

Determinantes Sociales de la Salud

Dr. Carlos Javier Regazzoni

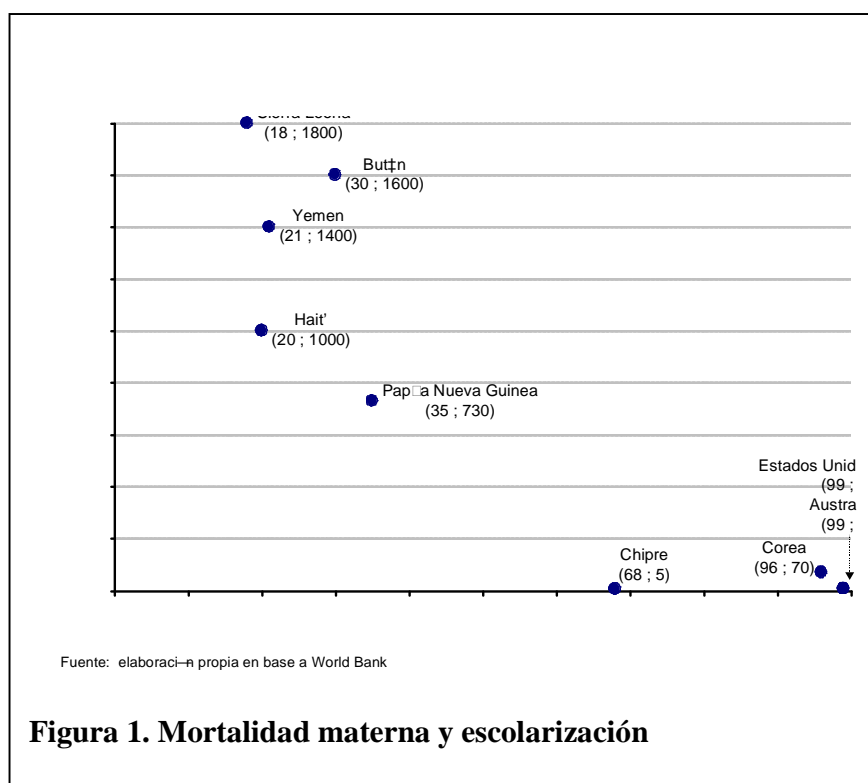
Médico, Doctor en Medicina, Especialista en Medicina Interna. Ex-Subsecretario de desarrollo Social de la Ciudad (*).

Nuestra tesis es que existen aspectos sociales no directamente relacionados con políticas de salud, los cuales son esenciales para los resultados de estas mismas políticas. En otras palabras, ciertas políticas sociales deberían ser encaradas, entre otras perspectivas, con un criterio sanitario, y ellas son imprescindibles para desarrollar la salud de la población.

Según la aplastante mayoría de los estudios realizados durante el siglo XX, la persona pobre es más enferma que la no pobre. Esto ocurre tanto en las naciones ricas como entre las subdesarrolladas. Las relaciones de causalidad entre pobreza y enfermedad son, evidentemente, extremadamente complejas; ahora bien, existe un enorme cúmulo de evidencias que sugiere una influencia negativa de la enfermedad en el crecimiento económico; y, por contrapartida, los estudios demuestran un efecto beneficioso de las inversiones en el campo de la salud, sobre las economías doméstica y nacional. La comisión de economía de la salud de la Organización Mundial de la Salud ha llegado a afirmar recientemente que invertir en salud es precisamente uno de los pasos más importantes que una nación debe dar para encarrilarse dentro de la vía del crecimiento económico. En primer lugar la enfermedad implica costos enormes de tratamiento para la familia, y pérdidas en términos de días laborales. Las secuelas y las enfermedades crónicas son también una fuente de gastos y una importante desventaja en cuanto a las posibilidades de ganar dinero. Por otro lado, una pobre expectativa de vida retrae la inversión en educación, lo cual deteriora la formación del individuo, uno de los parámetros más importantes en la configuración de las ganancias anuales de la persona. A su vez las enfermedades endémicas deterioran el comercio exterior y las transacciones internas de las naciones, además de afectar la productividad; un ejemplo de esto es el efecto de la malaria en las regiones tropicales de Asia y África. Pero más dramático aún es el efecto de la enfermedad presente sobre la enfermedad futura. Una persona enferma, aumenta la probabilidad de enfermarse luego, sobre todo en el caso de

ciertas patologías crónicas, de las cuales el SIDA, la diabetes, la depresión o la Malaria, son sólo algunos ejemplos.

Por otro lado, el conocimiento es probablemente el factor que más profundamente afecta el desarrollo de un país. Y conexamente, se ha observado que las personas mejor educadas son más sanas: viven más y padecen menor número de enfermedades, lo que ha permitido hipotetizar que invertir en áreas de desarrollo no estrictamente médicas (como ser el caso de la escolaridad) tendría un fuerte impacto en la salud de la población. A modo de ejemplo la alfabetización materna es un caso paradigmático en países del tercer mundo. Si se siguen los datos provistos por la Organización Mundial de la Salud es posible encontrar una estrecha correlación entre el grado de alfabetización de las madres y la tasa de mortalidad materna a lo largo de las diferentes regiones del planeta (**Figura 1**). Aún considerando variaciones debidas al grado de cobertura otorgado por el sistema sanitario es innegable que a mayor alfabetización, menor mortalidad materna; resultados similares se han obtenido al investigar las relaciones entre cáncer de mama y alfabetización de las mujeres, y entre otros parámetros de salud y el nivel de instrucción de la población. En los países pobres invertir en educación es una prioridad sanitaria y un mínimo de escolaridad es una medida costo-efectiva para mejorar la salud de todos.



Las evidencias:

Los estudios epidemiológicos demuestran que las personas de las clases sociales más aventajadas viven más, y con menor número y gravedad de enfermedades. Lamentablemente estas diferencias de mortalidad según clase social están aumentando y no disminuyendo. Las causas de esta influencia del estatus en la salud son múltiples, pero se ha visto que tanto salario como jerarquía laboral, como años de escolarización, se encuentran entre los factores más importantes.

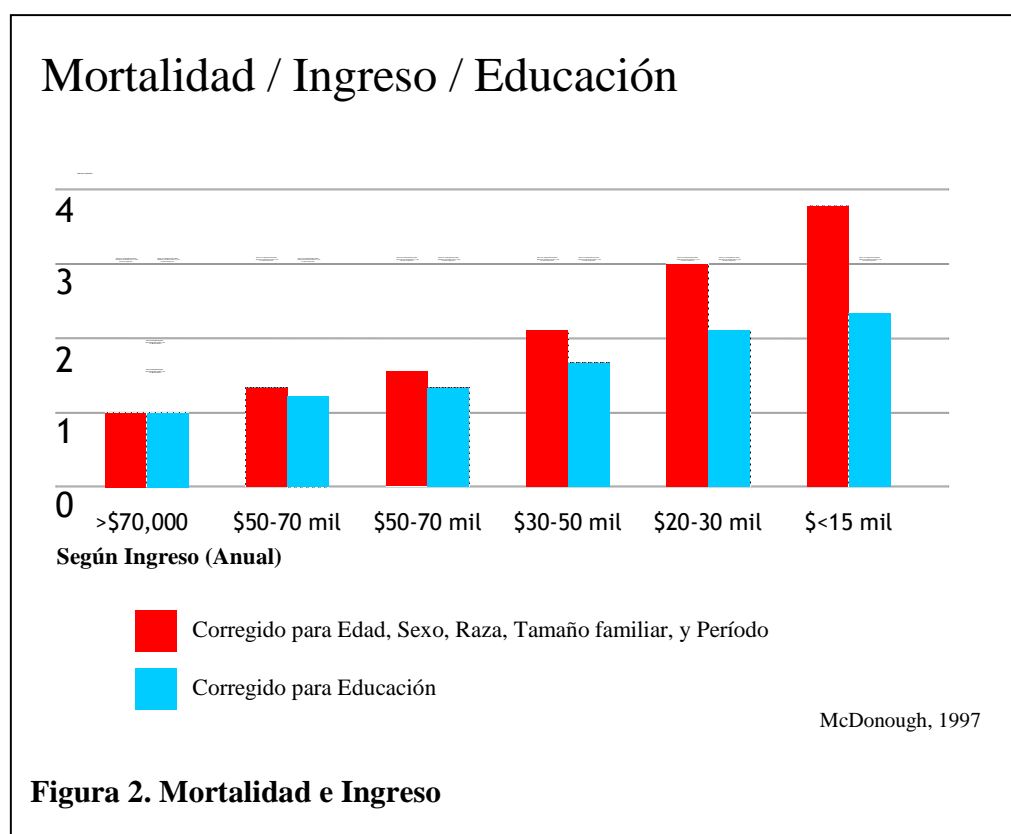
Pobreza y Salud:

Es un hecho que la salud va peor en los países más pobres, donde ingreso per capita y poder adquisitivo de la población son menores. Existe una relación positiva entre las variables de “expectativa de vida al nacer” y el poder adquisitivo per capita paridad a dólares. La expectativa de vida al nacer constituye un excelente indicador del estado de salud de la población, entre otras cosas por el hecho de ser afectada sensiblemente por la mortalidad infantil en general, la que es mayor en los países subdesarrollados. En todos los análisis poblacionales realizados, se ha podido comprobar que la expectativa de vida se relaciona directamente con el poder adquisitivo. Incluso dentro de una misma sociedad se ha visto que las personas que ganan menos, tienen una expectativa de vida menor (**Figura 2**).

Por otro lado, la carga impuesta por la enfermedad a una sociedad, determinada como los días de vida perdidos por muertes precoces así como aquellos vividos con una incapacidad (DALY's) también es mayor en los países más pobres, con una enorme parte del impacto producida por enfermedades contagiosas, las cuales se asocian más al estado de ciertas condiciones sanitarias mínimas. Además, la probabilidad de morir es mayor en las naciones más pobres, prácticamente a todas las edades.

El problema se plantea en torno de la cuestión de si la pobreza enferma, o la enfermedad empobrece. En este sentido es probable que parte de la relación entre pobreza y enfermedad se deba a un mecanismo de vuelta, donde es precisamente la sociedad más afectada por problemas de salud aquella que vaya a tener menor capacidad de aumentar su productividad y generar riquezas. Esta es la opinión de Bloom y Canning, de Harvard y Belfast respectivamente. Los autores describen cuatro modos a través de los cuales, la enfermedad como problema social puede afectar la productividad de una nación. Primero, las

poblaciones con mejores niveles de salud tenderían a poseer mejores condiciones de productividad; una observación simple de este fenómeno sería el hecho que a mejor estado de salud, menor número de días laborables perdidos por enfermedad. Segundo, las poblaciones más sanas tienden a invertir más en educación, lo que por otro lado incrementa las capacidades productivas. Vale aclarar que son numerosos los trabajos donde se ha observado que la promoción de la educación genera, indirectamente, mejorías de la situación sanitaria. Tercero, la longevidad aumenta el ahorro provisional, y éste promueve la inversión; es claro que la longevidad es un privilegio casi exclusivo de naciones ricas. Por último, la caída en las tasas de mortalidad infantil y perinatal se asocian a un aumento de la fuerza laboral en pocos años, y de hecho es una de las principales observaciones que se puede verificar en los países que han comenzado una escalada de su desarrollo. Por otro lado, el aumento en la expectativa de vida al nacer ha mostrado ser un factor predictivo muy fuerte del desarrollo económico subsiguiente; un país con 5 años más de expectativa de vida al nacer crecerá 0,3% a 0,5% por año más rápido que su contracara con peor salud.



Evidentemente es difícil establecer causalidad en un estudio epidemiológico. En teoría, la exposición a ciertos factores sociales como raza, género, y clase social

o estado socio-económico, modificaría ciertos aspectos de la salud de una población determinada. No es posible negar, a la luz de la evidencia existente, la necesaria relación entre estos factores sociales y la salud individual y grupal; la epidemiología, sin embargo, ha funcionado mejor al momento de documentar estas asociaciones que a la hora de pasar desde ellas hacia el establecimiento de mecanismos causales entre “condiciones sociales” y “problemas de salud”. Volviendo al tema inicial, es sumamente difícil establecer relaciones de causalidad unidireccionales entre salud y riqueza a partir de observaciones tangenciales, ya que en este tipo de fenómenos la secuencia temporal es uno de los datos fundamentales para detectar “causalidad”. El ejemplo de los países de la ex Unión Soviética parece ir a favor de una primacía de los factores sociales respecto de las condiciones estrictamente sanitarias, ya que parecerían haberse empobrecido primero, y deteriorado su estado sanitario después; esto en cierta oposición a lo propuesto por Bloom y Canning. No obstante otros ejemplos abrogarían en favor de la teoría diametralmente opuesta. La verdad es que llegado un punto, ambas fuerzas funcionan en paralelo y el resultado final más importante es una vida más corta y vivida con mayor enfermedad, en una población con cada vez menos probabilidades de salir del espiral “pobreza-enfermedad”.

Educación y Salud:

Existe una relación inversa entre el nivel educativo máximo alcanzado durante la etapa de formación de la persona, y la ocurrencia de ciertas enfermedades, así como la mortalidad, durante toda la vida adulta. Kitagawa and Hauser, en un estudio señero, encontraron que el nivel educativo alcanzado en 1960, medido como años completados de escuela, y el ingreso, correlacionaban inversamente con la mortalidad de la población blanca de los Estados Unidos de América, especialmente antes de los 65 años de edad; en este estudio, la educación resultó ser el determinante más importante de los dos. Desde entonces se ha publicado extensamente sobre la materia. Y el hallazgo ha sido constante: a mayor nivel educativo alcanzado, menor mortalidad. Pappas y colaboradores, unos años más tarde, mostraron que entre las personas de 25 a 64 años de edad, aquellos con estudio secundario completo tenían una mortalidad de dos a tres veces superior que aquellos con título terciario. Los autores utilizaron registros de 13.491 individuos del “National Mortality Followback Survey” y de 30.725 personas del “National Health Interview Survey”. Replicaron el estudio de Kitagawa y Hauser, y calcularon las mortalidades directa e indirecta estandarizadas, para personas de entre 25 y 64 años de edad, de acuerdo a edad, raza, sexo, nivel de ingresos, nivel educativo, y estado familiar. La diferencia generada por la posesión de un título terciario es independiente de los otros factores, y más grande que la que genera el hábito de fumar, el colesterol, o la hipertensión arterial. Nuevamente, esta diferencia de mortalidad entre los mejor y los peor educados se ha incrementado desde 1960 hasta 1986.

En otro estudio, Guralnik y colaboradores, reportan que a la edad de 65 años, las personas con 12 o más años de educación formal tienen una expectativa de vida al nacer 3.9 años en el caso de los varones, y 2.4 años en el de las mujeres, mayor que aquellos con menos de 12 años de estudio. Nuevamente, este diferencial es mayor que el atribuible a diferencias raciales. Los autores analizaron los datos de 2.219 negros y 1.838 blancos de Carolina del Norte. Preston y Elo han confirmado los hallazgos anteriores luego de corregir ciertas cuestiones metodológicas de los estudios anteriores. Utilizaron los datos del "National Longitudinal Mortality Survey (NLMS)" con 637.324 registros. Los datos mostraron que los diferenciales de mortalidad provocados por el nivel educativo han aumentado en el caso de los varones, y se han reducido para las mujeres. En general, el estudio confirma los hallazgos anteriores.

Un trabajo algo más reciente encontró nuevamente que el máximo nivel educativo alcanzado influye substancialmente la mortalidad en la vida adulta. La mortalidad es menor en aquellos con título terciario que en quienes completaron la escuela secundaria, y es menor en estos que en personas con secundario incompleto. La influencia predomina en personas en edad laboral (<65 años), y sufre una cierta corrección cuando el modelo predictivo se ajusta para el salario, el sitio de residencia, y otras características del individuo y su hogar. Sin embargo, persiste un factor educativo.

Un impresionante estudio realizado en dos cohortes de más de dos millones de personas seguidas por más de 20 años, evaluó las relaciones entre nivel educativo y mortalidad, ajustando el modelo para algunos factores de riesgo conocidos. Nuevamente, el menor nivel educativo se asoció a mayor mortalidad. Cuando se ajustó el modelo a seis factores de riesgo (cigarrillo, body-mass-index, menopausia, dieta, alcohol, e hipertensión arterial) además de la edad, el efecto se redujo. Los factores de riesgo mencionados explicaron la mitad de las diferencias de mortalidad, pero la otra mitad del exceso de mortalidad entre los menos instruidos siguió siendo explicable por las diferencias de nivel educativo. Los varones del nivel educativo máximo más bajo tuvieron una expectativa de vida 4,8 años menor, y las mujeres 2,7 años menos.

Llamativamente las relaciones entre salud y educación no se limitan a países emergentes, hecho que brega a favor de la hipótesis inicial. Entre las personas que sufren un infarto agudo de miocardio las menos instruidas mueren más. En Estados Unidos la mortalidad luego de los 25 años de edad disminuye sensiblemente a medida que aumenta el número de años de instrucción recibidos; esta asociación se ha reproducido en otros estudios y en países tales como Holanda, Noruega, Inglaterra, y Finlandia. Más aún, se ha visto que la intervención en la comunidad con planes educativos es capaz de reducir la prevalencia de factores de riesgo coronario y otras afecciones. Nuevamente en USA, no terminar los estudios escolares superiores se asocia a un aumento considerable de las probabilidades de padecer artritis, ataque cardíaco, diabetes, epilepsia, ataque cerebral, y otras enfermedades crónicas antes de los

65 años de edad, fenómeno que sólo es explicado en parte por diferencias de sexo, edad, tabaquismo, u origen étnico. La mortalidad por todas las causas se distribuye conformando un gradiente a través de los diferentes niveles educativos y si bien las diferencias socioeconómicas explican parte del efecto todavía queda un importante lugar para la instrucción en sí como fuente de salud.

Por otro lado existen situaciones en las cuales las relaciones entre educación y salud tienen más claramente una forma de causa-efecto. Dos ejemplos son los accidentes de tránsito y el consumo de alcohol entre los jóvenes, ambos fuertemente vinculados a problemas de educación y prudencia. Los accidentes de tránsito representan la tercera causa de años potenciales de vida perdidos antes de los 65 años de edad, y 41% de sus muertes se asocian con el alcohol. El alcohol es un serio problema de salud entre los adolescentes y adultos jóvenes, grupo donde el 72% de las muertes se deben, en orden de prioridades a: accidentes de tránsito, otros accidentes, homicidio, y suicidio. El alcohol es el principal factor de riesgo para que un accidente de tránsito ocurra y para que la misma sea fatal, y es un factor de riesgo independiente para la ocurrencia de suicidios y homicidios en este grupo etario. Actualmente la televisión es un actor indiscutido en la educación de los jóvenes, y la exposición a la televisión demostró en reiterados estudios observacionales ser un factor de riesgo independiente para el consumo de alcohol. Se ha visto una relación positiva muy consistente entre los niveles de exposición a "publicidad televisiva de bebidas alcohólicas" sufridos a los 15 años de edad y el consumo de cerveza a los 18 años. Otro trabajo de investigación siguió a 1533 jóvenes con una edad promedio de 14,6 años y encontró que entre los adolescentes que no bebían alcohol al ingresar al estudio, cada aumento de una hora por día de televisión incrementa un 9% las posibilidades de comenzar a consumirlo en los próximos 18 meses; cada hora de video-música (videoclips) aumenta esas posibilidades en un 31%, mientras que los videojuegos y videocasetes no tienen efecto en el consumo.

Como conclusión, es evidente que las relaciones entre el proceso educativo en general y el estado de salud de la población son muy fuertes, y se dan a nivel tanto de la conciencia personal de cuidados y hábitos saludables, como en las repercusiones de un ambiente social mejor educado sobre el individuo. Los 35 años más de expectativa de vida que puede disfrutar el mundo desarrollado hoy en día en comparación con cien años atrás, es un privilegio de los grupos más educados. La educación es un valor con profundos efectos en todas las áreas de la persona y los datos en salud no hacen más que acentuar la urgencia de políticas destinadas a que la gente sepa más y mejores cosas, considerando que quien más sabe, más desea saber, al igual que quien más vive, más desea vivir.

La salud como sistema complejo:

Invertir en salud parece ser fundamental para acelerar el desarrollo de las naciones; ahora bien, esta meta es imposible al margen de un conjunto de otras medidas sociales que fomentan un basamento para el desarrollo del sistema sanitario. De entre estas medidas la educación se ubica en el primer lugar. De lo expuesto surge que la salud de una población refleja mucho más que la simple agregación de perfiles de riesgo y estado de sanitario de sus miembros. Es una característica colectiva que descubre la historia social y sus circunstancias culturales, materiales, y ecológicas. Con esto en mente es que deben abordarse las políticas tendientes a mejorar la vida de los pueblos.

Bibliografía:

Amar A Hamoudi, Jeffrey D Sachs. Economica consequences of health status: a review of the evidence. CID Working Paper n° 30, December 1999. Center for International Development at Harvard University

Richard Stone. Stress: the invisible hand in Eastern Europe's death rates. Science 2000; 288 (June 9): 1732-3

World Development Report 1998/99: Knowledge for Development. New York 1999. Oxford University Press

Goldman D, Lakdawalla D. Understanding health disparities across education groups. National Bureau of Economic Research Working Paper No. w8328, June 2001. <http://www.nber.org/papers/w8328>

Pincus T, Esther R, DeWalt DA, Callahan LF. Social conditions and self-management are more powerful determinants of health than access to care. Annals of Internal Medicine 1998; Vol. 129: 406-411

World Bank. World Development Report 1993: Investing in health. New York 1993. Oxford University Press

Kaplan GA, Keil JE. Special report: socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature. Circulation 1993; Vol. 88: 1973-1998

Pincus T, Callahan LF, Burkhauser RV. Most chronic diseases are reported more frequently by individuals with fewer than 12 years of formal education in the age 18-64 United States population. Journal of Chronic Diseases 1987; Vol. 40: 865-74

Rivara FP, Grossman DC, Cummings P. Injury prevention. *New England Journal of Medicine (NEJM)* 1997; Vol. 337, num. 8: 543-548

Rivara FP, Grossman DC, Cummings P. Injury prevention. Second part. *New England Journal of Medicine (NEJM)* 1997; Vol. 337, num. 9: 613-618

Connolly GM, Casswell S, Zhang JF, Silva PA. Alcohol in the mass media and drinking by adolescents: a longitudinal study. *Addiction* 1994; Vol. 89, num.10: 1255-1263

Robinson TN, Helen L Chen, Killen JD. Television and music video exposure and risk of adolescent alcohol use. *Pediatrics* 1998; Vol. 102, num. 5: 54

"Youth risk behavior surveillance-United States, 1993". *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)* 1995; Vol. 44, Suppl1: 1-17

McGinnis JM, Foege WH. Actual causes of death in the United States. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 1993; 270(18): 2207

Angell M (1993). Privilege and Health -- What Is the Connection? *New England Journal of Medicine*, volume 329, p.:126-127

Avendaño M, Kunst AE, Huisman M, et al (2004). Educational Level and Stroke Mortality. A Comparison of 10 European populations during the 1990s. *Stroke*, volume 35, p.:432-437

Baird M, Shetty S (2004). Getting There -How to accelerate progress toward the Millennium Development Goals-. In: Jeremy Clift (Ed.). *International Monetary Fund. Health and Development*. Washington, DC

Baldacci E, Clements B, Gupta S, and Cui Q (2004). Social Spending, Human Capital, and Growth in Developing Countries: Implications for Achieving the MDGs. *International Monetary Fund Working Paper*, WP/04/217

Batty GD, Deary IJ (2004). Early life intelligence and adult health. *British Medical Journal*, volume 329, p.: 585-586

Bassuk SS, Berkman LF, and Amick BC (2002). Socioeconomic Status and Mortality among the Elderly: Findings from Four US Communities. *American Journal of Epidemiology*, volume 155, p.: 520-33

Bloom DE, Canning D, Jamison DT (2004). Health, Wealth, and Welfare. In: Jeremy Clift (Ed.). *International Monetary Fund. Health and Development*. Washington, DC.

Elo IT, Preston SH (1996). Educational differentials in mortality: united states, 1979-85. *Social Sciences Medicine*, volume 42, p.: 47-57.

Fernandez E, Borrell C (1999). Cancer mortality by educational level in the city of Barcelona. *British Journal of Cancer*, volume 79, p.: 684-689

Filmer D, Pritchett L (1997). Child mortality and public spending on health: how much does money matter? World Bank, Working paper No.: 1864

Goldman D, Lakdawalla D (2001). Understanding health disparities across education groups. National Bureau of Economic Research Working Paper No. w8328. <http://www.nber.org/papers/w8328>

Guralnik JM, Land KC, Blazer D, Fillenbaum GG, Branch LG (1993). Educational status and active life expectancy among older blacks and whites. *New England Journal of Medicine*, volume 329, p.:110-116

Hart C.L., Taylor MD, Smith GD, et al (2004). Childhood IQ and cardiovascular disease in adulthood: prospective observational study linking the Scottish Mental Survey 1932 and the Midspan studies. *Social Science & Medicine*, volume 59, p.: 2131-2138

Hurowitz JC (1993). Toward a social policy for health. *New England Journal of Medicine*, volume 329, p.:130-133

Isaacs SL, and Schroeder SA (2004). Class – the ignored determinant of the nation's health. *New England Journal of Medicine*, volume 351, p.: 1137-1142

Jaffe DH, Eisenbach Z, Neumark YD, Manor O (2005). Effects of husbands' and wives' education on each other's mortality. *Social Science & Medicine*, In press.

Kalediene R, Petrauskiene J (2005). Inequalities in mortality by education and socio-economic transition in Lithuania: equal opportunities? *Public Health*, volume 119, p.: 808-815

Khang YH, Kim HR (2005). Relationship of education, occupation, and income with mortality in a representative longitudinal study of South Korea. *European Journal of Epidemiology*, volume 20, p.: 217-220

Kitagawa EM, Hauser PM (1969). Review of 1960 matching study of deaths and census records. In: U.S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION, AND WELFARE. Public Health Service, Health Services and Mental Health Administration. The 1970 Census and Vital and Health Statistics. A Study Group Report of the Public Health Conference on Records and Statistics. Public Health Service Publication No. 1000-Series 4-No. 10, Washington, D.C.

Kuh D, Richards M, Hardy R, Butterworth S, and Wadsworth MEJ (2004). Childhood cognitive ability and deaths up until middle age: a post-war birth cohort study. *International Journal of Epidemiology*, volume 33, p.:408-413

Lee JR, Paultre F, and Mosca L (2005). The association between educational level and risk of cardiovascular disease fatality among women with cardiovascular disease. *Women's Health Issues*, volume 15, p.: 80-88

Marmot M (1999). Epidemiology of Socioeconomic Status and Health: Are Determinants Within Countries the Same as Between Countries? *Annals of the New York Academy of Sciences*, volume 896, p.: 16-29

Marmot MG, Kogevinas M, Elston MA (1987). Social/economic status and disease. *Annual Review of Public Health*, volume 8, p.: 111-135

Matthews RJ, Smith LK, Hancock RM, Jagger C, and Spiers NA (2005). Socioeconomic factors associated with the onset of disability in older age: a longitudinal study of people aged 75 years and over. *Social Science & Medicine*, volume 61, p.: 1567-1575

Morley SA (2001). Distribution and growth in Latin America in an era of structural reform: the impact of globalisation. OECD DEVELOPMENT CENTRE. Technical papers No. 184. www.oecd.org/dev/Technics (Accessed October, 2005)

Morrisson C (2002). Health, Education and Poverty Reduction. OECD, Policy Brief No. 19.

Nilsson PM, Johansson SE, Sundquist J. Low educational status is a risk factor for mortality among diabetic people. *Diabet Med* 1998;15:213-219

Pappas G, Queen S, Hadden W, Fisher G (1993). The increasing disparity in mortality between socioeconomic groups in the United States, 1960 and 1986. *New England Journal of Medicine*, volume 329, p.: 103-109

Parker RM, Ratzan SC, and Lurie N (2003). Health literacy: a policy challenge for advancing high-quality health. *Health Affairs*, volume 22, Number 4, p.: 147-153

Preston SH, Elo IT (1994). Are Educational Differentials In Mortality Increasing in the United States? Population Aging Research Center, University of Pennsylvania, Working Paper Series No. 95-01

Steenland K, Henley J, Thun M (2002). All-Cause and Cause-specific Death Rates by Educational Status for Two Million People in Two American Cancer Society Cohorts, 1959-1996. *American Journal of Epidemiology*, volume 156, p.: 11-21

Suárez-Berenguela RM (2000). Health System Inequalities and Inequities in Latin America and the Caribbean: Findings and Policy Implications. Pan American Health Organization-World Health Organization. Working paper. <http://www.paho.org/English/HDP/HDD/suarez.pdf> (Accessed October, 2005).

Tarlov AR (1999). Public Policy Frameworks for Improving Population Health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, volume 896, p.: 281-293

Wickleby MA, Jatulis DE, Frank E and Fortmann SP (1992). Socioeconomic status and health: How education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *American Journal of Public Health*, volume 82, p.: 816-820

Wong MD, Shapiro MF, Boscardin WJ, and Ettner SL (2002). Contribution of major diseases to disparities in mortality. *New England Journal of Medicine*, volume 347, p.: 1585-1592

World Bank. *World Development Report 1993: Investing in health*. New York 1993. Oxford University Press

WHO. Commission on Macroeconomics and Health. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. December 2001. http://www3.who.int/whosis/cmh/cmh_report/e/htm/001-004/001-004_3.html

World Health Organization. *Global school health initiative*. At: http://www.who.int/school_youth_health/gshi/en/index.html (Accessed October, 2005).

(*) El Dr. Carlos Javier Regazzoni (40) es Médico (1992) y Doctor en Medicina (2006) por la Universidad de Buenos Aires. Además posee un diploma en bioestadística de la Facultad de Ciencias Exactas de la UBA (2002), y un Diploma de Estudios Filosóficos por la Universidad Austral (1998). Completó su Residencia en Medicina Interna en el Hospital de Clínicas, UBA (1996), y un Fellowship en Medicina Interna General en el Sanatorio Otamendi y Medicus S.A. (1998). Se desempeña desde 1998 como médico de planta honorario del hospital de Clínicas, y médico a cargo del Programa de Prevención Primaria del Deterioro Cognitivo en el Instituto de Neurología Cognitiva de Buenos Aires (desde 2005). Recientemente fue Subsecretario de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2008). Ha publicado seis trabajos científicos originales en revistas internacionales con referato, fue coautor en dos libros, sobre educación y salud, y globalización y salud, y publicó veintiún artículos en diarios y revistas nacionales sobre temas de actualidad y salud (Ámbito Financiero, Clarín, Infobae, El Día, La Nación). Ha sido premiado por sus trabajos de investigación clínica en el área de la respuesta inflamatoria sistémica y la enfermedad en el anciano en cinco oportunidades: por la Academia Nacional de Medicina, la

Asociación Médica Argentina, la Asociación Médica del Hospital de Clínicas, y el Congreso Internacional de Medicina Interna del Hospital de Clínicas (1995, 1995, 2005, 2005, 2008). En el año 2000 recibió una beca de la Asociación Argentino-Española de Medicina y viajó a Barcelona para estudiar la respuesta inflamatoria en pacientes con trasplante de médula ósea. Recibió la Eisenhower Fellowship (2004) y viajó a USA para estudiar el rol de la universidad en la promoción de la democracia. Ha sido docente de fisiopatología y medicina interna en las universidades de Buenos Aires, y la Universidad Austral. Ha dado numerosas conferencias sobre “Determinantes sociales de la salud”, “Globalización y salud”, y “Universidad y democracia”. Desde el año 2004 es miembro del comité ejecutivo del Instituto Cultural Argentino-Norteamericano (ICANA), y desde el 2007 es miembro consultor del Consejo Argentino para las Relaciones Internacionales (CARI) donde ha colaborado en temas de Global Health. Ha participado en la organización de tres ediciones de las jornadas Argentino-Norteamericanas. Además realiza actividades de promoción de las artes plásticas, tema sobre el que ha escrito varios artículos.