchast*) cuyo objetivo era garantizar el acceso a los servicios de salud minimizando el tiempo de búsqueda de los mismos.

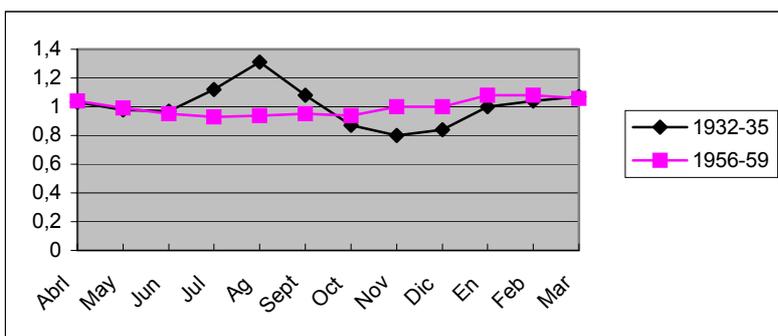
⁷⁵ La transición demográfica es el proceso a través del cual el perfil epidemiológico de una sociedad supera el predominio de las enfermedades infecciosas y parasitarias gracias a las mejoras en el saneamiento, la inmunización y la alimentación, pasándose a una situación en la que predominan las enfermedades no transmisibles.

Aunque el sistema era excesivamente centralizado y burocratizado, la evolución de los indicadores de salud fue favorable. De hecho, durante los años 40 y 50 los avances fueron espectaculares y la esperanza de vida pasó de 46,9 años en 1938 a 68,6 en 1958.

Gracias al uso de antibióticos y la organización de vacunaciones masivas, se lograron avances importantes en la lucha contra las enfermedades infecciosas. Las tasas de mortalidad infantil experimentaron una mejora sustancial y se redujo la estacionalidad de invierno y verano ocasionada por enfermedades respiratorias y alimenticias respectivamente. Como puede observarse en el siguiente gráfico, la estacionalidad de verano consiguió eliminarse completamente.

Gráfico 13

Índice mensual de mortalidad⁷⁶. Federación Rusa. 1932-35; 1956-59.



Fuente: Shkolnikov V y Meslé F, 1996.

Según algunos estudios sobre las repúblicas de Asia Central - pese al elevado porcentaje de mortalidad por enfermedades transmisibles característico de la región - la difteria y el sarampión no presentaron tasas elevadas, lo cual es un buen indicador de la efectividad de los programas de inmunización soviéticos (Murray C y Bobadilla J.L, 1997).

Sin embargo, el sistema sanitario soviético no fue capaz de adaptarse a los *cambios epidemiológicos*⁷⁷ ya que no alcanzó logros similares en la lucha contra las enfermedades

⁷⁶ Meslé F y Shkolnikov V calculan el índice mensual según la siguiente fórmula:
Índice mensual = (variación estacional + tendencia)/ tendencia.

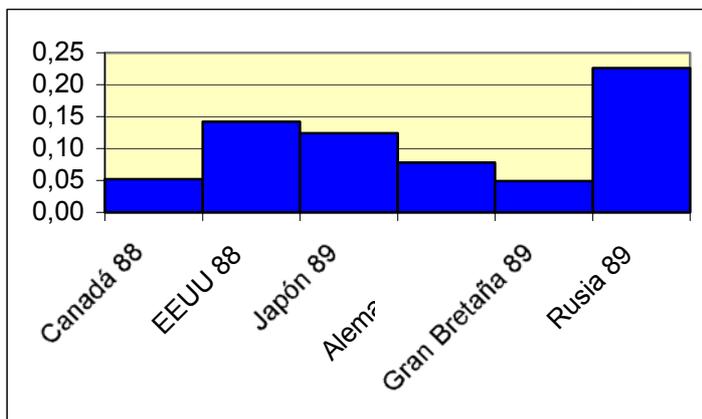
⁷⁷ Es decir, al aumento de la incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles como las del aparato circulatorio.

no-transmisibles. A mediados de los años 60, las mejoras en cuanto a enfermedades infecciosas dejaron de compensar la tendencia negativa de la mortalidad ocasionada por enfermedades crónicas y causas externas. Además, durante el periodo de estancamiento de Brezhnev (1964-1982) el sistema sanitario afrontó graves problemas financieros. Como consecuencia, la diferencia en cuanto a esperanza de vida respecto a los países occidentales - que se había ido reduciendo paulatinamente desde el final de la segunda guerra mundial - empezó a aumentar. A partir de 1985, la mortalidad adulta masculina alcanzó niveles extremadamente elevados. Las principales causas de mortalidad eran los desórdenes cerebrovasculares, las enfermedades isquémicas del corazón, el cáncer de pulmón, los envenenamientos accidentales, los suicidios y los homicidios. De esta manera, en 1990 la esperanza de vida de los hombres en Rusia se situó 10 años por debajo de la media de los países de Europa Occidental.

Como puede observarse en el gráfico presentado a continuación, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares a finales de los años 80 era muy superior a la de otros países industrializados.

Gráfico 14

Mortalidad por Enfermedades Cardiovasculares en diferentes países. Hombres. Años de referencia: 1988, 1989. (por 1000 hab.)



Fuente: Ministerio de Sanidad de la Federación Rusa, 1994.

Al analizar el sistema sanitario soviético encontramos ciertas contradicciones tanto en lo relativo a la universalidad y gratuidad de los servicios como en lo referente a las relaciones inputs / outputs.

Si bien por un lado la URSS ocupaba el primer lugar en el ranking mundial en cuanto a número de médicos⁷⁸ y camas de hospital por habitante⁷⁹, a partir de mediados de los años 60, los indicadores de salud no fueron satisfactorios y experimentaron un deterioro paulatino.

Las principales deficiencias del sistema sanitario soviético durante el periodo comprendido entre 1965 y 1989 fueron tanto de carácter económico como organizativo.

En primer lugar, hay que señalar que el porcentaje de PNB destinado a salud fue decreciente ya que la atención sanitaria en la URSS no fue considerada un área prioritaria al distribuir el presupuesto estatal. La proporción de los presupuestos del estado destinada a este ámbito se redujo de un 6,6 % en 1960 a un 4,6 % en 1985 (Goskomstat, 1987).

La escasez de recursos financieros repercutió sobre la calidad de los servicios ya que los salarios eran bajos, los equipos estaban obsoletos, la infraestructura básica de los centros médicos era insuficiente⁸⁰ y la disponibilidad de suministros y medicinas escasa.

Otra de las deficiencias del sistema sanitario soviético, es que no se distribuyeron apropiadamente los recursos. La actividad de los médicos se concentró en los hospitales, que pese a tratarse de los centros sanitarios más costosos eran considerados como la pieza central del sistema. Los estudios realizados al respecto coinciden en que se enfatizó la atención secundaria en detrimento de la medicina de familia⁸¹ (Navarro V, 1977; Barr D.A, 1995; Korotkov Y et al., 1995; Ryan M y Stephen J, 1996). Aunque existía personal paramédico (“feldsher”⁸²) que proveía atención primaria en las policlínicas, éstos sólo tenían dos años de formación superior (Schultz D.S y Rafferty M, 1990). Además, la medicina preventiva y la promoción de la salud

⁷⁸ El número de médicos por 10.000 habitantes en 1988 era de 42,7 mientras que en Francia era de 22,9 y en EE.UU. de 25,7 (Kahn M, 1988).

⁷⁹ El número de camas de hospital por 10.000 habitantes en 1988 era de 130 mientras que en Francia era de 102 y en EE.UU. de 55,5 (Kahn M, 1988).

⁸⁰ Según Chazov, Ministro de Sanidad del Gobierno de Gorbachov, “Sólo en el 35% de los hospitales rurales hay provisión de agua caliente. En un 27% no hay sistema de alcantarillado y en un 17% no hay agua corriente” (Citado por Ryan M, 1987:653).

⁸¹ No fue hasta 1992 que el Ministerio de Sanidad promulgó un decreto sobre la organización de la atención primaria basado en la medicina general (Korotkov et al., 1995).

⁸² Los “feldsher” eran ayudantes de médicos cuya formación era fundamentalmente de tipo práctico.

no fueron aspectos prioritarios (Schultz D.S y Rafferty M, 1990). De hecho, no se diseñaron programas activos para reducir los factores de riesgo de las enfermedades no-transmisibles y los accidentes.

Por otro lado, la organización centralizada impedía mecanismos de control local y generaba excesiva burocratización. Además, no existía ningún sistema de monitoreo de la calidad de los servicios, no se desarrolló la industria farmacéutica y en términos generales, la población no era receptiva a los programas de promoción de la salud de las autoridades locales.

Es también destacable que, pese al principio de igualdad, no existía equidad en cuanto al acceso y la calidad de los servicios ya que había un sistema sanitario paralelo para las elites (Schultz D.S y Rafferty M, 1990). Según algunos investigadores, el 50% del presupuesto se destinaba al denominado “4º departamento” del Ministerio de Sanidad el cual proveía servicios sanitarios al 1% de la población (Barr D.A y Field M, 1996).

También hay que considerar que existían desigualdades regionales importantes ya que la calidad de la asistencia médica en las ciudades era superior a la de las áreas rurales lo cual hizo que la mortalidad por enfermedades evitables fuera muy superior en éstas últimas. Además, pese al principio de gratuidad, una gran cantidad de servicios acababan teniendo una contrapartida económica o en especie en forma de “donaciones” que garantizaban el acceso a los servicios (Schultz D.S y Rafferty M, 1990).

En cuanto a la profesión médica, ésta fue relegada a una posición de bajo estatus y bajo salario⁸³ característica de las ocupaciones “no productivas” ya que, aunque desde 1964 aumentaron los salarios en el sector médico, los incrementos fueron inferiores a los que se dieron en otros sectores de actividad (Kanh, 1988).

Hay que tener en cuenta que el funcionamiento del sistema sanitario no fue el único determinante que generó un deterioro de los indicadores de salud a partir de 1965 ya que otros factores como el deterioro medioambiental o los cambios en los estilos de vida jugaron un papel muy significativo.

⁸³ Los salarios de los médicos equivalían aproximadamente a un 80% de los salarios de los trabajadores industriales.

En la Unión Soviética, la situación del medio ambiente estaba muy degradada. El 40% de la población urbana vivía en un entorno con niveles de polución ambiental elevados (Tulchinsky T y Varavikova E, 1996). Pese a la existencia de estaciones sanitarias-epidemiológicas y centros de investigación medioambiental, su poder era escaso frente al peso de la industria estatal. Además, hasta principios de los años 90, no aparecieron grupos de presión que reaccionaran en favor de la defensa del medioambiente.

En cuanto a los estilos de vida, éstos evolucionaron de manera poco favorable para la salud. La política soviética antitabaco fue débil e inefectiva y el consumo de cigarrillos experimentó una tendencia ascendente. Los programas ni se planificaban ni se implementaban de manera satisfactoria (Murray C y Bobadilla J.L, 1997) ya que solían ser cortos e inefectivos. Por otro lado, el elevado porcentaje de personal sanitario fumador facilitó la generalización de la tolerancia social hacia el tabaco. En cuanto al consumo de alcohol, tanto los niveles de consumo, como los patrones y el tipo de bebida consumida, favorecieron el desarrollo de enfermedades crónicas así como la mortalidad por causas externas. Por último, es importante mencionar que la dieta era poco saludable, ya que el consumo de grasas era elevado y la oferta de verduras y frutas era limitada tanto en cantidad como en variedad.

2.2 ¿Es la crisis de mortalidad de principios de los años 90 una continuación de la tendencia previa?

En ocasiones se ha atribuido al deficiente funcionamiento del sistema soviético la crisis de mortalidad que afectó a los países de la ex-URSS durante la primera mitad de la década de los 90 (Meslé F y Shkolnikov V, 1995). De hecho, con anterioridad al proceso de reformas, la esperanza de vida al nacer de los hombres se situaba 10 años por debajo de la media de los países occidentales y la mortalidad por enfermedades del corazón era muy superior.

Adveev et al. sugieren que el incremento de la mortalidad de principios de los 90 fue en parte una consecuencia de la campaña anti-alcohol de mediados de los 80 (Adveev et al., 1997). Según estos autores, la campaña hizo que un sector de la población no estuviera sometido al factor de riesgo “consumo de alcohol” durante este periodo, de manera que

parte de la mortalidad se habría “retrasado” dando lugar al incremento observado en los 90. Sin embargo, en el caso de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, tal como se observa en la Tabla 3, el aumento de principios de los 90 fue muy superior al descenso de los 80. De hecho, la variación de las tasas de mortalidad por enfermedades del corazón nunca con anterioridad había sido tan pronunciada. El aumento que se produjo entre 1990 y 1994 está muy por encima del que se produjo en la segunda mitad de la década de los 60, momento en el cual la mortalidad cardiovascular experimentaba una tendencia ascendente en la mayoría de los países desarrollados, dando lugar a la denominada *transición demográfica*.

En cuanto a la mortalidad por causas externas, como se verá más adelante (Parte IV. Apartado 3.5), a principios de los años 90 tuvo lugar un incremento de las mismas que es independiente del consumo de alcohol.

Tabla 3

Tasa de variación de las enfermedades cardiovasculares en diferentes periodos. Federación Rusa. 1965-1994 (hombres)

Periodo de referencia	Tasa de variación
1966-1970	19.7
1971-1975	9.9
1976-1980	8.4
1981-1985	1.5
1986-1990	-3.6 ⁸⁴
1990-1994	34.6

Fuente: Elaboración propia en base a datos del INED, 1996.

Es necesario subrayar que pese a que la tendencia negativa se remonta a mediados de los años 60, el deterioro de los indicadores de salud nunca alcanzó el nivel de principios de los años 90. El descenso de la esperanza de vida de los hombres en 3 años producido entre 1992 y 1993 no tiene precedentes.

Por otro lado, si el aumento de mortalidad fuera consecuencia de la continuación de una tendencia anterior, en todas las ex-repúblicas de la URSS se experimentarían variaciones similares. Sin embargo, las variaciones de las tasas de mortalidad estandarizadas entre

⁸⁴La variación de las tasas de mortalidad por enfermedades del corazón se vería afectada en este periodo por la campaña anti-alcohol de Gorbachov.

1989 y 1994 van de un +38,6% en Rusia a un -4% en Georgia lo cual descarta que la herencia de una tendencia previa explique por sí sola la crisis de mortalidad de los 90 (Ver Gráfico 2. Pag. 88).

La herencia del pasado contribuyó a que en 1989 las infraestructuras y los servicios sanitarios estuvieran deteriorados y a que el nivel de salud de la población fuera bajo. Este hecho, aunque pudo haber aumentado la *vulnerabilidad* de la población, no explica por sí sólo la crisis de mortalidad.

En una investigación reciente se ha tratado de cuantificar cuál fue el impacto de corto / largo plazo en la crisis de mortalidad rusa. El estudio, tras un detallado análisis de tipo cuantitativo, concluye que únicamente un 20% de la variación observada en la esperanza de vida de los hombres entre 1989 y 1994 es atribuible a la tendencia de largo plazo. De esta manera, los factores de corto plazo estarían explicando 5,3 de los 6,6 años de esperanza de vida perdidos en dicho periodo. Los investigadores descartan, por otro lado, que el aumento de la mortalidad sea fruto de un “efecto cohorte” derivado de las catástrofes demográficas ocasionadas por las dos guerras mundiales y la hambruna de 1929-1933 (Cornia G y Paniciá R, 2000).

De esta manera, podemos considerar que parte del incremento de la mortalidad es independiente de la tendencia previa.

2.3 Conclusiones

Pese a los logros iniciales en la lucha contra las enfermedades infecciosas y la mortalidad infantil, el sistema sanitario soviético no fue eficiente en la lucha contra las enfermedades no transmisibles. La escasez de recursos y la asignación inadecuada de los mismos, junto con los deficientes patrones alimenticios y estilos de vida, generaron una situación de deterioro gradual de los indicadores de salud que hizo que las diferencias respecto a los países occidentales fueran cada vez mayores.

El funcionamiento deficiente del sistema a partir de mediados de los 60 y la elevada prevalencia de los factores de riesgo ayudan a explicar la tendencia ascendente de la

mortalidad a largo plazo. Sin embargo, es necesario analizar otros factores que ayuden a explicar los aumentos de la mortalidad producidos a corto plazo los cuales, según una investigación reciente, ocasionaron un 80% del incremento de la mortalidad entre 1989 y 1994 (Cornia G y Panicciá R, 2000).

3. Cambios en los hábitos y estilos de vida

3.1 Introducción

Los hábitos y los estilos de vida no son tanto una elección racional individual aislada del entorno como una respuesta a un determinado contexto. Es de gran relevancia tener presente que no es posible asumir que beber, fumar o comer “mal” sean meras elecciones individuales. Los estilos de vida vienen condicionados por determinantes sociales ya que son adoptados por diferentes grupos socioeconómicos según circunstancias concretas. Tal como se expone en un trabajo compilatorio sobre los determinantes de la salud de las poblaciones (Evans R, Barer M y Marmot M.G, 1994):

La capacidad de modificar conductas potencialmente patogénicas y “mantener el tipo” sin recaer se halla directamente relacionada con la riqueza, el poder y la educación, es decir, con el grado de control de cada uno sobre su propio futuro

(Renaud M, 1994:352).

Desde una perspectiva sociológica, tal como sugiere el trabajo de Max Weber, los estilos de vida tienen dos componentes básicos: las *elecciones* y las *oportunidades*. Aunque los individuos tienen un cierto grado de libertad para escoger los estilos de vida que adoptan, no se trata de una libertad completa ya que el entorno en el que viven les impone determinadas restricciones que limitan el rango de oportunidades. Estas restricciones pueden dejar un escaso margen de maniobra para que el individuo elija entre estilos de vida alternativos.

Tal como señala Wilkinson R.G “para cambiar el comportamiento es posible que sea necesario cambiar algo más que el comportamiento”⁸⁵ (Wilkinson R.G, 1996: 64).

⁸⁵ En el original: “to change behaviour it may be necessary to change more than behaviour”.

Dado que no podemos separar los estilos de vida del entorno social en el que se producen, es más apropiado considerarlos como “factores de riesgo del entorno social” que como “elecciones individuales”⁸⁶.

Una gran proporción de la población rusa está sometida a una combinación de varios FR⁸⁷. No obstante, como se verá a continuación, los FR relacionados con los estilos de vida no explican completamente el incremento de la mortalidad producido en los años 90.

3.2 Tabaco

3.2.1 El impacto del tabaquismo sobre la salud y la mortalidad

En los países desarrollados, diferentes estudios epidemiológicos han identificado la relación existente entre el tabaquismo y la mortalidad ocasionada por cáncer de pulmón, enfermedades del corazón, y embolias (International Agency for Research on Cancer, 1986; CDC, 1989). Además, el consumo de tabaco repercute sobre enfermedades crónicas de los pulmones y determinadas neoplasias malignas. Por lo general, las tasas de mortalidad son de 2 a 3 veces superiores entre los fumadores (Peto R, Lopez A, Boreham J et al., 1992).

3.2.2 Evolución del tabaquismo en Rusia

El nivel de consumo de tabaco en Rusia en los años 80 ya era superior al de la mayoría de países industrializados (Gráfico 15). La política anti-tabaco en la ex- URSS fue insatisfactoria ya que se caracterizó por programas de corta duración planificados e implementados de forma poco efectiva (Prokhorov A, 1997).

En los últimos años la tendencia de la prevalencia ha sido ascendente. Mientras que en 1985 un 53% de los hombres adultos eran fumadores, en 1992 el porcentaje aumentó

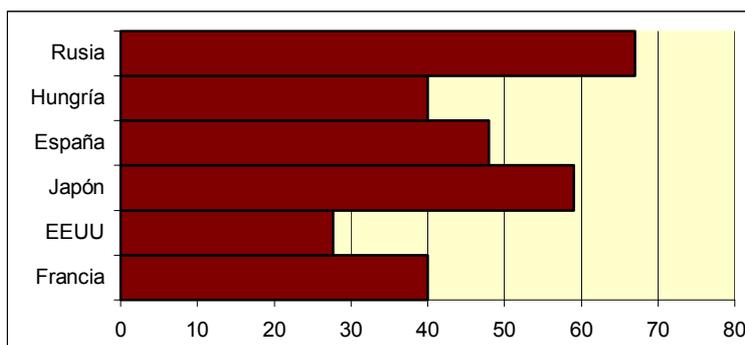
⁸⁶ En el caso de Rusia es de especial relevancia aclarar este punto dada la frecuencia con la que se ha atribuido la crisis de mortalidad a un incremento del consumo de alcohol. Este enfoque de “culpar a la víctima” puede llevar a interpretar el incremento de la mortalidad como un problema específico de un subgrupo de la población en lugar de como una crisis social global.

⁸⁷ Según datos del documento “*Towards a Healthy Russia*” el 75% de la población masculina entre 20 y 59 años está sometida a un FR y un 25% a varios (Ministerio de Sanidad de la Federación Rusa, 1994).

hasta un 67% (Bobadilla J.L, Costello C.A y Mitchell F, 1997). Según datos correspondientes a 1997, aproximadamente 7 de cada 10 hombres rusos son fumadores (McKee M y Rakhmanova G, 1997).

Gráfico 15

Prevalencia del tabaquismo en diferentes países. Años de referencia: 1986-1995 (% de hombres adultos que fuman)



Fuente: PNUD. <http://www.undp.org/hdro/ihealth.htm>

Las principales causas del incremento del tabaquismo han sido la irrupción de grandes compañías transnacionales y el incremento de la promoción y la publicidad⁸⁸. Es destacable el elevado nivel de receptividad existente respecto a las estrategias de marketing, dados los deseos generalizados de adoptar estilos de vida occidentales asociados a un nivel de estatus superior.

Por otro lado, la importación de tabaco entre 1991 y 1992 aumentó en casi 4 veces (Prokhorov A, 1997). Además, la creación de “joint ventures” generó un incremento de la producción nacional de cigarrillos.

A nivel cualitativo, es importante destacar el hecho de que los productos locales - que son los más consumidos - son más cancerígenos, ya que contienen niveles de alquitrán extremadamente elevados. Además, según datos de Alexander Prokhorov (Prokhorov A, 1997) los productos occidentales importados contienen niveles de componentes tóxicos superiores a los de las mismas marcas vendidas en los países más desarrollados.

⁸⁸ A mediados de los años 90, el 70% de los tabloncillos de anuncios de Moscú promocionaban el consumo de tabaco (Connolly G, 1997. Citado por Pierce, 1997).

3.2.3 ¿Es el consumo de tabaco responsable de la crisis de mortalidad de principios de los años 90?

Pese a la importancia del tabaco en cuanto a su repercusión sobre los indicadores de salud, el tabaquismo no explica *completamente* el drástico incremento de la mortalidad de principios de los años 90. Si bien la tendencia ascendente de las tasas de mortalidad iniciada en 1965 está vinculada al incremento generalizado del consumo de tabaco que se produjo tras la segunda guerra mundial, el aumento a corto plazo experimentado entre 1990 y 1994 no parece estar relacionado con el tabaquismo ya que los efectos sobre las tasas de mortalidad sólo podrán percibirse a medio / largo plazo.

Además el incremento de la prevalencia del tabaquismo fue especialmente pronunciado entre las mujeres y los más jóvenes mientras que los aumentos de mortalidad se concentraron en los adultos de edades medias⁸⁹. Por otro lado, entre los adultos fumadores no tuvo lugar un aumento del número medio de cigarrillos consumidos por día ya que éstos pasaron de 16.1 en Septiembre de 1992 a 15,3 en Diciembre de 1994 (Zohoori N et al., 1996).

No obstante, es de vital importancia tomar medidas con el fin de limitar la tendencia ascendente del tabaquismo entre mujeres, niños y adolescentes. La aceptación social del tabaco y la falta de esfuerzos serios por parte del Gobierno para reducir el tabaquismo tendrá grandes repercusiones sobre las tasas de mortalidad y morbilidad en un futuro próximo.

Dado que el aumento del consumo de tabaco - aunque pudo haber tenido cierto impacto sobre las tasas de mortalidad - no es la principal causa de la crisis de corto plazo, será necesario analizar otros posibles factores explicativos del incremento de la mortalidad que tuvo lugar en Rusia a principios de los años 90.

⁸⁹ Según datos del RLMS, entre Septiembre de 1992 y Octubre de 1995 la prevalencia del tabaquismo entre los menores de 18 años aumentó en un 44%, mientras que en los hombres adultos el incremento fue únicamente del 4.5%. En cuanto a las mujeres, se produjo un incremento del 27%. (Zohoori N et al, 1996:4)

3.3 Dieta

3.3.1 Efectos de la dieta sobre la salud y la mortalidad

En cuanto a los efectos de la dieta sobre la salud, existe amplio consenso entre los especialistas sobre la relación existente entre la alimentación y las enfermedades cardiovasculares. El consumo de frutas, vegetales, cereales, pescado y aceite vegetal es beneficioso para la salud. Sin embargo, el consumo de sal, azúcar y grasas favorece la aparición de problemas de tipo cardiovascular.

Las comparaciones realizadas a nivel internacional indican que existe una correlación positiva significativa y directa entre el consumo de grasas saturadas y el desarrollo de enfermedades coronarias (Pearson T.A y Rajesh V, 1997). Por lo general, los países en los que las enfermedades cardiovasculares han disminuido son también aquellos en los que el consumo de grasas animales se ha reducido. Asimismo, los países en los que la mortalidad cardiovascular aumenta, suelen tener un patrón de consumo de grasas creciente.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que, como se verá más adelante (Apartado 5.3), si bien es cierto que un nivel elevado de colesterol favorece el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, hay indicios para pensar que el nivel de colesterol no repercute significativamente sobre las enfermedades del corazón en situaciones de poco estrés.

3.3.2 La evolución de la dieta en Rusia

Analizar la evolución de la dieta en Rusia es de particular relevancia dado su impacto sobre las enfermedades coronarias que - como se ha visto con anterioridad - constituyen una de las principales causas de mortalidad prematura en este país.

Entre 1960 y 1989 se produjeron cambios profundos ya que aunque tradicionalmente la dieta se basaba en tubérculos, cereales y vegetales; la política de subsidios hizo que

productos con elevado contenido en grasas como las carnes y los lácteos fueran accesibles a bajo coste. Como consecuencia, se redujo el consumo de cereales y panes y aumentó el de azúcares, lácteos y carnes rojas lo cual dio lugar a una dieta baja en proteínas vegetales e hidratos de carbono y alta en azúcar y grasas.

Los problemas de consumo excesivo de grasas y la obesidad eran habituales entre los hombres adultos de la ex-URSS incluyendo algunas de las Repúblicas con niveles de ingresos inferiores - como Kirguizia - donde el consumo de proteínas era mayor que en la República Democrática Alemana. Según un estudio realizado en los años 80, el consumo de grasas saturadas por parte de la población adulta masculina era más elevado en la URSS que en EE.UU. (Shestov D.B, Deev A et al., 1988). Con anterioridad a 1989, el consumo medio de grasas se situaba entre un 10% y un 15% por encima del nivel recomendado (Ministerio de Sanidad de la Federación Rusa, 1994).

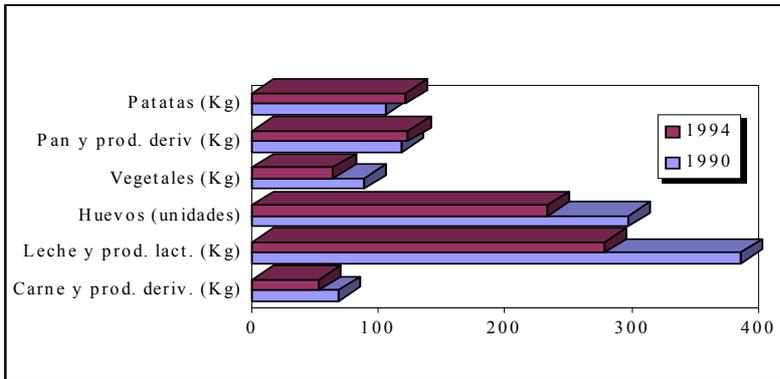
Este patrón dietético favoreció el desarrollo de niveles elevados de colesterol. La tendencia creciente de las enfermedades cardiovasculares en este periodo es posiblemente debida, parcialmente, a los cambios dietéticos.

Entre 1989 y 1994 se produjo un nuevo cambio en la dieta de la población. El impacto del proceso de reformas repercutió sobre el patrón dietético a través de la eliminación de los subsidios existentes sobre los productos lácteos y las carnes.

Al analizar la evolución del consumo de determinados alimentos, se observa que tuvo lugar un descenso del consumo de productos con elevado contenido en grasas y un aumento del consumo de cereales y tubérculos (Gráficos 16 y 17).

Gráfico 16

Evolución del consumo de determinados productos alimenticios. Federación Rusa. 1990, 1994 (cantidades físicas p.c.)

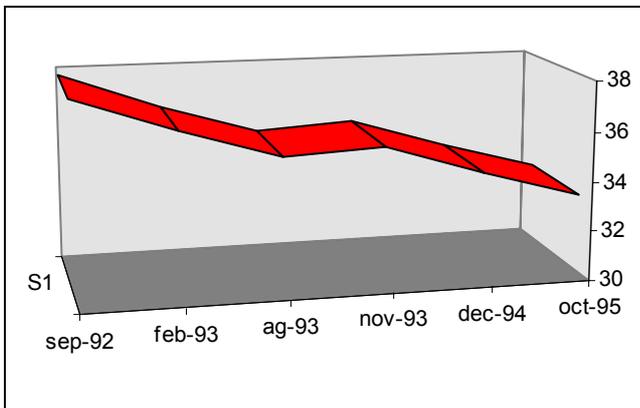


Fuente: OCDE, 1995.

Aunque el nuevo patrón de consumo es más beneficioso en términos de enfermedades cardiovasculares, hay que destacar que entre 1992 y 1993 se produjo un descenso en el consumo de proteínas y de calorías que hizo que éste se situara por debajo de la cantidad mínima diaria recomendada.

Gráfico 17

Porcentaje de energía procedente del consumo de grasas. Federación Rusa. Septiembre 1992 - Octubre 1995



Fuente: RLMS, 1996.

El incremento del consumo de pan, patatas y alcohol que se produjo en estos años podría explicar que, a pesar de la crisis, las tasas de obesidad siguieran siendo muy elevadas y que el porcentaje de adultos que ganó peso entre 1992 y 1993 fuera mayor que el porcentaje de adultos que lo perdió.

3.3.3 ¿Es el nuevo patrón dietético responsable de la crisis de mortalidad de principios de los 90?

Pese a que el exceso de colesterol es un factor de riesgo reconocido de las enfermedades cardiovasculares y su prevalencia afecta a 1/6 de la población masculina en edades activas (Ministerio de Sanidad de la Federación Rusa, 1994), tal como se ha descrito en el apartado anterior, la recesión económica generó una transformación del patrón dietético que no afectó negativamente a los niveles de colesterol ya que el porcentaje de energía procedente del consumo de grasas disminuyó⁹⁰.

Aunque la tradición de una dieta poco equilibrada en el pasado tiene una repercusión importante sobre el nivel de salud actual de la población y posiblemente jugó un papel muy importante en el aumento de la mortalidad a largo plazo, no podemos afirmar que la dieta tuvo un papel significativo en el aumento de la mortalidad a corto plazo producido en los años 90.

Si bien la modificación de la dieta no tuvo repercusiones directas negativas sobre las enfermedades cardiovasculares a corto plazo, es posible que se diera un efecto indirecto mediado por factores psicosociales ya que la percepción por parte de los ciudadanos de lo que es una dieta “buena” no coincide con los términos médicos. Un descenso del consumo de los productos identificados tradicionalmente como “buenos”, como las carnes, los lácteos y los huevos, es percibido por la población como un deterioro del nivel de vida.

Por otro lado, es imprescindible prestar atención a la mala situación nutricional con el fin de evitar consecuencias futuras en cuanto a la prevalencia de la obesidad, la hipercolesterolemia, la hipertensión arterial y la diabetes. Pese al impacto positivo sobre las enfermedades cardiovasculares, el cambio dietético agravó la deficiencia de calorías, minerales y vitaminas lo cual tiene serias repercusiones sobre la calidad de vida de la población.

⁹⁰ Aun así, el patrón dietético sigue siendo inadecuado dado el elevado porcentaje de consumo de grasas de origen animal.

3.4 Ejercicio físico

3.4.1 Efectos del ejercicio físico sobre la salud

El ejercicio físico palia el impacto sobre la salud de algunos FR de las enfermedades cardiovasculares como la obesidad. Además, la falta de ejercicio físico reduce la eficiencia del corazón, la capacidad de adaptarse a la tensión física y psíquica, y aumenta las posibilidades de desarrollar hipertensión arterial, niveles de lípidos anormales, diabetes mellitus y enfermedades isquémicas del corazón.

3.4.2 El ejercicio físico en Rusia

Según datos del *Centro Ruso de Investigación sobre la Cultura Física*, a principios de los años 90 aproximadamente el 70% de la población Rusa no practicaba ningún deporte con frecuencia y la prevalencia de la inactividad física en el grupo de edad comprendido entre los 11 y los 17 años era del 50-80%.

3.4.3 ¿Es la falta de ejercicio físico responsable de la crisis de mortalidad de principios de los 90?

La elevada prevalencia de la inactividad física en Rusia es un factor de riesgo adicional que favorece la tendencia ascendente de largo plazo de las tasas de mortalidad. Sin embargo es improbable que el efecto de la inactividad física pueda jugar un papel importante en las variaciones de la mortalidad observadas a corto plazo.

3.5 Alcohol

Una vez descartado el papel predominante del tabaquismo, la dieta y el ejercicio físico en el aumento de mortalidad a corto plazo, pasaremos a analizar qué impacto pudo haber tenido el consumo de alcohol. Como se verá, aunque se trata de un factor al cual se ha atribuido en numerosas ocasiones la crisis de mortalidad, no explica “per se” todo el incremento producido, de manera que será necesario analizar otros determinantes.

Partiendo de que el consumo excesivo de alcohol no debe desvincularse del entorno social, económico y cultural en el que se produce, se analizará en primer lugar cuál es el impacto del consumo de alcohol sobre la salud; en segundo lugar cuál ha sido la evolución del consumo en Rusia y por último, qué papel jugó en la crisis de mortalidad de principios de los años 90.

3.5.1 Efectos del alcohol sobre la salud y la mortalidad

El consumo de alcohol repercute sobre la mortalidad por causas externas (Collins J.J y Messerschmidt P.M, 1993) que, como se ha visto, junto con la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, generó la mayor parte del incremento de mortalidad que tuvo lugar durante los primeros años de la transición.

En cuanto a la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, pese a la gran cantidad de estudios epidemiológicos realizados, no parece haber consenso entre los especialistas sobre cuáles son los efectos del alcohol. Según algunos estudios, existe un riesgo inferior de desarrollar enfermedades coronarias entre los bebedores de cantidades moderadas de alcohol mayores de 35 años lo cual explicaría la “paradoja francesa” (niveles relativamente elevados de consumo de alcohol y mortalidad cardiovascular baja). La asociación entre el consumo de alcohol y las enfermedades coronarias *parece tener* forma de “U”. Sin embargo, no está definitivamente comprobado que el consumo agudo de alcohol y el etilismo crónico se comporten como factores de riesgo de las enfermedades coronarias.

Es relevante mencionar un estudio realizado en Suecia en el que, aunque se identificaron correlaciones elevadas entre el alcoholismo y otras causas de mortalidad como los

suicidios y la cirrosis de hígado, no se encontró una mayor mortalidad ocasionada por enfermedades del corazón entre los consumidores de alcohol (Romelsjö A y Agren G, 1985).

En cuanto al impacto sobre otros tipos de enfermedades, hay que considerar que el consumo de alcohol afecta a los órganos digestivos y genera desórdenes neurológicos y mentales.

3.5.2 Evolución del consumo de alcohol en Rusia

Al analizar los efectos del alcohol sobre la salud y la mortalidad hay que considerar varios factores. En primer lugar es necesario tener en cuenta cuál es el nivel medio de consumo así como qué tipo de alcohol se consume y de qué manera. Finalmente, hay que hacer referencia a cuáles son los sectores de la población en los que se concentra el consumo.

A. Nivel medio de consumo *¿Cuánto alcohol se consume?*

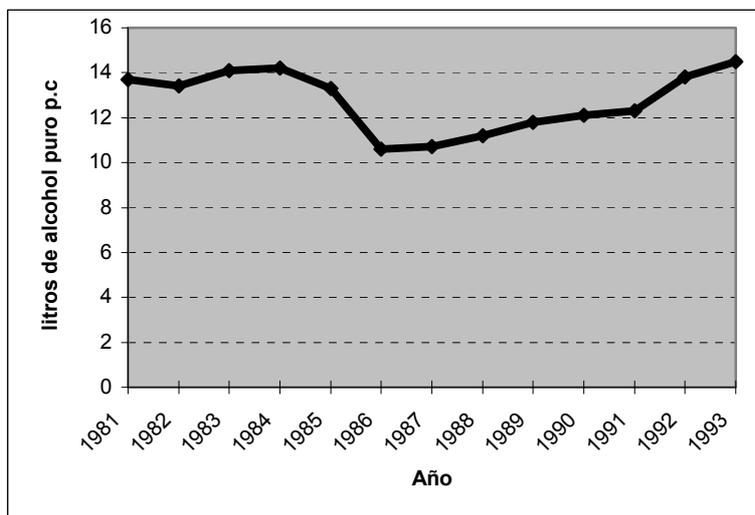
Históricamente, la población Rusa no se encontraba entre las que más bebía de Europa. A principios del siglo XX, Rusia era un país básicamente agrario. La mayor parte de la población vivía en áreas rurales y el comportamiento de los individuos estaba sometido al control de la comunidad. Se consumía alcohol en grandes cantidades pero sólo durante breves periodos de tiempo⁹¹. En otros periodos del año, especialmente en las estaciones de trabajo duro en el campo, los niveles de consumo eran muy inferiores. Sin embargo, el progresivo incremento de la población urbana se tradujo en una tendencia creciente del nivel de consumo de alcohol durante la segunda mitad del siglo XX. En los años 90, se estima que la cantidad anual consumida llegó a los 14 litros de alcohol puro p.c. (Shkolnikov V y Nemstov A, 1997).

Como puede observarse en el siguiente gráfico, el consumo experimentó una tendencia creciente desde 1982 (exceptuando el breve periodo de la campaña anti-alcohol de Gorbachov), a partir de 1991 el incremento se produjo a tasas superiores.

⁹¹ Durante las vacaciones de la Iglesia Ortodoxa y los Domingos.

Gráfico 18

Evolución del consumo de alcohol. Federación Rusa. 1981-1993 (litros de alcohol puro p.c.)



Fuente: Shkolnikov V y Nemstov A, 1997:243.

B. Las pautas de consumo ¿Cómo se consume?

En cuanto a la forma de consumir alcohol en Rusia, ésta resulta especialmente perjudicial ya que la cantidad ingerida no se distribuye en pequeñas dosis a lo largo de la semana sino que se concentra en los fines de semana y las vacaciones. Se suelen beber grandes cantidades en cortos periodos de tiempo, con escasa comida y con “presiones de grupo”. Las consecuencias en cuanto a mortalidad por accidentes, violencia y envenenamientos accidentales ocasionadas por este tipo de consumo son especialmente significativas y pueden darse a corto plazo.

No obstante, como se verá más adelante, el hecho de que los fines de semana no aumente la mortalidad por enfermedades cardiovasculares (mientras que la mortalidad por envenenamientos alcohólicos sí que lo hace) nos indica que a corto plazo no es probable que el consumo de alcohol genere un aumento de la mortalidad de la magnitud observada en Rusia.

C. El tipo de consumo ¿Qué tipo de alcohol se consume?

Rusia responde a un patrón nórdico de consumo de alcohol dominado por las bebidas de fuerte graduación (Vodka y Samogón).

Además de la graduación, otro aspecto relevante es *la calidad* del alcohol ingerido. A lo largo de los años 90, la ruptura del monopolio estatal sobre las bebidas alcohólicas, la entrada masiva de productos importados y el escaso control en materia de contrabando, hizo que la toxicidad de los productos aumentara significativamente.

De esta manera vemos como el patrón de consumo y el tipo de alcohol que se consume habitualmente en Rusia propicia que éste tenga repercusiones nocivas sobre la salud.

D. El sector de población que bebe ¿Quién consume alcohol?

Respecto al sector de la población que más alcohol consume, el grupo de riesgo potencial está constituido por hombres adultos de origen eslavo (Rusos, Ucrainianos y Bielorrusos) con niveles bajos de renta y formación.

3.5.3 Políticas sobre el consumo de alcohol en Rusia

La actitud de las autoridades soviéticas en relación con el consumo de alcohol fue siempre dual. Por un lado el consumo de alcohol era percibido como una fuente de problemas sociales, pero por otro, las ventas estatales constituían una fuente de ingresos rápidos necesarios para satisfacer las necesidades financieras.

El consumo excesivo de alcohol era percibido como una cuestión personal de falta de voluntad más que como un problema social y dado que se asociaba a niveles culturales y económicos insuficientes, las autoridades soviéticas pensaban que el problema se resolvería mediante los efectos indirectos del incremento de los ingresos y los niveles educativos. Además, opinaban que las consecuencias directas del consumo de alcohol (disturbios sociales, criminalidad etc.) podían erradicarse mediante represión y propaganda.

El estado mantenía un monopolio total sobre la producción, los precios, el comercio exterior y la distribución del alcohol. Los impuestos (que solían ser muy elevados), aunque incrementaban los ingresos estatales y propiciaban el descenso de la demanda legal, generaban un aumento del consumo de vino de fabricación doméstica y Samogón⁹². También se encontraron sustitutivos adicionales como el alcohol procedente de “aftershave” y colonia.

En 1919, el Gobierno Soviético impuso una semi “ley seca” según la cual se prohibía destilar y vender bebidas con un contenido de alcohol superior al 20%. Dicha ley estuvo en vigor hasta 1927, año en el cual Stalin decidió que la venta estatal de bebidas alcohólicas resultaba conveniente ya que generaba ingresos imprescindibles para potenciar la industrialización del país. Aunque este hecho generó un incremento del consumo de alcohol a corto plazo, durante los años 30 y 40 el consumo fue moderado lo cual puede explicarse por la rigidez de las normas y las regulaciones administrativas disciplinarias de la época, que pretendían evitar un descenso de la productividad derivado del consumo de alcohol en días laborables. Sin embargo, a partir de los años 50 la producción estatal y las ventas de alcohol aumentaron constantemente a pesar de las dos resoluciones anti-alcohol del Comité Central del Partido Comunista de 1958 y 1972. A mediados de los años 70 se alcanzó por primera vez en Rusia un consumo de alcohol p.c. de 10 litros anuales.

La tendencia creciente del consumo se vio interrumpida por la campaña anti-alcohol de Gorbachov⁹³ (mediados de 1985 - finales de 1987). Con anterioridad a esta campaña, las ventas anuales de alcohol estatal eran de 10,5 litros p.c. y el consumo real era de 14 l.p.c, posiblemente el más elevado del mundo⁹⁴.

Los aspectos básicos de la campaña anti-alcohol fueron:

⁹² El consumo de Samogón se concentraba históricamente en las áreas rurales de manera que entre 1960-1975 se produjo un descenso del consumo del mismo como consecuencia de las emigraciones de las áreas rurales a las ciudades. Sin embargo, posteriormente se extendió el consumo de Samogón a las áreas urbanas.

⁹³ Que había sido iniciada por Andropov.

⁹⁴ En esos momentos el consumo de alcohol p.c. en Francia era de 13,5 litros.

1- Restricción de los espacios físicos en los que se permitía consumir alcohol. Se prohibió el consumo en el lugar de trabajo, los centros de educación superior y en algunos medios de transporte.

2- Incremento de precios. En Agosto de 1985 los precios aumentaron en un 25%. En 1986 se produjo un nuevo incremento.

3- Restricción de la Oferta. Se cortaron viñas y se cerraron destilerías. Además se racionalizó el alcohol mediante cupones. También se hicieron esfuerzos para reducir la destilación de Samogón. En el caso del Vodka, la producción se redujo de 295 mil decalitros en 1980 a 142 mil decalitros en 1989 (Carlisle D, 1997). Las ventas estatales y el número de establecimientos en los que se podían adquirir bebidas alcohólicas también disminuyeron. Además, los cultivos de uva se redujeron en un 30%.

4- Restricción horaria. Se prohibió el consumo de alcohol con anterioridad a las 14:00 h.

5- Fortalecimiento de un sistema médico especial que obligaba a tratar el alcoholismo.⁹⁵

Aunque se consiguieron mejoras sustanciales a corto plazo en cuanto a tasas de mortalidad, la falta de respaldo social y el incremento del consumo de Samogón hizo que en 1987 se recuperaran los niveles de mortalidad anteriores a 1985.

Los descensos de mortalidad se produjeron especialmente en los grupos de causas que, paralelamente, más mortalidad generaron a principios de los años 90: causas externas y enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, como se verá en el apartado que sigue, las mejoras en cuanto a mortalidad experimentadas en este periodo no pueden atribuirse únicamente al descenso del consumo de alcohol.

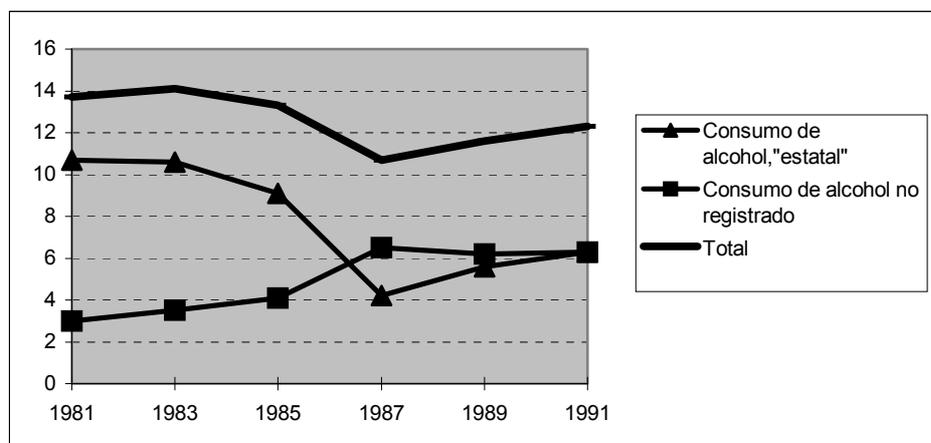
Es importante destacar que la principal limitación de la campaña fue que se centró en restringir el acceso al alcohol en lugar de dirigirse a solucionar las causas que generaban un consumo excesivo del mismo. Como consecuencia, aunque se generaron fluctuaciones a corto plazo, no se obtuvo ningún efecto de largo plazo positivo.

Además, como puede observarse en el siguiente gráfico, pese a que al ponerse en funcionamiento la campaña se redujeron sustancialmente las ventas estatales, el consumo de alcohol no registrado experimento una tendencia ascendente.

⁹⁵ El llamado LTP, que se organizó por primera vez en 1976.

Gráfico 19

Estimaciones del consumo de alcohol. Federación Rusa. 1981-1991 (litros anuales p.c.)



Fuente: Shkolnikov V y Nemstov A, 1997

Por otro lado, la destrucción de viñas y el desmantelamiento de la industria cervecera tuvo un efecto negativo considerable tras la campaña ya que generó una desviación del consumo hacia otro tipo de bebidas con contenidos de alcohol muy superiores. Además, los vinicultores, especialmente en Georgia, se vieron fuertemente afectados por estas medidas.

A principios de los años 90 se produjo un incremento importante del consumo de alcohol por diversas razones. En primer lugar, la desregulación del sector⁹⁶ hizo que el vodka pasara a estar a la venta las 24 horas del día y que se diversificara la oferta de bebidas alcohólicas. En segundo lugar, dado que el proceso inflacionario afectó más a otros bienes de consumo, los precios relativos del alcohol bajaron (Meslé F y Shkolnikov V, 1995). Finalmente, el aumento de la incertidumbre y la presión psicosocial derivada de los cambios políticos y el desmantelamiento de un sistema que garantizaba unos niveles mínimos en cuanto a equidad, vivienda, oferta alimenticia, empleo y salud, generó nuevas fuentes de estrés que posiblemente contribuyeron a aumentar la demanda de bebidas alcohólicas.

⁹⁶ Durante el proceso de reformas económicas, uno de los primeros sectores desregulados fue el de la producción de bebidas alcohólicas.

3.5.4. ¿Es el consumo de alcohol responsable de la crisis de mortalidad de principios de los 90?

Son muchos los estudios que atribuyen al consumo de alcohol la crisis de mortalidad de principios de los años 90 (Ryan M, 1995; Carlisle D, 1997; Cockerham W, 1997; Leon D.A, 1997; Leon D.A, Chenet L, Shkolnikov V et al., 1997; Chenet L, McKee M, Leon D.A, Shkolnikov V, Vassin S, 1998; Leon D.A y Shkolnikov V, 1998; Shkolnikov V, Cornia G, Leon D.A y Meslé F, 1998; Walberg P, McKee M, Shkolnikov V, Chenet L y Leon D.A, 1998; Balkau B, 1999; Cockerham W, 2000⁹⁷). Los principales argumentos de estos estudios son:

- Como muestra la campaña anti-alcohol de Gorbachov, las variaciones en el consumo de alcohol van acompañadas de cambios en la mortalidad a corto plazo. Dado que durante la campaña de Gorbachov no se dio ningún cambio relevante en otras variables que pudieran afectar sustancialmente la evolución de la mortalidad en el país, el aumento de la esperanza de vida y el descenso de la mortalidad resultante es atribuible directamente al descenso del consumo de alcohol.
- Los descensos de mortalidad del periodo de bajo consumo de alcohol (1985-1987) se concentran en las mismas causas de mortalidad y las mismas cohortes que posteriormente experimentaron mayores incrementos de mortalidad en la etapa de elevado consumo de alcohol (1991-1994) de forma que se habría producido un “retraso” de la mortalidad.
- Las variaciones de la esperanza de vida son básicamente consecuencia de cambios en la mortalidad por causas vinculadas al consumo de alcohol (accidentes, violencia, cirrosis de hígado y enfermedades cardiovasculares⁹⁸).

Sin embargo, aunque el aumento de la mortalidad que se produjo entre 1965-1984 y 1988-1991 está relacionado con el consumo de alcohol, en el periodo 1991-1993

⁹⁷ En este trabajo se vincula el consumo de alcohol a la falta de oportunidades más que a las elecciones individuales ya que se encuentran correlaciones negativas elevadas entre el nivel de ingresos y educación y el consumo de alcohol.

⁹⁸ Pese a las teorías cardio-protectivas del alcohol, autores como Davis Leon defienden que el tipo de alcohol y el patrón del consumo característico de Rusia favorece las arritmias y las cardiopatías (Leon D.A, 1997).

aparecen *nuevos factores* que afectan negativamente a la mortalidad y que no son atribuibles directamente al consumo de alcohol.

Hay indicios para pensar que el papel del consumo de alcohol en el descenso de mortalidad de finales de los 80 y el aumento de principios de los 90 no es tan relevante como suele argumentarse ya que:

1. Se producen cambios drásticos en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en periodos de 1 y 2 años.

Mientras que el nivel de consumo de alcohol guarda una estrecha relación con la variación de la mortalidad por causas externas (incluso a corto plazo), no está comprobado que repercuta sobre la mortalidad por causas cardiovasculares en espacios de tiempo tan breves.

2. El nivel de consumo de alcohol en 1984 era similar al de 1993 sin que la mortalidad alcanzara tasas tan elevadas (Gráfico 18).

Este hecho implica que hubo elementos presentes en 1993, independientes del consumo de alcohol, que repercutieron negativamente sobre las tasas de mortalidad. El deterioro de la calidad de las bebidas no explica toda la variación ya que la mortalidad por enfermedades cardiovasculares aumentó entre 1990 y 1994 casi cinco veces más que la mortalidad por envenenamientos por alcohol, lo cual implica que operaron otros factores.

3. Los descensos de mortalidad de finales de los 80 se produjeron sobre todo entre los estratos socioeconómicos más favorecidos mientras que los aumentos del periodo 1990-1994 se concentraron en las clases sociales menos favorecidas (Anderson B, 1997), lo cual contradice la hipótesis del “retraso” de la mortalidad.

4. Aunque en otros países los niveles de alcohol son similares a los de Rusia, las repercusiones sobre la mortalidad adulta no son tan significativas⁹⁹.

⁹⁹ En Francia se consumen 11.9 litros de alcohol p.c anuales, en la República Checa 11,7 y en Alemania 11,2. Sin embargo, en estos países las tasas de mortalidad evolucionan de forma favorable. Además, según una encuesta realizada por STAKES, el consumo de alcohol en Rusia y Finlandia es muy similar sin que las tasas de mortalidad sean comparables (STAKES, 1997). Fuentes: PNUD, 1995. <http://www.undp.org/hdro/ihealth.htm> ; OMS. Anuario Estadístico, 1994.

Podría argumentarse que el patrón de consumo predominante en Rusia (elevadas dosis en breves espacios de tiempo) genera una intoxicación más rápida lo cual se traduce en incrementos de la mortalidad por violencia, accidentes, arritmias cardíacas y envenenamientos. Sin embargo, no parece lógico atribuir a las pautas tradicionales de consumo los aumentos de mortalidad dado que éstas ya estaban presentes en 1984, cuando el nivel de consumo de alcohol era similar pero la mortalidad muy inferior. Además, aunque este patrón de consumo es especialmente perjudicial para la salud, no se ha demostrado que sea mucho mayor que en otros países (Bobak M, McKee M, Rose G y Marmot M.G, 1999).

5. Aunque entre 1989 y 1994 aumentó drásticamente la mortalidad por enfermedades directamente relacionadas con el consumo de alcohol - como la cirrosis o los envenenamientos accidentales¹⁰⁰ - la mortalidad por dichas causas contribuye de manera muy limitada al incremento total de mortalidad (en el que predomina la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y causas externas).

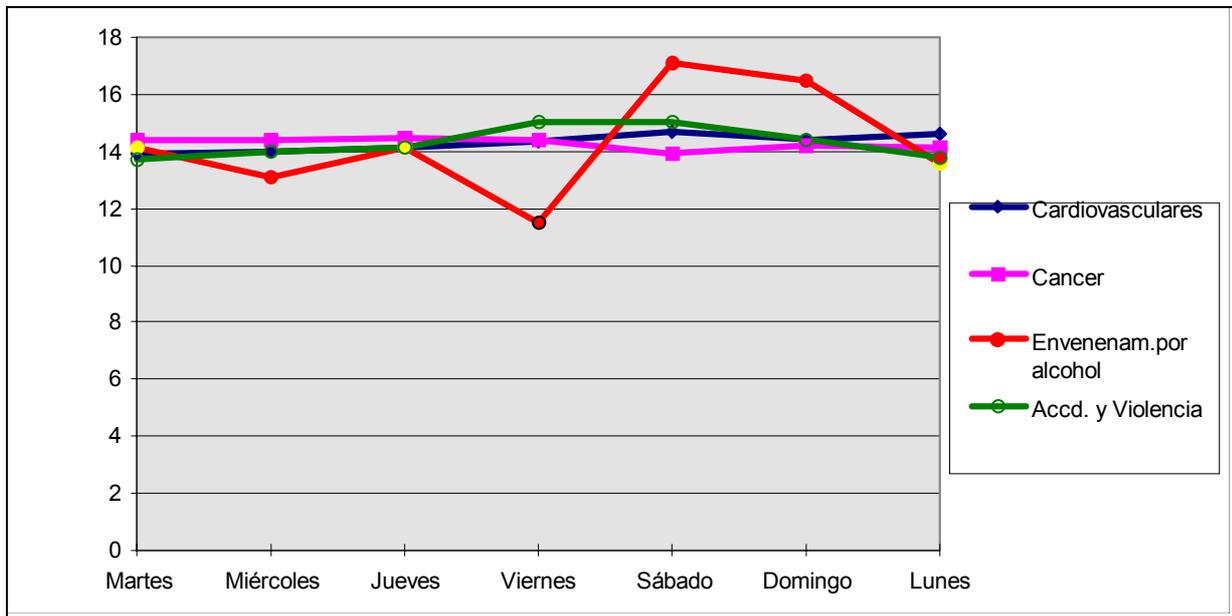
6. Al analizar la evolución de la mortalidad en los diferentes días de la semana, se observa que contrariamente al patrón seguido por la mortalidad ocasionada por envenenamientos por ingestión de alcohol, la mortalidad por causas cardiovasculares no experimenta una variación sustancial a corto plazo ocasionada por el incremento del consumo de alcohol durante el fin de semana¹⁰¹ (Gráfico 20).

¹⁰⁰ En 1989 se dieron 261 casos de cirrosis y 10.467 de envenenamientos accidentales. En 1994, las cifras correspondientes eran 10.467 y 44.135. Fuente: INED, 1996.

¹⁰¹ A pesar de que en un estudio que utiliza la misma fuente de datos (Chenet et al.1998) se concluye que hay un incremento "significativo" de la mortalidad cardiovascular durante el fin de semana.

Gráfico 20

Mortalidad masculina por diferentes causas a lo largo de la semana. Moscú. 1993-95 (% de defunciones por cada causa correspondiente a los diferentes días de la semana)

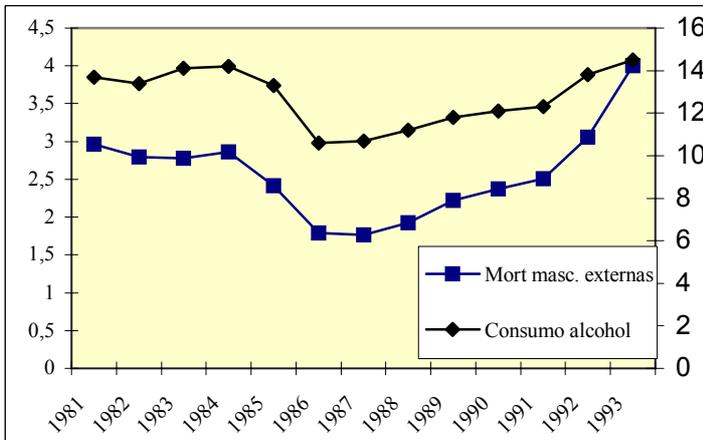


Fuente: Elaboración propia en base a datos del *Morsgostat (Comité de Estadísticas de Moscú)*, presentados por Carlisle D, 1997.

7. Como puede observarse en el Gráfico 21, hasta 1990 existía un paralelismo entre el nivel de consumo de alcohol y la mortalidad por causas externas. Sin embargo, a partir de 1990 y especialmente en 1993, se produce un incremento considerable de la mortalidad por dichas causas no atribuible al aumento del consumo de alcohol.

Gráfico 21

Evolución del consumo de alcohol (litros p.c.) y de las tasas de mortalidad masculina por causas externas (por 1.000 hab). Federación Rusa. 1981-1994



Fuentes:

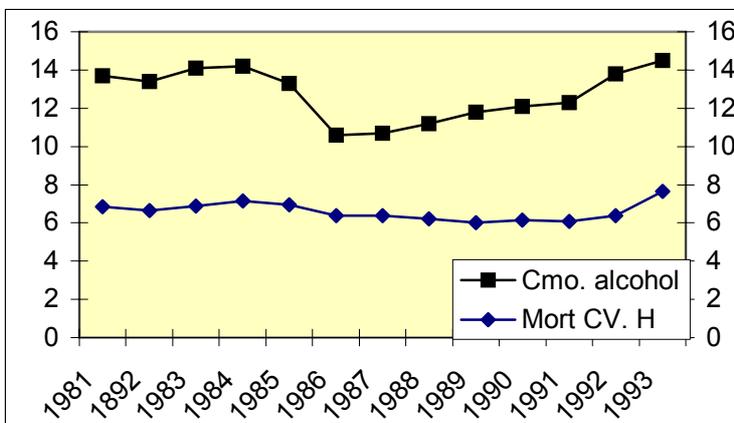
Consumo de Alcohol: Shkolnikov V y Nemstov A, 1997.

Tasas de mortalidad: INED, 1996.

8. Como se observa en el Gráfico 22, entre 1986 y 1991 aumentó el consumo de alcohol mientras que las enfermedades cardiovasculares disminuyeron lo cual pone en cuestión la existencia de una correlación importante entre estas variables a corto plazo.

Gráfico 22

Evolución del consumo de alcohol (litros p.c.) y de las tasas de mortalidad masculina por enfermedades cardiovasculares (por 1.000 hab). Federación Rusa. 1981-1994



Fuentes:

Consumo de Alcohol: Shkolnikov V y Nemstov A, 1997.

Tasas de mortalidad: INED, 1996.

9. Durante los primeros años de la transición, la mortalidad aumentó considerablemente en países como Tayikistán y Kirguizia (Gráfico 2. Pag. 88) en los cuales el nivel de consumo de alcohol no es elevado (OMS¹⁰²).
10. Entre 1995 y 1997 se produjo un descenso de las tasas de mortalidad sin que tuviera lugar ninguna reducción en el nivel de consumo de alcohol (Vlassov V, 1998; OMS¹⁰³).
11. La ratio de mortalidad entre géneros¹⁰⁴ por enfermedades del corazón en el grupo de edad comprendido entre los 35 y 39 años pasó de 4,6 en 1980 a 5,8 en 1990. Esta variación implica que en los años 80 se crearon condiciones que propiciaban el exceso de mortalidad masculina por enfermedades cardiovasculares, independientemente del consumo de alcohol, ya que la tendencia del consumo durante dicho periodo fue descendente¹⁰⁵.
12. Aunque desde 1985 el consumo de alcohol y la mortalidad por suicidios habían evolucionado en paralelo y la correlación positiva entre ambas variables fue mostrada en estudios epidemiológicos que utilizaron datos de las repúblicas soviéticas¹⁰⁶, en 1992 se dan factores adicionales que generan un incremento de los suicidios ya que éstos aumentan a una tasa superior que el consumo de alcohol (Gráfico 23).

¹⁰² Base de datos de la OMS. <http://www.euphin.dk/hfa/phfa.asp>

¹⁰³ Base de datos de la OMS. <http://www.euphin.dk/hfa/phfa.asp>

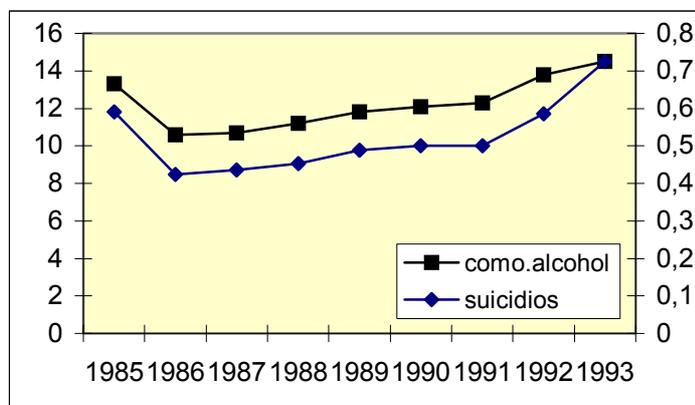
¹⁰⁴ Tasa de mortalidad hombres / tasa de mortalidad mujeres

¹⁰⁵ Según las estimaciones de Shkolnikov y Nemstov, "The anti-alcohol campaign and variations in Russian Mortality". En: *Premature Death in the NIE*. National Accademy Press. Washington D.C. 1997.

¹⁰⁶ El consumo de alcohol debilita los vínculos sociales y perjudica la integración social de los individuos lo cual favorece la propensión al suicidio. Para más detalles véase Airi Värnik, *Suicide in the Baltic Countries and in the Former Republics of the USSR*. Karolinska Institute. Estocolmo, 1997.

Gráfico 23

Evolución de las tasas estandarizadas de mortalidad masculina por suicidios (por 1.000 hab) y del consumo de alcohol (litros p.c.) . Federación Rusa. 1985-1993



Fuentes:

Consumo de Alcohol: Shkolnikov V y Nemstov A, 1997.

Tasas de suicidios: INED, 1996.

13. Durante el gobierno de Gorbachov algunos tipos de mortalidad poco relacionados con el consumo de alcohol como las enfermedades infecciosas y las respiratorias experimentaron descensos considerables¹⁰⁷. El optimismo y la confianza en los cambios de la Perestroika y la Glasnost podrían haber contribuido al descenso de las tasas de mortalidad.

14. El riesgo relativo de morir por enfermedades del corazón entre los trabajadores de "cuello azul" es superior al de la "elite" (1.4 frente 0.9) incluso tras ajustar por alcoholismo, edad, tabaquismo y peso (Shkolnikov V y Field M, 1999). Este hecho implica que además del alcohol hay otros determinantes que afectan a la mortalidad cardiovascular en Rusia.

¹⁰⁷ Fuente: INED, 1996.

3.6 Conclusiones

Como se ha argumentado detalladamente en este apartado, las variables relacionadas con el estilo de vida no explican *totalmente* el incremento de la mortalidad a corto plazo observado a principios de los años 90.

Los cambios producidos en el patrón dietético son beneficiosos en cuanto a enfermedades cardiovasculares. Por otro lado, el aumento del tabaquismo no pudo haber tenido un impacto sustancial a corto plazo especialmente teniendo en cuenta que entre los hombres adultos fumadores no aumentó el número medio de cigarrillos consumidos por día y que el aumento de la prevalencia se concentró entre los adolescentes y las mujeres.

Respecto al ejercicio físico, no hay motivos para pensar que se produjo un cambio significativo y, en todo caso, el efecto sería imperceptible a corto plazo. En cuanto al alcohol, atribuir la crisis de mortalidad fundamentalmente al incremento del consumo en determinados sectores poblacionales es un enfoque de “culpar a la víctima” en el cual no se tiene en cuenta el entorno socioeconómico. Además, como se ha argumentado en este apartado, existen otros factores que repercutieron sobre la evolución de la mortalidad a corto plazo que no están vinculados con el consumo de alcohol.

4. Cambios en los determinantes de tipo material¹⁰⁸

4.1 Introducción

Como se ha argumentado en las secciones precedentes, el incremento de la mortalidad que tuvo lugar entre 1990 y 1994 no fue consecuencia de una continuidad de una tendencia previa ni es completamente atribuible a los cambios en los estilos de vida. Dado que en este trabajo se trata de dar una explicación a dicho incremento, será necesario analizar la posible contribución de otros factores explicativos como los determinantes de tipo *fundamentalmente* “material”. Entre este grupo de determinantes se encuentran el funcionamiento del sistema sanitario, el nivel de ingresos y la situación medio-ambiental.

Como se verá a continuación, los argumentos puramente “materialistas” son insuficientes para explicar la crisis de mortalidad, motivo por el cual con posterioridad a esta sección se analizará el papel jugado por los determinantes de tipo psicosocial.

4.2 Cambios en el sistema sanitario

La naturaleza del cambio político así como la crisis económica que tuvo lugar durante los primeros años de la transición nos lleva a considerar el deterioro del sistema sanitario como una de las posibles causas explicativas del incremento de la mortalidad que se produjo en estos años.

Como se detallará en este apartado, ni el funcionamiento del sistema sanitario en términos generales es uno de los principales determinantes de la salud, ni en el caso de Rusia, explica un aumento de la mortalidad concentrado en las edades medias y en causas poco susceptibles de ser evitadas mediante intervención médica.

¹⁰⁸ Pese a que en este trabajo se establece una distinción entre dos tipos de determinantes de la salud - los materiales y los psicosociales - hay que destacar que ambos están relacionados entre sí ya que la falta de acceso a servicios de salud adecuados, la carencia de bienes materiales y la exposición a condiciones medioambientales desfavorables, provoca malestar por cuestiones puramente “físicas” pero también por canales psicológicos al percibirse estas situaciones como insatisfactorias. El descenso del nivel de ingresos y el deterioro del sistema sanitario es muy probable que generen un aumento de la ansiedad, las tensiones familiares y el malestar psicológico, contribuyendo de esta manera a un deterioro de la salud, por vías de tipo psico-social.

Pese al fracaso en la instauración de una nueva vía de financiación basada en un Seguro Médico Obligatorio y los graves problemas por los que atraviesa el sistema sanitario post-soviético, no se trata de una de las principales causas de la crisis de mortalidad, de manera que será necesario considerar otras posibles variables explicativas del incremento de la mortalidad que se produjo en Rusia entre 1990 y 1994.

4.2.1 El impacto del sistema sanitario sobre la salud y la mortalidad

Pese al papel indiscutible del descubrimiento y aplicación de vacunas en la disminución de las tasas de mortalidad y el beneficio en términos de calidad de vida que proporciona paliar los efectos de ciertas dolencias, el impacto del sistema sanitario sobre la salud no deja de ser un tema controvertido. En los años 70 y 80 algunos autores argumentaron que éste jugaba un papel limitado (McKeown T, 1988) e incluso negativo (Illich I, 1975). El trabajo de demografía histórica realizado por McKeown mostró que en los siglos XIX y XX los grandes descensos de mortalidad tuvieron lugar con anterioridad al desarrollo de medidas terapéuticas efectivas. Según este estudio, la evolución favorable de los indicadores de salud fue debida más a medidas de salud pública y mejoras dietéticas y habitacionales que al desarrollo de terapias médicas específicas. Por otro lado, Illich afirmó que la extensión de la asistencia sanitaria podía tener un efecto negativo sobre la salud. Finalmente, otro estudio desarrollado en los años 70, el Informe Lalonde (Canadá, 1974), evidenció que los determinantes de la salud van mucho más allá de la asistencia sanitaria.

Más recientemente, en una revisión de varios estudios, Mackenbach J.P et al. muestran que, *una vez superada la etapa de predominio de enfermedades transmisibles*, las tasas de mortalidad están más relacionadas con factores sociales y económicos que con la asistencia médica (Mackenbach J.P et al., 1990). Además, han aparecido otros trabajos que sugieren que en la actualidad la mortalidad, la morbilidad y las discapacidades son cada vez menos sensibles a extensiones adicionales de la asistencia sanitaria (Evans R et al., 1994).¹⁰⁹ De hecho, según los datos disponibles, el incremento generalizado del

¹⁰⁹ Estos autores llegan a sugerir que si se considera el coste de oportunidad de invertir recursos adicionales en asistencia sanitaria en lugar de hacerlo en mejorar otras esferas que repercuten sobre la salud, la expansión del sistema asistencial puede tener efectos negativos sobre la salud. No obstante es imprescindible enfatizar que estos autores se están refiriendo únicamente a los países más desarrollados ya

gasto sanitario en los países desarrollados muestra escasa correlación con los indicadores de salud y la satisfacción de los pacientes.

De esta manera, es necesario tener en cuenta que la asistencia médica constituye *sólo uno* de los diferentes determinantes que repercuten sobre la salud. No obstante, no hay que infravalorar su importancia ya que muchas enfermedades son reversibles gracias a la intervención médica y en muchas regiones del mundo una inversión mayor en servicios sanitarios generaría descensos importantes de las tasas de mortalidad y morbilidad.

4.2.2 El proceso de reforma sanitaria en Rusia

El proceso de transición en Rusia generó cambios importantes en diversas esferas, incluyendo el sector sanitario. Como se ha detallado con anterioridad (Pags. 130-135), pese a los logros del sistema soviético durante los primeros años, una vez superado el predominio de las enfermedades infecciosas y transmisibles, no se pudo lograr el mismo nivel de efectividad en la lucha contra las enfermedades no transmisibles. Las deficiencias organizativas y la escasez de fondos fueron problemas que persistieron a principios de los 90, momento en el cual los fondos disponibles apenas llegaban a cubrir los gastos corrientes.

En la etapa soviética, los Presupuestos del Estado fueron la principal fuente de financiación del sector sanitario. Sin embargo, durante el proceso de reformas se intentaron diversificar las vías de financiación a través de la introducción de un Seguro Médico Obligatorio (SMO), los principios de mercado y la descentralización tanto a nivel local como regional.

El principal objetivo del Seguro Médico Obligatorio (SMO)¹¹⁰, instaurado en Enero de 1993 a través de la *“Ley del Seguro Médico de los Ciudadanos de la Federación Rusa”*, era generar fuentes de financiación alternativas a los Presupuestos del Estado.

Algunas de las ventajas teóricas de esta nueva vía de financiación son que permite la libertad de elección de centro y médico por parte de los pacientes¹¹¹ y que aumenta la

que en muchas regiones del mundo una mejora de los servicios de salud tendría repercusiones muy importantes sobre la calidad y la cantidad de vida.

¹¹⁰ El SMO se financia a través del Fondo Federal del Seguro Médico cuyos recursos proceden de un impuesto sobre las empresas correspondiente a un 3,6% de los salarios del cual un 3,4% se destina a los fondos de seguro locales y tan sólo un 0,2% al fondo federal.

motivación del personal médico ya que la remuneración pasa a estar en función de la calidad del trabajo. Sin embargo, en el caso de la Federación Rusa, la transición hacia un sistema de “medicina de seguro” no está siendo exitosa y no cuenta con grandes apoyos.

Una de las principales limitaciones del sistema de SMO ha sido la dificultad de obtener fondos ya que en un contexto de crisis económica y eliminación de la política de subsidios estatales, muchas empresas tienen resultados negativos y no pueden contribuir a los fondos del SMO. Además, el entorno de corrupción y de generalización de transacciones grises dificulta una recaudación eficiente. Por otro lado, el nuevo sistema ha generado la exclusión de determinados grupos poblacionales, ya que se trata de un tipo de financiación vinculada al empleo.

Junto con la aprobación de la *Ley del Seguro Médico*, otro de los cambios fundamentales en cuanto al sistema sanitario ha sido la introducción de principios de mercado, de manera que se permite que los hospitales y clínicas retengan beneficios obtenidos a través de servicios de pago. En un primer momento, esta medida fue vista con buenos ojos por la mayor parte de la población. Para el personal sanitario representaba nuevas oportunidades de incrementar sus ingresos y ejercer la medicina en mejores condiciones. En cuanto a la población en general, se veían las reformas con optimismo. Según una encuesta realizada en Moscú en Enero de 1992, el 50% de la población estaba de acuerdo con el proceso de privatización del sistema médico y sólo el 35% pensaba que era mejor no privatizar¹¹². La mayor parte de los moscovitas tenía expectativas positivas y pensaba que la liberalización era la fórmula que iba a liberarles de los problemas económicos.

Sin embargo, el resultado de la introducción de principios de mercado ha sido un sistema dual en el que los servicios sanitarios son provistos por un lado por el Estado, que afronta graves problemas de financiación; y por otro por el sector privado, que cuenta con mejor equipo y profesionales bien pagados pero al que sólo puede acceder una pequeña parte de la población.

¹¹¹ Anteriormente los médicos eran asignados según el lugar de residencia o trabajo. Desde 1993 existe la posibilidad de elegir libremente al médico.

¹¹² Citado por Ryan M, 1993. Pag, 782.

Pese a que la introducción de principios de mercado ha aumentado las posibilidades de elección de los sectores más acomodados, la mayor parte de la población únicamente tiene acceso al deteriorado sistema estatal ya que en un contexto de severa crisis económica, las familias no disponen de recursos suficientes para acceder a servicios sanitarios “de pago”.

En cuanto al proceso de descentralización, en el caso de Rusia, éste ha dado lugar a una disminución del total de recursos disponibles. Dado que una parte de los ingresos debe obtenerse a través de impuestos sobre la industria local, en algunas zonas deprimidas se ha generado una reducción sustancial de los recursos.

Balance de las reformas

Los cambios producidos en el sistema sanitario de la Rusia post-soviética se han centrado en las vías de financiación sin tener en cuenta que las reformas deberían haber tenido también implicaciones en cuanto a la organización, gestión y provisión de servicios.

Además de que los problemas financieros no se han resuelto, el proceso de reformas ha repercutido negativamente sobre los niveles de equidad tanto regionales como por grupos sociales.

Pese a que la tecnología soviética ya estaba obsoleta, el proceso de reformas ha acentuado este problema dado que muchos centros de investigación han perdido el apoyo financiero. Las organizaciones de propiedad federal han sido las más perjudicadas, lo cual es de gran importancia teniendo en cuenta que era en este tipo de centros donde se concentraba el potencial tecnológico.

En cuanto a las medicinas, aunque durante la etapa soviética ya existía un mercado ilegal en el que tenía lugar una transferencia de recursos privados hacia el sector médico en forma de propinas y sobornos, en los años 90 aumentaron las transacciones en el mercado negro. Además, según datos del RLMS en estos años el 15% de la población no podía adquirir los medicamentos que le habían sido prescritos por falta de recursos económicos.

Pese al fracaso de las reformas sanitarias, como se verá a continuación, los problemas que afronta el sistema sanitario no explican el aumento de la mortalidad a corto plazo que tuvo lugar durante la primera mitad de los años 90.

4.2.3 ¿Es la crisis de mortalidad de principios de los años 90 una consecuencia del deterioro del sistema sanitario?

Pese a que los graves problemas que afectaron al sistema sanitario ruso repercutieron sobre determinados indicadores de la salud, no se trata de uno de los determinantes principales de la crisis de mortalidad. Hay varios argumentos que refuerzan esta hipótesis:

1. Las causas de mortalidad

La mortalidad por enfermedades cardiovasculares (exceptuando el subgrupo de enfermedades cerebrovasculares¹¹³), así como la ocasionada por causas externas no es muy susceptible de evitarse mediante intervención médica. Aunque la detección precoz de enfermedades cardiovasculares juega un papel importante dada la existencia de tratamientos efectivos, el impacto de una reducción de los casos detectados es muy improbable que se vea reflejado en las tasas de mortalidad *a corto plazo*.

Por otro lado, entre una serie de causas de mortalidad seleccionadas por su probabilidad de ser evitadas mediante intervención médica, únicamente la mortalidad por Neumonía y Tuberculosis experimentaron un incremento importante a partir de 1990. El resto de causas de mortalidad no aumentó significativamente o, en caso de hacerlo, se trataba de la continuación de una tendencia previa¹¹⁴. Es también significativo que las tasas de mortalidad materna, muy susceptibles de verse afectadas por deterioros de la atención sanitaria, se mantuvieran en el mismo nivel entre 1989 y 1994 (49 madres por 100.000 nacidos vivos) (OMS, 1997).

¹¹³ Sin embargo las enfermedades cerebrovasculares no contribuyeron significativamente al aumento de la mortalidad (Walberg P et al, 1998:315).

¹¹⁴ Según datos del Goskomstat.

2. Las edades más afectadas

Si el deterioro del sistema sanitario fuera el principal factor explicativo, la mortalidad infantil y la de las edades avanzadas sería la que más habría aumentado. Sin embargo, los incrementos de mortalidad fueron más significativos en las edades medias.

3. El impacto en las zonas rurales / urbanas

Entre 1990 y 1994, la esperanza de vida en las áreas rurales descendió cinco años mientras que en las urbanas el descenso llegó a siete años (Shkolnikov V y Field M, 1999). El hecho de que la mortalidad aumente más en las capitales de regiones que en las zonas rurales, apoya la hipótesis de que el sistema sanitario juega un papel residual ya que en las zonas rurales el acceso a los servicios y suministros sanitarios es inferior.

Estos datos apuntan a que el sistema sanitario no jugó un papel central en la crisis de mortalidad, motivo por el cual será necesario analizar el impacto de otras variables.

4.3 Cambios en el nivel de ingresos absolutos

Junto con el funcionamiento del sistema sanitario y la situación medioambiental, el nivel de ingresos absolutos forma parte del conjunto de variables de tipo "material" que repercuten sobre la salud.

Tras descartar que el deterioro del sistema sanitario haya jugado un papel central en la crisis de mortalidad rusa, se analizará el impacto de la caída del nivel de ingresos. Se argumentará que, a pesar de que se trata de un determinante de la salud muy importante y en Rusia se produjo un deterioro sustancial, el descenso del nivel de ingresos no explica *completamente* el aumento de la mortalidad observado en los primeros años de la década de los 90. Una vez descartada la posibilidad de que se trate del principal factor explicativo de la crisis, se procederá a analizar cuál fue el posible impacto de la situación medioambiental.

4.3.1 El impacto del nivel de ingresos sobre la salud y la mortalidad

Es incuestionable el hecho de que las privaciones materiales repercuten sobre la salud de los individuos. Las condiciones de vivienda, alimentación, acceso a servicios sanitarios etc. son aspectos que influyen en los niveles de mortalidad y explican parte del gradiente existente entre las diferentes clases sociales así como las diferencias en cuanto a esperanza de vida entre muchos países¹¹⁵.

Sin embargo, en los países más desarrollados el nivel de ingresos absolutos no constituye uno de los principales determinantes de la salud ni explica totalmente el gradiente entre clases sociales (Wilkinson R.G, 1996). De hecho existen estudios que muestran que durante periodos de rápido aumento de ingresos pueden darse incrementos de las tasas de mortalidad (Eyer J, 1980). Brenner mostró cómo en etapas de intenso crecimiento económico puede aumentar la mortalidad total, la ocasionada por enfermedades del corazón, los suicidios y los homicidios (Brenner S, 1979). Estos hallazgos implican que ciertos tipos de “booms” económicos pueden repercutir negativamente sobre la salud de la población a causa de *la magnitud y rapidez de los cambios* así como de las *variaciones de los niveles de renta en términos relativos*. Por otro lado, un estudio realizado en 1978 muestra que el nivel de riqueza en términos absolutos no explica las diferencias de mortalidad por enfermedades cardiovasculares entre clases sociales (Marmot M.G et al., 1978b). En el denominado *estudio de Whitehall* se realizó el seguimiento de más de 10.000 funcionarios durante dos décadas. En este estudio se mostró que la mortalidad estandarizada por edad en las jerarquías inferiores era 3,5 veces superior a la de las jerarquías superiores. De cara al tema que nos ocupa, la importancia del estudio radica en que la población analizada - todos ellos funcionarios - tenía un nivel mínimo de subsistencia asegurado. Este hecho implica que parte de las diferencias de mortalidad por clases sociales están determinadas por factores no relacionados con las carencias materiales, es decir, están operando factores de tipo subjetivo relacionados con los ingresos *relativos* y la posición jerárquica¹¹⁶. Además, el hecho de que la asociación se

¹¹⁵ Aunque tal como muestra Wilkinson R.G, las diferencias en cuanto a esperanza de vida no están fundamentalmente explicadas por el nivel de ingresos en aquellos países en los cuales se supera un nivel de 5.000 \$/p.c anuales (Wilkinson R.G, 1996).

¹¹⁶ Otro resultado significativo del estudio fue que los funcionarios de niveles superiores que reportaban estilos de vida poco saludables - como fumar - presentaban una probabilidad de morir por causas relacionadas con el tabaco inferior a la de los funcionarios de jerarquías inferiores, lo cual implica que la relación entre jerarquía y mortalidad no estaba justificada en términos de adopción de determinados estilos de vida.

mantenga a lo largo de toda la jerarquía social y no únicamente entre los grupos extremos, implica que las desigualdades en salud no se deben únicamente a aspectos materiales. En cuanto a la mortalidad por enfermedades del corazón, hay que destacar que las diferencias de mortalidad cardiaca entre jerarquías de funcionarios persistieron aún después de ajustar por factores de riesgo como colesterol, tabaquismo e hipertensión arterial.

Estos hallazgos permiten afirmar que el nivel de ingresos en términos absolutos constituye *sólo uno* de los diferentes determinantes que repercuten sobre la salud.

4.3.2 El impacto de la transición en Rusia sobre el nivel de ingresos

Durante los primeros años de la transición se produjo una caída del nivel de ingresos que dio lugar a un deterioro de las condiciones materiales de amplios sectores de la población. Como se observa en la siguiente tabla, la liberalización de precios de principios de 1992 generó un descenso sustancial de los ingresos reales disponibles¹¹⁷ de las economías domésticas sin que se recuperaran los niveles de 1990 en los años posteriores.

Tabla 4

Ingresos disponibles reales de las economías domésticas. Federación Rusa. 1992-1995 (1990=100).

1992	1993	1994	1995
63	74	83	72

Fuente: Goskomstat, 1996¹¹⁸

En cuanto al nivel de pobreza, pese a los problemas al estimarla¹¹⁹, se puede afirmar que en términos cuantitativos aumentó respecto a la etapa soviética (Tabla 5). Además, hay que tener en cuenta que para el propósito de este estudio es de especial importancia considerar la pobreza desde una perspectiva cualitativa. Durante la etapa soviética se puede afirmar que la *vulnerabilidad* de los más desfavorecidos era menor ya que al menos tenían la seguridad de que no iban a experimentar drásticas caídas de sus ingresos ni a perder su vivienda. Sin embargo, el aumento del nivel de incertidumbre y de

¹¹⁷ Ingresos disponibles tras el pago de impuestos y haber ajustado en función del índice de precios.

¹¹⁸ Hay que considerar las limitaciones de los datos sobre el nivel de ingresos procedentes del Goskomstat mencionados en la presentación de este trabajo (Parte I. Apartado 7).

¹¹⁹ Las estimaciones del porcentaje de población en situación de pobreza están en función de cuál sea el nivel mínimo de subsistencia establecido. Según datos del *Informe Sobre el Desarrollo Humano* (PNUD, 1996), el porcentaje de población en situación de pobreza se estima en un 90% (cuando el umbral de subsistencia se establece en 1.4 millones de Rublos mensuales) y en un 25-34% cuando dicho umbral se reduce a los 248.000 Rublos mensuales (es decir, 50 Dólares).

la movilidad social produjo un cambio *a nivel cualitativo* de la pobreza que repercutió sobre la salud de la población tanto por canales materiales como psicosociales.

Tabla 5

Hogares en situación de pobreza¹²⁰. Federación Rusa. 1992-1995 (porcentaje por debajo de la línea de pobreza sobre el total¹²¹)

1992	1993	1994	1995
11.1	13.1	17.2	29.5

Fuente: RLMS (Zohoori N et al., 1998)

4.3.3 ¿Es la crisis de mortalidad de principios de los años 90 una consecuencia del descenso del nivel de ingresos?

Pese al aumento de la pobreza y el descenso del nivel de ingresos producido en Rusia entre 1990 y 1994, éstas no son las causas explicativas más importantes de la crisis de mortalidad ya que si así fuera, los incrementos de mortalidad se concentrarían en las edades extremas (los niños y las edades avanzadas) ya que son los sectores más susceptibles de verse afectados por un deterioro de las condiciones materiales. Además, según datos del RLMS, en 1994 la pobreza afectó severamente a dichos grupos de edad¹²² (Zohoori N et al., 1998). Sin embargo, las edades medias fueron las más afectadas por el aumento de la mortalidad ya que el 75% del descenso de la esperanza de vida se atribuye a las edades comprendidas entre 25 y 64 años (Notzon FC et al., 1998). Por otro lado, los aumentos de mortalidad se darían sobre todo en las zonas en las que la crisis económica fue más severa. Sin embargo, en algunas de las zonas en las que se concentraron los incrementos de mortalidad, el descenso del nivel de ingresos fue inferior a la media (Walberg P, McKee M, Shkolnikov V, Chenet L y Leon D.A, 1998).

¹²⁰ Tras ajustar en función de los ingresos en especie.

¹²¹ Los datos del RLMS se calcularon en base a líneas de pobreza regionales establecidas en función del coste de la canasta básica de alimentos y ajustando por el tamaño de la familia y los bienes de producción doméstica. Para más detalles véase Zohoori N et al., 1998:1978.

¹²² El porcentaje superior de pobreza se da entre los niños menores de seis años (En 1996 el 44.5% vivía en hogares cuyos ingresos estaban por debajo de la línea de pobreza). En cuanto a las edades avanzadas, entre 1992 y 1996 se produjo un incremento del 1483% en el porcentaje de personas que vivían por debajo del 50% de la línea de pobreza (Zohoori N et al., 1998:1988).

Según un estudio transversal de las diferentes regiones rusas realizado con datos correspondientes a 1994, existe una correlación positiva entre ingresos p.c. y tasas de mortalidad (Kennedy B.P, Kawachi I y Brainerd E, 1998). Además, se encontró una asociación negativa entre mortalidad e indicadores de capital social (confianza en el gobierno, conflictos en el trabajo etc.) incluso tras haber controlado por los ingresos p.c. y la pobreza en términos absolutos (para más detalles ver Pag. 53).

Por otro lado hay que destacar que pese a que la mortalidad ocasionada por enfermedades estrechamente relacionadas con el nivel de vida¹²³ contribuyó al aumento de la mortalidad total, la mayor parte de dicho aumento se produjo por causas relativamente poco vinculadas con los niveles de ingresos absolutos (enfermedades cardiovasculares y causas externas).

Finalmente, hay que destacar que según datos del RLMS, en 1996 - año en el que se produjo un descenso de la mortalidad - el nivel de pobreza alcanzó su nivel máximo y los ingresos reales mensuales fueron inferiores a los de 1994.

Estos datos implican que el nivel de ingresos absolutos no fue uno de los determinantes principales de las variaciones de la mortalidad en Rusia durante la primera mitad de los años 90. No obstante el aumento de la mortalidad ocasionada por enfermedades infecciosas y parasitarias implica que si bien no se trata de un determinante que explique completamente el aumento de las tasas de mortalidad, sí que ha tenido cierto impacto sobre la evolución de las mismas. Además, como se ha mencionado anteriormente (Gráfico 12. Pag 108), al analizar la evolución de la morbilidad se constatan incrementos considerables de enfermedades vinculadas con el nivel de renta como las infecciosas, parasitarias y digestivas lo cual implica que el deterioro del nivel de ingresos, pese a no haber ocasionado la crisis, está generando un deterioro del nivel de salud que podría reflejarse en un aumento de las tasas de mortalidad a medio o largo plazo. Además, se han encontrado correlaciones importantes entre las privaciones materiales y otros indicadores como la “salud autopercebida¹²⁴” (Bobak M et al., 2000; Carlson P, 2000; Rose

¹²³ Básicamente enfermedades infecciosas y parasitarias (Gráfico 8. Pag. 100)

¹²⁴ No obstante, hay que tener en cuenta que la “salud autopercebida”, al tratarse de un indicador de la salud de tipo subjetivo, es muy sensible a las variaciones en el nivel de ingresos. Por otro lado, los estudios en los

R, 2000). Estos resultados son de especial relevancia y es necesario subrayar que aunque este trabajo se centra en el análisis de la mortalidad, hay que tener en cuenta que las enfermedades más letales no son necesariamente las más frecuentes. De esta manera, cuando se afirma que el descenso del nivel de ingresos no ofrece una explicación satisfactoria al aumento de la mortalidad, no se está asumiendo que otros indicadores de la salud como la morbilidad o la salud autopercebida no se hayan visto seriamente afectados por el deterioro de las condiciones materiales y particularmente, por el descenso del nivel de ingresos.

4.4 Cambios en la situación medioambiental

El medio ambiente repercute sobre la salud de los individuos en función del estado del aire¹²⁵, el agua¹²⁶, los alimentos y el suelo.

Pese a la importancia del impacto de las condiciones medioambientales sobre la salud y la insatisfactoria situación en Rusia, los niveles de contaminación no son la causa principal del incremento de la mortalidad de principios de los años 90. Aunque los problemas ecológicos fueron trágicos en determinadas zonas, no parece que la crisis de mortalidad que tuvo lugar entre 1990 y 1994 estuviera ocasionada por las condiciones ambientales.

Algunos argumentos que apoyan esta hipótesis son:

- La transición económica y política no generó un deterioro del estado medioambiental a nivel nacional. Por el contrario, el proceso de ajustes económicos forzó el cierre de numerosas fábricas lo cual se tradujo en una reducción de los niveles de producción¹²⁷. Como puede observarse en el siguiente gráfico, esta situación llevó a una reducción de la emisión de contaminantes atmosféricos que pasó de 34.1 millones de toneladas en 1990 a 20,3 en 1996.

cuales se han encontrado correlaciones positivas entre privaciones materiales y dicho indicador (Bobak M et al., 2000; Carlson P, 2000), están basados en cuestionarios sobre el nivel de *satisfacción de necesidades básicas*, lo cual podría estar reflejando la pobreza relativa, más que la absoluta.

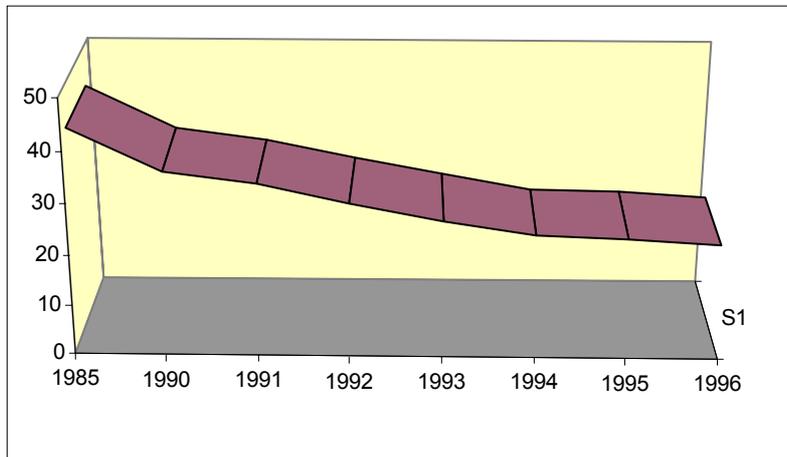
¹²⁵ En Rusia la contaminación del aire es especialmente elevada en las ciudades, donde algunos estudios señalan que el 20% de la morbilidad es producida por la polución (Ministerio de Sanidad de la Federación Rusa, 1994).

¹²⁶ Aproximadamente el 50% de la población rusa bebe agua que no cumple niveles adecuados de higiene (Ministerio de Sanidad de la Federación Rusa, 1994).

¹²⁷ La producción, básicamente industrial, disminuyó entre un 30% y un 50 % entre 1990 y 1995. (Murray C, Bobadilla J.L , 1997:9).

Gráfico 24

Emisión de contaminantes atmosféricos. Federación Rusa. 1985-1996 (Millones de toneladas)



Fuente:

Goskomstat, 1994b; 1997.

- El incremento de la mortalidad no se concentró en zonas con niveles particularmente elevados de degradación medioambiental (Cockerham W, 1997)
- El deterioro de las condiciones medioambientales afecta principalmente a la mortalidad por cáncer y por enfermedades respiratorias. Sin embargo, como se ha visto anteriormente (Gráfico 8, Pag 100), la mortalidad por dichas causas no contribuyó al incremento total de mortalidad de manera similar a como lo hicieron las enfermedades cardiovasculares y las causas externas, cuyo aumento no está relacionado con el deterioro del medio ambiente.
- Si el deterioro medioambiental hubiera sido una de las principales causas del incremento de la mortalidad todos los sectores de la población se hubieran visto afectados de manera similar. Sin embargo, como hemos visto anteriormente, los incrementos se concentraron en los hombres de edades medias.

De esta manera, puede considerarse que la situación medioambiental no es una de las principales causas explicativas del aumento de la mortalidad que tuvo lugar a corto plazo. No obstante, es esencial tomar medidas al respecto con el fin de evitar futuros incrementos de las tasas de mortalidad y morbilidad.

4.5 ¿Son los cambios en los determinantes de tipo material responsables de la crisis de mortalidad de los 90?

Es innegable que el proceso de desestructuración social descrito en el marco teórico¹²⁸ de este trabajo repercute sobre la salud por *canales materiales* ya que dificulta el acceso a un determinado nivel y calidad de servicios sanitarios, vivienda, alimentación, transporte etc. No obstante, como se argumentará a continuación, en el caso específico de Rusia la mediación por la vía material entre los pilares fundamentales de la estructura social y la crisis de mortalidad tiene un papel marginal. Este hecho no equivale a afirmar que aspectos como el drástico aumento de la *pobreza en términos absolutos*¹²⁹ sean irrelevantes para la salud. Por el contrario, se considera fundamental para la subsistencia y el mantenimiento de la salud en el sentido amplio el acceso a determinados bienes materiales. Lo que se pretende mostrar es que las carencias materiales - aunque explican una parte del aumento de la mortalidad - no son la principal causa de la crisis, lo cual nos obliga a buscar una explicación complementaria en las variables de tipo psicosocial.

Tal como se resume en la Tabla 6, en este trabajo se tiene en cuenta que el proceso de desestructuración social tiene un impacto innegable sobre las condiciones materiales. No obstante, la explicación de tipo material no da una respuesta a por qué los incrementos de mortalidad se concentraron en los hombres de edades medias, en algunas de las regiones más ricas, y por causas poco relacionadas con los ingresos absolutos.

Al interpretar la información contenida en la tabla es importante considerar que se han señalado en negrilla los aspectos que afectan fundamentalmente a los hombres, en mayúsculas los que afectan en especial a las edades medias y en sombreado los que repercuten principalmente sobre las enfermedades cardiovasculares y las causas externas.

¹²⁸ Debilitamiento de la familia, las empresas, la comunidad y el estado.

¹²⁹ Se entenderá que la *pobreza absoluta* está determinada por una necesidad individual independiente de la riqueza de los sectores de la población más acomodados. Por el contrario, se definirá la *pobreza relativa* como la percepción subjetiva de necesidad originada en la comparación de la situación de un individuo, familia, comunidad o región geográfica en relación con resto de los miembros de la sociedad en un determinado momento.

Como puede observarse, los aspectos que repercuten específicamente sobre las causas de mortalidad y el sector poblacional en el que más aumentó la mortalidad se concentran en la columna correspondiente a los canales psicosociales.

Al tratarse de percepciones, más que de carencias en términos absolutos, los canales psicosociales afectan fundamentalmente a las edades medias que son las que más interaccionan con las diferentes esferas del entorno social y las más susceptibles de verse afectadas por la incertidumbre y el pesimismo ya que son más conscientes de las problemáticas potenciales del futuro próximo. Por otro lado, como se argumentará con mayor detalle en secciones posteriores, los sentimientos que intervienen en el canal psicosocial (hostilidad, desconfianza, etc.) repercuten claramente sobre la mortalidad por violencia y los estudios epidemiológicos han constatado la existencia de vínculos entre estas variables y la mortalidad por enfermedades del corazón.

Por el contrario, el canal de tipo material afecta fundamentalmente a grupos de edad en los que la mortalidad no varió significativamente (edades extremas) y a causas de mortalidad relacionadas con la pobreza en términos absolutos (que no representan un porcentaje muy elevado del incremento de mortalidad). Además afecta con mayor severidad a las regiones más pobres que, como se ha visto, no fueron las que experimentaron mayores incrementos de la mortalidad.

Tabla 6

El impacto del proceso de desestructuración social por canales materiales y psicosociales¹³⁰

Indicadores de la desestructuración social (deterioro de las funciones de la familia, las empresas, la comunidad y el estado)	Impacto vía canales <i>fundamentalmente</i> materiales (acceso a bienes y servicios) ¹³¹	Impacto vía canales psicosociales (consecuencias psicológicas) ¹³²
FAMILIA		
Debilitamiento de los vínculos familiares	Falta de apoyo instrumental procedente de la familia (préstamos y otras ayudas económicas)(*)	FALTA DE APOYO EMOCIONAL QUE AYUDE A PALIAR EL ESTRÉS GENERADO EN OTRAS ESFERAS VITALES. FUENTE DE ESTRÉS CUANDO LAS RELACIONES FAMILIARES SON TENSAS
EMPRESAS		
Desempleo	Impide obtener los ingresos necesarios para satisfacer necesidades básicas para la subsistencia.	SENSACIÓN DE FRACASO, DETERIORO DE LA AUTOESTIMA FALTA DE REALIZACIÓN ESCASA SOCIALIZACIÓN
Riesgo de perder el empleo	---	INCERTIDUMBRE, TENSIÓN, ANSIEDAD
Condiciones de trabajo desfavorables	CONDICIONES DE SEGURIDAD E HIGIENE INADECUADAS Se reduce la provisión de bienes y servicios facilitados por las empresas para los trabajadores ¹³³	TENSIÓN, ESTRÉS LABORAL DERIVADO DE UN AUMENTO DE LAS EXIGENCIAS LABORALES Y LA COMPETITIVIDAD. DESCONTENTO, DETERIORO DE LA AUTOESTIMA, DESMOTIVACIÓN, HOSTILIDAD Y PESIMISMO ANTE LA REDUCCIÓN DE BIENES Y SERVICIOS FACILITADOS POR LAS EMPRESAS (GUARDERÍA, OCIO, CANTINA, VACACIONES ETC.)
Escasez de bienes y servicios ¹³⁴	Impide la satisfacción de necesidades básicas indispensables para la subsistencia (alimentación, vivienda, ropa, medicinas etc.)	SENSACIONES DE DESVENTAJA, INFERIORIDAD Y PESIMISMO DERIVADAS DE LA SITUACIÓN DE POBREZA RELATIVA RESPECTO A LA SITUACIÓN DE OTROS PAÍSES Y GRUPOS SOCIALES COMO LOS "NUEVOS RUSOS" CARACTERIZADOS POR UN PATRÓN DE CONSUMO OSTENTOSO.
COMUNIDAD		
Escasez de vínculos comunitarios que favorezcan la cooperación (a causa del pesimismo generalizado, la criminalidad y el aumento de la movilidad social, que favorecen la creación de grupos sociales antagónicos y	Falta de apoyo instrumental procedente de la comunidad (préstamos y otras ayudas económicas) (*) Pérdida o deterioro de bienes	DESCONFIANZA, FALTA DE ILUSIÓN, FATALISMO, INSEGURIDAD, HOSTILIDAD, COMPETITIVIDAD, ANSIEDAD AUSENCIA DE UN SENTIMIENTO DE "PERTENENCIA"

¹³⁰ Se han señalado en negrilla los aspectos que afectan en especial a los hombres, en mayúsculas los que afectan fundamentalmente a las edades medias, y en sombreado los que repercuten principalmente sobre las enfermedades cardiovasculares y las causas externas.

¹³¹ Como se ha mencionado al inicio del apartado 4 (véase Pag. 164), los determinantes que se han clasificado como *fundamentalmente* de tipo material, también pueden repercutir sobre la salud a través de canales de tipo psicosocial ya que, a modo de ejemplo, un descenso del nivel de ingresos generará ansiedad, estrés y tensiones familiares.

¹³² En cuanto a salud, las consecuencias psicológicas se manifiestan tanto "hacia dentro" (impacto del estrés sobre el sistema psico-neuro-endocrino y cambios en los estilos de vida) como "hacia fuera" (hostilidad y violencia).

¹³³ Aunque el nivel de desinversión en servicios sociales por parte de las empresas fue inferior al esperado y en algunos casos todavía se provee parte de la remuneración "en especie", entre 1992 y 1996 un 33% de las empresas rusas redujeron dichos servicios sin que paralelamente tuviera lugar un aumento compensatorio del salario (Lefèvre C, 1998).

¹³⁴ Pese a que en el sistema soviético las empresas tenían entre sus funciones la provisión de bienes y servicios a la población general, en su papel como proveedoras internas para los trabajadores tuvieron un papel más significativo.

comportamientos individualistas que impiden el desarrollo de interacciones sociales de apoyo mutuo).	materiales a causa de la criminalidad.	
ESTADO		
Reducción de la provisión de servicios sociales	Reducción del acceso a servicios de sanidad, educación y protección social adecuados.	INSEGURIDAD Y ANSIEDAD ANTE LA DESAPARICIÓN DE UNA FUENTE DE APOYO EXTERNA
Inexistencia de un marco legal sólido	Insuficiente protección de la propiedad Reducción de la provisión de bienes y servicios públicos ante la evasión fiscal creciente Condiciones de seguridad ambiental - y en el lugar de trabajo - inadecuadas ante la escasa regulación	SENSACIÓN DE FALTA DE PROTECCIÓN ESTATAL, DESCONFIANZA INSEGURIDAD PERSONAL
Aumento de las desigualdades de ingresos	---	HOSTILIDAD, FRAGMENTACIÓN SOCIAL, DETERIORO DE LA AUTOESTIMA, SENTIMIENTOS DE INFERIORIDAD, CONFLICTIVIDAD, DESCONFIANZA
Inestabilidad de precios	Deterioro del poder adquisitivo que impide la satisfacción de necesidades básicas	INCERTIDUMBRE, ANSIEDAD ESTRÉS

Fuente: Elaboración propia

(*)Tal como sugiere Wilkinson R.G, en estos casos el canal material juega un papel marginal ya que los individuos de las clases más desfavorecidas suelen pertenecer a familias y comunidades que también lo son y por tanto las posibilidades de apoyo económico son limitadas (Wilkinson R.G, 1996).

Como se desprende de la información contenida en la tabla anterior, el impacto de la desestructuración social sobre la salud se produce tanto por canales materiales como psicosociales. Sin embargo, en el caso de Rusia, los aspectos de tipo psicosocial jugaron un papel más importante al ser los que más repercutieron sobre los grupos de edad y causas de defunción en los cuales se concentró el incremento de la mortalidad producido entre 1990 y 1994.

4.6 Conclusiones

El deterioro de las condiciones materiales originado en el descenso del nivel de vida y otros aspectos como la crisis del sistema sanitario, repercutió sobre la morbilidad y contribuyó a generar un aumento de la mortalidad ocasionada por enfermedades infecciosas y parasitarias. Sin embargo, los argumentos basados en las condiciones materiales no dan una respuesta a por qué el incremento de la mortalidad de principios de los 90 se concentró en los hombres de edades medias, en las enfermedades cardiovasculares y las causas externas; y en las regiones en las que el nivel de ingresos

era superior. Además, el descenso de la producción industrial y de la emisión de contaminantes no hace probable que el deterioro medioambiental fuera una de las principales causas explicativas de la crisis de mortalidad.

Es necesario enfatizar que cuando se afirma que el deterioro de las condiciones materiales no explica la mayor parte del aumento de la mortalidad no se está asumiendo que otros indicadores de la salud como la morbilidad o la salud autopercebida no se hayan visto seriamente afectados por dicho deterioro.

Una vez descartadas las variables de tipo material como determinantes fundamentales de la crisis *de mortalidad* de principios de los 90, será necesario analizar con mayor detalle el posible papel que pudieron haber jugado los aspectos de tipo psicosocial.

5. Cambios en los determinantes de tipo psicosocial

5.1 Introducción

Los cambios socioeconómicos y políticos que tuvieron lugar a principios de los años 90 en Rusia fueron de gran magnitud y se produjeron con rapidez. Como se ha visto en las secciones anteriores, ni los cambios en los hábitos y estilos de vida ni los determinantes de tipo material ofrecen una explicación completa y satisfactoria al incremento de la mortalidad de principios de los años 90. Por este motivo, en esta sección se analizará el posible impacto que los factores de tipo psicosocial pudieron haber tenido sobre la salud y la evolución de la mortalidad.

Tal como se ha avanzado en el marco teórico de este trabajo (Pags 63-76), la naturaleza del proceso de reformas generó un proceso de desestructuración social ya que se produjeron grandes cambios en cuatro esferas fundamentales muy interrelacionadas entre sí: la familia, la comunidad, las empresas y el estado. Dicho proceso estuvo acompañado por la aparición de nuevas fuentes de estrés psicosocial¹³⁵ dada la necesidad por parte de la población de adaptarse a profundas transformaciones en un escaso periodo de tiempo. Además se produjo una reducción de los mecanismos para superar el estrés (apoyo social / estatal, autoestima, sentimiento de control y de pertenencia a una comunidad etc.). Los individuos experimentaron un proceso de cambio de las condiciones estructurales de la sociedad, sus recursos propios internos y sus relaciones externas con el entorno más próximo.

Según la hipótesis principal de este trabajo, el nuevo patrón de estrés asociado al proceso de desestructuración social actuó como catalizador de la crisis de mortalidad.

Si la explicación fuera básicamente de tipo biomédico, el incremento de la mortalidad hubiera tenido un carácter universal. Sin embargo, la mortalidad no aumentó por igual

¹³⁵ Como se ha mencionado con anterioridad, no se puede demostrar que se haya producido un incremento del estrés psicosocial ya que con anterioridad al proceso de reformas también existía cierto nivel de estrés derivado de la falta de libertad de expresión y otros derechos democráticos. La imposibilidad de cuantificar el estrés psicosocial hace que a lo largo de este trabajo se haga referencia a un cambio en el "patrón" del mismo, o de las fuentes que lo originan.

entre los diferentes tipos de ocupación, grupos de edad, regiones, zonas urbanas / rurales y niveles educativos. La crisis de mortalidad afectó básicamente a los hombres de edades medias residentes en las áreas urbanas¹³⁶ de las regiones más desarrolladas, con niveles bajos de educación y con ocupaciones manuales. Estos datos apuntan a que el aumento de la mortalidad en Rusia tuvo un origen de tipo social.

En el documento *“Towards a Healthy Russia”* elaborado por científicos rusos y especialistas en salud de la O.M.S., se menciona que “cada vez se reconoce más que los factores psicosociales (ej: tensión laboral, hostilidad) afectan al desarrollo de enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades no transmisibles”¹³⁷ (Ministerio de Sanidad de la Federación Rusa, 1994:50).

Es importante señalar que, como se ha mencionado anteriormente, la tendencia ascendente de las tasas de mortalidad se remonta a mediados de los años 60 y existen varios argumentos que apuntan a que los factores de tipo psicosocial *también* jugaron un papel central en el deterioro de la salud durante este periodo. El escepticismo, la desilusión, la corrupción, la escasez y los problemas burocráticos podrían haber repercutido sobre los indicadores de salud. El hecho de que el aumento de la mortalidad / morbilidad se concentrara en las causas más sensibles a los aspectos psicosociales (homicidios, enfermedades mentales y cardiovasculares, etc.) apunta en esta dirección. Según Watson, la incongruencia entre las aspiraciones crecientes de la población y las oportunidades reales para satisfacerlas generaron un aumento de la pobreza relativa originada por una mayor visibilidad de lo que sucedía *“al otro lado”* que permitió a los habitantes de la URSS y la esfera soviética comparar su nivel de vida con el patrón occidental. Este hecho, sumado al estancamiento que caracterizó la economía de los PECO a partir de los años 50, generó sentimientos de decepción y desesperanza que a su vez repercutieron sobre la salud y que se acentuaron a causa del escaso margen de maniobra de los individuos para hacer algo que permitiera modificar una situación percibida como insatisfactoria (Watson P, 1995).

¹³⁶ Entre 1990 y 1994 la esperanza de vida en Moscú y San Petersburgo descendió en 7.7 y 7.1 años respectivamente (Leon D.A y Shkolnikov V, 1998). El hecho de que el descenso en las grandes ciudades occidentales de Rusia - en las que el proceso de cambios se produjo con mayor rapidez e intensidad - fuera superior al del resto del país (donde el descenso medio fue de 6.4 años), implica que hubo factores relacionados con las reformas socioeconómicas que repercutieron sobre las tasas de mortalidad.

¹³⁷ En el original: *“Psychosocial factors (eg., job strain and hostility traits) are increasingly recognized as playing a major role in the development of CVD and other NCD.”*

5.2 El impacto del estrés psicosocial sobre la salud y la mortalidad

Desde los años 70 se ha adoptado un enfoque holístico de la salud que engloba aspectos tanto físicos como psíquicos y sociales, de manera que se concibe la salud como un estado de equilibrio de los elementos que conforman el entorno de los seres humanos. Tal como ha definido la OMS “la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no únicamente la ausencia de enfermedad”. Ya en la Grecia clásica Hipócrates había considerado la salud en función del entorno.

Cuando la interacción del individuo con su entorno genera tensiones, se da una situación de estrés psicosocial que afecta a la salud tanto a través de cambios en el comportamiento como a través de cambios fisiológicos.

A lo largo de las últimas décadas, las evidencias del impacto de los factores de riesgo de tipo psicosocial sobre la salud y la mortalidad han aumentado.

Los aspectos que más se han estudiado han sido: comportamiento de tipo A¹³⁸, hostilidad, depresión, estrés laboral y aislamiento social. En cuanto a las dos causas de mortalidad que más aumentaron en Rusia (enfermedades cardiovasculares y violencia), como se verá a lo largo de este trabajo son muchos los estudios que muestran que ambas causas de mortalidad están relacionadas con el estrés psicosocial.

Por un lado, tanto si el estrés produce un incremento del consumo de alcohol como si no es así, éste produce alteraciones en el comportamiento que se reflejan en conductas impulsivas que pueden llevar a un aumento de los índices de violencia y criminalidad generando un incremento de la mortalidad violenta.

Por otro lado, y en relación con el desarrollo de enfermedades coronarias, éstas suelen atribuirse a factores genéticos y conductuales. Sin embargo, algunos investigadores han

¹³⁸ La personalidad “tipo A”, caracterizada por una actitud constante de “hacer más en menos tiempo”, se asocia a una mayor propensión a padecer enfermedades del corazón (Theorell T, 1994). Al tratarse de un conjunto de actitudes y reacciones influenciadas por el entorno, puede considerarse como un patrón de comportamiento no estático, de manera que podemos englobarlo dentro del conjunto de determinantes de tipo psicosocial.

detectado que los FR reconocidos - HTA, colesterol y tabaquismo - explican únicamente 1/3 del gradiente entre clases sociales existente en la mortalidad ocasionada por este tipo de enfermedad (Marmot M.G et al., 1978a, 1984). Además, los datos del programa MONICA, muestran que las diferencias internacionales de los FR tradicionales explican menos del 50% de las variaciones de mortalidad (MONICA, 1994). Estos datos evidencian que están operando “otros factores” que repercuten de manera muy significativa sobre la morbilidad y la mortalidad por enfermedades del corazón motivo que ha llevado a muchos investigadores a centrarse en el análisis del papel que juegan las diferentes formas de organización social. Kristina Orth Gomér, cita varios estudios de gran escala en los que se muestra que el estrés repercute sobre el desarrollo de enfermedades del corazón incluso tras ajustar por los factores de riesgo tradicionales¹³⁹.

Como se ha argumentado en el marco teórico de este trabajo, la solidez de los diferentes componentes de la estructura social, da lugar a mayores o menores niveles de estrés psicosocial, el cual - pese a las limitaciones de los estudios epidemiológicos¹⁴⁰ - ha sido repetidamente relacionado con la mortalidad y la morbilidad cardiovascular (Marmot M.G y Syme S.L, 1976; Colledge M, 1982; Haynes S.G et al, 1978; Jenkins C.D, 1976; Rahe R.H, 1974; Shekelle R.B et al, 1983; Syme S.L, 1964, Hahn M.N, 1985; Jonhson J.V y Hall, 1988; Siegrist J et al., 1990; Brunner E y Marmot M.G, 1999). Recientemente se ha publicado una revisión de estudios que hacen referencia al impacto de los factores psicosociales sobre las enfermedades del corazón (Hemingway H y Marmot M.G, 1999) donde se confirma que el aislamiento social, la ansiedad, la depresión y la falta de control en el trabajo repercuten sobre el desarrollo de las mismas.

El estudio comparativo realizado en Suecia (Linköping) y Lituania (Vilnius) ayuda a clarificar las causas de una mayor frecuencia de la mortalidad cardiovascular en los PECO (Kristenson M et al., 1997; 1998a). En este estudio, los factores de riesgo tradicionales (tabaquismo, colesterol y HTA) no explicaban el diferencial de mortalidad entre ambos países. Los aspectos de tipo psicosocial aparecieron como elementos fundamentales ya que los hombres encuestados en Vilnius declararon mayores niveles de tensión laboral, aislamiento social y depresiones que los Suecos.

¹³⁹ Para más detalles véase Orth Gomér K, *Studies on Ischaemic Heart Disease*. Karolinska Institute. 1979.

¹⁴⁰ Dada la dificultad de fijar parámetros para identificar y cuantificar factores estresantes.

De esta manera vemos como las causas de mortalidad que más aumentaron en Rusia son particularmente sensibles al estrés psicosocial.

En el siguiente apartado se describirá cuáles son los canales biológicos específicos a través de los cuales el estrés repercute sobre la salud. Posteriormente se hará referencia a diferentes fuentes de estrés psicosocial en la nueva sociedad rusa y a cómo cada una de ellas repercute sobre la mortalidad.

5.3 Mecanismos biológicos a través de los cuales el estrés repercute sobre la salud

5.3.1 Canales biológicos

Aunque es necesario realizar más investigaciones, algunos estudios experimentales ayudan a clarificar cuál es el vínculo existente entre el estrés psicosocial y el mundo celular y subcelular.

El cuerpo, al reaccionar al estrés, segrega una serie de hormonas que ayudan a superar la situación de emergencia provocada por la amenaza o reto exterior. Sin embargo, si la respuesta biológica al estrés se activa con demasiada frecuencia y durante demasiado tiempo, los sistemas cardiovascular e inmune pueden verse afectados dando lugar a una mayor susceptibilidad a las infecciones y a una mayor propensión a la diabetes, la HTA¹⁴¹ y la acumulación de colesterol.

En los humanos, son dos las vías biológicas a través de las cuales la organización social puede repercutir sobre la salud. Es importante señalar que se trata de canales a través de los cuales esta repercusión *podría* darse. Que de hecho sea así, es una cuestión que pese a los avances realizados queda abierta, al ser las evidencias existentes incompletas (Brunner E y Marmot M.G, 1999). Dichos canales, descritos a continuación, son por un lado la vía simpato-adrenal y por otro lado el eje hipotálamo-pituitario-adrenal.

¹⁴¹Algunos estudios vinculan el estrés, la ansiedad y la depresión con la HTA incluso tras ajustar por posibles factores de confusión o enfermedades preexistentes (Ever, 1975; Jonas B.S et al., 1997).

a) Vía simpato-adrenal

Una vez el cerebro ha percibido y evaluado la amenaza o reto procedente del entorno, se produce una reacción *inmediata* de la parte simpática del sistema nervioso autónomo que consiste en la segregación de *noradrenalina* y *adrenalina*. Esta reacción hormonal permite movilizar la energía necesaria para hacer frente al “factor estresante” pero inhibe otras funciones que, pese a no ser imprescindibles para la supervivencia inmediata, son de gran importancia a medio plazo. Entre estas funciones se encuentran la regeneración de tejidos y el fortalecimiento del sistema inmune.

b) Vía eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA)

Se inicia al cabo de unos minutos o incluso horas, tras la percepción por parte del cerebro del factor estresante. Los principales componentes son tres órganos secretores de hormonas: el hipotálamo y las glándulas pituitaria y adrenal. Ésta última segrega una hormona muy importante: el cortisol.

Los estudios que han analizado si los diferentes niveles de cortisol en humanos repercuten sobre las enfermedades cardiovasculares apuntan a que en situaciones de estrés crónico la respuesta en términos de cortisol es más leve y los niveles basales de dicha hormona se elevan (Kristenson M et al., 1998b).

La función biológica del cortisol es posiblemente la de hacer que las situaciones difíciles puedan ser mejor toleradas por el organismo. Sin embargo, mantener niveles de cortisol elevados durante largos periodos de tiempo puede repercutir negativamente sobre la salud ya que implica una movilización de recursos que el organismo ya no necesita.

Es de especial relevancia el estudio de Livicordia en el que se comparó la reacción al estrés inducido en laboratorio de hombres Suecos y Lituanos pertenecientes a diferentes estratos socioeconómicos. En este trabajo se obtuvieron resultados que ilustran cómo el funcionamiento del eje HPA puede variar en función del entorno psicosocial. En Lituania, donde los hombres habían declarado niveles superiores de estrés laboral, depresión y aislamiento social, no se encontraron grandes diferencias respecto a Suecia en las clases

más favorecidas. Sin embargo, se detectó que las glándulas adrenales de los Lituanos pertenecientes a clases menos favorecidas no respondían al estrés ya que el nivel basal de cortisol era muy superior y no aumentaba tras la exposición a factores estresantes (Kristenson M et al., 1997; 1998a; 1998b).

Por otro lado, los estudios de biología celular empiezan a demostrar la base molecular de la interacción existente entre las células de los sistemas nervioso, inmune y endocrino (Dantzer R y Kelley K.W, 1989; Zalcman S, Richter M y Anisman H, 1989). Uno de los principales descubrimientos en el área de la inmunología y la neurociencia es que las células del sistema inmune contienen receptores idénticos a los del sistema nervioso. Este hecho implica que las células de los dos sistemas pueden comunicarse y probablemente influenciarse entre sí. Además, a nivel empírico se ha mostrado que el estrés repercute sobre el sistema inmune ya que en un estudio realizado entre estudiantes, se evidenció que éste se debilitaba durante el periodo de exámenes (Kennedy B.P et al, 1988). De esta manera vemos que las observaciones recogidas en el ámbito de la psico-neuro-inmunología muestran la importancia del papel que el sistema inmune juega al vincular las percepciones del entorno externo con respuestas biológicas. Sin embargo, el sistema inmune no es la única vía a través de la cual el estrés psicosocial repercute sobre el organismo ya que también se han detectado efectos sobre los sistemas endocrino y cardiovascular.

Como se verá en el siguiente apartado, los estudios realizados con animales también apuntan a que existe una relación entre los estímulos psicológicos y los sistemas neuroendocrino y neuroinmune (Sapolski, 1990; Henry J.P, 1982, Dantzer R y Kelley K.W, 1989).

5.3.2 Estudios realizados con animales

Los estudios realizados con animales pueden ayudar a explicar las relaciones existentes entre el entorno social y la salud. No obstante, hay que tener en cuenta sus limitaciones ya que la complejidad de la psicología humana, así como de su organización social, nos obliga a ser cautelosos al extrapolar los resultados.

Aún así, hay que considerar tres ventajas fundamentales de este tipo de estudio. En primer lugar, al igual que en los humanos, la organización social de muchos animales se basa en la existencia de jerarquías. En segundo lugar, en los animales, los factores de riesgo derivados de los estilos de vida no actúan como variables de confusión potenciales al estudiar las relaciones entre el entorno social y la salud. Finalmente, el hecho de que la respuesta de los diferentes mamíferos a los retos / amenazas procedentes del entorno (agentes estresores) sea muy similar¹⁴², constituye una ventaja adicional de este tipo de estudio.

Los experimentos realizados con animales en el área del estrés se remontan a los años 30 cuando Selye comprobó que las ratas que no eran tratadas cuidadosamente en los laboratorios desarrollaban úlceras, atrofas de los tejidos inmunes y un aumento de las glándulas adrenales.

Desde entonces se han realizado varios estudios con especies distintas en los que se concluye que la tensión generada experimentalmente durante un periodo de tiempo prolongado deriva en numerosas enfermedades e incluso puede dar lugar a la muerte (Dantzer R y Kelley K.W, 1989).

Los estudios de los babuinos realizados por Sapolsky son de especial relevancia ya que se trata de unos primates que - al igual que los humanos - se caracterizan por la existencia de marcadas jerarquías sociales. Además, el hecho de que vivan en grupos de 50 a 100 animales, con comida abundante y pocos predadores, les permite dedicar mucho tiempo a “interacciones sociales”. Todas estas características hacen que sean unos animales muy apropiados para el estudio de las influencias del entorno psicosocial sobre la salud. Tras varios años de estudios, Sapolsky identificó que entre los babuinos de bajo estatus, sometidos a mayores niveles de estrés, los factores de riesgo de enfermedades coronarias eran superiores (Sapolsky, 1993). También se encontraron evidencias de la relación existente entre los estímulos psicológicos y los sistemas neuroendocrino y neuroinmune (Sapolski, 1990).

¹⁴² El sistema nervioso y las hormonas preparan al cuerpo para responder a la emergencia.

5.3.3 El caso de las enfermedades del corazón

El estrés psicosocial repercute sobre las enfermedades cardiovasculares tanto de forma indirecta, generando cambios en los estilos de vida, como directamente, produciendo cambios fisiológicos en el organismo.

A continuación se expondrá en detalle cómo el estrés repercute sobre la salud coronaria a través de un cambio en los hábitos relacionados con la dieta, el tabaco y el alcohol. Posteriormente se hará referencia al efecto que se produce directamente como consecuencia de reacciones hormonales y cambios fisiológicos.

5.3.3.1 Efecto indirecto a través de cambios en el estilo de vida

Una sociedad desestructurada tenderá a generar mayores niveles de estrés y a reducir la calidad y cantidad de apoyos sociales así como la sensación de control sobre la propia vida y la autoestima de los individuos, lo cual repercutirá sobre los estilos de vida adoptados por éstos. Una situación percibida como estresante es muy posible que aumente la propensión a beber, fumar y / o comer en exceso. Además, como se menciona en otras secciones, numerosos estudios muestran que el apoyo social, la sensación de control sobre la propia vida y la autoestima, pueden ayudar a modificar los hábitos no deseados.

Pese a que es posible que los cambios que tuvieron lugar en Rusia repercutieran parcialmente sobre las tasas de mortalidad de forma *indirecta* a través de un cambio en los estilos de vida, como se explica a continuación, son muchos los estudios que muestran que las enfermedades cardiovasculares no están únicamente ligadas a éstos (Evans R et al., 1994).

Respecto a la dieta, existen dos vías relacionadas con el desarrollo de las enfermedades coronarias: el endurecimiento de las arterias (arteriosclerosis) y la oclusión de las mismas (trombosis).

La arteriosclerosis constituye un proceso a través del cual pueden desarrollarse enfermedades coronarias. Sin embargo, una persona puede tener arteriosclerosis extendida y no desarrollar ninguna enfermedad isquémica. De hecho, la mayor parte de los síntomas clínicos se producen por complicaciones trombóticas, es decir, dependen de la formación de tapones en la sangre y no únicamente del engrosamiento de las paredes arteriales (Evans R et al., 1994).

Es importante destacar que no hay evidencias de que una dieta elevada en colesterol influya sobre los procesos tromboembólicos. De hecho, los intentos de moderar el riesgo de padecer ataques cardiacos mediante una reducción de los niveles de colesterol nunca ha tenido un efecto significativo (Evans R et al., 1994).

Pese a que diversos experimentos realizados con animales han mostrado una clara relación entre dieta, hipercolesterolemia y arteriosclerosis (Ignatowski, 1909; Roberts y Strauss, 1965; Taylor C.B et al., 1959), en dichos estudios no se observaron complicaciones trombóticas de la arteriosclerosis salvo en los casos en los que los animales estuvieron sometidos a un estrés frecuente. En otros experimentos en los que se analizaron animales con niveles similares de colesterol, éstos desarrollaron grados diferentes de arteriosclerosis en función del grado de estabilidad del entorno en que vivían así como su posición jerárquica dentro del grupo (Nerem RM et al., 1980; Kaplan J.R et al., 1985, Kaplan J.R et al., 1991; Clarkson B.C et al., 1985).

De esta manera vemos que aunque la dieta influye en el desarrollo de la arteriosclerosis, no necesariamente genera oclusión trombótica cuando no hay una situación de estrés.

Por otro lado, aún sin tener una dieta elevada en colesterol, la lesión repetida de la pared arterial puede producir arteriosclerosis (Evans R et al., 1994).

Tal como afirman Marmot y Mustard “aunque cierto grado de arteriosclerosis parece constituir un prerrequisito para la trombosis, es probable que los altos niveles de colesterol sanguíneo no constituyan, en sí mismos, causa suficiente para su ocurrencia” (Marmot M.G y Mustard F, 1994: 211).

En cuanto al consumo de alcohol, no se ha demostrado que éste constituya un factor de riesgo de las enfermedades coronarias. Como se ha mencionado con anterioridad, la asociación entre consumo de alcohol y enfermedades coronarias *parece* tener forma de “U”. Sin embargo, pese a la gran cantidad de estudios epidemiológicos realizados, no existe consenso entre los especialistas sobre los efectos del alcohol sobre la mortalidad por enfermedades cardiovasculares.

Por último, respecto al tabaquismo, éste afecta principalmente a la vía trombótica, lo cual induce a pensar que en caso de que no haya una arteriosclerosis extendida su papel es residual. Los experimentos con animales muestran que el tabaco ni causa ni agrava la arteriosclerosis (Rogers W.R et al., 1988).

Aunque los factores de riesgo aislados no parecen ser una condición suficiente para el desarrollo de las enfermedades del corazón, hay que considerar que la combinación de dos o más FR aumenta sustancialmente el riesgo de mortalidad. Concretamente, para el caso de las enfermedades isquémicas del corazón y la embolia cerebral, la combinación de dos o más FR hace que el riesgo de mortalidad se multiplique por cinco (Ministerio de Sanidad de la Federación Rusa, 1994.)

También es importante considerar que entre la exposición a un determinado factor de riesgo y el desarrollo de una enfermedad cardiovascular deben transcurrir aproximadamente entre 10 y 15 años. No obstante, cuando se dan varios factores de riesgo simultáneamente a lo largo de un extenso periodo de tiempo, podría ser que sobre la base de un nivel de vulnerabilidad elevado, el efecto de un nuevo factor de riesgo como el estrés psicosocial, generara el desarrollo de la enfermedad de forma más inmediata.

5.3.3.2 Efecto directo a través de reacciones hormonales y cambios fisiológicos en el organismo

Además de los estilos de vida, es de particular interés tener en cuenta otras vías más directas a través de las cuales el estrés puede favorecer el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

Los canales biológicos que operan en la relación entre los factores de tipo psicosocial y las enfermedades coronarias fueron un campo activo de investigación en los años 80 y 90 que ya tenía antecedentes en un estudio realizado en 1958. En este trabajo se encontró que los contables de las oficinas fiscales, con anterioridad a la fecha límite de la declaración de impuestos, experimentaban un incremento de los niveles de colesterol y de los triglicéridos que dañaban las arterias¹⁴³.

Las catecolaminas (noradrenalina y adrenalina) también se han identificado como mediadoras de parte de la relación (Knox S.S et al., 1985; Frankenhaeuser M y Johanson G, 1986; Eide R, 1982; Härenstam A.B y Theorell T, 1988).

El estudio llevado a término por Brunner E provee información que clarifica significativamente cuáles son los vínculos biológicos existentes entre el estrés crónico y las enfermedades cardiovasculares. Según Brunner, la respuesta del sistema hipotálamo-pituitario-adrenal al estrés crónico genera un incremento de los niveles de corticosteroides y lípidos lo cual aumenta la propensión a desarrollar enfermedades del corazón (Brunner E, 1996).

Además, durante periodos de estrés crónico, la producción de algunas de las hormonas anabólicas - que permiten la regeneración de células - puede inhibirse, lo cual repercute sobre el nivel de proteínas del corazón aumentando la propensión a enfermar (Karasek R y Theorell T, 1990).

¹⁴³ Véase Karasek R y Theorell T, *Healthy Work. Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books. Pag 107. 1990.

Por otro lado, también se ha mostrado el impacto que el estrés tiene sobre la HTA¹⁴⁴ la cual constituye un importante factor de riesgo de las enfermedades del corazón. En un experimento realizado en 1987, se dividieron en dos grupos a personas con HTA. Ambos grupos asistieron a una clase semanal durante 2 meses en la que se les daba información sobre ejercicios físicos, tabaquismo y dieta. En uno de los grupos, adicionalmente, se realizaba una hora de ejercicios de relajación y control del estrés. Cuatro años después, la HTA en este último grupo era significativamente inferior (Patel C y Marmot M.G, 1987).

Otro trabajo que ejemplifica el impacto del estrés sobre la HTA es el realizado en un estudio de casos-control en el que se encontró que - al contrario de lo que sucede normalmente tanto en hombres como en mujeres - en un grupo de religiosas que vivían en clausura, no se experimentaban incrementos de la HTA con la edad (Timio M et al., 1988). Este hecho fue atribuido a que vivían en un entorno social de baja exposición a condiciones estresantes. Más recientemente, y tras 32 años de seguimiento, se ha confirmado este resultado y se ha constatado una menor prevalencia de problemas cardiovasculares entre las religiosas como consecuencia de una menor presión psicosocial derivada de un estilo de vida más tranquilo (Timio M et al., 2001).

Finalmente, es relevante destacar un estudio realizado en San Petersburgo en el que se analizaron 1646 individuos y se observó que entre finales de los 80 y mediados de los 90 aumentó drásticamente¹⁴⁵ el porcentaje de personas del grupo de edades entre 40 y 49 años que presentaba niveles bajos de lipoproteínas de alta densidad¹⁴⁶ (Plavinski S.L, Plavinskaya S.I, Richter V et al., 1999). Los autores del estudio asocian dicho descenso a factores de tipo socioeconómico.

La información aportada permite concluir que el nivel de estrés repercute sobre la incidencia de las enfermedades cardiovasculares. Tal como señala Evans “la tensión prolongada puede dar lugar a lesiones de las paredes arteriales y éstas a su vez, a la coagulación, la arteriosclerosis y la estenosis-, es decir, a la enfermedad coronaria” (Evans R et al., 1994:16). Además, en el mismo volumen Marmot M.G y Mustard F señalan que “la ocurrencia de la enfermedad coronaria está en última instancia vinculada

¹⁴⁴ La segregación de adrenalina contribuye a la HTA (Knox S.S et al., 1985) y favorece las arritmias (Karasek R y Theorell T, 1990).

¹⁴⁵ De 6% en 1986-88 a 36% en 1995-97.

¹⁴⁶ Las cuales están asociadas con los niveles de cortisol (Kristenson et al., 1997; 1998b) y son protectoras contra el colesterol.

a la naturaleza fundamental de las estructuras sociales en las cuales vivimos” (Marmot M.G y Mustard F, 1994: 232).

5.4 El impacto de los factores psicosociales a nivel individual

En un estudio sobre las sociedades post-soviéticas realizado en 1995 en el cual se utilizaron datos tanto cuantitativos como cualitativos, se menciona que durante los primeros años de la transición se generalizó un sentido catastrófico de la vida, caracterizado por la ansiedad sobre el futuro, la tensión, el miedo, el pesimismo y la falta de control sobre la propia vida (Kauppinen K, 1996).

La “sensación de falta de control sobre la propia vida” o de no ser capaz de hacer frente a los problemas, puede incrementar la vulnerabilidad de los individuos y su susceptibilidad a contraer enfermedades. En los años 50, Selye demostró cómo situaciones de estrés similares tenían un impacto diferente en función de cuál fuera la percepción subjetiva de los acontecimientos (Selye H, 1956). Esta percepción subjetiva está muy relacionada con la sensación de control que los individuos tienen sobre su propia vida.

En el estudio de Whitehall descrito con anterioridad (Pags 172-173), Marmot observó que en el lugar de trabajo, los individuos de todas las jerarquías poseían niveles similares de tensión arterial. Sin embargo, al finalizar la jornada laboral, la tensión arterial de los funcionarios de niveles superiores bajaba mucho más, lo cual apunta a que tienen mayor control ya que son más capaces de “apagar la respuesta al estrés” (Marmot M.G, 1986; 1978b; Marmot M.G y Wilkinson R.G, 1999). De esta manera, la capacidad de hacer frente y apagar la respuesta al estrés parece ser uno de los factores que genera una menor mortalidad en las jerarquías superiores.

Por otro lado, se ha mostrado que entre los hombres de edades medias, los sentimientos de desesperación y la falta de optimismo están asociados a mayores niveles de enfermedades coronarias incluso tras controlar por factores de riesgo tradicionales como el consumo de alcohol y de tabaco (Everson S.A et al., 1997). Estos resultados son de especial relevancia teniendo en cuenta que según una encuesta realizada en Moscú a principios de los años 90, los sentimientos de pesimismo y frustración a causa del deterioro de las condiciones sociales y económicas estaban muy extendidos (Palosuo H et al., 1995).

Recapitulando, tal como se ha argumentado extensamente en este apartado, existen evidencias empíricas que permiten afirmar que el estrés psicosocial tiene un impacto directo sobre la salud. En el caso de Rusia, como se verá a continuación, se produjo un proceso de desestructuración social que estuvo acompañado por nuevas tensiones psicosociales las cuales contribuyeron al incremento de la mortalidad que tuvo lugar entre 1990 y 1994.

PARTE V

***LA DESESTRUCTURACIÓN SOCIAL: EVOLUCIÓN DE LOS COMPONENTES Y SU
IMPACTO SOBRE LA SALUD***

PARTE V. La desestructuración social: evolución de los componentes y su impacto sobre la salud y la mortalidad

1. Introducción

Como se ha argumentado en la sección anterior, los determinantes de tipo psicosocial repercuten sobre la salud y la mortalidad tanto de forma directa como a través de vías indirectas.

Con el fin de mostrar que el proceso de transición en Rusia dio lugar a una situación de desestructuración social, a continuación se analizará cuál fue la evolución de los cuatro pilares básicos de la estructura social. Como se verá, la solidez de la familia, la comunidad, las empresas y el estado se erosionó durante los primeros años del proceso de reformas.

La siguiente sección está organizada en cuatro apartados cada uno de los cuales corresponde a uno de los pilares fundamentales de la organización social. Para cada uno de ellos se analizará cuál es el impacto sobre la salud y la mortalidad de su debilitamiento - haciéndose referencia a los mecanismos biológicos que podrían estar operando -, así como cuál era la situación con anterioridad a las reformas y cuál pasó a ser a mediados de los 90.

Como se verá, el deterioro producido durante el proceso de reformas es muy claro y existe una extensa evidencia epidemiológica que constata que la solidez de cada uno de los componentes de la estructura social analizados repercute sobre la salud y las tasas de mortalidad.

2. La familia

Con el fin de determinar si los cambios en la familia contribuyeron a la crisis de mortalidad en Rusia, en este apartado se analizará cuál es el posible impacto que un proceso de desestructuración familiar, y la consecuente reducción de canales de apoyo mutuo, puede tener sobre la salud y las tasas de mortalidad.

Una vez revisada la evidencia epidemiológica existente al respecto, así como los mecanismos biológicos que podrían estar operando, se estudiará la evolución de diferentes indicadores de la solidez de la familia, antes y durante las reformas de los años 90.

Como se verá, los indicadores analizados revelan que se produjo una erosión de la institución familiar, lo cual contribuyó a la crisis de mortalidad.

2.1 El impacto sobre la salud y la mortalidad de la desestructuración familiar

La desestructuración familiar genera un descenso del *apoyo social*¹⁴⁷ que reciben los individuos, tanto de tipo emocional como de tipo práctico o instrumental.

El impacto que el apoyo recibido por parte de la familia o las personas más cercanas tiene sobre la salud de los individuos ha sido objeto de numerosos estudios. Durkheim ofreció la primera evidencia científica de los vínculos existentes entre el apoyo emocional y la salud mediante su estudio sobre el suicidio. En dicho estudio concluyó que el hecho de estar casado tenía un efecto “protector” contra el suicidio (Durkheim E, 1951). Desde entonces, numerosos estudios han mostrado que la cantidad y la calidad del apoyo

¹⁴⁷ Se define el apoyo social como los recursos materiales y / o emocionales facilitados por otras personas. Hay estudios que muestran que las personas casadas reciben más apoyo social que las que no lo están (Ingersoll B, 1980).

recibido repercute sobre las tasas de mortalidad. La ayuda “moral” y material así como el sentimiento de pertenencia y la autoestima serían los canales a través de los cuales el apoyo mutuo repercute sobre la salud.

Muchos de los trabajos realizados parten de la importancia de recibir apoyo por parte del cónyuge y muestran que los hombres viudos, solteros, separados y divorciados tienen tasas de mortalidad superiores a las de los hombres casados (Carter H y Glick P, 1970; Thiel H.G et al., 1973; Ortmeyer J, 1974; Helsing R.J, Szklo M y Cornivel, 1981). En el caso de Rusia, un estudio reciente revela que los hombres solteros o divorciados afirman tener un bajo nivel de funcionamiento físico con una frecuencia cuatro veces superior a la de los hombres casados (Bobak M et al., 1998)¹⁴⁸.

Es de particular relevancia el estudio longitudinal de nueve años de duración denominado “*Alameda County Study*” en el cual se construyó un índice de redes sociales utilizando diversos indicadores - entre los cuales se encontraba el estado civil - y se encontró que las personas más aisladas tenían unas tasas de mortalidad entre 1,9 - 3 veces superiores a las de las personas que tenían más contactos sociales (Berkman L.F y Syme S.L, 1979). Los resultados de este estudio son especialmente importantes teniendo en cuenta que se ajustó por posibles factores de confusión como los estilos de vida y el estado de salud inicial. El resultado de este estudio fue posteriormente ratificado por muchos otros realizados en diferentes países¹⁴⁹. Entre éstos destaca un estudio realizado en Finlandia en el que se realizó el seguimiento de 2.682 hombres durante 6 años y en el que también se encontró una asociación positiva entre las tasas de mortalidad y el hecho de no estar casado (Kaplan J.R et al., 1994). Es importante señalar que en este estudio también se ajustó por posibles factores de confusión como los estilos de vida y el nivel de ingresos.

Hay evidencias de que la asociación entre el estado civil y la mortalidad es mayor en los hombres que en las mujeres (Ortmeyer J, 1974). Este hecho puede deberse a que para los hombres la esposa es la principal fuente de apoyo, mientras que para las mujeres los amigos y familiares son referencias igualmente importantes (Stansfeld S, 1999:169). De hecho hay estudios que muestran que las mujeres tienden a tener un mayor número de personas con las que discutir los problemas y apoyarse mutuamente (Undén AL, 1991).

¹⁴⁸ Es destacable que entre las mujeres no se produjera ninguna diferencia en función del estado civil.

¹⁴⁹ Para más detalles véase Stansfeld S, 1999:161-162

Otras de las conclusiones de los estudios realizados al respecto son:

- El apoyo social palia los efectos negativos sobre la salud generados por la movilidad, la desorganización social y los cambios sociales rápidos (Cassel J.C, 1976; Kaplan J.R et al., 1977). Los efectos beneficiosos del apoyo mutuo se producen tanto directamente como a través de su papel como “amortiguadores” (Stansfeld S, 1999).
- Los sucesos de tipo estresante - como la inseguridad laboral o el estrés financiero - están positivamente relacionados con las tasas de mortalidad únicamente en los casos en los que el apoyo emocional es bajo (Rosengren A et al., 1993).
- En ocasiones los aspectos negativos de los vínculos sociales también pueden repercutir perjudicando el estado de salud (Coyne J.C y Downey G, 1991)¹⁵⁰.

De cara al tema que nos ocupa, es de especial relevancia analizar la relación existente entre el apoyo social y la mortalidad generada específicamente por enfermedades cardiovasculares. Existen datos procedentes de diferentes fuentes que indican que el apoyo social tiene un efecto protector frente a la mortalidad por estas enfermedades. Esta conclusión es ratificada por numerosos estudios longitudinales y transversales así como por experimentos realizados con animales y con humanos en diferentes países¹⁵¹ (Berkman L.F y Syme S.L, 1979; House J.S et al., 1982; Welin L et al., 1984; Orth Gomér K et al., 1987; House J.S et al., 1988; Orth Gomér K et al., 1993, etc.). Además, Horsten cita 12 estudios de seguimiento en los que se encuentran correlaciones entre niveles de apoyo social y enfermedades coronarias tras ajustar por los factores de riesgo tradicionales (Horsten M, 1999).

Es significativo el hecho de que, utilizando técnicas de análisis multivariante y tras controlar por otros factores de riesgo, la falta de apoyo social haya sido identificada como uno de los principales factores de riesgo del infarto de miocardio en los hombres de edades medias (Orth Gomér K et al., 1993). Es también relevante que el tipo de mortalidad para el cual mayores correlaciones se han encontrado respecto a los apoyos

¹⁵⁰ Sin embargo, en el caso de Rusia, el hecho de que el divorcio sea fácilmente obtenible así como socialmente aceptable, hace que estos efectos negativos no sean de gran magnitud.

¹⁵¹ Israel, Suecia, Finlandia, EE.UU. y Gran Bretaña. Para más detalles véase Orth Gomér K: “International epidemiological evidence for a relationship between social support and cardiovascular disease”. *En: Social Support and Cardiovascular Disease*. Ed. Sally A. Shumaker y Susan M. Czajkowski. Plenum Press. Nueva York. 1994.

sociales, sea la ocasionada por enfermedades isquémicas del corazón (Undén AL, 1991), una de las causas que más aumentó en Rusia durante los primeros años de la transición.

Otro estudio a destacar es el realizado entre 32.624 profesionales de la salud en EE.UU. en el que se encontraron asociaciones entre el aislamiento social y la mortalidad tanto por enfermedades cardiovasculares como por causas externas. Es muy destacable el hecho de que no se encontraran correlaciones con otras causas de mortalidad como el cáncer, que como se ha visto anteriormente, no aumentó durante el proceso de transición en Rusia (Kawachi I et al., 1996).

Por otro lado, en el estudio de North Karelia en el que participaron 13.300 hombres y mujeres de edades medias, se encontró una correlación elevada entre el apoyo social y la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón. La relación seguía siendo significativa incluso tras ajustar por los factores de riesgo tradicionales. Es destacable el hecho de que la relación se diera en los hombres pero no en las mujeres (Kaplan J.R et al., 1988).

Hay que señalar que dada la existencia de estudios que vinculan apoyo social y mortalidad cardiovascular habiendo ajustado por los estilos de vida, podemos concluir que los estilos de vida no explican *toda* la asociación existente (Uchino B et al., 1996). No obstante, dado el debilitamiento de la asociación producido en la mayoría de estudios al ajustar por los factores de riesgo tradicionales, debe reconocerse que la relación está *en parte* mediada por éstos.

En cuanto a la posibilidad de extrapolar los resultados de estos estudios, es de relevancia señalar que en un estudio realizado en Israel, en cuya muestra se incluyeron inmigrantes procedentes de Europa del Este, Oriente Medio, África del Norte y Europa Meridional, a pesar de las diferencias considerables existentes en la incidencia de enfermedades cardiovasculares entre estos grupos de gran diversidad cultural, los resultados en cuanto al impacto del apoyo social fueron generalizables a todos ellos (Medalie J.H, Kahn M et al., 1973; Medalie J.H, Snyder M et al., 1973). En este estudio el resultado central fue que entre los hombres con síntomas de ansiedad, el apoyo de la esposa resultaba protector contra la angina de pecho. Los resultados se mantenían tras controlar por los factores de riesgo tradicionales. Por otro lado, en base a los resultados de una decena de estudios

sobre la relación entre apoyo social y salud, se puede concluir que a pesar de la variedad en cuanto a localización, todos ellos apoyan la tesis de que un elevado nivel de apoyo social reduce la vulnerabilidad frente a las diferentes enfermedades asociadas al estrés (Caplan G, 1981).

También es relevante mencionar que existen antecedentes históricos de sociedades en las que, al igual que en Rusia, se dio un proceso de desestructuración de la familia seguido por un aumento de las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares. El caso de la localidad de Roseto, en Pennsylvania, ilustra claramente como la desestructuración familiar - junto con los cambios de otras variables de tipo social como el aumento de las desigualdades de ingresos y el individualismo - puede repercutir sobre las tasas de mortalidad. Los habitantes de esta localidad americana eran inmigrantes procedentes de la ciudad italiana del mismo nombre que llegaron a EE.UU. en una migración masiva producida en la década de 1880. Las investigaciones realizadas indican que Roseto se caracterizaba por la existencia de “fuertes vínculos familiares” (Egolf B et al., 1992:1089). Mientras se conservó la estructura social tradicional centrada en dichos vínculos familiares, los habitantes de Roseto en EE.UU. mantuvieron el mismo nivel de mortalidad por enfermedades del corazón que sus compatriotas que se quedaron en Italia, el cual era muy inferior al de las localidades vecinas (Bruhn J y Wolf S, 1979). Los investigadores mencionan que los factores de riesgo tradicionales como la dieta, el tabaco o el ejercicio físico, no explicaban por qué las enfermedades coronarias eran un 40% inferiores en Roseto (Wolf S y Bruhn J, 1993).

Sin embargo, a partir de los años 60, paralelamente al debilitamiento de los vínculos comunitarios y familiares, Roseto fue perdiendo la ventaja en cuanto a salud respecto a las localidades vecinas (Bruhn J y Wolf S, 1979). A medida que la unidad social central iba dejando de ser la familia y se dio paso a una sociedad más centrada en el individualismo, la incidencia de las enfermedades coronarias aumentó. Dado que la dieta no empeoró y los niveles de tabaquismo descendieron durante el periodo analizado, no es factible el hecho de que el aumento de estas enfermedades fuera fruto de un cambio en los estilos de vida. Tras más de 20 años de investigación, y una vez descartada la posibilidad de explicar las diferencias de mortalidad cardiovascular en términos de los factores de riesgo tradicionales, los autores concluyeron que los vínculos familiares de apoyo mutuo constituían una especie de “seguro” en caso de tener que hacer frente a

problemas y actuaban como una protección contra el infarto de miocardio. De esta manera, la forma de organización social - en este caso centrada en la familia - afectaba a las posibilidades de fallecer por enfermedades del corazón.

2.2 Mecanismos biológicos a través de los cuales el apoyo social repercute sobre la salud

Aunque el hecho de contar con puntos de apoyo aumenta la capacidad de adoptar estilos de vida más saludables, no se trata de la única vía a través de la cual el apoyo mutuo repercute sobre la salud. Las repuestas neuroendocrinas a las reacciones emocionales también parecen jugar un papel importante en la mediación de la relación existente.

Hay evidencias empíricas que vinculan el apoyo social al funcionamiento del sistema cardiovascular¹⁵². Entre personas de mediana edad se ha encontrado una relación negativa entre apoyo social y nivel de presión sanguínea (Theorell T 1990; Bland S.H et al., 1991; Undén A.L, 1991). También se ha mostrado que entre las personas más aisladas el ritmo cardiaco y el nivel de catecolaminas y cortisol es superior (Undén A.L, 1991; Eide R, 1982).

Por otro lado, los divorcios se han asociado con efectos negativos sobre el sistema inmune (Kennedy B.P et al., 1988; Undén AL, 1991). Adicionalmente, las endorfinas también parecen estar jugando algún papel¹⁵³.

¹⁵² Para más detalles véase Uchino B et al., "The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health". *Psychological Bulletin*. Nº 119. Pags: 488-531. 1996.

¹⁵³ Para más detalles véase Horsten M, *Social and Emotional Influences of Cardiovascular Vulnerability in Women*. Exploration of biological Mechanisms. Karolinska Institute. Estocolmo. 1999 y Undén AL, *Social Support and Health: Methodology, Relationship to Work Environment and to Ischaemic Heart Disease*. Insituto Karolinska. Pags 40-41. 1991.

Tal como apunta Henry J.P:

Los cambios producidos por las emociones son lo suficientemente importantes como para anular los controles neuroendocrinos que restauran la homeostasis¹⁵⁴. Dicha anulación, de manera gradual o incluso repentina (como en el caso de la arritmia cardiaca), puede generar cambios patofisiológicos y desencadenar enfermedades que pueden ser fatales. Aunque el apoyo recibido por otras personas puede mantener los problemas neuroendocrinos en un nivel mínimo, si el entorno social es desordenado, la vulnerabilidad individual aumenta.

(Henry J.P, 1982)

De esta manera, podemos concluir que el estado de confianza y bienestar (o los sentimientos de mal humor y aislamiento) que los apoyos sociales (o la falta de ellos) producen, pueden influir sobre la susceptibilidad a enfermar a través de su efecto sobre procesos psico-fisiológicos mediados por el cerebro y los sistemas neuroendocrino e inmunitario (Undén A.L, 1991) .

2.3 El papel de la familia en la sociedad soviética

Una vez analizado el impacto que la desestructuración familiar puede tener sobre la salud y la mortalidad, se pasará a analizar cuál fue el papel que la familia jugó en la URSS así como los cambios que tuvieron lugar durante los primeros años de la transición.

A pesar de que a lo largo de todo el periodo soviético el estado asumió muchas de las funciones de la familia pre-soviética, en la práctica se tendió hacia una organización social de tipo neo-tradicional basada en la familia y orientada hacia la supervivencia (hacia el “*ir tirando*”). Además, la debilidad de la sociedad civil y la confianza en los vínculos personales hizo que la familia, como unidad de apoyo, jugara un papel muy importante (Rose G, 1995).

¹⁵⁴Se entiende por homeostasis al equilibrio que permite la supervivencia de los seres vivos y que es amenazado por factores denominados “estresores”.

Las autoridades soviéticas, ya en 1920, percibieron el papel fundamental que la familia podía jugar para garantizar la estabilidad social necesaria para la reconstrucción del país tras la guerra civil. Por este motivo, se trató de fortalecer su papel a través de medidas como la restauración de los derechos de herencia en 1926.

En los tiempos de Stalin, las políticas de apoyo a la familia continuaron. Entre las medidas adoptadas se encontraban la concesión de ayudas económicas a las familias numerosas, el aumento de los impuestos a pagar por las personas solteras o las parejas casadas sin hijos, y la introducción de ciertas dificultades para la obtención del divorcio y la realización de abortos.

Sin embargo, tras la muerte de Stalin se eliminaron algunas de las restricciones de la legislación social de manera que se liberalizó el procedimiento para obtener divorcios y se declararon legales todos los abortos. De esta manera, en 1986, la URSS se situó como el segundo país industrializado - después de EE.UU. - en cuanto a tasas de divorcios.

Según algunos investigadores, en los países de la órbita soviética los sentimientos generalizados de desilusión y frustración en los años 70 hicieron que la familia pasara a ser la única esfera en la que era posible algún nivel de auto-realización. Este hecho explicaría en parte que la mortalidad aumentara menos entre las mujeres y las personas con familia y más entre los hombres, especialmente los no-casados (Wilkinson R.G, 1996).

Es muy destacable un estudio longitudinal de 18 años de duración realizado en San Petersburgo en los años 70 y 80, en el que se mostró que la esperanza de vida estaba positivamente relacionada con el hecho de estar casado y con el tamaño de la familia (Shestov D.B, Deev A et al., 1988).

2.4 El papel de la familia durante el proceso de transición

Como puede observarse en la Tabla 7, durante los primeros años de la transición se produjo un deterioro de la institución familiar.

Tabla 7

Algunos Indicadores de la desestructuración familiar. Federación Rusa. 1990,1994

	1990	1994
Divorcios (por 1.000 hab.)	3.8	4.6 ¹⁵⁵
Matrimonios (por 1.000 hab.)	8.9	7.3
Nacimientos (por 1.000 hab.)	13.4	9.6
Nacimientos fuera del matrimonio (%)	14.6	18.2*

Fuente: Goskomstat, 1994a, 1994b, 1996. (* Dato correspondiente a 1993)

También es destacable que los nacimientos de madres adolescentes pasaran de 12% en 1989 a 16% en 1996 (OMS, 1997). Además, durante el proceso de reformas, el número de niños privados de la atención de los padres aumentó de manera acentuada (Tabla 8). Entre 1995 y 1996 más de 113.000 niños fueron abandonados. Suele tratarse de hijos de padres con problemas económicos, de alcoholismo y alteraciones del sistema nervioso (OMS, 1997).

Tabla 8

Número de niños y adolescentes privados de la atención de los padres. Federación Rusa. 1990-1993

1990	1991	1992	1993
49.105	59.154	67.286	81.441

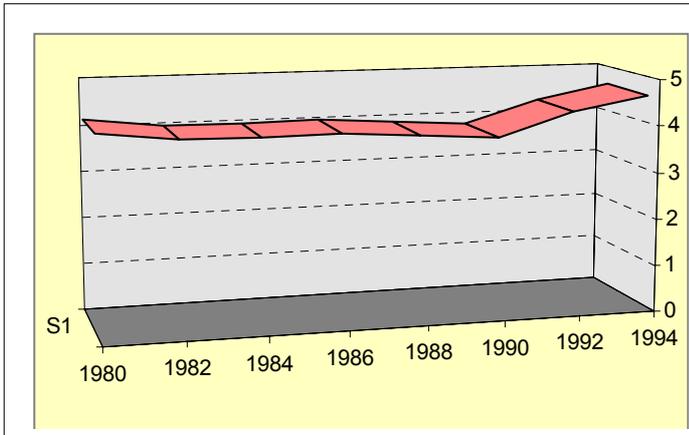
Fuente: Goskomstat, 1994b.

El aumento de los divorcios ilustra el proceso de desestructuración familiar que tuvo lugar en Rusia a principios de los años 90. Como puede observarse en el siguiente gráfico, la evolución ascendente de los divorcios durante los primeros años de la transición no es fruto de una tendencia previa ya que a lo largo de los años 80 las tasas de divorcios se caracterizaron por su estabilidad.

¹⁵⁵ Esta cifra equivaldría aproximadamente a un 63% de los matrimonios.

Gráfico 25

Evolución de las tasas de divorcios. Federación Rusa. 1980-1994 (por 1.000 hab).

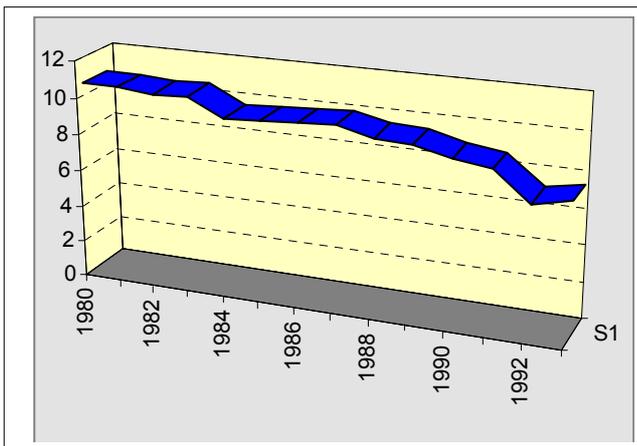


Fuente: Goskomstat, 1996.

En cuanto a la nupcialidad, se produjo un descenso significativo en los años 90. Aunque podría percibirse una leve tendencia a la baja durante los años 80, el mayor descenso tuvo lugar entre 1983 y 1984 y fue de un 9%. Sin embargo el descenso de la nupcialidad entre 1991 y 1992 fue de un 17%.

Gráfico 26

Evolución de la tasa de nupcialidad. Federación Rusa. 1980-1993 (por 1.000 hab)



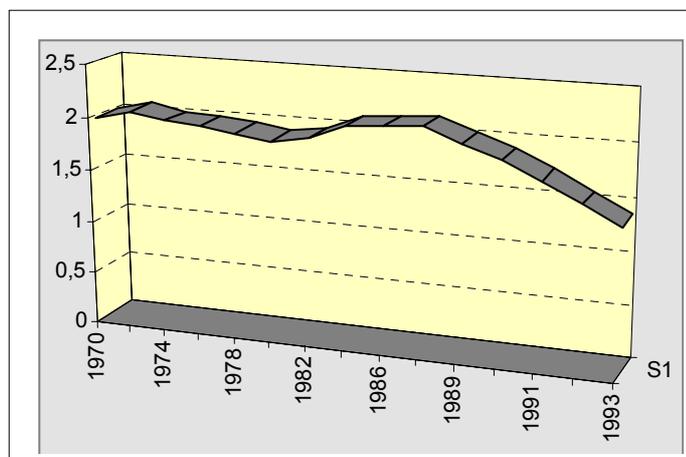
Fuente: Goskomstat, 1994a.

Tal como se observa en el Gráfico 27, la tasa de fertilidad también experimentó un descenso considerable e independiente de la tendencia de los años precedentes. Algunos

autores sugieren que dicho descenso es consecuencia de las políticas pro-natalidad de los años 80 que llevaron a que algunos nacimientos se adelantaran lo cual se reflejó posteriormente en una disminución compensatoria de la natalidad en los 90 (Zacharov S.V e Ivanova E.I, 1996). Pese a que este hecho podría explicar parte del descenso observado desde 1988, tiene sentido pensar que a principios de los años 90 la incertidumbre política y económica también tuvo una repercusión significativa¹⁵⁶.

Gráfico 27

Tasa de fertilidad. Federación Rusa. 1970-1993



Fuente: Goskomstat, 1994a.

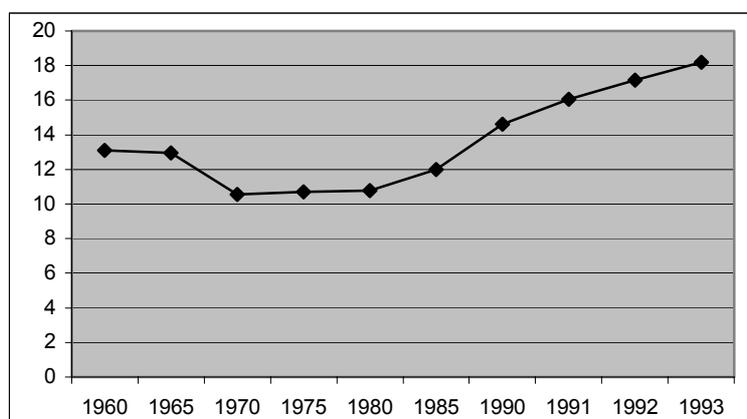
Por otro lado, el porcentaje nacimientos fuera del matrimonio aumentó considerablemente desde 1990¹⁵⁷. Aunque como se observa en el siguiente gráfico desde 1980 la evolución de esta variable fue ascendente, nunca con anterioridad se había rebasado una tasa de incremento superior al 5% anual. Como se muestra en la Tabla 9, en la década de los 90 los incrementos fueron superiores al 5% y llegaron incluso a ser de casi un 10% en determinados años.

¹⁵⁶ Según una encuesta realizada en Bielorrusia, el 80% de las mujeres afirmaron que la principal causa de no tener más hijos era la incertidumbre política (Chesnais J.C, 1997).

¹⁵⁷ Este hecho podría deberse parcialmente a una mayor dificultad para realizar abortos.

Gráfico 28

Nacimientos fuera del matrimonio. Federación Rusa. 1960-1993 (porcentaje sobre el total de nacimientos)



Fuente: Goskomstat, 1994a.

Tabla 9

Tasa de variación del % de nacimientos fuera del matrimonio. Federación Rusa 1980-1993.

1980-81	1981-82	1982-83	1983-84	1984-85	1985-86	1986-87	1987-88	1988-89	1989-90	1990-91	1991-92	1992-93
2,97	0,00	0,90	4,18	4.71	3.42	2.34	2.05	4.17	8.22	9.79	6.92	6.01

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Goskomstat (Goskomstat, 1994a)

2.5 Conclusiones

En el seno de una organización social de tipo neo-tradicional como la existente en la Rusia soviética, la familia constituía uno de los principales canales de apoyo mutuo tanto emocional como instrumental¹⁵⁸.

Durante los primeros años de la transición, tal como indican los datos presentados en el apartado anterior, se produjo una desestructuración de la institución familiar¹⁵⁹. La

¹⁵⁸ En el caso de Rusia se ha constatado la importancia del apoyo emocional procedente de la familia ya que la correlación positiva entre apoyo familiar y salud autopercebida se mantiene independientemente de cuál sea el nivel de prosperidad económica de la familia (Carlson P, 2000).

¹⁵⁹ Sin embargo, no hay que subestimar la importancia de otras vías a través de las cuales se deterioraron los canales de apoyo mutuo como el aumento de las desigualdades de ingresos y la competitividad. Estos temas serán tratados con mayor detalle en las secciones correspondientes al deterioro del estado, las empresas y la comunidad.

evolución de ciertos indicadores como las tasas de divorcios y el número de niños privados de la atención e los padres así lo evidencia. Como se ha mostrado, el deterioro de estos indicadores es independiente de una tendencia previa de manera que podemos vincularlo a los acontecimientos que tuvieron lugar a principios de los años 90.

En una situación de desestructuración familiar, los indicadores de salud pueden deteriorarse de forma significativa. La evidencia epidemiológica muestra que la existencia de canales de apoyo mutuo ayuda a paliar los efectos nocivos que las situaciones estresantes tienen sobre la salud.

La información disponible apunta a que en el caso de Rusia, teniendo en cuenta que los cambios que tuvieron lugar entre 1990 y 1994 estuvieron marcados por la incertidumbre y la desorganización social; la falta de canales de apoyo previamente existentes que eran mediados a través de las familias, dio lugar a una mayor propensión por parte de los hombres de edades medias a desarrollar enfermedades cardiovasculares.

3. Las empresas

Como se verá en este apartado, además de la desestructuración familiar, otro de los pilares fundamentales de la organización social, las empresas, también experimentó un deterioro importante durante los primeros años del proceso de transición. Tras revisar los estudios epidemiológicos que muestran que el debilitamiento de las funciones básicas de las empresas puede afectar a la salud de la población y repercutir sobre las tasas de mortalidad, se analizarán diversas estadísticas y encuestas que evidencian el deterioro producido en los años 90.

3.1 El impacto sobre la salud y la mortalidad de los cambios en el sector empresarial

Las empresas cumplen funciones básicas como proveedoras de empleo y determinadas condiciones laborales (materiales y psicosociales)¹⁶⁰, así como de bienes y servicios.

¹⁶⁰Se considerarán como condiciones materiales el salario, las remuneraciones en especie, las condiciones físicas en el lugar de trabajo así como determinadas prestaciones sociales. En cuanto a las condiciones psicosociales, éstas engloban una multiplicidad de elementos relacionados con la organización del trabajo entre los que destacan las exigencias laborales, el apoyo social por parte de los colegas / superiores y el

Estas funciones repercuten sobre el nivel de estrés y salud existente en una determinada sociedad.

En un entorno de crisis económica en el que las empresas se ven obligadas a cerrar o a realizar despidos, junto a los problemas derivados del hecho de estar desempleado, se da una situación de *inseguridad* por parte de los trabajadores que perciben el riesgo de perder sus puestos de trabajo. En este contexto puede darse una tendencia a la baja de los salarios así como cambios fundamentales en la organización del trabajo que afectan al nivel de apoyo social por parte de los colegas / competidores - que tiende a disminuir - y a las exigencias / demandas laborales, que tienden a aumentar. Además, la escasez de bienes y servicios genera una situación de tensión derivada de la imposibilidad de satisfacer determinadas necesidades de consumo.

El hecho de estar desempleado, la incertidumbre derivada del riesgo de perder el empleo, los cambios en la organización del trabajo y la escasez, son aspectos que tienen implicaciones en cuanto al nivel de estrés psicosocial y la evolución de los indicadores de salud.

En cuanto al desempleo, son muchos los estudios que muestran que los desempleados tienen peor salud (Daniel W.W y Stilgoe E, 1979; Moylan S y Davies R, 1980; Colledge M, 1982; Cook D.G et al., 1982; Cahill J, 1983; Moylan S et al., 1984) y mayores tasas de mortalidad (Moser K.A et al., 1984, 1987; Morris J.K et al., 1994) que los que no lo están. Además, se han encontrado correlaciones entre desempleo y tasas de suicidios en diversos países (Boor M, 1980; Trovato F, 1992).

En el caso específico de Rusia también se han encontrado asociaciones entre desempleo e indicadores de salud. En un estudio de seguimiento de 18 años de duración realizado en San Petersburgo durante los años 70 y 80 se concluyó que la esperanza de vida era mayor entre las personas que tenían empleo (Shestov D.B, Deev A et al., 1988).

Sin embargo, en base a estos resultados no podemos concluir directamente que el hecho de estar desempleado tenga repercusiones en cuanto a salud ya que la relación observada podría explicarse por:

grado de control sobre las tareas diarias. Este último aspecto está muy relacionado con el nivel de jerarquización existente en la empresa.

- a) Selección o causalidad inversa: las personas con peor salud tienen menores posibilidades de encontrar / conservar un empleo.
- b) Factores de confusión: la relación está mediada por un “tercer factor” que repercute tanto sobre la salud como sobre el hecho de estar desempleado¹⁶¹.

No obstante, en un estudio realizado en 1974 Coob aclaró la dirección de la causalidad mostrando que ésta iba del desempleo a la enfermedad y no al revés (Coob S, 1974). Además varios estudios muestran que, independientemente de cuál fuera el estado inicial de salud, los problemas mentales son superiores entre los desempleados y en general se solucionan con la reincorporación al mercado laboral (Banks M.H y Jackson P.R, 1982; Warr P.B, 1984, 1987; Isaakson K, 1989; Montgomery S.M et al., 1999).

Además, los estudios de cierres de fábricas (Viinamäki H H, 1993) muestran que el hecho de estar desempleado repercute indiscriminadamente sobre la salud de todos los trabajadores y no únicamente sobre aquellos que tenían inicialmente un bajo nivel de salud o un determinado “tercer factor”.

La relación descrita entre desempleo y salud está mediada básicamente por tres determinantes: los cambios en los estilos de vida, el nivel de ingresos, y el estrés psicosocial.

Es muy relevante que se haya mostrado que los cambios en los estilos de vida no explican toda la relación ya que en algunos estudios no se han encontrado asociaciones entre la pérdida del empleo y el aumento de los hábitos de beber y fumar (Koskela K, Viinamäki H H et al., 1994; Morris J.K, Cook D.G; Shaper, 1994).

En cuanto al nivel de ingresos, en varios estudios se ha mostrado la importancia de los aspectos de tipo económico. Dado que los desempleados sufren tensiones financieras, tienen mayor riesgo de inactividad, aislamiento, depresiones y deterioro de la salud física en general (Clarke M, 1978; Bradshaw J et al., 1983; Kessler R.C et al., 1988; Leeflang R.L.I et al., 1992a, 1992b; White M, 1994). No obstante, existen estudios en Italia y Suecia

¹⁶¹ A modo de ejemplo, variables como el nivel de educación o la tendencia a la depresión (fuertemente correlacionadas con el nivel de salud) podría explicar por qué entre los desempleados se dan tasas superiores de mortalidad y morbilidad.

que muestran que las tensiones de tipo financiero no explican toda la relación entre desempleo y salud. En Italia se observó cómo entre un grupo de trabajadores que perdieron su empleo, la salud mental y física se deterioró a pesar de que siguieron recibiendo el mismo nivel de ingresos (Rudas N et al., 1991). Además, en países como Suecia en los que el subsidio de desempleo es muy elevado, los efectos del desempleo a nivel psicológico son similares a los de los demás países. En un estudio entre hombres de Estocolmo, se mostró que los que tenían un empleo, aunque con bajos salarios, tenían un estado psicológico mejor que los desempleados (Isaakson K, 1989).

Respecto a los factores psicosociales, son muchos los estudios que muestran su importancia (Jahoda M, 1942, 1979; Fryer D, 1987; Warr P.B, 1987.). Entre dichos factores se encuentran la autoestima, el mantenimiento de la actividad mental y física, las relaciones sociales y la auto-realización.

Por otro lado, es muy importante destacar que el entorno de inseguridad laboral generado por la tendencia creciente del desempleo, tiene un efecto negativo sobre la salud de los individuos *incluso si no llegan a perder el puesto de trabajo* (Coob S y Kasl S.C, 1977; Iversen L y Clausen H, 1981; Beale N y Nethercott S, 1985; Mattiasson I et al., 1990; Ferrie J.E et al., 1995). La inseguridad generada ante el riesgo de perder el empleo se ha relacionado tanto con alteraciones psicológicas (Arnetz B.B et al., 1988) como con cambios fisiológicos (Coob S et al., 1966). Este hecho es de gran relevancia ya que refuerza la hipótesis de que los aspectos materiales no son los únicos que influyen sobre la relación desempleo-salud sino que una parte de la relación esta mediada por factores de tipo psicosocial como la incertidumbre.

Los estudios longitudinales realizados por Ferrie en los años 90 sobre el impacto de la privatización son también muy relevantes. Según estos estudios, en los departamentos de la Administración Pública que fueron privatizados se observó un deterioro de la salud de los funcionarios incluso con anterioridad a que la privatización tuviera lugar efectivamente (Ferrie J.E et al., 1995).

En cuanto a la organización social del trabajo, las numerosas investigaciones realizadas por el *Instituto Nacional de Factores Psicosociales y Salud* de Suecia, muestran que se está posicionando como uno de los principales riesgos laborales. Aunque se ha hecho

referencia a los efectos positivos del trabajo en términos de realización, autoestima y relaciones sociales, hay que señalar que estar empleado puede ser, bajo determinadas condiciones, tan perjudicial para la salud como no estarlo. Los trabajadores que se ven obligados a aceptar un puesto de nivel inferior (como ha sucedido en Rusia entre los científicos y otros colectivos) presentan indicadores de salud similares a los de los desempleados (Burchell B, 1996). Por otro lado, Karasek y Theorell han mostrado el impacto que las elevadas *exigencias laborales*¹⁶², la *falta de apoyo* por parte de los colegas o directivos y el *escaso control sobre las tareas diarias* (Karasek R y Theorell T, 1990) tienen sobre la salud.

En cuanto al impacto de estas variables sobre las enfermedades del corazón, en una revisión de los estudios epidemiológicos realizados en los años 80 y 90, los autores concluyen que la mayoría de trabajos confirman la existencia de una asociación positiva significativa entre las tasas de desempleo y la mortalidad por enfermedades del corazón (Jin R.L , Shah C.P et al., 1995). De hecho, según cita Spruit (Spruit I.P, 1982), ya en 1944 se realizó un estudio que mostró que la depresión de los años 30 generó un incremento de las enfermedades del corazón.

También es destacable el estudio realizado por Brenner en el que muestra que el aumento del desempleo se puede traducir en un ascenso de la incidencia de las enfermedades coronarias incluso en un plazo de 2-3 años (Brenner S, 1987). Según este estudio, la *incertidumbre*, más que el desempleo en sí, estaría repercutiendo sobre las tasas de mortalidad. Esta hipótesis fue confirmada en el trabajo desarrollado por Mattiasson en 1990, en el cual mostró que la propensión a desarrollar enfermedades cardiovasculares aumentaba entre los hombres que corrían el riesgo de perder el empleo (Mattiasson I et al., 1990). Además, en los estudios previamente mencionados sobre el impacto de la privatización, se observaron incrementos significativos de los FR cardiovasculares con anterioridad a la transferencia de propiedad de los diferentes departamentos estatales (Ferrie J.E et al., 1998a). Una vez efectuada la privatización, se encontró que los trabajadores de los departamentos que no habían sido privatizados tenían niveles de HTA inferiores a los de los que habían cambiado de propiedad (Ferrie J.E et al., 1998b).

¹⁶² Otros estudios realizados en EE.UU., Alemania, Suecia y Reino Unido también muestran los efectos negativos que los niveles de exigencias laborales elevados tienen sobre la salud (Jonhson J.V y Hall, 1988; Siegrist J et al., 1990; Marmot M.G et al., 1991).

En cuanto a los estudios que analizan el impacto de la organización del trabajo sobre las enfermedades del corazón, éstos se remontan a los años 60 cuando se investigó el efecto de las *exigencias* laborales y el número de horas de trabajo. En el estudio realizado entre los trabajadores de la Compañía de teléfonos Bell, aquellos que tras el trabajo asistían a clases nocturnas, tenían un riesgo superior de fallecer por problemas cardiovasculares (Hinkle L.E et al., 1968). Otros estudios posteriores también mostraron que el nivel de exigencias laborales repercute sobre el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Kornitzer demostró que los trabajadores de los bancos privados - con mayores exigencias laborales - tenían tasas de enfermedades cardiovasculares superiores a las de los trabajadores de bancos públicos (Kornitzer M et al., 1982). Este estudio es de particular relevancia para el análisis de la situación en Rusia ya que entre 1990 y 1995 se produjo un cambio de gran magnitud en la distribución del empleo público / privado¹⁶³.

En los años 70 se prestó atención a cómo el *nivel de autonomía* repercutía sobre la salud mental de los trabajadores (Gardell B, 1971; Konh M y Scooler C, 1973). La idea de desarrollar un modelo bidimensional del concepto de estrés laboral aunando las dos variables (*exigencias laborales / nivel de autonomía*)¹⁶⁴ fue formulada por primera vez en 1979 por Karasek R (Karasek R, 1979). Los numerosos estudios realizados desde entonces han mostrado que la conjunción de las dos dimensiones presenta una correlación más significativa con el estado de salud que cada una de ellas por separado. En un estudio realizado en Suecia, Karasek encontró que la simultaneidad de estas variables generaba una situación de estrés que repercutía sobre las enfermedades coronarias (Karasek R et al., 1981). Con posterioridad se han realizado numerosos estudios que confirman esta asociación especialmente entre los “trabajadores de cuello azul” (Marmot M.G y Theorell T, 1988)¹⁶⁵. Entre estos estudios cabe destacar el estudio de casos / control realizado con una muestra de 2000 individuos en el que se mostró que los hombres con niveles elevados de exigencias laborales y escaso grado de control

¹⁶³ En estos años el empleo público disminuyó alrededor de un 60% y el privado aumento en un 160% (Fuente: Goskomstat).

¹⁶⁴ El nivel de exigencias laborales está en función de las demandas tanto de tipo cualitativo como cuantitativo. El nivel de autonomía hace referencia a la posibilidad de tomar decisiones y utilizar las habilidades potenciales, lo cual está muy relacionado con el grado de jerarquización existente en las organizaciones.

¹⁶⁵ Para más detalles véase Theorell T y Karasek R, “Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research”. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1996. Vol 1. Nº1. Pags: 9-26. 1996.

tenían un riesgo superior de padecer infarto de miocardio siendo la relación más significativa entre los trabajadores manuales (Hallqvist J et al., 1998). Además, en el estudio previamente mencionado de Karasek y Theorell (Karasek R y Theorell T, 1990), se mostró que las elevadas *exigencias laborales*, la *falta de apoyo* de los colegas o directivos y el *escaso control sobre las tareas diarias* repercutía sobre el desarrollo de las enfermedades del corazón.

En la revisión de la evidencia epidemiológica existente llevada a cabo por Schnall y Landsbergis se concluye que un elevado porcentaje de los estudios realizados confirman la asociación positiva entre la combinación de elevadas exigencias / poca autonomía y la morbilidad y mortalidad cardiovascular (Schnall P.L y Landsbergis P, 1994). Esta relación se confirmó en 16 estudios (de un total de 22) en los que se utilizaron diferentes metodologías (caso-control, transversales y cohortes).

En cuanto al apoyo recibido por parte de los colegas, se ha mostrado que la falta de apoyos en el lugar de trabajo en situaciones de tensión laboral repercute sobre la mortalidad cardiovascular (Jonhson J.V y Hall, 1988).

De esta manera vemos que la inversión del gradiente social existente en cuanto a enfermedades cardiovasculares fomentó la realización de investigaciones que han mostrado que las relaciones entre el entorno laboral y las enfermedades cardiovasculares van mucho más allá de la relación directa:

+ responsabilidad → + estrés. Los estudios llevados a cabo durante décadas han llevado a la formulación y a la validación empírica del modelo teórico bidimensional de “demanda / control” según el cual una situación de elevadas exigencias / demandas laborales unido a un escaso nivel de autonomía, da lugar a una situación de estrés laboral que aumenta la propensión a enfermar por problemas cardiovasculares.

Finalmente, cabe señalar que la escasez de determinados bienes y servicios repercute sobre la salud por canales materiales. La disponibilidad de alimentos, de una vivienda en condiciones adecuadas, medicinas etc. son variables que indudablemente tienen un impacto sobre la salud de la población. Sin embargo, como se ha argumentado anteriormente, en el caso de Rusia no se trata de uno de los principales determinantes del aumento de la mortalidad.

3.2 Mecanismos biológicos a través de los cuales los cambios en el sector empresarial repercuten sobre la salud

En cuanto a los canales biológicos que operan, se han encontrado asociaciones entre el nivel de *autonomía en el trabajo* y las catecolaminas (Frankenhaeuser M y Johanson G, 1986). Además, entre los conductores de autobús en áreas conflictivas - que según varios estudios tienen mayor riesgo de padecer infarto de miocardio (Rosengren A et al., 1991; Belkic K et al., 1992; Alfredson L et al., 1993) - también se encontraron niveles superiores de catecolaminas posiblemente a causa de que se encuentran en una *situación constante de estrés* (Evans G.W y Carrère S, 1991).

Además, en diferentes países se han encontrado correlaciones significativas entre los niveles de HTA y la combinación "*niveles elevados de exigencias laborales / bajo nivel de autonomía*"¹⁶⁶ (Theorell T et al., 1988; Schnall P.L, 1990).

Otros estudios han mostrado que la situación de *desempleo* favorece un aumento de los niveles de prolactina (Brenner S y Levi L, 1987), colesterol y cortisol, así como un deterioro del sistema inmune¹⁶⁷. Además, cuando se trata de desempleo de larga duración, se han encontrado aumentos en los niveles de HTA y descenso de las lipoproteínas de alta densidad¹⁶⁸ (Janlert V, 1991).

Pese a que la evidencia empírica facilita algunas pistas sobre cuáles son los canales fisiológicos mediadores de la relación entre el desempleo y la organización del trabajo sobre la salud, es necesario realizar más investigaciones al respecto que permitan aclarar con mayor detalle la naturaleza del proceso.

¹⁶⁶ Es significativo el hecho de que se encontraran correlaciones entre la HTA y la tensión laboral cuando se daban las dos variables simultáneamente pero no individualmente para cada una de ellas.

¹⁶⁷ Véase Karasek R y Theorell T, *Healthy Work. Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books. Pag. 30. 1990

¹⁶⁸ Las lipoproteínas de alta densidad son consideradas protectoras respecto a las enfermedades del corazón.

3.3 El papel de las empresas durante la etapa soviética

Durante la etapa soviética las empresas no satisficieron su papel como proveedoras de bienes y servicios a la población. El sector empresarial estaba constituido por grandes empresas estatales concentradas en el sector energético y en la industria pesada. La escasez, reflejada en las colas, ejemplifica claramente los problemas de la producción planificada que llevó a serias ineficiencias derivadas de la rigidez de los planes, los “cuellos de botella” y las distorsiones de precios.

Aunque, como se ha mencionado, las empresas soviéticas no cumplían de forma satisfactoria su papel como suministradoras de bienes y servicios, éstas jugaron un papel fundamental como proveedoras de empleo y de determinadas condiciones laborales¹⁶⁹.

Durante la etapa soviética todos los individuos en edad activa tenían garantizado un puesto de trabajo. Aunque los salarios eran bajos, la garantía de disponer de unos ingresos mínimos y la inexistencia del riesgo de perder el estatus social como “trabajador” confería unos niveles de seguridad y certidumbre inexistentes en la actualidad.

En cuanto a los aspectos psicosociales derivados de la organización del trabajo, pese a la escasez de datos que permitan referirse al tema con mayor precisión, podemos afirmar que las exigencias laborales no tendían a ser elevadas dada la imposibilidad de perder el puesto de trabajo y el bajo nivel de salarios. El personal solía estar desmotivado de manera que los niveles de productividad eran bajos.

Respecto al apoyo social por parte de los colegas, aunque los análisis realizados sobre el tema son escasos, existe un estudio comparativo entre *tres tipos de sociedades*, la Escandinava, la Norteamericana y la Soviética, en el que se concluye que las relaciones sociales entre colegas eran más “cálidas” en los países de la ex-URSS ya que había mayores niveles de apoyo mutuo en la resolución de los problemas del día a día. Además, la ayuda para solucionar problemas personales era solicitada con mayor frecuencia (Haavio-Manila, 1992; 1993). En un entorno de empleo garantizado y escasa movilidad jerárquica, los colegas de trabajo se trataban más como compañeros que como

¹⁶⁹ Entre estas últimas cabe destacar la provisión por parte de las empresas de bienes de consumo colectivos para los empleados (guardería, cantina, deportes, vacaciones etc).

competidores. Es muy importante destacar que estas relaciones no se producían a través de los canales oficiales sino a través de redes informales (Schulman, 1977).

Respecto, al control sobre las tareas diarias puede decirse que era muy bajo ya que las estructuras eran burocráticas y altamente jerarquizadas de manera que la toma de decisiones se producía en los niveles superiores de la jerarquía laboral.

3.4 El papel de las empresas durante el proceso de transición

El papel de las empresas como proveedoras de empleo y determinadas condiciones laborales así como de bienes y servicios¹⁷⁰, se debilitó durante los primeros años de la transición.

La privatización de empresas estatales iniciada en 1992 fue problemática por la complejidad de todo proceso de este tipo así como por la generalización de la corrupción. Aún así, entre 1992 y 1996 unas 122.000¹⁷¹ empresas cambiaron de propiedad.

A continuación se analizarán una serie de indicadores cuya evolución evidencia que durante los primeros años de la transición se produjo un retroceso importante en cuanto al papel de las empresas como proveedoras de empleo.

Como puede observarse en el siguiente gráfico, pese a las diferencias en cuanto a los datos sobre empleo según las diversas fuentes, la información disponible apunta a que se ha producido un incremento sustancial del número de desempleados en Rusia¹⁷².

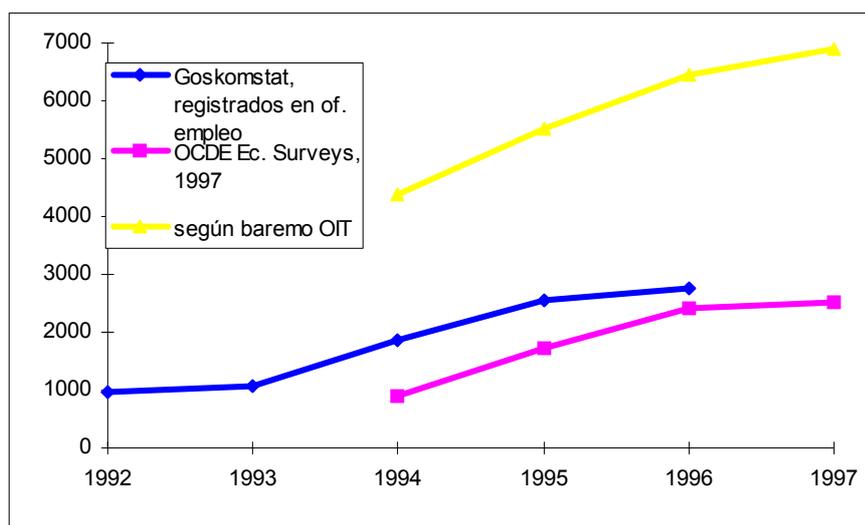
¹⁷⁰ Como se ha mencionado con anterioridad (véase tabla 6) pese a que en el sistema soviético las empresas tenían entre sus funciones la provisión de bienes y servicios a la población general, su papel como proveedoras internas para los trabajadores acabó por tener un papel más significativo.

¹⁷¹ Fuente: Goskomstat, 1996.

¹⁷² El aumento del desempleo es consecuencia de una destrucción de puestos de trabajo ya que no se han producido variaciones significativas en la población activa.

Gráfico 29

Miles de desempleados según diferentes fuentes. Federación Rusa (1992-1997).



Fuentes: Goskomstat, OCDE y OIT.

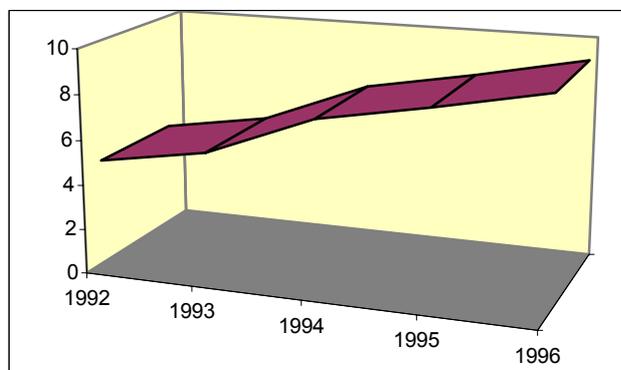
Según fuentes oficiales las tasas de desempleo pasaron del 4,7% en 1992 al 8,3% en 1995 (Goskomstat, 1996)¹⁷³. En cuanto a la distribución entre géneros, durante dicho periodo el desempleo aumentó un 78% entre los hombres y un 69% entre las mujeres¹⁷⁴. Como se ha analizado anteriormente, el hecho de estar desempleado repercute sobre las tasas de mortalidad y morbilidad por diferentes causas, incluyendo las cardiovasculares.

¹⁷³ Hay que tener presente que estos datos subestiman la tasa real de desempleo dada la tendencia creciente del subempleo, la economía sumergida y las situaciones en las que los desempleados no se registran como tales ya que el subsidio es tan bajo que no tienen incentivos para hacerlo. Según datos del Goskomstat, en 1997 la economía informal en Rusia equivalía a 1/4 del PNB.

¹⁷⁴ La tasa de desempleo entre los hombres pasó de 4.7% en 1992 a 8.4% en 1995. Entre las mujeres, los porcentajes fueron 4.8% y 8.1% respectivamente.

Gráfico 30

Porcentaje de desempleados sobre el total de población activa. Federación Rusa. 1992-1996.



Fuentes: Goskomstat, 1996, 1997.

El hecho de que los incrementos de mortalidad se produjeran principalmente en el grupo de edades entre 30-49 y que fuera en este intervalo donde se concentraron los incrementos del desempleo es ilustrativo de las relaciones existentes entre ambas variables (Tabla 10)

Tabla 10

Porcentaje de desempleados en diferentes grupos de edad y variación producida entre 1992 y 1994. Federación Rusa.

	1992	1994	Tasa de variación 1992-1994
16-19	15,5	11,6	-25,2
20-24	15,8	16,2	2,5
25-29	11,6	11,3	-2,6
30-49	39,5	48,6	23,0
50-54	6,5	5,2	-20,0
55-59	5,3	4,9	-7,5
60-72	5,8	2,2	-62,1

Fuente: Goskomstat, 1997.

Hay que señalar que el proceso de reestructuración del sector industrial no fue muy acelerado y muchas empresas preservaron su actitud paternalista de manera que los trabajadores, en ocasiones, pese a no percibir salarios, se quedaron en las empresas manteniendo ciertos beneficios en forma de bienes y / o servicios (de la Cámara, 1997) lo cual atenuó las consecuencias del desempleo. En cuanto al sector privado, aunque podría

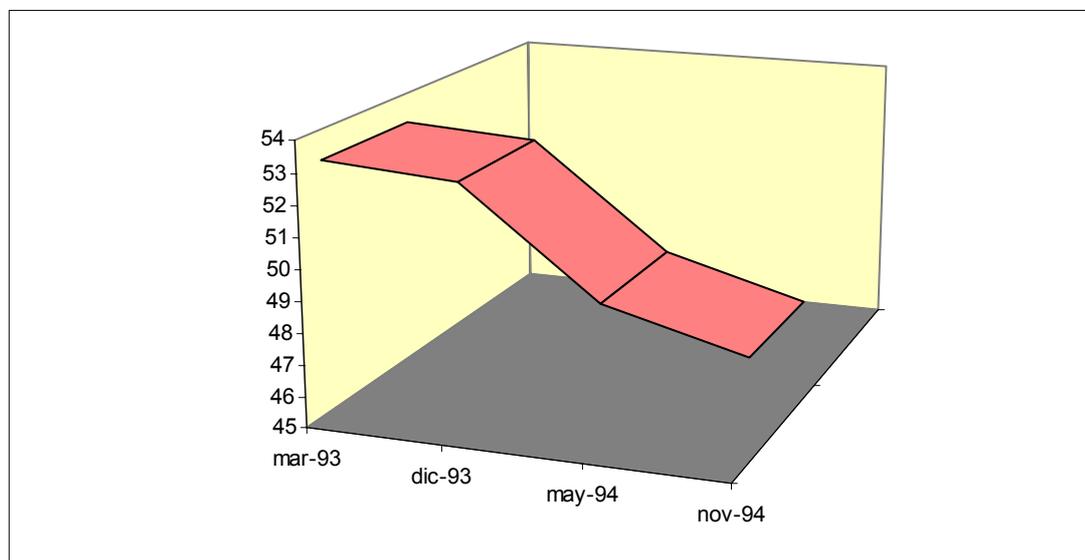
pensarse que ayudaría a absorber las demandas de empleo procedentes del sector público, las nuevas empresas se caracterizaron por las tasas elevadas de fracaso así como por la escasa demanda de trabajo.

Por otro lado, es necesario considerar que el aumento de los niveles de desempleo dio lugar a una situación de estrés psicosocial entre los trabajadores derivada del *temor* a perder el empleo y no poder encontrar otro de características similares. Tal como se ha analizado extensamente con anterioridad, los efectos del desempleo sobre la salud se producen incluso antes de que tenga lugar la pérdida real del puesto de trabajo.

Como puede observarse en el siguiente gráfico, entre Marzo de 1993 y Noviembre de 1994, el porcentaje de personas que pensaban que en caso de perder su empleo iban a encontrar otro que correspondiera a su profesión o especialidad disminuyó significativamente.

Gráfico 31

Porcentaje de personas que piensan que si pierden su trabajo podrán encontrar otro que corresponda a su profesión / especialidad. Federación Rusa. Marzo 1993-Noviembre 1994.



Fuente: VCIOM.

En cuanto al papel de las empresas como proveedoras de determinadas condiciones laborales, en un contexto de escasa regulación estatal y de incremento del desempleo, el subempleo y la economía sumergida, las condiciones de trabajo empeoraron en

diferentes aspectos. Por lo general, durante periodos de recesiones económicas y desempleo, la vulnerabilidad creciente de las empresas se “traslada” a los trabajadores en forma de cambios en la estructura laboral ya que se tiende a reducir la plantilla y a aumentar las exigencias laborales. Además, suelen empeorar las condiciones de seguridad e higiene lo cual da lugar a una mayor insatisfacción de los trabajadores que tienen que afrontar una situación de estrés creciente (Fenwick R y Tausig M, 1994).

En cuanto a las variables de tipo material, que como se ha mencionado explican sólo una parte de la relación entre las condiciones laborales y el estado de salud, es destacable el hecho de que el *retraso en el pago de salarios* de varios meses haya sido una constante en muchos sectores de la economía durante varios años. Según los datos del Goskomstat, el total de deudas de las diferentes empresas y organizaciones en términos de salarios pasó de 766 billones de rublos en 1994 a 13.380 en 1996 (Goskomstat, 1996).

En relación con los *accidentes laborales*, aunque las estadísticas oficiales reflejan un leve descenso¹⁷⁵, no se puede concluir que la seguridad en el lugar de trabajo haya mejorado dado que esta evolución es debida muy posiblemente al hecho de que el empleo aumentó en sectores de bajo riesgo físico como las finanzas y el comercio mientras que disminuyó en el sector industrial y la construcción donde los accidentes laborales suelen ser más frecuentes. Es destacable el hecho de que según datos del Ministerio de Trabajo¹⁷⁶, el número de accidentes de trabajo en las empresas privadas dobla al producido en las empresas públicas. Este hecho es ilustrativo de la poca atención que se está dando a las medidas de seguridad en el lugar de trabajo.

Por otro lado, con la transición a la economía de mercado, se ha producido una *disminución de la provisión de servicios sociales que con anterioridad eran prestados por las empresas*. Según las entrevistas del VCIOM, en septiembre de 1994, el 52,4% de los empleados declaraban no haber recibido *ningún* tipo de ayuda por parte de su empresa en los últimos 6 meses (OCDE, 1995). Las funciones sociales de las empresas se han trasladado de forma progresiva a los poderes locales que en muchos casos no han sido capaces de asumirlas. Como se ha especificado con anterioridad, aunque el nivel de desinversión en servicios sociales por parte de las empresas fue inferior al esperado y en

¹⁷⁵ Según datos del Goskomstat los accidentes laborales (p. 1.000 empleados), pasaron de 6.6 en 1990 a 5.9 en 1994. En cuanto a las enfermedades ocupacionales (envenenamientos), durante dicho periodo se pasó de 0.19 a 0.18. Sin embargo, con posterioridad a 1994 las enfermedades ocupacionales aumentaron hasta situarse en 0.21 (p. 1.000 empleados) en 1996 (Goskomstat, 1997).

¹⁷⁶ Según *The Current Digest of the Post Soviet Press*. Vol XLVI N° 28. 1994:10.

algunos casos todavía se provee parte de la remuneración “en especie”, entre 1992 y 1996 un 33% de las empresas rusas redujeron dichos servicios sin que paralelamente tuviera lugar un aumento compensatorio del salario (Lefèvre C, 1998).

Respecto a los aspectos de tipo psicosocial, hay que destacar que se han producido cambios fundamentales en la organización del trabajo. El riesgo del desempleo y la creciente competitividad por los puestos de trabajo sin que paralelamente se haya producido un fortalecimiento de los sindicatos, han generado un aumento de las exigencias laborales así como una reducción del apoyo social entre colegas que han pasado a ser considerados más como competidores que como compañeros de trabajo.

Las declaraciones de varias personas en una serie de entrevistas y encuestas realizadas en 1993 y 1995 en Estonia, muestran el cambio fundamental que se ha producido en las exigencias laborales y en la naturaleza de las relaciones sociales entre colegas en las sociedades post-soviéticas:

Las relaciones en mi lugar de trabajo son tensas y nerviosas. La gente no entiende que ya no hay tiempo para la pereza y la baja calidad. Trabajar en una empresa privada implica dar el máximo (...) pero los tiempos en los que podías ir a tomarte un café y dejar al cliente esperando se han acabado (...) La vida laboral se ha hecho más estresante. Todo el mundo tiene prisa y con frecuencia hay malentendidos entre los trabajadores.

Secretaria, 31 años (Kauppinen K, 1996:49)

Trabajo como responsable de una farmacia. Posiblemente el cambio más importante que se ha producido en mi trabajo es la elevada y frecuentemente visible competitividad entre los trabajadores. Todo el mundo esta luchando por su trabajo y esto es algo nuevo que experimento cada día. Como consecuencia, las relaciones entre los trabajadores han empeorado¹⁷⁷.

Farmacéutica, 44 años (Kauppinen K, 1996:49)

¹⁷⁷ Estas declaraciones contrastan con los resultados de un estudio realizado en la etapa soviética en el que se concluyó que las relaciones sociales entre los trabajadores eran más relajadas y próximas en Estonia que en otros países nórdicos como los escandinavos (Haavio-Mannila, 1993).

El ambiente de trabajo es más competitivo, especialmente entre los más mayores. La Administración prefiere a los jóvenes. Todavía no fue despedido nadie pero hay rumores de que sucederá pronto. A veces hay estrés en el trabajo (...) A la administración no le interesan los problemas de los trabajadores.

Conductor de tranvía, 49 años (Kandolin I, 1996:114)

Solía trabajar como administrativa en un hotel pero tras la privatización todos fuimos despedidos (...). Los propietarios preferían gente más joven (...) el ambiente de trabajo fue empeorando en los últimos años porque nadie sabía qué iba a suceder con la empresa Trabajábamos en una “olla a presión” en la que nunca sabías qué iba a suceder al día siguiente.

Administrativa desempleada, 52 años (Kandolin I, 1996:114)

De las entrevistas realizadas en 1995 en el marco del estudio llevado a término por Kaissa Kauppinen se desprende, según la autora:

(...) un sentimiento compartido de que la vida se ha hecho más dura y más complicada (...) Se ha llenado de nuevos conflictos y preocupaciones.

(Kauppinen K, 1996:53)

En el mismo estudio se menciona que:

El antiguo ambiente de apoyo mutuo existente en la Unión Soviética fue gradualmente sustituido por un aumento de las exigencias de competencia y productividad.

(Kauppinen K, 1996:49)

Por otro lado, Irja Kandolin, en su estudio sobre el estrés en el lugar de trabajo menciona que:

Entre los hombres la inseguridad sobre las oportunidades futuras de trabajo repercute sobre los niveles de estrés a través de un aumento de los conflictos y la competencia entre colegas. Dichos conflictos se han señalado como la fuente de estrés más importante para los trabajadores.

(Kandolin I, 1996:115)

Finalmente, Karine Clement (Clement K, 2001), en su trabajo sobre los obreros de Astracán, afirma que en el entorno laboral post-soviético, aunque entre algunos pequeños grupos existen vínculos de solidaridad, por lo general:

La causa de la inestabilidad es la distribución de puestos y de empleos, la lucha por la supervivencia y la competencia por los mejores puestos (...) los obreros desconfían unos de otros y se hacen la competencia.

(Clement K, 2001:15)

Respecto al tercer aspecto psicosocial considerado, el nivel de control sobre las tareas diarias, no hay elementos que permitan argumentar que el proceso de transición haya generado ningún cambio relevante de esta variable. La “resistencia al cambio” generada por la generalización durante varias décadas de una cultura de burocratización y jerarquización, hace que las estructuras de mando verticales en la organización del trabajo no se hayan modificado y las decisiones continúen siendo tomadas en los niveles laborales superiores.

Utilizando como base el modelo teórico de Töres Theorell, que fue validado en varias ocasiones, podemos ver cómo los cambios en la organización de trabajo en el seno de las empresas repercuten sobre el nivel de estrés psicosocial de los trabajadores (Cuadro 2). En el caso de Rusia, durante el proceso de transición se ha pasado de la situación reflejada en la casilla 1 (pasividad) a la de la casilla 3 (tensión). De una situación de escasas exigencias laborales y escaso poder de decisión, se ha pasado a otra en la que han aumentado las exigencias laborales pero en la que sigue vigente un escaso poder de decisión. El resultado de esta combinación es un elevado nivel de estrés psicosocial que

como se ha argumentado, tiene repercusiones importantes en cuanto a la salud en general y la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en particular.

Cuadro 2

Modelo de demanda-control desarrollado por Töres Theorell y el equipo del Departamento de Investigación sobre el Estrés del Instituto Karolinska¹⁷⁸

Nivel de control sobre las tareas diarias (en función del grado de jerarquización)	Nivel de exigencias laborales	
	Bajas	Elevadas
Bajo	1) Pasividad	3) Tensión
Elevado	2) Relajación	4) Actividad



Fuente: Theorell T y Karasek R, 1996.

Además, el proceso de privatización ha conllevado una transformación en la distribución del empleo entre los diferentes sectores. Como se ha comentado previamente, entre 1990 y 1995 el empleo público disminuyó alrededor de un 60% y el privado aumento en un 160%. Aunque el principal demandante de trabajo es todavía el Sector Público, el sector privado pasó de emplear a un 1,6% de la fuerza laboral en 1989 a un 31% en 1994. Es significativo el hecho de que según las encuestas, la mayor parte de los trabajadores prefieran trabajar en el sector público que en el privado (Commander S y Coricelli F, 1994). Las implicaciones en cuanto a salud de los procesos de privatización ya han sido analizadas con anterioridad (Pag 221).

Tabla 11

Empleados en los sectores público / privado. Federación Rusa. 1990-1995 (millones).

	Sector Público	Sector Privado
1990	62,2	9,4
1991	55,7	9,8
1992	49,7	13,2
1993	37,6	19,9
1994	30,6	22,1
1995	25,2	24,4

Fuente: Goskomstat 1996, 1997.

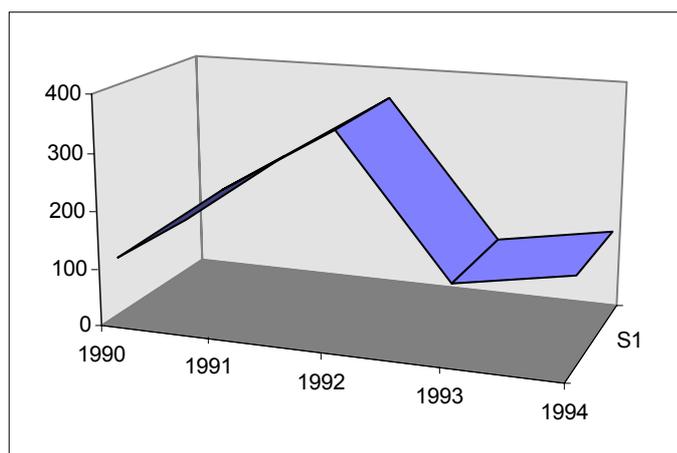
¹⁷⁸ El hecho que este modelo se haya mostrado como válido en diferentes países, incluyendo el caso de los trabajadores rurales en Japón, sugiere que puede tratarse de un modelo apropiado para diferentes sociedades (Tsutsumi A et al., 1998).

Otro aspecto destacable es que muchos trabajadores se han visto obligados a aceptar puestos de trabajo por debajo de sus capacidades o del nivel que ocupaban con anterioridad, especialmente en el sector de la ciencia e investigación, lo cual como se ha mencionado, también repercute sobre la salud.

Tal como se observa en el siguiente gráfico, las estadísticas reflejan la insatisfacción generalizada en cuanto a los cambios producidos en el entorno laboral. Entre 1990 y 1992 se produjo un incremento sustancial del número de trabajadores en huelga. Además, según datos del Goskomstat, mientras que en 1990 el número de empresas en huelga fue de 260, en 1994 la cifra se situó en 6.273 lo cual equivale a un incremento del 2.300%.

Gráfico 32

Número de trabajadores en huelga. Federación Rusa. 1990-1994 (miles)



Fuente: Goskomstat, 1997.

Por otro lado, aunque durante los primeros años de la transición el *número* de empresas aumentó¹⁷⁹, no podemos decir que su papel como proveedoras de bienes y servicios se haya fortalecido ya que:

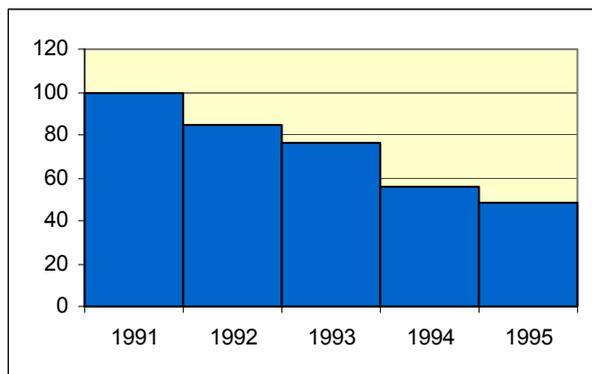
1. Para un amplio sector de la población los bienes y servicios provistos por las empresas no son asequibles. Este hecho implica que, pese a la desaparición de las colas, el “racionamiento” continúa produciéndose por la vía de los precios.

¹⁷⁹ Entre 1993 y 1995 el número de pequeñas empresas pasó de 560.000 a 896.900. En cuanto a las empresas industriales también se produjo un aumento sustancial ya que se pasó de 61.100 en 1992 a 141.000 en 1995. Fuente: Goskomstat, 1996.

2. Aunque durante la primera mitad de los años 90 el PNB aumentó en términos nominales¹⁸⁰, éste disminuyó en cuanto a volumen físico de bienes y de muchos servicios. De hecho, el volumen de producción industrial fue del 75% en 1992 y del 50% en 1995 (respecto a 1990)¹⁸¹ y la producción de bienes de consumo no recuperó los niveles anteriores a 1992 (Gráfico 33).

Gráfico 33

Producción de bienes de consumo. Federación Rusa. 1991-1995 (1991=100)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Goskomstat, 1996.

3. El número de empresas en quiebra mantuvo una tendencia ascendente a lo largo de la primera mitad de la década de los 90. En 1992, el 15,3% del total de empresas se declaró en quiebra mientras que en 1995 el porcentaje pasó a 36%¹⁸².

4. Como se observa en la siguiente tabla, el volumen total del comercio al por menor disminuyó durante el periodo 1990-1993 y aunque hubo cierta mejora en 1994 no se recuperó el nivel inicial.

Tabla 12

Volumen total del comercio al por menor. Federación Rusa. 1991-1994 (1990=100)

1991	1992	1993	1994
97	93	95	98

Fuente: Goskomstat, 1994.

La continuidad del “racionamiento” - expresada por la vía de los precios en lugar de a través de colas -, el aumento de las empresas en quiebra, así como la reducción del

¹⁸⁰ Como consecuencia de la inflación.

¹⁸¹ Fuente: Goskomstat, 1996.

¹⁸² Fuente: Goskomstat, 1996.

comercio al por menor, son datos que muestran que el papel de las empresas como proveedoras de bienes y servicios se deterioró, lo cual pudo repercutir sobre la salud por dos vías: aspectos de tipo material (relacionados con la escasez en términos absolutos) y de tipo psicosocial (relacionados con la escasez en términos relativos).

3.5 Conclusiones

Las empresas constituyen uno de los pilares fundamentales de la estructura social dado su papel como proveedoras de empleo y determinadas condiciones de trabajo así como de bienes y servicios.

En cuanto a las repercusiones sobre los indicadores de salud de los cambios en el sector empresarial, la evidencia epidemiológica revela la existencia de fuertes vínculos entre los niveles de desempleo y las condiciones de trabajo y la salud, incluyendo el caso específico de la mortalidad cardiovascular. Respecto al acceso a bienes y servicios, éste tiene un impacto tanto por canales materiales como psicosociales.

En Rusia, el papel de las empresas en sus funciones fundamentales se deterioró durante los primeros años de la transición. El desempleo aumentó y las condiciones de trabajo empeoraron dado el retraso en el pago de salarios, la escasa regulación estatal y el aumento de las exigencias laborales y la competitividad entre los trabajadores. Como se ha argumentado extensamente, estas variables tienen un impacto significativo sobre los indicadores de salud, de manera que podemos concluir que el deterioro del sector empresarial explica parcialmente la tendencia ascendente de la mortalidad observada en Rusia durante la primera mitad de los años 90.

4. La comunidad

En este apartado se argumentará que junto con el proceso de desestructuración familiar y empresarial, entre 1990 y 1994 se produjo en Rusia un debilitamiento de los vínculos comunitarios ya que la criminalidad, la movilidad social y el sentimiento colectivo de pesimismo aumentaron. Tras hacer referencia a los principales estudios epidemiológicos que muestran que estas variables repercuten sobre la salud, se analizará cuál fue su evolución durante los primeros años de la transición.

4.1 El impacto sobre la salud y la mortalidad de la cohesión comunitaria

El debilitamiento de los vínculos comunitarios repercute sobre la salud. De hecho, son varios los estudios que muestran que las comunidades con mayores niveles de cohesión presentan indicadores de salud mejores que aquellas en las que los vínculos comunitarios son más débiles.

Tal como describe Wilkinson R.G detalladamente, las sociedades con un nivel elevado de cohesión (Reino Unido en periodos de guerra, Japón durante la etapa de reconstrucción tras la segunda guerra mundial¹⁸³ etc.), presentan indicadores de salud más favorables (Wilkinson R.G , 1996).

Además, en un estudio realizado en EE.UU. se han encontrado correlaciones significativas entre los niveles de desconfianza social¹⁸⁴ y las tasas de mortalidad (Kawachi I, Kennedy B.P 1997).

¹⁸³ Entre 1914-18 y 1940-45 la esperanza de vida en el Reino Unido aumentó a una tasa que doblaba la del resto del siglo. Wilkinson R.G atribuye las mejoras al sentimiento de cohesión social que generó la necesidad de unirse en la consecución de un bien común (para más detalles véase Richard G. Wilkinson, *Unhealthy Societies: the Afflictions of Inequalities*. Routledge. Londres y Nueva York. Pags: 113-116. 1996). En el caso de Japón, se dio una situación similar tras la segunda guerra mundial cuando el esfuerzo para la reconstrucción del país estuvo acompañado por una generalización de ideas igualitaristas y un incremento sustancial de la esperanza de vida (para más detalles véase Richard G. Wilkinson, Pags: 130-134. 1996).

¹⁸⁴ Porcentaje de personas que piensan que los demás se aprovecharían de ellas si tuvieran la oportunidad.

Las implicaciones políticas de estos hallazgos son de especial relevancia ya que algunos investigadores han llegado a sugerir que las medidas destinadas a aumentar los niveles de cohesión social de una comunidad podrían ser más efectivas en la prevención de la mortalidad por causas cardiovasculares que el enfoque tradicional de modificar factores de riesgo (Lomas J, 1998).

Podemos hablar de tres factores básicos que repercuten sobre el nivel de cohesión / desestructuración de una comunidad¹⁸⁵: la criminalidad, la movilidad social y el sentimiento colectivo de optimismo / pesimismo.

4.1.1 Criminalidad

Un aumento de las tasas de criminalidad genera un deterioro de los vínculos comunitarios ya que favorece la generalización de sentimientos de desconfianza.

El incremento de la criminalidad está *en parte* mediado por el aumento de las desigualdades de ingresos¹⁸⁶ ya que éstas generan frustración, estrés, baja autoestima y problemas familiares que a su vez repercuten sobre las tasas de crimen, violencia y homicidios. Algunos investigadores hacen referencia a la “*espiral de vergüenza y rabia*” con el fin de explicar la estrecha relación existente entre el aumento de las desigualdades de ingresos y el aumento de la violencia (Scheff T.J et al., 1989). Según esta interpretación, los sentimientos de baja autoestima, susceptibilidad y humillación generados por una situación de desventaja comparativa, generarían reacciones de hostilidad. Sin embargo, otros factores como la inexistencia de un marco legal sólido también repercuten sobre las tasas de criminalidad.

En cuanto a la repercusión de la criminalidad sobre el estado de salud, además del impacto directo sobre la mortalidad y la morbilidad por causas externas como los homicidios y otras acciones violentas, hay evidencias de que también influye sobre la incidencia de enfermedades como las cardiovasculares, a través de canales de tipo

¹⁸⁵ El nivel de desigualdades de ingresos sería otro factor importante a considerar pero que en este trabajo será analizado en el capítulo correspondiente al papel del estado.

¹⁸⁶ Recientemente se han encontrado asociaciones positivas entre el nivel de desigualdades de ingresos y el número de crímenes violentos en EE.UU. (Kawachi I, Kennedy B.P y Wilkinson R.G, 1999). Otro estudio encuentra correlaciones positivas elevadas entre los niveles de desigualdades de ingresos y la mortalidad por causas violentas incluso después de controlar por variables como el acceso a armas de fuego y la pobreza absoluta (Kennedy B.P et al., 1998).

psicosocial como la ansiedad y el estrés generados por la desconfianza y el miedo. De hecho en un estudio de tipo ecológico realizado en EE.UU. se encontró que en las zonas en las que se daban niveles elevados de criminalidad, las tasas de mortalidad *por todas las causas* eran también más elevadas (Kawachi I, Kennedy B.P y Wilkinson R.G, 1999). Además, en otro trabajo se encontró que en varios PECO el nivel de criminalidad estaba más correlacionado con la mortalidad por enfermedades del corazón que con la ocasionada por causas externas (Brainerd E, 1998).

4.1.2 Movilidad Social

Otra variable estrechamente vinculada con el nivel de cohesión comunitaria es la movilidad social¹⁸⁷. El aumento de las posibilidades reales de cambiar de estatus genera menor conformismo pero también mayor competitividad y posibilidades de frustración.

Una mayor movilidad social implica mayor competitividad ya que se abren nuevas vías de ascender en la escala social así como nuevas tensiones psicosociales derivadas de las diferencias creadas entre aquellos que lo consiguen y aquellos que no. Además, al aumentar las posibilidades de mejorar el estatus tiene lugar un aumento del nivel de expectativas. En determinadas circunstancias, esta situación puede dar lugar a un aumento del sentimiento de frustración derivado de la incongruencia entre los deseos y las posibilidades reales de alcanzarlos.

Además, la movilidad social hace que se relacione el nivel económico y social con la capacidad de los individuos lo cual tiene repercusiones importantes en cuanto a la confianza y la autoestima¹⁸⁸.

¹⁸⁷ Se entenderá por movilidad social al ascenso o descenso en la jerarquía social de un individuo. Pese a que se trata de una variable muy relacionada con las desigualdades de ingresos (analizadas en la siguiente sección), es importante considerarla por separado ya que la movilidad social incorpora una perspectiva "dinámica" al no hacer referencia tanto al *nivel* de inequidad existente como a las *posibilidades* que cada individuo tiene de cambiar su posición relativa. En una sociedad con elevados niveles de inequidad pero en la que la movilidad social es baja o nula, el estrés psicosocial resultante será de naturaleza diferente al que se daría en una situación de gran movilidad social.

¹⁸⁸ Tal como muestran Sennett y Coob, las personas pertenecientes a clases sociales desfavorecidas tienden a creer que su estatus es una consecuencia de su propia incompetencia (Sennett R y Coob S, 1973).

¹⁹¹ Algunos estudios realizados entre militares mostraron que el estado de ánimo general era mejor en la policía militar- donde la movilidad era baja- que en las Fuerzas Aéreas, donde la movilidad ascendente era muy rápida (Stouffer S.A et al., 1949; Merton R.K y Rossi P.H, 1959).

Todos estos aspectos favorecen la desestructuración social al aumentar la sensación de desventaja relativa, el malestar y la hostilidad¹⁸⁹.

En cuanto a las repercusiones en términos de salud, existen estudios empíricos que revelan que las personas que tienen grandes desproporciones entre sus ingresos reales y el estilo de vida que *desean* tener, tienen un riesgo mayor de desarrollar hipertensión (Dressler W, 1982; Dressler W et al., 1987). El estudio realizado por Dressler en Santa Lucía mostró que ni el estilo de vida material ni el estatus socioeconómico estaban correlacionados significativamente con la hipertensión arterial (Dressler W, 1982). Sin embargo, las personas en la categoría “estilo de vida material alto / estatus económico bajo” presentaban tasas de presión arterial superiores. La situación de “inconsistencia de estatus” es muy posible que haya aumentado en Rusia ya que el rápido cambio cultural generó un mayor énfasis en un estilo de vida ostentoso sin que aumentaran, para la mayor parte de la población, las posibilidades económicas reales de mantenerlo.

Finalmente, también existen investigaciones que muestran que la mortalidad específica ocasionada por suicidios está relacionada con el nivel de movilidad social (Sainsbury P, 1955). De esta manera vemos que tanto la competitividad como la frustración que pueden producirse en entornos de elevada movilidad social tienen un impacto importante sobre la salud.

4.1.3 Sentimiento colectivo de pesimismo

Por último, el sentimiento colectivo de optimismo - o la esperanza generalizada en un futuro mejor - repercute sobre la cohesión comunitaria ya que facilita la coordinación y el compromiso en la búsqueda de un interés común. Por el contrario, un entorno de pesimismo lleva a la descoordinación y a la generalización de actitudes individualistas. Si no hay un cierto grado de confianza en un futuro mejorable, la desmotivación y el escepticismo hacen que, muy difícilmente, los individuos se organicen con el fin de lograr un objetivo que beneficie a la comunidad en su conjunto.

En cuanto a las repercusiones sobre la salud, el sentimiento de pesimismo puede incrementar la vulnerabilidad a contraer enfermedades. Estudios recientes muestran que

entre los hombres de edades medias, los sentimientos de desesperación y la falta de optimismo están asociados a mayores niveles de enfermedades coronarias y ataques al corazón incluso tras controlar por factores de riesgo tradicionales (Everson S.A et al., 1997).

Además, tal como señalan algunos investigadores:

El sentido protector de la autoestima o la capacidad de hacer frente a las cosas podría muy bien ser una propiedad colectiva además de individual. Ser un “ganador”, estar en un “equipo ganador”(…) parece proporcionar una satisfacción considerable y podría tener influencias más objetivamente medibles sobre la salud

(Evans R.G y Stoddart G.L, 1994: 61).

En el caso de Rusia no es difícil imaginar que - teniendo en cuenta su papel en la historia reciente como potencia mundial - con la crisis de los últimos años se haya generalizado la sensación de estar en un “equipo perdedor”.

Al analizar los sentimientos colectivos de optimismo y sus repercusiones en cuanto a salud, el caso de Japón resulta de especial interés. En este país la esperanza de vida aumentó a tasas superiores a las de los demás países desarrollados desde los años 60 sin que el sistema sanitario avanzara significativamente más que los otros. Aunque la dieta japonesa es muy saludable, ésta es similar a la de los años 50 con lo cual no puede explicar la mejora de los años 70 y 80. De hecho, la dieta puede explicar por qué no aumentaron las enfermedades coronarias pese al incremento del tabaquismo pero no puede explicar por qué se produjo un descenso de las enfermedades coronarias de un 38% entre 1970 y 1985. El nivel de ingresos p.c. tampoco ofrece una explicación satisfactoria ya que el PNB p.c. ajustado por paridad de poder de compra en 1990 era inferior al de EE.UU. y algunos países europeos.

Es destacable que Japón sea el único país desarrollado que experimentó una tendencia decreciente sustancial y de largo plazo en la mortalidad por enfermedades del corazón. Este hecho podría deberse a que la posición jerárquica de la sociedad japonesa en

relación con el resto del mundo aumentó significativamente durante los años 70 y 80 lo cual generó un sentimiento colectivo de optimismo¹⁹⁰ (Evans R et al., 1994).

Finalmente, respecto al vínculo entre pesimismo y salud, es relevante señalar que al contrario que las demás especies animales, los humanos pueden experimentar reacciones fisiológicas al anticipar la posibilidad de que se produzca una situación no deseada. De la misma manera que el riesgo percibido de perder el empleo perjudica la salud, el riesgo percibido de que la situación empeore (pesimismo) puede repercutir sobre el estrés y la salud de los individuos.

4.2 Mecanismos biológicos a través de los cuales el deterioro de los vínculos comunitarios repercute sobre la salud

En un contexto de debilitamiento de los vínculos comunitarios en el que aumentan las tasas de criminalidad, el pesimismo y la movilidad social, es esperable que se generen nuevas fuentes de estrés *psicosocial*. Como se ha analizado en detalle previamente, el estrés repercute sobre la salud (incluyendo mortalidad y morbilidad por enfermedades cardiovasculares) a través de su efecto sobre el sistema nervioso, endocrino e inmune, así como sobre ciertos cambios en los estilos de vida.

4.3 La cohesión comunitaria en la sociedad soviética y post-soviética

A continuación se analizará cómo evolucionaron en Rusia los tres factores que se han considerado determinantes del nivel de cohesión comunitaria. Como se verá, coincidiendo con el proceso de reformas se produjo un proceso de desestructuración comunitaria que tuvo serias repercusiones sobre la salud de la población. Las declaraciones de una mujer de Estonia recogidas en un estudio cualitativo a principios de los 90 son ilustrativas de los cambios que tuvieron lugar en las sociedades post-soviéticas:

¹⁹⁰ Además, hay que considerar la importancia de valores culturales propios de la sociedad japonesa como la dependencia mutua (*amae*) y la minimización de conflictos (*warawareru*).

Nadie se preocupa sobre los recursos locales. Todo el mundo quiere enriquecerse al máximo lo más rápido posible. Nadie se interesa por la gente ni el futuro del país en general. La situación se parece a la del "wild west". Todo fue demasiado rápido.

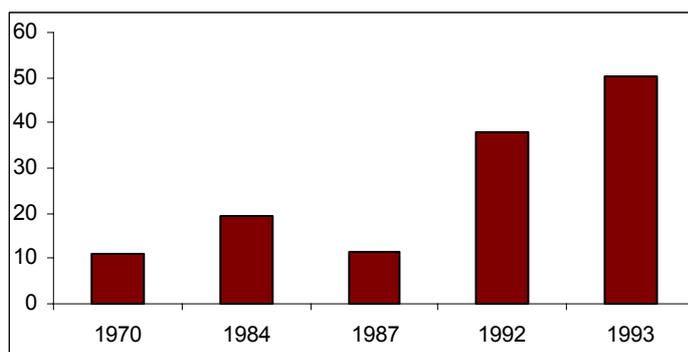
(Narusk A, 1996:36).

4.3.1 Criminalidad

Tal como se observa en los gráficos presentados a continuación, durante el proceso de transición se produjo un aumento de los niveles de criminalidad muy pronunciado.

Gráfico 34

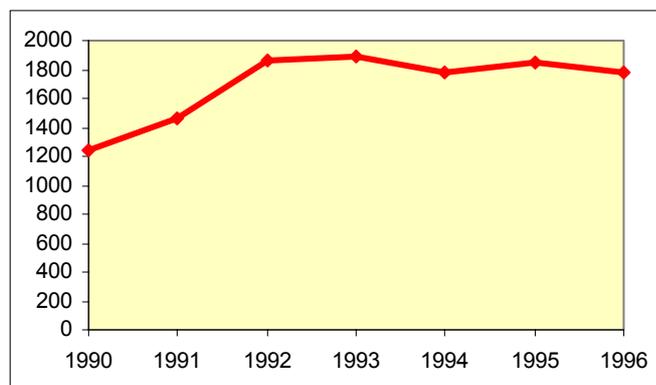
Tasas estandarizadas de mortalidad por homicidios. Federación Rusa. 1970-1993
Hombres (por 100.000 hab).



Fuente: INED, 1996.

Gráfico 35

Evolución del número de crímenes registrados. Federación Rusa. 1990-1996 (por 100.000 hab)



Fuente: Goskomstat, 1997.

El aumento de las desigualdades de ingresos y la ausencia de un marco legal definido a lo largo del proceso de privatización y liberalización generaron un aumento de la criminalidad que se vio acentuado a causa del rápido proceso de cambio de valores en el cual el papel de lo “individual” y lo “colectivo” se invirtió.

Un buen indicador de los valores sociales y de la percepción que los individuos tienen de su entorno social es la ratio entre muertes ocasionadas por suicidios y homicidios. En el caso de Rusia, durante los primeros años de la transición, aumentaron tanto las muertes por suicidios como por homicidios. Sin embargo, como refleja el siguiente gráfico, el porcentaje de homicidios sobre el total de suicidios y homicidios tuvo una tendencia ascendente. Este hecho es de especial relevancia, ya que algunos estudios sugieren que los suicidios suelen ser más frecuentes en sociedades integradas (Mclsaac S y Wilkinson R.G, 1996)¹⁹¹. Por el contrario, en situaciones en las que se produce un deterioro de la cohesión comunitaria, se generan divisiones que favorecen la exclusión y la aparición de grupos sociales antagónicos con el resto de la sociedad. En este último caso no suelen generarse tasas superiores de mortalidad por suicidios sino que se da un aumento de la mortalidad por homicidios.

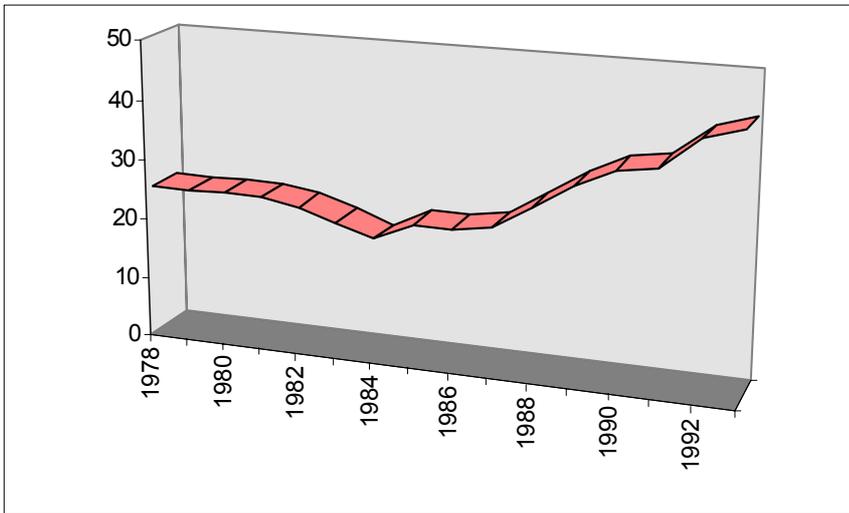
De esta manera, el aumento de la proporción de homicidios en Rusia puede interpretarse como un reflejo del incremento de la población que culpa a la sociedad - y no a sí mismos - de su situación¹⁹², haciendo que las manifestaciones de malestar se reflejen hacia fuera (homicidios) en lugar de hacia dentro (suicidios).

¹⁹¹ Las tasas de suicidios no son superiores en los países con mayores desigualdades de ingresos sino más bien al contrario (Mclsaak y Wilkinson R.G, 1995).

¹⁹² Este hecho evidencia la percepción que muchos individuos tienen sobre la falta de control sobre su propia vida.

Gráfico 36

Porcentaje de mortalidad ocasionada por homicidios sobre el total de suicidios + homicidios. Federación Rusa. 1978-1993



Fuente: Elaboración propia en base a datos del INED, 1996.

(Número de muertes ocasionadas por homicidios / Número de muertes ocasionadas por homicidios + suicidios) X 100.

4.3.2 Movilidad social

La estructura centralizada y burocrática característica de la etapa soviética impedía que la movilidad social de los individuos tuviera lugar fuera de los canales oficiales. Como consecuencia, las vías de ascenso estaban prefijadas, eran escasas y por lo general, lentas.

Aunque en la etapa estalinista las purgas y la expansión económica crearon ciertas posiciones para los más ambiciosos, el estancamiento económico posterior restringió la movilidad ascendente. En cuanto a la movilidad descendente, ésta también disminuyó desde los tiempos de Stalin ya que por entonces los burócratas de alto nivel eran bajados de categoría con relativa frecuencia.

A finales de los 80 la movilidad social era muy limitada. Sin embargo, como consecuencia del proceso de privatización y liberalización de principios de los años 90, se produjo un acusado incremento de la movilidad social en Rusia. El proceso de liberalización estuvo acompañado por una generalización de los canales no oficiales como vías de ascenso en la jerarquía social. La falta de una base legal sólida permitió la proliferación de mafias e

irregularidades que dieron lugar a un rápido ascenso en la escala social de algunos sectores de la población. Esta situación generó tensiones de gran magnitud que posiblemente repercutieron sobre los niveles de estrés y los indicadores de salud.

El hecho de que la mortalidad aumentara más en las zonas urbanas - que es donde se concentraron la riqueza y las oportunidades, y por tanto las posibilidades de que las incongruencias entre las expectativas y la realidad se manifestaran de manera más acusada - apoya la hipótesis de que el aumento de la movilidad social tuvo repercusiones negativas sobre la salud.

4.3.3 Sentimiento colectivo de pesimismo

El nivel de suicidios es un buen indicador del grado de optimismo / pesimismo existente en una sociedad. La variabilidad de las tasas de mortalidad por suicidios entre los diferentes países (que van de 1 por 100.000 hab. en Egipto a 52 en Hungría¹⁹³) e incluso entre diferentes regiones de un mismo país, evidencian la gran sensibilidad de esta variable al entorno.

Los procesos de cambio que conducen a mayores niveles de pesimismo se traducen en un incremento de la mortalidad por suicidios. Como se observa en la siguiente tabla, durante los primeros años de la transición se produjo en Rusia un aumento de gran magnitud de la mortalidad masculina por esta causa.

Pese a que con anterioridad a la Perestroika la tendencia ya había sido ascendente¹⁹⁴, el aumento fue muy superior durante el periodo de reformas de los 90 (7,8% en 14 años desde 1970 a 1984, y 24,4% en tan sólo un año entre 1992 y 1993). Además, como se ha argumentado anteriormente, este incremento no es únicamente atribuible al aumento del consumo de alcohol ya que aunque desde los años 80 la evolución del consumo de alcohol y la mortalidad por suicidios habían evolucionado paralelamente, en 1992 se

¹⁹³ Fuente: Base de datos de la OMS "*Health for All*".

¹⁹⁴ Aunque el incremento de la mortalidad por suicidios en los años 90 fue más pronunciado, a lo largo de todo el periodo 1965-1984 la tendencia fue ascendente. Este hecho implica que ya a mediados de los años 60 empezaron a producirse signos de pesimismo colectivo. De hecho, en los años 80 las tasas de mortalidad por suicidios en la URSS entre los mayores de 15 años prácticamente doblaban la media europea (39 y 20 p. 100.000 hab. respectivamente en 1984) (Värnik, 1997)

dieron factores adicionales que generaron un incremento de los suicidios ya que éstos aumentaron a una tasa superior que el consumo de alcohol (véase Gráfico 23).

El aumento en un 24,4% de la mortalidad por suicidios entre 1992 y 1993, evidencia la existencia de un sentimiento de pesimismo colectivo generalizado en el seno de la sociedad post-soviética durante los primeros años de la transición. Aunque como se ha mencionado anteriormente durante la etapa soviética ya se estaban dando condiciones que favorecían el suicidio, un aumento de tal magnitud en tan sólo un año no puede desvincularse de los cambios socioeconómicos que tuvieron lugar.

Tabla 13

Tasas estandarizadas de mortalidad masculina por suicidios. Federación Rusa 1970-1993. (por 100.000 hab)

	Suicidios
1970	61,6
1984	66,4
1987	42,1
1992	57,4
1993	71,4

Fuente: INED, 1996.

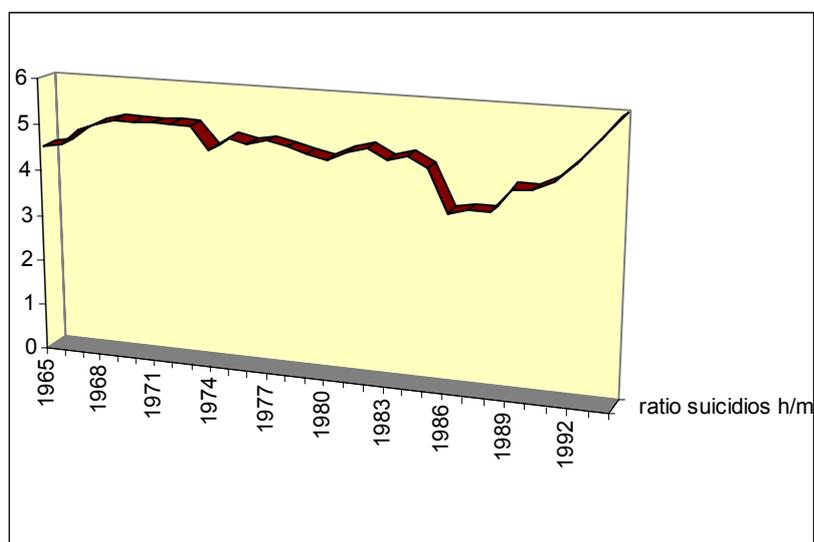
El caso de la etapa de la Perestroika en Rusia es ilustrativo de la relación existente entre el optimismo / pesimismo social y las tasas de suicidios ya que tuvo lugar un descenso importante de la mortalidad por esta causa. Pese a que las restricciones impuestas por la campaña anti-alcohol repercutieron sobre el descenso de la mortalidad por suicidios, el optimismo y las nuevas esperanzas puestas en el proceso de democratización y la mejora de los niveles de vida jugó un papel muy importante ya que la mortalidad por causas no directamente atribuibles al alcohol también disminuyó. Además, durante esta etapa aumentaron las tasas de natalidad, que son un buen indicador del nivel de optimismo existente en una sociedad. Es importante destacar que el descenso de la mortalidad por suicidios fuera mayor entre los hombres que entre las mujeres (42% frente a 20%) (Värnik A, 1997:58). De manera similar, en la etapa de aumento de los suicidios, el incremento se concentró en los hombres. Como se observa en el siguiente gráfico, la ratio de mortalidad por suicidios entre hombres y mujeres experimentó un ascenso sustancial entre 1990 y

1993, lo cual explica en parte la masculinización de la crisis de mortalidad post-soviética¹⁹⁵.

De esta manera vemos que, pese a los grandes cambios que tuvieron lugar en la ex-URSS en las últimas décadas, las fluctuaciones en la mortalidad por suicidios entre las mujeres fueron mucho más leves que entre los hombres. Es de especial relevancia que en las ex-repúblicas bálticas donde los roles entre géneros son más similares, la ratio de mortalidad por suicidios entre éstos fuera inferior (Värnik A, 1997).

Gráfico 37

Evolución de la ratio de mortalidad por suicidios hombres / mujeres. Federación Rusa. 1965-1994



Fuente: Elaboración propia en base a datos del INED, 1996.

Por otro lado, según datos procedentes del RLMS, 2/3 de la población tenía esperanzas bajas o muy bajas respecto a cuál iba a ser su futuro (Anderson B, 1997).

La situación de Rusia en los años 90 representaría el caso contrario al de Japón ya que pasó de ser la segunda potencia mundial a ser uno de los países receptores de asistencia técnica y financiera por parte del FMI y la UE. De esta manera, su posición “jerárquica” ante el resto del mundo se vio profundamente dañada.

¹⁹⁵ Como se ha mencionado anteriormente, el exceso de mortalidad masculina por suicidios durante este periodo no es únicamente atribuible al incremento del consumo de alcohol tras la campaña de Gorbachov.

Otra variable relevante a nivel de la comunidad que podría relacionarse con el nivel de suicidios es la religión. Tal como señala Durkheim, la religiosidad parece proteger contra el suicidio y habría diferentes grados de protección en función de las diferentes creencias¹⁹⁶ (Durkheim E, 1951). De esta manera, el ateísmo imperante en la etapa soviética podría haber favorecido una evolución ascendente de la mortalidad por suicidios así como la convergencia entre repúblicas como Lituania (básicamente católica) y Estonia (básicamente protestante) que con anterioridad presentaban tasas significativamente diferentes. Este hecho explicaría parcialmente por qué en Georgia y Armenia, donde incluso en la etapa soviética la religión se practicó más que en las demás repúblicas, las tasas de mortalidad por suicidios fueron inferiores. De forma similar, en las repúblicas en las que se mantuvo activo el Islamismo, las tasas de suicidios fueron también menores (Värnik A, 1997).

En el caso de la Rusia post-soviética, aunque podría argumentarse que ha habido una cierta vuelta a la religiosidad, no podemos decir que a corto plazo se haya generado un efecto protector ya que la cultura de las generaciones precedentes tiene un peso muy importante en la formación de las actitudes hacia la vida y la muerte de las generaciones presentes.

Finalmente hay que señalar que el aumento de las migraciones hacia la Federación Rusa de personas procedentes de otras repúblicas ex-soviéticas, por lo general de orígenes étnicos y religiosos diferentes, también pudo haber contribuido a socavar los niveles de cohesión comunitaria¹⁹⁷.

4.4 Conclusiones

Los primeros años de la transición en Rusia estuvieron acompañados por un aumento de las tasas de criminalidad, lo cual tuvo repercusiones importantes en cuanto al nivel de confianza mutua existente. Además, la movilidad social creciente generó nuevas tensiones derivadas del incremento de la competitividad así como de las posibilidades de frustración derivadas de la insatisfacción de expectativas. Como se ha analizado detalladamente, el deterioro de la cohesión comunitaria generado por el aumento de la

¹⁹⁶ Según Durkheim, el catolicismo sería más protector contra el suicidio que el protestantismo.

¹⁹⁷ Según fuentes del Servicio Federal de Migraciones, oficialmente el número total de inmigrantes pasó de 160.341 en 1993 a 974.401 en 1996.

criminalidad, la movilidad social y el pesimismo generalizado, puede repercutir sobre la salud, y en el caso de Rusia, ayuda a explicar la crisis de mortalidad que tuvo lugar a principios de los años 90.

5. El estado

Una vez analizado el papel de la desestructuración familiar y comunitaria, así como del sector empresarial en la crisis de mortalidad, se analizará el posible papel jugado por el debilitamiento del estado. Para ello se hará referencia, en primer lugar, a cómo dicho debilitamiento puede afectar a la salud y la mortalidad y, en segundo lugar, a cómo se deterioraron la mayoría de las funciones del estado durante los primeros años del proceso de transición.

5.1 El estado y su impacto sobre la desestructuración social, la salud y la mortalidad

El estado constituye un pilar fundamental de la estructura social, ya que desarrolla numerosas funciones destinadas a garantizar el bienestar y la protección de los derechos de los ciudadanos. La existencia de bienes públicos¹⁹⁸ y externalidades tanto positivas como negativas, requiere de un papel regulador por parte del estado con el fin de estimular o desincentivar el nivel de producción de determinados bienes y servicios. Asimismo, la existencia de fallos de información, mercados incompletos, monopolios naturales y bienes preferentes, así como de desigualdades de ingresos y oportunidades, hacen que el papel regulador del estado sea crucial para mantener un cierto nivel de cohesión dentro de una sociedad¹⁹⁹.

De esta manera, entre las principales funciones del estado se encuentran el establecimiento de un marco legal sólido, la provisión de infraestructuras y de bienes y servicios en el área social y cultural, el mantenimiento de una cierta estabilidad económica y política y la redistribución de ingresos.

¹⁹⁸ Según la definición de Andrew Schotter un bien público es “aquel cuyo uso no puede soslayarse una vez creado. Además, su consumo por una persona no disminuye la cantidad de bien disponible para cualquier otra” (Schotter A, 1987).

¹⁹⁹ Para más detalles véase Joseph E. Stiglitz *La Economía del Sector Público*. Ed. Antoni Bosch. Barcelona, 1986 (Capítulo 4) y Emilio Albi et al. *Teoría de la Hacienda Pública*. Ed. Ariel. Barcelona, 1992.

Pese a que el estado tiene el potencial de contribuir a crear un entorno que favorezca la confianza mutua y la cooperación, los denominados “fallos del no mercado²⁰⁰”, como el exceso de demanda, los costes redundantes, la burocratización, las externalidades no previstas y las desigualdades de poder y privilegios, pueden limitar su capacidad para conseguir dicho objetivo. Además, la generalización de la corrupción puede socavar la confianza de la población en las instituciones del estado. Cuando el estado no es capaz de garantizar el compromiso adquirido con los ciudadanos deja de estar legitimado para amplios sectores de la población. Este hecho contribuye a generar procesos de desestructuración social, ya que da lugar a una generalización de conductas antigubernamentales y antisociales como la evasión de impuestos y la criminalidad. En estas circunstancias, la inexistencia de un marco legal sólido puede agravar la situación. En un entorno de estas características es previsible que se produzcan situaciones de estrés a causa de la inseguridad y la falta de confianza lo cual, a su vez, repercute sobre el estado de salud de la población. Además, la reducción del presupuesto destinado al área social, así como el aumento de la violencia, son otras vías más directas a través de las cuales el debilitamiento del estado puede repercutir sobre la salud y la mortalidad.

En cuanto a la estabilidad económica y política, de la misma manera que se ha mostrado que la inestabilidad de los ciclos económicos genera tensiones que repercuten sobre la salud física y mental (Cahill J, 1983), podemos pensar que la incertidumbre generada por procesos inflacionarios o crisis políticas tiene a su vez un impacto importante sobre la salud. En los casos en los que la inestabilidad política se traduce en conflictos bélicos, dicho impacto es evidente.

En cuanto a la distribución de ingresos y su contribución al proceso de desestructuración social y al deterioro de la salud, se trata de un aspecto de particular relevancia. Son muchos los estudios que evidencian que el incremento de las desigualdades conlleva un debilitamiento de los vínculos sociales. Los niveles elevados de desigualdades de ingresos generan frustración, baja autoestima y problemas relacionales, lo cual repercute sobre las tasas de criminalidad, violencia y homicidios. Además, el estrés psicosocial derivado de una situación de pobreza relativa repercute sobre las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares.

²⁰⁰ Para más información sobre los denominados “fallos del no-mercado” véase Charles Wolf S, *Market or Governments. Choosing Between Imperfect Alternatives*. RAND. Cambridge, 1997.

Según varias investigaciones en las que se comparan diferentes países y regiones, un mayor nivel de desigualdades de ingresos conduce a niveles superiores de conflictividad social (Kaplan J.R et al., 1996; Hsieh C.C y Pugh M.D, 1993; Kennedy B.P et al., 1998). De algunos estudios se desprende que, al aumentar dichas desigualdades, disminuyen drásticamente los niveles de confianza mutua (Kawachi I y Kennedy B.P,1997; Kawachi I, Kennedy B.P et al., 1997). Otros muestran que también se dan niveles superiores de hostilidad (Williams R.B et al., 1995). Asimismo, Putnam muestra que la distribución de ingresos está correlacionada positivamente con el grado de implicación en la vida comunitaria (Putnam R.D et al., 1993). Las elevadas correlaciones positivas encontradas entre las tasas de homicidios y la distribución desigual de ingresos (Braithwaite J et al., 1980; Messner S.F, 1982, Kaplan J.R et al., 1996) evidencian que las desigualdades tienen importantes repercusiones a nivel psicosocial.

De esta manera vemos que las investigaciones realizadas apuntan a que el incremento de las desigualdades de ingresos genera aumentos en los niveles de hostilidad, desconfianza e inseguridad, lo cual contribuye a que se produzca una situación de desestructuración social.

En cuanto a las repercusiones en términos de salud y mortalidad, ya en 1979 se encontraron asociaciones positivas entre las tasas de mortalidad y las desigualdades de ingresos (Rodgers G.B, 1979). Desde entonces, la relación existente entre ambas variables ha sido demostrada por diversos grupos de investigadores que utilizaron datos de diferentes países²⁰¹. Es relevante el hecho de que las correlaciones encontradas fueran elevadas y que éstas se mantuvieran tras ajustar por el *nivel de renta absoluto* (Kennedy B.P et al., 1998) e, *incluso, tras controlar por los gastos estatales en sanidad y otras áreas sociales como la vivienda*.

Además, existen investigaciones que muestran que *entre los países más desarrollados*, son aquellos en los que la distribución de ingresos es más equitativa - y no aquellos en los que el nivel absoluto de ingresos es mayor - los que tienen mejores indicadores de salud (Wilkinson R.G, 1996).

²⁰¹ Para más detalles véase Richard G. Wilkinson. *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequalities*. 1996. Londres y Nueva York. (Capítulo 5)

Por otro lado, el estudio realizado en Gran Bretaña utilizando datos correspondientes a la cohorte nacida en 1946, muestra que el estado de salud durante la infancia explica únicamente una pequeña parte de la relación entre posición socioeconómica y salud en la edad adulta (Blane D et al., 1993). Este resultado descarta la posibilidad de que la dirección de la causalidad vaya de la salud al nivel socioeconómico en lugar de a la inversa.

La denominada “*hipótesis del ingreso relativo*” también es aplicable a países como Taiwán, donde estudios recientes revelan que la salud de la población está más relacionada con los ingresos relativos que con los absolutos (Tung-Liang Chiang, 1999). En este país - que atravesó un periodo de intenso crecimiento económico durante los años 90 - la asociación entre ingresos absolutos y mortalidad era mayor en los años 70 que en las décadas posteriores. Sin embargo, en los años 80 y 90, la correlación entre ingresos relativos y mortalidad aumentó.

Al analizar países en desarrollo se observa que, en casos como Cuba o el estado de Kerala en la India - en los que se han establecido la salud y la equidad como prioridades políticas -, los indicadores de salud han experimentado mejoras notables y no se han deteriorado significativamente incluso en contextos de profundas crisis económicas como la atravesada por Cuba en la década de los 90.

En el conjunto de los países de América Latina también se han encontrado correlaciones negativas significativas entre el nivel de desigualdades de ingresos y la esperanza de vida (Kawachi I, 2000). Pese a la existencia de ciertas excepciones como Chile, en términos generales puede decirse que en América Latina los países con menores desigualdades de ingresos presentan indicadores de salud más favorables. No obstante, hay que señalar que la relación no es tan fuerte como la existente en los países más desarrollados (Armada F, 2000).

El caso de Japón también es ilustrativo, ya que entre los países de la OCDE es aquel en el que la diferencia relativa entre el 20% más acomodado y el 20% más desfavorecido es menor, lo cual podría haber contribuido a la fuerte tendencia ascendente de la esperanza de vida en las últimas décadas. El hecho de que el aumento de la esperanza de vida haya estado acompañado por una disminución de las tasas de criminalidad y un descenso de las desigualdades de ingresos apoya esta hipótesis.

Por otro lado, es relevante que el impacto de las desigualdades de ingresos sobre la salud afecte especialmente a las personas de edades medias (Kaplan J.R et al., 1996; Wilkinson R.G, 1996) y que las diferencias las expliquen más los determinantes de tipo psicosocial que los de tipo material. El hecho de que la asociación entre estatus socioeconómico y salud se mantenga a lo largo de toda la jerarquía social y no sólo en los grupos de ingresos extremos implica que las desigualdades en salud no se deben únicamente a aspectos materiales. La autoestima, la sensación de valerse por sí mismo y de contar con el respeto de los demás, es muy posible que genere una mejora de la función inmune y un fortalecimiento fisiológico. La percepción de posición de estatus relativa estaría ejerciendo de esta manera un papel importante.

Como se ha mencionado, el estudio llevado a término por Marmot M.G entre funcionarios británicos - todos ellos con suficientes recursos económicos - también apunta a que el nivel de *renta en términos absolutos* no explica todas las diferencias de mortalidad entre las clases sociales (Marmot M.G et al., 1978b). En el denominado “Estudio de Whitehall” se realizó el seguimiento de 10.000 empleados durante más de dos décadas. La ventaja del estudio reside en que es “específico por persona” y “longitudinal”. En este estudio, la mortalidad estandarizada por edad en las jerarquías inferiores resultó ser 3,5 veces superior a la de las jerarquías superiores. Otro resultado significativo del estudio fue que los funcionarios de niveles superiores que adoptaban estilos de vida poco saludables, como fumar, presentaban una probabilidad de morir por causas relacionadas con el tabaco inferior a la de los funcionarios de jerarquía inferiores. Este hecho muestra que el gradiente de salud entre jerarquías no está justificado en términos de adopción de determinados estilos de vida.

La importancia del estudio de Whitehall radica en que la población analizada tenía un nivel mínimo de subsistencia asegurado y un grado elevado de seguridad laboral. Este hecho implica que *parte de* las diferencias de mortalidad entre clases sociales están determinadas por factores no relacionados con las privaciones materiales, lo cual otorga un papel central a los factores psicosociales de tipo subjetivo²⁰².

²⁰² Este hecho es de especial relevancia para el análisis del caso ruso ya que, como se ha argumentado con anterioridad, los aumentos de mortalidad no se explican *únicamente* por la disminución de ingresos, lo cual descarta que las privaciones materiales sean la causa explicativa principal del aumento de la mortalidad.

Por otro lado, dado que las desigualdades de salud entre las diferentes clases sociales se producen tanto por enfermedades que responden a la atención sanitaria como en las que no, no se puede decir que las diferencias en cuanto a *acceso al sistema sanitario* expliquen *completamente* el gradiente de salud entre clases sociales (Mackenbach J.P et al., 1989).

En cuanto a las causas específicas de mortalidad, se han encontrado correlaciones positivas elevadas entre los niveles de desigualdades de ingresos y la mortalidad ocasionada por causas externas (Kennedy B.P et al., 1998). Respecto a la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, también existen indicios de que está influenciada por cambios en la distribución de los ingresos. El caso de la localidad de *Roseto*, descrito con anterioridad, así lo evidencia. Mientras que durante décadas las tasas de mortalidad cardiovascular habían sido inferiores a las de localidades vecinas que tenían niveles comparables de factores de riesgo tradicionales, el incremento de las desigualdades de ingresos y el patrón de consumo “de ostentación” que tuvo lugar en los años 60 fue seguido por un descenso de los niveles de cohesión social y por un aumento de la mortalidad ocasionada por enfermedades cardiovasculares (Bruhn J y Wolf S, 1979).

Finalmente, cabe señalar que en 1995 se realizó un estudio cuyo objetivo fue identificar cuáles eran las causas específicas de mortalidad que tendían a ser mayores en los países más desiguales. Se utilizaron datos de diversos países y emergió un patrón claro: en los países poco igualitarios la mortalidad por todos los grandes grupos de causas era mayor. Sin embargo, las asociaciones más fuertes entre desigualdades de ingresos y mortalidad se daban por causas como las enfermedades crónicas del hígado, la cirrosis y las causas externas. Es destacable que dichas causas estén estrechamente relacionadas con los niveles de estrés psicosocial. Además, en algunos de los países también se encontraron fuertes correlaciones con las enfermedades cardiovasculares. Es de especial relevancia que la mortalidad por cáncer – que en Rusia se mantuvo estable durante los primeros años de la transición - fuera la que presentaba una relación más débil con el nivel de desigualdades de ingresos²⁰³ (McIsaac S y Wilkinson R.G, 1995).

²⁰³ No obstante, hay que tener en cuenta que el aumento de la mortalidad prematura por otras causas explica parcialmente que la mortalidad por cáncer se mantuviera estable.

5.2 Mecanismos biológicos a través de los cuales el debilitamiento del estado repercute sobre la salud

Las principales evidencias a nivel biológico del impacto *indirecto* mediado por canales de tipo psicosocial de un deterioro de las funciones del estado sobre la salud proceden de los estudios realizados sobre desigualdades de ingresos²⁰⁴.

Entre 1830 y 1930 cuando en Gran Bretaña se utilizaban en las clases de anatomía los cadáveres de personas que procedían de las clases menos favorecidas de Londres, se pensaba que el tamaño de las glándulas adrenales era superior al real, de manera que se llegó a diagnosticar como enfermedad el tamaño “normal” de estas glándulas en personas de clases más favorecidas (Sapolsky, 1991). Posteriormente, se averiguó que el tamaño de dichas glándulas tendió a aumentar en las personas de clases más desfavorecidas como consecuencia de una mayor exposición al estrés crónico. Este hecho evidencia la existencia de respuestas a nivel biológico que contribuyen a las diferencias de salud entre clases sociales.

El segundo estudio de Whitehall también clarifica algunos de los vínculos biológicos que median entre el estatus social y la salud (Marmot M.G et al., 1991). Entre otros hallazgos, se mostró que los funcionarios de jerarquías inferiores tenían mayores dificultades para volver a los niveles basales de glucosa.

Otro estudio muestra cómo el funcionamiento del eje HPA es diferente en función de la posición jerárquica de los individuos en un determinado entorno social. Entre diversos soldados alemanes sometidos a estrés mental, se encontró que los de rango superior experimentaban una respuesta en términos de cortisol muy superior a los demás (Hellhammer D.H et al., 1997).

Respecto al caso específico de las enfermedades cardiovasculares, la psico-neuro-endocrinología ofrece algunas posibles explicaciones acerca de cómo el nivel de estatus puede repercutir sobre las tasas de mortalidad cardiovascular. En el estudio de Whitehall,

²⁰⁴Sin embargo también hay que considerar el impacto *directo* derivado del aumento de las acciones violentas.

Marmot observó que en el lugar de trabajo los individuos de todas las jerarquías tenían niveles similares de tensión arterial. Sin embargo, al finalizar la jornada laboral la tensión arterial de los funcionarios de niveles superiores bajaba mucho más lo cual apunta a que son más capaces de “apagar la respuesta al estrés” (Marmot M.G, 1986, 1978b; Marmot M.G y Wilkinson R.G, 1999).

En un estudio llevado a término por Brunner en el cual utilizó datos del estudio de Whitehall, se clarifican significativamente los vínculos biológicos existentes entre el aumento de las desigualdades de ingresos y las enfermedades cardiovasculares. Brunner mostró que entre los funcionarios existía un gradiente entre las diferentes jerarquías en cuanto al nivel de lipoproteínas de baja densidad (aumentan la propensión a enfermar) y las lipoproteínas de alta densidad (moderan los niveles de colesterol), que iba en detrimento de la salud de los individuos de jerarquías inferiores (Brunner E, 1996). También del estudio de Whitehall se desprende que la mayor parte de las desigualdades de salud entre las diferentes clases sociales no se explica por diferencias en los factores de riesgo tradicionales.

Los estudios de los babuinos desarrollados por Sapolsky²⁰⁵ son de especial relevancia ya que se trata de unos primates que, al igual que los humanos, se caracterizan por la existencia de marcadas jerarquías sociales. Tras varios años de estudios se identificó que el funcionamiento del sistema endocrino de los babuinos de jerarquías superiores presentaba diferencias notables respecto al de los de jerarquías inferiores. Éstos últimos presentaban algunos factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares superiores y tras un suceso estresante sus niveles de HTA y glucocorticoides tardaban más en disminuir. Adicionalmente, se encontró mayor estrechamiento de las arterias coronarias así como niveles basales de cortisol superiores (Sapolsky, 1993). Éste último aspecto se asocia a una baja ratio de lipoproteínas de alta / baja densidad lo cual conduce a mayores niveles de colesterol²⁰⁶. Aunque podría ser que los animales más saludables fueran los que se situaran en las posiciones jerárquicas superiores (hipótesis de causalidad inversa), cuando se cambió a determinados animales de grupo con el fin de alterar su posición

²⁰⁵ Los estudios sobre los babuinos realizados por Sapolsky me fueron dados a conocer por Richard. G. Wilkinson durante el *Seminario sobre Investigación en Desigualdades de Ingresos y su Impacto en Salud, Bienestar Social y Calidad de Vida* organizado por el “Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya” en Diciembre de 1998.

²⁰⁶ Ya que las lipoproteínas de alta densidad ayudan a controlar los niveles de colesterol

jerárquica se encontraron resultados que confirmaron la dirección de la causalidad inicialmente establecida.

5.3 El papel del estado en la sociedad soviética y post-soviética

Durante la etapa soviética el estado, a través de la planificación, controlaba toda la esfera económica del país siendo responsable tanto de la producción como de la distribución de bienes y servicios. El partido comunista dominaba el poder legislativo, ejecutivo y judicial; y el sector productivo estaba administrado por el estado, siendo la jerarquía y la autoridad elementos fundamentales del sistema. Se consideraban como funciones del estado tanto la provisión de servicios sociales y de infraestructuras como el diseño de los planes quinquenales en los cuales se basó el sistema de economía planificada. El estado, a su vez, administraba el sector productivo, responsable de proveer empleo, bienes de consumo y servicios sociales. Además, debía velar por el cumplimiento de los planes económicos y proveer bienestar social en un sistema en el cual la sanidad y la educación eran gratuitos y los bienes básicos y la vivienda estaban subsidiados.

Sin embargo, los “fallos de estado” que se dieron en el sistema soviético limitaron la consecución de algunos de los objetivos establecidos. Por un lado, se generó una situación de excesiva burocratización que no estuvo acompañada por una serie de normas claras que debían ser respetadas, sino que las reglas fueron cambiando en función de las necesidades políticas del momento (Amsden A et al., 1994). Por otro lado, los procesos de selección de personal se basaron más en la lealtad política que en el mérito profesional y apareció un mercado negro de bienes y servicios no obtenibles por canales oficiales, así como una elite social privilegiada formada por los miembros de la nomenclatura.

A pesar de estas serias limitaciones que socavaron la legitimidad del estado²⁰⁷, debe reconocerse que durante la etapa soviética se dio una situación en la cual se daba cierta equidad de ingresos y de oportunidades y en la que tanto el empleo como un nivel mínimo de subsistencia estaban garantizados.

En el caso de Rusia, aunque el “proceso de democratización” hubiera podido mejorar la relación de los ciudadanos con el estado, éste no se ha legitimado de manera que aunque ahora hay mayor apertura y libertad de expresión, la situación es especialmente grave dado que, junto con el desmantelamiento del sistema de protección social y la falta de un entorno legal sólido que respalde el proceso de transición económica, se ha producido una situación de corrupción generalizada.

El impacto de la corrupción gubernamental es particularmente grave ya que si los ciudadanos no confían en el estado, tampoco estarán dispuestos a seguir las normas establecidas por este²⁰⁸.

El inicio de las reformas implicaba la aceptación por parte de la población de un nuevo acuerdo con el gobierno que suponía un intercambio de desempleo, inflación e incertidumbre por mayores niveles de ingresos en un futuro próximo. Teóricamente, las medidas adoptadas iban a vigorizar la economía de manera que en un escaso periodo de tiempo se compensarían los costes sociales de los primeros años de las reformas. Sin embargo, se produjo un incremento de las aspiraciones de la sociedad sin que paralelamente aumentaran los recursos necesarios para satisfacerlas.

Como se verá en los apartados siguientes, cuatro de las principales funciones del estado que como se ha visto anteriormente están estrechamente relacionadas con la salud, se deterioraron durante la primera mitad de los años 90. Dicho deterioro es de especial gravedad teniendo en cuenta el papel clave que el estado debería jugar para facilitar el proceso de transición²⁰⁹.

²⁰⁷ Algunos autores sostienen que el colapso de las instituciones soviéticas fue consecuencia de un proceso de deslegitimación que dio lugar a un colapso de la autoridad jerárquica en el seno de las mismas, hecho que hizo que los trabajadores “dejaran de ser leales al estado” (Solnick S.L, 1998).

²⁰⁸ Tal como reflejan los resultados de una encuesta, en 1994 un 83% de los encuestados desconfiaba de las instituciones políticas (Rose, 1995).

²⁰⁹ En el nuevo contexto es necesario que el estado provea leyes y regulaciones que permitan el funcionamiento de la economía de mercado. Para más detalles sobre la importancia del papel del estado durante los procesos de transición véase Amsdem A, Kochanowicz J y Taylor C.B L. *The Market Meets its*

5.3.1 Garantizar un nivel mínimo de provisión de bienes y servicios en el área social y cultural

Durante la etapa soviética la política social tuvo que hacer frente a restricciones económicas sustanciales. Las deficiencias más importantes fueron:

- Los recursos en el área de políticas sociales se asignaban según el “principio residual”, ya que el sector industrial era considerado prioritario.
- Durante varios periodos la política social se consideró como un elemento auxiliar al mercado de trabajo.
- Algunos sectores de la población como los niños de clases más desfavorecidas, los disminuidos o los desempleados, no estaban suficientemente cubiertos por el sistema de protección social.
- En el sector de la vivienda, la insatisfacción en cuanto al acceso y la calidad era considerable²¹⁰.

Pese a los problemas mencionados, la población tenía un *cierto grado de certidumbre* de que en el futuro iba a mantener su nivel de vida. Aunque se tratara de un nivel relativamente bajo respecto a los países occidentales, contaban con la garantía de un mínimo de subsistencia asegurado. Esta situación proporcionaba sentimientos de *estabilidad y seguridad* gracias a la existencia de canales de apoyo externo por parte del estado.

Sin embargo, a principios de los años 90, la población tuvo que adaptarse con rapidez a una nueva situación ya que la reducción del papel del estado en cuanto a garantías sociales implicaba una mayor responsabilidad de los individuos sobre su nivel de vida. El estatus alcanzado pasaba a ser un reflejo del esfuerzo y las capacidades del individuo. Este proceso es muy posible que repercutiera significativamente sobre la salud, no sólo a

Match. *Restructuring the Economies of Eastern Europe*. Harvard University Press. Londres y Cambridge. 1994.

²¹⁰ Para más detalles véase Nick Manning: “Social Policy and the Welfare State in Russia”. Fragmento de la conferencia; *Russia in Transition: Elites, Classes and Inequalities*. National Academy Press. Washington, D.C. 1994.

causa de una reducción del presupuesto estatal destinado a sanidad, sino a través de múltiples canales que generan estrés.

Como puede observarse en la Tabla 14, entre 1992 y 1993, año en el que se produjo el mayor incremento de las tasas de mortalidad, los gastos en protección social como porcentaje del PNB pasaron del 22,1% al 17,9%²¹¹. Además, al analizar la evolución de otros indicadores del papel del estado en la esfera social y cultural, se observa una pronunciada tendencia descendente a principios de los años 90 (Gráficos 38, 39 y 40).

Tabla 14

Gastos en protección social. Federación Rusa. 1992-1994 (como porcentaje del PNB).

1992	1993	1994
22.1	17.9	17.6

Fuente: OCDE, 1995 (Goskomstat. Ministerio de Protección Social)

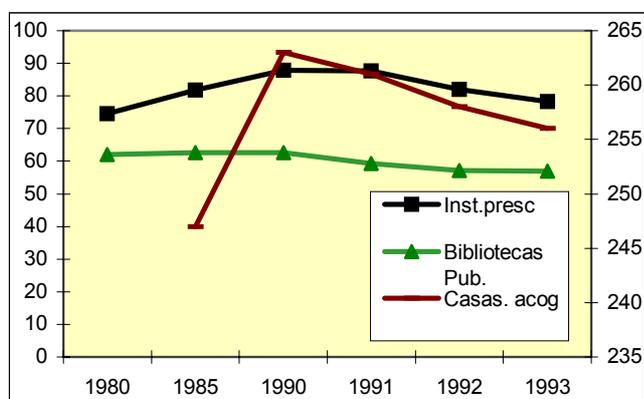
Gráfico 38

Número de plazas en casas de acogida para ancianos y discapacitados (miles)²¹².

Número de instituciones preescolares (miles)

Número de Bibliotecas Públicas (miles)

Federación Rusa. 1980-1994.



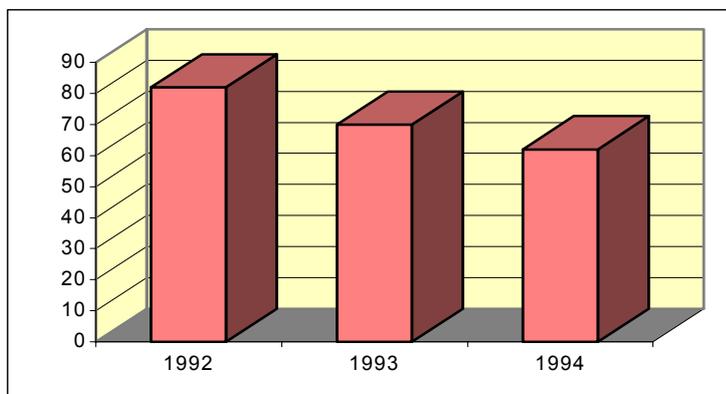
Fuente: Goskomstat, 1996.

²¹¹ Este hecho es de particular gravedad teniendo en cuenta que durante dicho periodo la tendencia del PNB fue descendente (véase Gráfico 3. Pag. 93).

²¹² El número de plazas en casas de acogida para ancianos y discapacitados se mide en el eje derecho mientras que las demás variables se miden en el eje izquierdo.

Gráfico 39

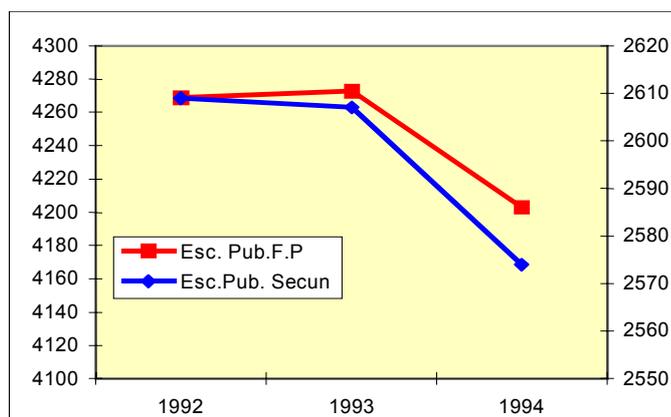
Valor del conjunto de servicios facilitados a la población en cuanto a transporte, comunicaciones, salud, cultura, ocio etc. Federación Rusa. 1992-1994 (como porcentaje del año anterior, en precios constantes).



Fuente: Goskomstat, 1996.

Gráfico 40

Número de escuelas públicas de formación profesional y de secundaria²¹³. Federación Rusa. 1992-1994.



Fuente: Goskomstat, 1996.

Los datos presentados evidencian la magnitud de los costes sociales de las reformas. Los recursos - en parte como consecuencia de la inflación y la evasión de impuestos - disminuyeron. Además, el papel que previamente tenían las empresas en la provisión de servicios sociales, aunque no se eliminó, experimentó cierta reducción.

²¹³ El número de escuelas públicas de formación profesional se mide en el eje izquierdo mientras que las escuelas de secundaria se miden en el eje derecho.

5.3.2 Establecer un marco legal sólido

Durante los primeros años de la transición se generalizó entre la población una percepción de falta de protección política ante el incremento de la criminalidad. La ausencia de un marco legal sólido favoreció un proceso de criminalidad que no fue contrarrestado con medidas gubernamentales efectivas (véase Gráficos 34 y 35). El aumento de la economía sumergida que tuvo lugar en estos años, es también un indicador a tener en cuenta (Cornia G, 1997). Entre los ciudadanos aumentó el sentimiento de inseguridad en un contexto de “criminalidad tolerada” que refleja el proceso de desestructuración social que estaba teniendo lugar en Rusia.

5.3.3 Garantizar cierto grado de estabilidad política y económica

Mientras que durante la etapa soviética los precios estaban fijados por el estado y el “estancamiento” caracterizaba la vida política, a principios de los años 90 los ciudadanos rusos tuvieron que hacer frente a un elevado grado de incertidumbre. Los procesos inflacionarios, la crisis fiscal, los conflictos bélicos y la inestabilidad política constituyeron nuevas fuentes de estrés para la población.

Como se observa en la tabla presentada a continuación, aunque en 1995 se estabilizó el nivel de inflación, durante los primeros años de la transición se produjo un fuerte incremento del IPC que fue especialmente intenso en 1992 como consecuencia de la liberalización de precios que tuvo lugar en Enero.

Tabla 15

Índice de precios al consumo. Federación Rusa. 1991-1996 (porcentaje de variación sobre el año anterior).

1992	1993	1994	1995	1996
2506.1	840.0	204.4	128.6	21.8

Fuente: Goskomstat

Es importante considerar que los niveles de inflación en Rusia están por debajo de los observados en muchos países Latinoamericanos en los años 80, sin que en éstos últimos se produjera un incremento de la mortalidad de magnitud comparable. Este hecho implica

que *el contraste* con una situación previa de estabilidad estaría jugando un papel más importante que la inflación “per se”.

Por otro lado, conflictos bélicos como los de Ossetia, Tatarstán y Chechenia; así como la lucha que Yeltsin sostuvo contra el Parlamento en 1993, ilustran el grado de inestabilidad política que se produjo tras la disolución de la URSS.

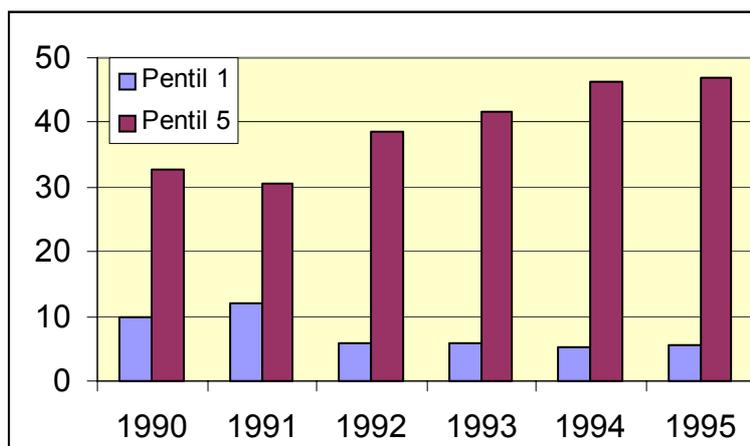
5.3.4 Redistribuir ingresos

Además de establecer un marco legal sólido y garantizar un mínimo de provisión de bienes y servicios en el área social y cultural, otra de las principales funciones del estado consiste en redistribuir ingresos.

No puede negarse que en tiempos de la URSS se daban ciertas desigualdades. Existía una elite formada por los dirigentes del partido y por burócratas de alto nivel así como por militares de alto rango y algunos artistas e intelectuales. Estas personas tenían acceso preferencial a bienes y servicios que para el resto de la población eran muy difíciles o incluso imposibles de obtener. No obstante, durante los primeros años de la transición las desigualdades de ingresos aumentaron sustancialmente. Al analizar diferentes indicadores del nivel de vida se evidencia que los cambios que se dieron no tuvieron una repercusión uniforme sobre la población. En 1990 el 20% de la población mejor situada económicamente disponía de un 32,7% de los ingresos totales mientras que en 1994 dicho porcentaje aumentó hasta situarse en un 46,9% (Gráfico 41). Además, a pesar de la profunda crisis económica que estaba atravesando el país, el número de automóviles y teléfonos adquiridos no cesó de aumentar (Gráfico 42).

Gráfico 41

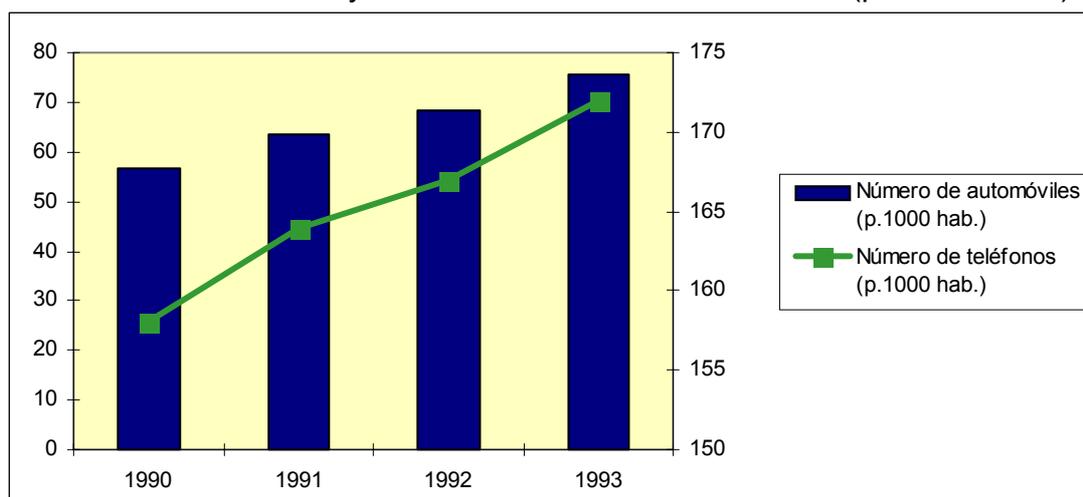
Proporción de ingresos de los pentiles I y V. Federación Rusa. 1990-1995.



Fuente: Goskomstat, 1997.

Gráfico 42

Número de automóviles y teléfonos. Fed. Rusa. 1990-1993 (por 1.000 hab.)²¹⁴.



Fuente: OCDE, 1995 (Goskomstat).

En cuanto al Coeficiente de Gini, entre 1992 y 1994 éste experimentó un aumento del 40% (Tabla 16).

Tabla 16

Evolución del Coeficiente de Gini. Federación Rusa. 1992-1994.

1992	1993	1994
0,289	0,398	0,409

Fuente: Goskomstat, 1996.

²¹⁴ El número de automóviles por 1.000 habitantes se mide en el eje izquierdo mientras que el número de teléfonos se mide en el eje derecho.

De esta manera, amplios sectores de la población se vieron afectados por un drástico descenso de sus ingresos relativos lo cual, como se ha analizado en detalle en la sección 5.1 tiene repercusiones importantes sobre la autoestima y la salud. Además, al haberse basado durante décadas en principios igualitarios, los ciudadanos rusos son particularmente sensibles a los cambios en la distribución de ingresos²¹⁵. El patrón de consumo ostentoso ha hecho que estas desigualdades sean más visibles lo cual agrava la percepción de privación relativa.

Es de particular relevancia el hecho de que algunas de las causas de mortalidad que son más sensibles a los cambios en la distribución de ingresos - como la violencia - fueran algunas de las que más aumentaron en Rusia durante los primeros años de la transición. Además, durante dicho periodo, las diferencias socioeconómicas en cuanto a mortalidad aumentaron (Shkolnikov V, Leon D.A, Adamets S et al., 1998).

Al analizar datos procedentes de las encuestas del RLMS se observa que la ratio entre los gastos per capita²¹⁶ del 20% más desfavorecido y el 20% con mayores ingresos fue cada vez menor. Como se observa en la Tabla 17, la ratio entre el 20% con un nivel inferior de gastos p.c y los demás grupos disminuyó durante el periodo 1992-1994 y lo hizo incluso a tasas superiores entre 1994 y 1996. Este hecho permite afirmar que la pobreza relativa del 20% de la población más desfavorecida aumentó durante los primeros años de la transición.

²¹⁵ Los resultados de una encuesta realizada en 1992 revelaron que el 84% de los entrevistados opinaba que la pobreza existía a causa de una redistribución injusta de los recursos (Zubova L, 1992). Para más detalles véase Zubova L, 1992. "Poverty in the URSS: The population's point of view". *Problems of Economics* 34:85-98.

²¹⁸ La tendencia de las desigualdades en ingresos es paralela a la de las desigualdades en gastos (Zohoori N et al, 1996). Los *gastos* incluyen el valor de los productos de consumo así como los de producción doméstica.

²¹⁹ En Rublos de Junio de 1992.

Tabla 17

Tasas de variación de las ratios de los gastos p.c reales²¹⁷ del 20% de la población más desfavorecida en relación con los diferentes quintiles. Federación Rusa. 1992-1994; 1994-1996

TASAS VAR		20% / 21-40%	20% / 41-60%	20% / 61-80%	20% / 20%+fav
ratios	1992-1994	-7,62	-3,15	-6,65	-14,50
	1994-1996	-35,38	-30,62	-33,34	-30,55

Fuente: Elaboración propia en base a datos del RLMS (Zohoori N et al., 1998).

En cuanto al impacto de las desigualdades de ingresos sobre la salud, como se ha analizado en la primera sección de este capítulo, existe un gradiente en cuanto a salud en función de los diferentes niveles socioeconómicos. Los individuos situados más arriba en la jerarquía social son menos vulnerables ya que además de contar con más bienes materiales, disponen de mayor estatus social lo cual les facilita más *recursos sociales y psicológicos* para hacer frente a los problemas. Al tener una mejor capacidad para hacer frente al estrés gracias a la autoestima y la sensación de control sobre sus vidas²¹⁸ están menos expuestos a determinados factores que repercuten negativamente sobre la salud.

5.4 Conclusiones

Durante el proceso de transición el papel del estado se ha deteriorado en cuanto a algunas de sus funciones principales contribuyendo de esta manera al proceso de desestructuración social producido a principios de los 90.

La disminución en la provisión de determinados bienes y servicios en el área social y cultural, la incertidumbre política y económica, así como la ausencia de un sólido marco legal en un periodo de cambios profundos, favorecieron un clima de estrés psicosocial que, como se ha visto en otros apartados, tiene un impacto importante sobre la salud y la mortalidad. Por otro lado, la situación se agravó como consecuencia del incremento de las desigualdades de ingresos.

El debilitamiento del estado, junto con la desestructuración de la familia, la comunidad y las empresas, explica parcialmente la crisis de mortalidad que tuvo lugar en Rusia a principios de los años 90.

²¹⁸ Para más detalles véase Richard G. Wilkinson, *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequalities*. 1996. Londres y Nueva York.

Conclusiones finales

En este trabajo se han analizado las posibles causas explicativas del incremento de la mortalidad que se observó en la Federación Rusa entre 1990 y 1994. A continuación se hará una recapitulación de las hipótesis así como de los diferentes aspectos analizados. Posteriormente se detallará cuáles han sido las principales conclusiones resultantes haciéndose referencia a su adecuación a las hipótesis inicialmente planteadas. Finalmente se considerarán las implicaciones políticas de los resultados obtenidos así como las posibles investigaciones futuras que permitirían profundizar en el conocimiento del impacto que la transición tuvo y sigue teniendo sobre la salud y la mortalidad en Rusia.

El objetivo de este trabajo ha sido constatar la validez de las siguientes hipótesis:

1. No es posible afirmar que los procesos de transición de la economía planificada a la economía de mercado hayan sido, en términos generales, letales.
2. El aumento de las tasas de mortalidad que tuvo lugar en Rusia entre 1990-1994 no se distribuyó de forma homogénea entre la población sino que se concentró en los hombres de edades medias y estuvo ocasionado fundamentalmente por causas externas y por enfermedades del aparato circulatorio.
3. El aumento de la mortalidad observado en Rusia entre 1990 y 1994 no fue únicamente fruto de la continuación de una tendencia previa.
4. Los cambios de los estilos de vida relacionados con el consumo de tabaco, los patrones dietéticos y la falta de ejercicio físico no explican completamente el aumento de la mortalidad observado entre 1990 y 1994 en Rusia
5. Aunque el consumo de alcohol explica una parte de la crisis de mortalidad rusa, no explica todo el incremento de la mortalidad observado entre 1990 y 1994.
6. El deterioro del sistema sanitario ruso no explica la mayor parte del aumento de la mortalidad observado durante el periodo 1990-1994.
7. El descenso del nivel de ingresos, aunque repercutió sobre la salud de la población, no es una de las principales causas de la crisis de mortalidad.

8. El deterioro medioambiental no explica la crisis de mortalidad de principios de los años 90 en Rusia.
- 9. Los cambios políticos y socioeconómicos que tuvieron lugar a principios de los años 90 generaron un deterioro de los pilares fundamentales de la estructura social (familia, empresas, comunidad y estado) lo cual ocasionó una situación de “desestructuración social” caracterizada por la aparición de nuevas fuentes de estrés así como por una reducción de los mecanismos para superarlo.**
- 10. Pese a la multicausalidad del proceso, puede decirse que el estrés psicosocial asociado a una situación de desestructuración social fue el factor catalizador de la crisis de mortalidad.**

Con el fin de constatar la validez de estas hipótesis, se ha procedido en primer lugar, a analizar la evolución de las tasas de mortalidad en otros países que han atravesado procesos de reformas con el fin de clarificar si los procesos de transición de la economía planificada al mercado han sido, en términos generales, letales. Posteriormente se ha pasado a profundizar en el caso de Rusia a través del estudio de las tasas de mortalidad por edades y causas a lo largo del periodo 1965-1994. A continuación se han estudiado detalladamente cuatro grandes grupos de determinantes de la salud con el fin de clarificar cuáles fueron las causas principales del aumento de las tasas de mortalidad observado en Rusia entre 1990 y 1994. Tras constatar que la continuación de una tendencia previa, los estilos de vida (tabaco, dieta, ejercicio físico, alcohol) y las variables de tipo material (sistema sanitario, nivel de ingresos, medio ambiente) son factores que ofrecen únicamente una explicación *parcial* al incremento de la mortalidad, se ha pasado a analizar el papel jugado por los determinantes de tipo psicosocial. Para ello se ha procedido, por un lado, a constatar en base a los datos disponibles, que durante los primeros años de las reformas los indicadores de la solidez de los cuatro pilares fundamentales de la estructura social se deterioraron (la familia, las empresas, la comunidad y el estado) dando lugar a una situación de desestructuración social. Por otro lado, se han revisado las investigaciones epidemiológicas existentes que constatan que los principales indicadores de “desestructuración social” utilizados en este trabajo (tasa de divorcios, tasa de desempleo, inseguridad laboral, tensiones en el lugar de trabajo, criminalidad, desigualdades de renta etc.) tienen un impacto significativo sobre las tasas de mortalidad, mediado fundamentalmente a través del estrés psicosocial.

Los principales resultados de los diferentes temas analizados han sido los siguientes:

1. Del análisis estadístico de la evolución de la mortalidad en las repúblicas ex-soviéticas y los PECO se desprende que, aunque en el caso de Rusia la transición ha estado acompañada por un drástico aumento de las tasas de mortalidad, en términos generales no es posible concluir que los procesos de reformas hayan sido letales ya que en Eslovenia, la República Checa, Polonia, la República Eslovaca, Armenia y Georgia, las tasas de mortalidad disminuyeron entre 1989 y 1994. Este hecho constata la validez de la primera de las hipótesis planteadas en este trabajo:

No es posible afirmar que los procesos de transición de la economía planificada a la economía de mercado hayan sido, en términos generales, letales.

No obstante, tampoco se puede afirmar que - como se dijo desde el Banco Mundial (Banco Mundial, 1996) - los países que más han avanzado en las reformas hayan sido los que han sufrido un impacto menor en términos de salud ya que entre los países que más avanzaron en el proceso de liberalización se encuentran casos en los que la mortalidad disminuyó (República Eslovaca, Polonia, Eslovenia y República Checa) pero también otros en los que ésta aumentó (Hungría, Estonia, Lituania y Letonia.) La situación en los diferentes PECO y la ex-URSS es muy heterogénea y no es posible extraer patrones generalizables.

2. Del análisis de la evolución de la mortalidad en Rusia se desprende que en este país los primeros años de la transición estuvieron acompañados por un drástico incremento de las tasas de mortalidad que fue especialmente acusado entre los hombres y que dio lugar a un descenso de siete años en la esperanza de vida entre 1990 y 1994. Tras analizar los datos de mortalidad por edades procedentes del INED, se constata que los mayores incrementos de la mortalidad se produjeron en los hombres de entre 30 y 54 años de edad, alcanzándose aumentos de casi un 120% en el grupo de 40 a 44 años. Por el contrario, en los grupos de edades extremas (menores de 14 años y mayores de 70) los aumentos no superaron el 20%. Al analizar la distribución del incremento de la mortalidad por grandes grupos de causas se constata que las enfermedades cardiovasculares y las causas externas son las que más contribuyeron al aumento de la mortalidad mientras que otras causas de

mortalidad como los tumores o la mortalidad materna no aumentaron o lo hicieron a tasas apenas perceptibles.

Estos resultados permiten constatar la validez de la segunda de las hipótesis planteadas:

El aumento de las tasas de mortalidad en Rusia entre 1990-1994 no se distribuyó de forma homogénea entre la población sino que se concentró en los hombres de edades medias y estuvo ocasionado fundamentalmente por causas externas y por enfermedades del aparato circulatorio.

3. En cuanto al análisis de la posibilidad de que la crisis de mortalidad fuera el resultado de una continuación de la tendencia anterior, hay que señalar que si bien es cierto que las tasas de mortalidad en Rusia venían ascendiendo desde mediados de los años 60, el incremento observado a principios de los 90 fue mucho más acentuado. Más concretamente, para el grupo de enfermedades cardiovasculares, se observan aumentos de un 35% durante el periodo 1990-1994 mientras que en las décadas precedentes nunca se superaron tasas de crecimiento del 20%. En cuanto a las causas externas de mortalidad, los incrementos superan con creces los observados con anterioridad. Además, si la crisis de mortalidad fuera consecuencia de una tendencia previa, los incrementos de mortalidad en las repúblicas ex-soviéticas serían similares, sin embargo las variaciones entre 1989 y 1994 van del 38,6% en Rusia al -4% en Georgia, observándose una gran heterogeneidad en cuanto a la evolución de esta variable.

Pese a que algunos investigadores atribuyen la crisis de mortalidad a un “retraso de la mortalidad” generado por la campaña anti-alcohol de Gorbachov, hay que señalar que la mortalidad por causas externas no es “retrasable” y, en cuanto a las enfermedades del corazón, los incrementos observados en los años 90 fueron muy superiores a los descensos de los años 80.

En cuanto a la posibilidad de que el aumento de la mortalidad sea fruto de un efecto cohorte ocasionado por las dos guerras mundiales y la hambruna de los años 30, un estudio reciente descarta esta posibilidad al constatar que únicamente un 20% del

incremento de la mortalidad en Rusia es atribuible a la tendencia de largo plazo (Cornia G y Panicciá R, 2000).

Estos argumentos apoyan la validez de la tercera hipótesis planteada en este trabajo:

El aumento de la mortalidad observado en Rusia entre 1990 y 1994 no fue únicamente fruto de la continuación de una tendencia previa.

4. Respecto al análisis de la posible contribución de los estilos de vida al aumento de la mortalidad, el análisis detallado de los datos ha revelado que éstos no explican completamente el incremento.

Por un lado, el nivel de consumo de tabaco, aunque aumentó significativamente y seguramente repercutió sobre el nivel de vulnerabilidad de la población en 1989, no puede explicar la crisis de mortalidad de principios de los años 90 ya que los efectos del tabaquismo no repercuten sobre la mortalidad a corto plazo. Además, el incremento del nivel de consumo se produjo principalmente entre las mujeres y los más jóvenes, mientras que, como se ha visto, los incrementos de mortalidad se concentraron en los hombres de edades medias entre los cuales la prevalencia incrementó únicamente en un 4.5% y el número medio de cigarrillos consumidos por día no aumentó.

Por otro lado, la dieta mejoró en términos sanitarios ya que el consumo de carnes y grasas descendió como consecuencia de la crisis económica y la eliminación de los subsidios previamente existentes sobre los productos lácteos y las carnes. De esta manera, entre 1990 y 1994 aumentó el consumo de cereales y tubérculos y disminuyó el consumo de productos con un contenido en grasas elevado, lo cual es un patrón dietético más beneficioso para la salud.

En cuanto al ejercicio físico, pese a que la prevalencia de la inactividad física en Rusia es elevada, no se trata de un factor nuevo y, en todo caso, los efectos de una disminución del ejercicio físico sólo podrían repercutir sobre los indicadores de salud a medio o largo plazo.

La evidencia epidemiológica ratifica la conclusión de que los estilos de vida no son una de las principales causas explicativas de la crisis de mortalidad. El estudio de Whitehall realizado entre funcionarios británicos mostró que existe un gradiente de mortalidad por enfermedades cardiovasculares entre las diferentes jerarquías de funcionarios que persiste incluso tras ajustar por factores de riesgo relacionados con el estilo de vida (la HTA y el consumo de tabaco y alcohol explican únicamente 1/3 del gradiente). Este resultado implica que la posición en la jerarquía social de una persona constituye “per se” un determinante de su salud, independientemente de cuál sea el estilo de vida que adopte. Además, según el estudio MONICA de la OMS, a nivel mundial, los factores de riesgo tradicionales explican menos del 50% de las variaciones de mortalidad.

Los resultados señalados son consistentes con la cuarta de las hipótesis planteadas en este trabajo:

Los cambios de los estilos de vida relacionados con el consumo de tabaco, los patrones dietéticos y el ejercicio físico no explican completamente el aumento de la mortalidad observado entre 1990 y 1994 en Rusia

En cuanto al consumo de alcohol, aunque los estudios que atribuyen la crisis de mortalidad a este factor son numerosos, como se ha argumentado extensamente en este trabajo, se trata de un determinante que explica sólo parcialmente el aumento de la mortalidad. Además, en cualquier caso, un incremento en el nivel del consumo de alcohol debe interpretarse como un síntoma de desestructuración social ya que dicho consumo está condicionado por la inestabilidad política y económica, el desempleo, el deterioro de las condiciones laborales y otros factores macro-económicos y macro-sociales.

Los argumentos que apoyan la hipótesis de que el alcohol no es el principal responsable de la crisis de mortalidad son varios. En primer lugar, no se ha comprobado empíricamente que el consumo de alcohol pueda generar un incremento de la mortalidad a corto plazo. Por otro lado, en 1984 el nivel de consumo fue similar al de 1993 sin que la mortalidad alcanzara niveles comparables. El descenso de la calidad del alcohol tampoco ofrece una explicación satisfactoria ya que la mortalidad por enfermedades del corazón aumentó cinco veces más que la ocasionada por envenenamientos accidentales. De hecho, la mortalidad por causas directamente relacionadas con el consumo de alcohol

como la cirrosis y los envenenamientos accidentales contribuyeron de forma muy limitada al incremento total de mortalidad. Además, al contrario que en las décadas precedentes, a principios de los años 90 la mortalidad por enfermedades del corazón y causas externas entre los hombres aumentó a tasas superiores que el consumo de alcohol, y entre 1995 y 1997 se produjo un descenso de la mortalidad sin que tuviera lugar ninguna reducción en el nivel de consumo de alcohol. Otro hecho que revela el escaso valor explicativo de la variable “consumo de alcohol” es que en algunas ex-repúblicas soviéticas como Uzbekistán y Kirguizia se produjeron aumentos de la mortalidad muy significativos a pesar de que el consumo de alcohol en estos países no es elevado. Además, en 1992 la mortalidad por suicidios aumentó a una tasa superior que el consumo de alcohol pese a tratarse de variables que en la década anterior habían evolucionado en paralelo. Finalmente, se ha constatado que en Rusia los “trabajadores de cuello azul” tienen un riesgo de morir por enfermedades del corazón superior al de la “elite” que se mantiene tras ajustar por alcoholismo, edad, peso y tabaquismo. Todos estos argumentos y resultados ratifican la validez de la quinta hipótesis de este trabajo:

Aunque el consumo de alcohol explica una parte de la crisis de mortalidad rusa, no explica todo el incremento de la mortalidad observado entre 1990 y 1994.

5. Respecto al análisis de los determinantes de tipo *fundamentalmente* material, en este trabajo se ha analizado cuál fue la posible contribución del funcionamiento del sistema sanitario, el nivel de ingresos y el medio ambiente a la crisis de mortalidad.

Al analizar los cambios que tuvieron lugar en el sistema sanitario, se constata que el modelo de Seguro Médico Obligatorio instaurado 1993 no fue exitoso ya que se dieron graves problemas de recaudación de fondos así como de exclusión de determinados grupos, al tratarse de un tipo de financiación vinculada al empleo. El aumento de la mortalidad por Neumonía y Tuberculosis, enfermedades cuya letalidad es susceptible de evitarse mediante intervención médica, constata que el deterioro del sistema sanitario repercutió sobre la salud de la población.

Sin embargo, aunque otros indicadores de la salud se han visto afectados por el deterioro del sistema sanitario, no se trata del principal factor explicativo del aumento de la mortalidad ya que de ser así el incremento se concentrarían en las edades extremas, en

las causas más susceptibles de evitarse mediante intervención médica y en las zonas rurales en las cuales el acceso a servicios y suministros sanitarios es más dificultoso. Sin embargo, la mortalidad se concentró en las edades medias y fue ocasionada por causas poco relacionadas con el funcionamiento de los servicios sanitarios como las enfermedades del corazón y las causas externas. Además, el deterioro de la salud fue más marcado en las zonas urbanas que en las rurales. Finalmente, cabe destacar que la mortalidad materna, indicador muy susceptible de verse afectado por un deterioro de los servicios sanitarios, se mantuvo constante entre 1990 y 1994. Estos resultados confirman la sexta hipótesis planteada inicialmente:

El deterioro del sistema sanitario ruso no explica la mayor parte del aumento de la mortalidad observado durante el periodo 1990-1994.

En cuanto al nivel de ingresos en términos absolutos, la liberalización de precios que tuvo lugar en 1992 generó un descenso sustancial de los ingresos p.c. y, según estimaciones conservadoras, el nivel de pobreza pasó de un 11,1% en dicho año a un 17,2 % en 1994. La gravedad de esta situación se manifestó en una reversión de la tendencia descendente de la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias, aumentos superiores al 20% de la morbilidad por éstas causas, y un deterioro de otros indicadores como la “salud autopercebida”. Sin embargo, el descenso del nivel de ingresos no explica la crisis ya que de ser así el aumento se hubiera concentrado en los grupos extremos de edad y en las regiones con niveles inferiores de ingresos. Sin embargo, el incremento de la mortalidad se concentró en las edades medias y en algunas zonas en las cuales los niveles de ingresos eran superiores a la media. Además, si bien es cierto que la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias aumentó, los aumentos más pronunciados se produjeron por causas poco relacionadas con el nivel de renta en términos absolutos.

No obstante, es necesario subrayar que no puede negarse que el descenso del nivel de ingresos repercutió sobre la salud ya que la morbilidad por enfermedades infecciosas, parasitarias y digestivas - estrechamente relacionadas con el nivel de pobreza - experimentó aumentos superiores al 20% entre 1990 y 1994. El incremento de la morbilidad por estas enfermedades se explica, al menos parcialmente, por el deterioro del nivel de ingresos. Este hecho implica que los problemas de salud más frecuentes no son necesariamente los que más mortalidad ocasionan. Por otro lado, no hay que olvidar que

el descenso del nivel de ingresos también puede repercutir sobre la salud a través de canales de tipo psicosocial originados en la ansiedad y las tensiones familiares que dicho descenso puede ocasionar.

Estos argumentos refuerzan la validez de la séptima hipótesis de trabajo:

El descenso del nivel de ingresos, aunque repercutió sobre la salud de la población, no es una de las principales causas de la crisis de mortalidad.

En cuanto al análisis de la situación medioambiental como posible factor explicativo del aumento de la mortalidad, pese a que en términos generales se trata de un determinante de la salud de gran relevancia, durante la primera mitad de los años 90, la reducción de la producción industrial ocasionada por la crisis económica dio lugar a una disminución de la emisión de contaminantes atmosféricos pasándose de 34,1 millones de toneladas en 1990 a 20,3 millones en 1996. Aunque los problemas ecológicos fueron trágicos en determinadas zonas, los incrementos de la mortalidad no se concentraron en zonas con niveles particularmente elevados de degradación medioambiental. Además, las causas de mortalidad más vinculadas con la situación del medio ambiente - tumores y enfermedades respiratorias - no aumentaron a un nivel comparable al experimentado por otras causas de mortalidad poco relacionadas con la situación medioambiental.

Estos resultados confirman la validez de la octava de las hipótesis planteadas:

El deterioro medioambiental no explica la crisis de mortalidad de principios de los años 90 en Rusia.

6. Tras constatarse que la continuación de una tendencia previa, los cambios en los estilos de vida y los determinantes de tipo fundamentalmente material ofrecen sólo una explicación parcial al aumento de la mortalidad producido a principios de los años 90 en Rusia, se ha procedido a considerar el posible impacto que los determinantes de tipo psicosocial pudieron haber tenido. Para ello se ha analizado cuál era el papel de los cuatro pilares fundamentales de la estructura social (familia, empresas, comunidad y estado) a lo largo de la etapa soviética, así como cuál fue su evolución durante el periodo 1990-1994. Las principales conclusiones a las cuales se ha llegado tras dicho análisis son las siguientes:

En cuanto a la familia, a pesar de que durante la etapa soviética el estado asumió muchas de las funciones que ésta había tenido con anterioridad, se tendió hacia una organización social de tipo neo-tradicional orientada hacia la supervivencia en la cual la familia jugaba un papel fundamental. Además, la debilidad de la sociedad civil y la confianza en los vínculos personales hizo que la familia, como unidad de apoyo, tuviera una función muy importante (Rose G, 1995).

Sin embargo, entre 1990 y 1994 la institución familiar sufrió un deterioro significativo observándose un aumento de la tasa de divorcios de 3.8 a 4.6 (por 1.000 habitantes). A lo largo de este mismo periodo, el porcentaje de nacimientos fuera del matrimonio pasó de 14,6% a 18,2%. Cabe señalar que durante la década precedente, los divorcios tuvieron una tendencia descendente y los nacimientos fuera del matrimonio, aunque experimentaron cierto incremento, lo hicieron a tasas muy inferiores. Respecto a la tasa de nupcialidad, esta pasó de 8.9 en 1990 a 7.3 en 1994 (por 1.000 habitantes). De forma similar, la tasa de natalidad disminuyó, pasando de 13.4 en 1990 a 9.6 en 1994. Como se ha mostrado en este trabajo, el descenso de estas variables es independiente de la tendencia observada en la década precedente, de manera que puede asociarse a los acontecimientos políticos y socioeconómicos que tuvieron lugar a principios de los años 90. El aumento del número de niños abandonados y de nacimientos de madres adolescentes también evidencia el deterioro de la institución familiar. Dicho deterioro además de constituir en sí mismo una fuente de estrés (por ejemplo, el derivado de un divorcio) supone también una reducción de los mecanismos para hacerle frente dado que en el seno de una familia estructurada existen canales de apoyo mutuo que actúan como amortiguadores y atenúan la respuesta al estrés.

En cuanto a las empresas, hay que señalar que durante la etapa soviética éstas no satisficieron adecuadamente su papel como proveedoras de bienes y servicios para la población dada la prioridad otorgada al sector energético y la industria pesada. Sin embargo, como proveedoras de empleo y de determinadas condiciones laborales - incluyendo la provisión de bienes y servicios básicos para sus trabajadores - éstas jugaron un papel muy significativo. En la Unión Soviética todos los individuos en edad activa tenían garantizado un puesto de trabajo y según un estudio comparativo entre EE.UU, Suecia y la URSS, las relaciones entre colegas eran más cálidas en las

Repúblicas Soviéticas. Tras el proceso de privatización que tuvo lugar entre 1992 y 1994 esta situación se modificó sustancialmente. Las encuestas realizadas constatan que - en términos generales - se produjo una reducción del apoyo entre colegas mientras que aumentaron el desempleo, la incertidumbre, las exigencias laborales y la cuantía de salarios no pagados. Es destacable que, teniendo en cuenta la situación de partida, las tasas del desempleo llegaron a situarse en un 8,3% en 1995 y que entre 1992 y 1994 un 33% de las empresas redujera los servicios sociales "en especie" facilitados a los trabajadores. Es innegable que el aumento del desempleo, la inseguridad laboral y la cuantía de salarios no pagados, así como la reducción en la provisión de bienes y servicios, constituyeron nuevas fuentes de estrés para la población rusa. Además, el empeoramiento de las relaciones entre colegas - traducido en una reducción del apoyo mutuo - implica el deterioro de una de las vías para paliar el efecto del estrés.

Respecto a otro de los principales pilares de la estructura social, la comunidad, se han considerado tres indicadores de la solidez del mismo: el nivel de criminalidad, la movilidad social y el sentimiento colectivo de optimismo / pesimismo. Durante la etapa soviética el nivel de criminalidad experimentó una tendencia ascendente. Sin embargo, durante los primeros años de la transición tuvo lugar un aumento a tasas muy superiores a las correspondientes a las décadas precedentes. Es destacable que entre 1990 y 1994 se produjera un incremento del 130% en la tasa de mortalidad por homicidios. En cuanto a la movilidad social, creadora tanto de oportunidades de éxito como de frustración y competitividad, ésta aumentó sustancialmente al abrirse nuevas vías no oficiales que permitieron una rápida movilidad social tanto ascendente como descendente. Por último, las tasas de suicidios, las cuales reflejan el sentimiento colectivo de pesimismo, indican que la tendencia ascendente observada en la etapa soviética se acentuó a principios de los años 90 y fue especialmente acusada entre 1992 y 1993 cuando se produjo un incremento del 24%.

En relación con las repercusiones en cuanto a tensión social no hay duda de que la criminalidad, la mortalidad por homicidios y la movilidad social suponen nuevas fuentes de estrés psicosocial. En el caso de la movilidad social las nuevas tensiones derivan del incremento de la competitividad así como de las posibilidades de frustración ocasionadas por la insatisfacción de nuevas expectativas. En cuanto al pesimismo, la pérdida de la esperanza implica una menor sensación de control sobre la propia vida. Como se ha

señalado en este trabajo, dicha sensación de control actúa como un mecanismo para contrarrestar los efectos del estrés ya que la autoestima de los individuos se ve reforzada cuando éstos perciben que pueden hacer frente a los problemas.

Finalmente, en relación con el estado - el último de los pilares de la estructura social considerados - la inestabilidad política y económica, el aumento de las desigualdades de ingresos y de la "criminalidad tolerada"; así como la disminución de los gastos en protección social como porcentaje del PNB, constatan el deterioro producido en cuanto a algunas de sus principales funciones. Además se ha socavado la legitimidad del mismo ante la ciudadanía como consecuencia del elevado nivel de corrupción que acompañó al proceso de privatización. El incremento del coeficiente de Gini en un 40%, la multiplicación de los precios por 26 en 1992, y la ausencia de un marco legal sólido en un periodo de cambios profundos, son algunos de los factores que ocasionaron un aumento de las fuentes de estrés. Por otro lado, la reducción de los gastos en protección social como porcentaje del PIB (de un 22,1% en 1992 a un 17,6% en 1994) implicó una disminución de los mecanismos para contrarrestar el estrés.

Los resultados derivados del análisis del papel de la familia, las empresas, la comunidad y el estado, son consistentes con la novena hipótesis planteada en este trabajo:

Los cambios políticos y socioeconómicos que tuvieron lugar a principios de los años 90 generaron un deterioro de los pilares fundamentales de la estructura social (familia, empresas, comunidad y estado) lo cual ocasionó una situación de "desestructuración social" caracterizada por la aparición de nuevas fuentes de estrés así como por una reducción de los mecanismos para superarlo.

7. Tras constatar que durante los primeros años de la transición se dio una situación de desestructuración social caracterizada por un aumento del estrés psicosocial y una disminución de los mecanismos para superarlo, ha sido necesario revisar la literatura existente en el área de la epidemiología social que evidencia la existencia de una relación directa entre estrés y mortalidad.

Por un lado, tanto si el estrés produce un incremento del consumo de alcohol como si no es así, éste produce alteraciones en el comportamiento que se reflejan en conductas impulsivas que pueden llevar a un aumento de los índices de violencia y criminalidad.

En cuanto a la mortalidad ocasionada por enfermedades cardiovasculares, como se ha mostrado a lo largo de este trabajo, existe una amplia evidencia empírica basada en estudios realizados en diferentes países y periodos que muestra que los principales indicadores de desestructuración social analizados en este trabajo repercuten sobre las tasas de mortalidad cardiovascular. Además, el impacto se concentra principalmente en los grupos de edad y género en los que más aumentó la mortalidad en Rusia.

Según estudios realizados en diversos países, las personas viudas, solteras, separadas o divorciadas tienen tasas de mortalidad superiores a las de las casadas. La asociación entre estado civil y mortalidad es especialmente fuerte para las enfermedades del corazón y entre los hombres, mientras que es inexistente para otras causas de mortalidad como el cáncer. Es destacable que la falta de apoyo social haya sido identificada como uno de los principales factores de riesgo de padecer infarto de miocardio entre los hombres de edades medias. La ayuda "moral" y material, así como el sentimiento de pertenencia y la autoestima, serían los canales a través de los cuales el apoyo mutuo repercute sobre la salud. Como se ha enfatizado en este trabajo, la relación entre aislamiento y mortalidad se mantiene incluso tras ajustar por factores de confusión como los estilos de vida o el estado de salud inicial. Además, se ha constatado en estudios realizados con poblaciones de gran diversidad cultural. Entre los hombres, el apoyo recibido por la esposa parece actuar como amortiguador del estrés ocasionado por la inseguridad laboral y el estrés financiero ya que estas variables se asocian a un incremento de las tasas de mortalidad únicamente cuando el apoyo emocional recibido es bajo.

En cuanto al desempleo, también hay amplia evidencia de que repercute sobre la salud ya que en numerosos estudios - tras descartar problemas de causalidad inversa y presencia de factores de confusión - se encuentran asociaciones positivas entre esta variable, la mortalidad total, y la mortalidad ocasionada por enfermedades cardiovasculares y suicidios. Además se ha constatado que el estrés psicosocial, más que los estilos de vida y el nivel de ingresos, es la principal causa explicativa del deterioro de la salud de los desempleados. Es destacable que se haya mostrado que dicho deterioro puede

producirse incluso en plazos temporales de 2 o 3 años. La autoestima, el mantenimiento de la actividad social y física, las relaciones sociales y la auto-realización serían las principales vías a través de las cuales el hecho de estar empleado o no repercute sobre la salud.

De manera similar, en relación con la inseguridad laboral y la organización social del trabajo, también hay evidencias de que se trata de aspectos que repercuten sobre la salud en general y la mortalidad cardiovascular en particular. La combinación de elevadas exigencias laborales y poca autonomía, así como la falta de apoyos en el lugar de trabajo, son situaciones que generan un incremento de la mortalidad ocasionada por problemas coronarios.

Respecto a otro de los aspectos considerados en este trabajo, la criminalidad, además de generar un incremento de la mortalidad por homicidios y otras acciones violentas, también repercute sobre otras causas de mortalidad como la ocasionada por problemas cardiovasculares a través de canales de tipo psicosocial como la ansiedad y el estrés derivado de la desconfianza y el miedo. En los PECO, hay evidencias epidemiológicas de que la correlación entre criminalidad y mortalidad cardiovascular masculina es superior a la existente entre criminalidad y causas externas. Este hecho confirma la importancia de los canales de tipo psicosocial en el desarrollo de las enfermedades del corazón

En cuanto a la movilidad social, dado que a la vez que amplía las oportunidades genera un aumento de las posibilidades de frustración, puede originar tensiones derivadas de la competitividad y de las diferencias creadas entre los que ascienden en la escala social y los que no lo hacen. Los estudios epidemiológicos revelan que en situaciones de este tipo se producen incrementos de la HTA y del nivel de suicidios.

Respecto al sentimiento de pesimismo, a nivel individual se ha encontrado una mayor prevalencia de enfermedades cardiovasculares entre las personas pesimistas incluso tras haber ajustado por los factores de riesgo tradicionales. Más concretamente, como se ha visto en este trabajo, entre los hombres de edades medias los sentimientos de desesperación y la falta de optimismo están asociados a mayores niveles de enfermedades coronarias incluso tras controlar por factores como el consumo de alcohol y de tabaco. Es relevante señalar que al contrario que las demás especies animales, los humanos pueden experimentar reacciones fisiológicas al anticipar la posibilidad de que se

produzca una situación no deseada. El riesgo percibido de que la situación empeore (pesimismo) puede repercutir sobre el estrés y la salud de la misma manera que lo hace la sensación de inseguridad laboral.

Finalmente, la inexistencia de un marco legal sólido, la reducción del presupuesto destinado al área social y la inestabilidad política y económica, también son aspectos que favorecen un aumento de la mortalidad por causas externas y enfermedades cardiovasculares. En cuanto al aumento de las desigualdades de ingresos, al generar frustración, baja autoestima y problemas relacionales, suelen repercutir sobre las tasas de violencia y homicidios. Además, la evidencia epidemiológica muestra que están correlacionadas positivamente con las tasas de mortalidad cardiovascular. Es destacable que las mayores correlaciones entre desigualdades de ingresos y mortalidad se den en las edades medias y que éstas no se expliquen únicamente por aspectos materiales. Los aspectos de tipo psicosocial como la autoestima y la sensación de contar con el respeto de los demás son factores a considerar. Es muy destacable que el “estudio de Livicordia” concluyera que las diferencias en cuanto a mortalidad entre Suecia y Estonia las explicaban fundamentalmente variables de tipo psicosocial como la ansiedad, la depresión y el estrés. Además, algunos estudios epidemiológicos han constatado que los determinantes psicosociales pueden repercutir sobre las tasas de mortalidad en plazos de tiempo de 2 a 3 años. Este hallazgo es de gran relevancia ya que el mayor incremento de la mortalidad observado en Rusia se produjo poco después del inicio de las reformas.

Los canales fisiológicos mediadores de la relación entre los indicadores de desestructuración social y la salud serían el aumento de las catecolaminas, el ritmo cardíaco, la HTA, la prolactina y el colesterol; así como el descenso de las lipoproteínas de alta densidad y el deterioro del sistema inmunitario.

La constatación a nivel empírico de que los indicadores de desestructuración social además de repercutir sobre la mortalidad por causas externas también repercuten sobre la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, apoya la validez de la última de las hipótesis planteadas:

Pese a la multicausalidad del proceso, puede decirse que el estrés psicosocial asociado a una situación de desestructuración social fue el factor catalizador de la crisis de mortalidad.

De esta manera, el caso de Rusia ilustra cómo un proceso de cambios políticos, sociales y económicos puede dar lugar a un drástico incremento de la mortalidad a corto plazo. Como se ha mostrado a lo largo de este trabajo, *en el caso específico de Rusia*, aunque la transición no originó la tendencia ascendente de la mortalidad, la acentuó. Durante los primeros años de la transición, un sector importante de la población no sobrevivió a un “shock de adaptación” que fue especialmente intenso en este país dado el papel predominante que el estado tuvo en el pasado, así como la memoria reciente de una organización social basada en principios igualitarios. Además, la dificultad de amplios sectores de la población para adaptarse a la nueva situación - caracterizada por la inestabilidad y la incertidumbre - fue particularmente traumática tras varias décadas de estabilidad y estancamiento. Tras constatar que el aumento de la mortalidad va más allá de lo que sería esperable en función de la tendencia observada en las décadas precedentes y descartarse la posibilidad de que dicho incremento sea el resultado de un “efecto cohorte”, el exceso de mortalidad puede considerarse como un indicador del coste en salud del “shock de adaptación”.

En este trabajo se ha mostrado que el estrés resultante de los conflictos que surgieron durante los primeros años de la transición, fue el factor catalizador de la crisis de mortalidad. Las expectativas poco realistas sobre el sistema capitalista y los nuevos problemas socioeconómicos como el desempleo, la inseguridad laboral, el aumento de las desigualdades de ingresos y la inflación, generaron una situación de tensión extrema entre las expectativas de la población y la realidad. De esta manera, durante los primeros años de la transición tuvo lugar un proceso de desestructuración social caracterizado por la erosión de cuatro pilares fundamentales de la estructura social: la familia, la comunidad, las empresas y el estado.

La nueva forma de organización social, de carácter más competitivo, tuvo implicaciones profundas en el día a día de la población. Aparecieron nuevas oportunidades pero también nuevas demandas y retos que tuvieron repercusiones tanto a nivel físico como psicológico. Como se ha mostrado en este trabajo, hay suficientes elementos que permiten afirmar que a lo largo del periodo analizado, además de que surgieron nuevas

fuentes de estrés psicosocial, tuvo lugar una reducción de los mecanismos para contrarrestarlo.

La crisis de mortalidad parece ser el resultado del efecto acumulativo de diferentes determinantes (bajo nivel de salud heredado del pasado, deterioro del sistema sanitario, factores de riesgo elevados) que unidos a una situación de estrés, se tradujeron en un aumento de la mortalidad a corto plazo. En un contexto de vulnerabilidad individual elevada, la reducción del sistema de protección social, el aumento de la criminalidad, la inestabilidad económica, familiar y laboral, el aumento del desempleo y de las desigualdades de ingresos, la inflación, la movilidad social, las presiones laborales y el deterioro del ambiente de trabajo, habrían actuado como detonantes de la crisis.

En el contexto de la transición al mercado, es esencial considerar que una economía “sana” sólo puede desarrollarse sobre la base de una estructura social sólida en la que la familia, la comunidad y las empresas jueguen un papel clave. Además, el papel del estado es fundamental para contribuir a que una economía basada en el mercado sea capaz de combinar crecimiento y eficiencia con equidad y calidad de vida. El estado, además de regular los fallos del mercado, debe contribuir a crear las condiciones que permitan que en la sociedad haya confianza y cooperación de manera que se genere la cohesión social necesaria para el crecimiento económico y la supervivencia de la población. Sin embargo, al haberse situado en el centro de la estrategia de transición la privatización y la liberalización, sin que paralelamente se haya producido una reforma institucional, un importante porcentaje de la economía ha pasado a estar controlada por las mafias generándose un proceso de transición al capitalismo caótico y letal.

Respecto a las implicaciones de los resultados de este trabajo en cuanto a políticas sanitarias, hay que considerar que pese a la importancia de llevar a cabo iniciativas enfocadas hacia la reducción de los factores de riesgo tradicionales, es indispensable prestar mayor atención a los determinantes de la salud residentes en el entorno social así como a los factores de riesgo de tipo psicológico. Establecer políticas de prevención de los factores de riesgo tradicionales es una medida necesaria pero no suficiente.

Por otro lado, es imprescindible mejorar el funcionamiento del sistema sanitario ya que de esta manera se reduciría la mortalidad por enfermedades cuya letalidad puede ser evitada

mediante intervención médica y se paliarían los síntomas de muchos problemas de salud. Sin embargo, esta medida no conseguirá reducir sustancialmente la mortalidad ocasionada por enfermedades cardiovasculares y causas externas ya que para ello es necesario llevar a cabo medidas de mayor alcance a nivel macro-social y macro-económico. Entre éstas, cabe señalar el diseño e implementación de políticas de empleo y de redistribución adecuadas, el fortalecimiento del sistema legislativo y de recaudación de impuestos, la mejora de la gobernabilidad del país, así como el mantenimiento de una cierta estabilidad de precios. Además, es necesario incrementar la provisión de servicios sociales como medida de compensación ante la reducción que está teniendo lugar por parte de las empresas.

Un adecuado diseño e implementación de políticas de este tipo favorecería la integración familiar y comunitaria revirtiéndose de esta manera el proceso de desestructuración social. Pese al reto que supone la implementación de estas medidas, hay que tener en cuenta que la interconexión entre los diferentes componentes de la estructura social haría que los efectos fueran multiplicativos ya que, a modo de ejemplo, una disminución del desempleo permitiría simultáneamente mejorar la situación familiar y favorecer la cohesión comunitaria al reducirse los niveles de criminalidad.

Es necesario señalar que el énfasis puesto en este trabajo en la necesidad de considerar “la otra mitad de la medicina” no implica negar la importancia de las políticas de fortalecimiento del sistema de salud y de los programas de promoción de estilos de vida más saludables. No obstante, como se ha señalado con anterioridad, aunque ambos tipos de políticas son necesarias, no ofrecen una solución al aumento de la mortalidad ocasionado por el estrés psicosocial. Sería más apropiado tratar de encontrar una combinación adecuada de diferentes medidas de manera que se reforzaran los efectos de todas ellas. Sin embargo, en la actualidad, las políticas destinadas a promover la solidez de la estructura social no se están teniendo en cuenta suficientemente.

Para terminar, es necesario señalar que el análisis de la mortalidad en Rusia es un tema complejo dadas las limitaciones en cuanto a disponibilidad y validez de determinados datos, así como el hecho de que la salud - o falta de ella - es el resultado de una multiplicidad de factores que operan simultáneamente o no a lo largo de toda la vida de los individuos, y cuyos efectos pueden traducirse en mortalidad y / o morbilidad tanto a

corto como largo plazo. Asimismo, es necesario señalar que es posible que parte de la causalidad entre desestructuración social y mortalidad se produzca en sentido inverso, ya que el aumento de las defunciones entre los hombres adultos socava la solidez de la familia, las empresas, la comunidad y el estado. Será necesario realizar más investigaciones desde un enfoque multidisciplinario con el fin de llegar a entender con mayor precisión los mecanismos específicos de causa-efecto que operaron en este proceso así como la secuencia temporal de los mismos y la dirección de la causalidad. En particular, sería de especial interés analizar la evolución de la mortalidad y de los indicadores de desestructuración social entre 1995 y 1997, así como en 1998, año en el cual se produjo una severa crisis económica. La rapidez de los cambios que tuvieron lugar durante la segunda mitad de los años 90, ofrece una excelente oportunidad para analizar el impacto que los acontecimientos macro-económicos y macro-sociales pueden tener sobre la mortalidad a corto plazo.

Además, sería de gran interés analizar - en un futuro próximo -, los efectos producidos a medio y largo plazo. Con el tiempo se podrá constatar si los problemas derivados del proceso de transición han generado un efecto cohorte que sólo se verá reflejado en los indicadores de salud en las próximas décadas. A modo de ejemplo, el incremento del consumo de tabaco entre los jóvenes y las mujeres - aunque no ocasionó la crisis de mortalidad analizada en este trabajo - tendrá sin lugar a dudas serias repercusiones sobre la salud de la población en un futuro próximo. Por otro lado, aunque el cambio dietético no contribuyó de forma significativa al incremento de la mortalidad a corto plazo ocasionado por enfermedades cardiovasculares y causas externas, si la deficiencia de calorías, minerales y vitaminas persiste entre determinados segmentos de la población, las repercusiones a medio y largo plazo podrían ser letales. Sin necesidad de esperar la publicación de nuevos datos estadísticos ya es posible afirmar que problemas de salud como el SIDA - insuficientemente visible en la actualidad - tendrán un gran peso en los próximos años cuando las personas que contrajeron el VIH como consecuencia de una mayor apertura y un aumento del consumo de drogas durante los años 90 empiecen a sufrir los síntomas del deterioro de su sistema inmunitario. La desestructuración familiar, la criminalidad, el desempleo, la incertidumbre, los problemas legislativos y de gobernabilidad, las grandes desigualdades de ingresos y los demás aspectos que se han descrito como característicos de una sociedad "desestructurada" minarán, sin lugar a dudas, los esfuerzos por frenar la expansión de esta y otras problemáticas de salud.

Además de la realización de estudios que consideren los efectos de medio y largo plazo, también sería de gran interés llevar a cabo investigaciones que utilicen datos regionales pero que, al contrario de las ya existentes, analicen series temporales. La heterogeneidad cultural y socio-económica de las diferentes regiones de la Federación Rusa hace necesaria la realización de estudios de este tipo con el fin de comprender con mayor detalle el impacto de la transición sobre la mortalidad ya que los estudios transversales realizados hasta el momento no permiten atribuir las relaciones encontradas entre los indicadores psicosociales y la salud al proceso de transición.

Otro tema que no ha sido posible analizar en este trabajo dada la necesidad de restringir el objeto de estudio, pero que podría ser analizado en investigaciones futuras, es el impacto de la transición sobre la salud de las mujeres, las cuales al ser entrevistadas afirman tener un “mal estado de salud” con mayor frecuencia que los hombres (Watson P, 1995). El hecho de que el impacto en cuanto a tasas de mortalidad y esperanza de vida haya sido inferior en las mujeres no implica necesariamente que el peso de las reformas, la desestructuración social y el estrés haya sido inferior entre éstas ya que las causas de una mayor longevidad a nivel global no han sido totalmente clarificadas. Entre los investigadores, éstas han sido atribuidas a cuestiones de superioridad biológica, a una exposición inferior a determinadas situaciones, así como a una menor tendencia a adoptar estilos de vida poco saludables. Dado que no está claro si la explicación es de tipo biológico, socio-cultural o una combinación de ambas, el tema reviste especial complejidad lo cual obliga a, lamentablemente, dejarlo fuera del objeto de estudio de esta investigación con la esperanza de que un futuro próximo sea analizado en profundidad con el fin de evitar una infravaloración del peso que las reformas han tenido sobre las mujeres. Hay que tener en cuenta que cuantificar la “cantidad” de vida es sin duda alguna mucho más sencillo que trabajar con el concepto de “calidad”. La falta de datos y los retos metodológicos que plantea este tipo de investigación explican la escasez de estudios sobre el tema. Sería necesario analizar otros indicadores de salud y profundizar en las diferencias entre géneros en cuanto a factores de riesgo tradicionales. Asimismo deberían considerarse las diversas fuentes de estrés que afectan a ambos géneros, los diferentes canales de superación del mismo con los que cuentan, así como los mecanismos neuroendocrinos que median la relación entre estrés y salud en función del género. Claramente, vivir más años no es equivalente a vivir mejor, de forma que estudios futuros

que vayan más allá del análisis de las tasas de mortalidad pueden ser de gran utilidad para clarificar el impacto de la transición, no solo sobre la cantidad, sino también sobre la calidad de vida.

