



**Universitat de les
Illes Balears**

Título: Relación entre Salud y barrio urbano de escasos recursos económicos.

NOMBRE AUTOR: Margalida Garí Font

DNI AUTOR: 41530993Z

NOMBRE TUTOR: Andreu Bover

Memoria del Trabajo de Fin de Grado

Estudios de Grado de Enfermería
Palabras clave: Salud, entorno, relación, población, barrio bajo.

de la
UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curs Acadèmic 2014-2015

Cas de no autoritzar l'accés públic al TFG, marqui la següent casella:

Resumen:

El presente trabajo pretende analizar si existe relación entre el barrio urbano y la salud de la población. Más concretamente, en aquella población que se encuentra en barrios con escasos recursos económicos. Así como ver en más detalle de qué modo se ve afectada dicha salud dependiendo de la edad de la persona. Finalmente, estudiar qué intervenciones se pueden llevar a cabo para lograr una mayor equidad en la población.

Los artículos seleccionados para realizar el trabajo son estudios académicos de diferentes bases de datos y páginas relacionadas en salud de carácter científico e internacional. Se han seleccionado un total de 38 artículos entre el año 1996 y 2014 para poder sacar el estudio adelante.

Palabras Clave: Salud, entorno, ciclo vital, relación, población, barrio bajo.

Abstract:

The current work is aimed to analyze if there exists a relationship between the inner city and the population health. Moreover, it intends to prove in detail how such health is affected depending on the individual's age. Finally, it focuses on what interventions may be carried out to archive a greater social, psychological and biological equality.

The selected articles for the current paper are academic studies taken from different databases and WebPages relayed to international and scientific health. A total amount of 38 articles between 1996 and 2014 have been selected to carry out this study.

Keywords: Health, environment, lifecycle, relationship, population, inner city

Introducción

Siendo estudiante de 4º de Enfermería y hallándome en el último suspiro de la carrera, es mi voluntad estudiar la salud de las personas desde una perspectiva que quizás no sea habitual.

La intención de este trabajo es hacer un análisis de la salud de la población que habita en los barrios urbanos de escasos recursos económicos y, posteriormente, analizar qué posibles intervenciones se pueden llevar a cabo.

Es decir, ver los factores de riesgo en salud que cada población, en concreto, tienen. Y, por otro lado, observar qué intervenciones pueden ofrecerse para evitar las diferencias en salud.

El tema a estudio lo elegí porque la salud es algo que nos pertenece a todos, cualquier factor que interfiera en dicha afirmación debe ser estudiado y reflejado para después poder tratarse adecuadamente bajo un rigor académico. El barrio urbano con escasos recursos económicos es uno de los elementos que afecta a la salud de los que habitan en él y de allí el motivo de mi interés.

Para poder tener mayor rigor era necesario estudiar a las personas en sus diferentes etapas ya que la salud difiere de una edad a otra. Finalmente, como modo de conclusión necesitaba encontrar algunas intervenciones para paliar el problema y que, a la vez, englobaran todo lo mencionado.

Dice el Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) aprobado en París en el año 1948 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU):

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social. (21)

Y, añade el Artículo 26 de la misma Declaración:

1. Toda persona tiene derecho a la educación. La educación debe ser gratuita, al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y fundamental. La instrucción elemental será obligatoria. La instrucción técnica y profesional habrá de ser generalizada; el acceso a los estudios superiores será igual para todos, en función de los méritos respectivos.

En dicha Declaración se puede apreciar como la salud de las personas es un derecho y depende, no solamente de factores genéticos ni de alimentación, sino también de la integridad del individuo a nivel socioeconómico. Además, también se incluye al derecho a la Educación gratuita para garantizar el completo bienestar *biopsicosocial* de la persona.

Ambos derechos, entre muchos otros, se verían seriamente afectados en el caso de que la persona sufra una escasez importante de recursos económicos como pasaría, por ejemplo, en el tipo de barrio que se pretende analizar en este estudio. (21)

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define a Los Determinantes Sociales de la Salud como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. (22)

Por todo ello, es de vital importancia estudiar los Determinantes Sociales de la Salud en la población que habita en los barrios con escasez de recursos económicos, para ver la vulnerabilidad de dichos barrios y observar como la salud de su población se ve afectada y de qué modo.

En España, así como en el resto de continentes europeos, existe un reglamento de políticas sanitarias cuyo objetivo primario es el bien común de la sociedad. Es decir, se pretende maximizar la salud, reducir las desigualdades en salud y favorecer a aquellos que lo merecen, frente aquellos que no, en función de sus estilos de vida. (28) Ahora bien, siendo lo anterior cierto, cabe mencionar que la política sanitaria de un país varía dependiendo del partido político que esté en vigor en ese momento, y es por eso que se puede dar el caso de algunas variaciones en políticas de salud en un mismo país.

No hay que olvidar tampoco que la política de salud es una política socio-sanitaria ya que en la salud pública también influyen las políticas sociales tales como la educación, la higiene del agua y de los alimentos, la vivienda, el trabajo digno, la justicia y la redistribución de la riqueza.

Grosso modo, en España, La Constitución Española de 1978, en su artículo 43, proclama el derecho de la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos. Los principios que permiten este derecho son:

- Financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios en el momento del uso.
- Derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos.
- Descentralización política de la sanidad en las comunidades autónomas.

- Prestación de una atención integral de la salud.
- Integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud. (28)

Sin embargo, son muchos los españoles que viven, en estos últimos años, con niveles económicos muy reducidos y cuya salud se ve dañada por la imposibilidad de pago de algunos de los servicios de salud ya sean respecto a intervenciones de algún tipo o en la obtención de fármacos necesarios para su salud. Los barrios a estudio de éste trabajo muestran la vulnerabilidad de estas personas y no solamente a nivel de nuestro país sino que también, a escala mundial independientemente de las políticas sanitarias del país.

Tanto la sanidad española, como la mundial, no pueden garantizar una cobertura sanitaria a toda la población y es por eso que existen grietas, llamémoslo, un sesgo, en cuanto a la completa salud de todas las personas.

Ciñéndonos, en los valores estadísticos que publicó la OMS en el año 2013 podemos observar que:

1. Porcentaje de población que vive en áreas urbanas según el país:
 - Año 2000: Afganistán 21.3%, Argentina 89.1%, Brasil 81.2%, Congo 58.7%, Dinamarca 85.1%, Finlandia 82.2%, Francia 75.9%, India 27.7% y España 76.3%.
 - Año 2010: Afganistán 24.7%, Argentina 91.0%, Brasil 84.3%, Congo 63.2%, Dinamarca 86.8%, Finlandia 83.6%, Francia 78.3%, India 30.9% y España 78.4%.

Es notorio como los porcentajes de población que vive en áreas urbanas de todos los países van en aumento desde el primer estudio al segundo y siguen aumentando en los siguientes años.

Para mayor información ir al Anexo I.

2. Porcentaje de población que vive en barrios urbanos con escasos recursos económicos:
 - Año 2009: Argentina 20.8%, Chad 89.3%, República Centroafricana 95.9%, Brasil 26.9%, Nepal 58.1% y Congo 49.9%.

Para mayor información ir al Anexo I.

3. Observatorio Global de Salud según la OMS en nuestro país:

- Año 2010: Población en miles 46182 personas, Porcentaje de población por debajo de los quince años 14.93%, Porcentaje de población por encima de los 60 años 22.43%.
- Año 2011: Población en miles 46514 personas, Porcentaje de población por debajo de los quince años 15.06%, Porcentaje de población por encima de los 60 años 22.64%.
- Año 2012: Población en miles 46755 personas, Porcentaje de población por debajo de los quince años 15.2%, Porcentaje de población por encima de los 60 años 22.86%, Población de mediana edad 40.99%.
- Año 2013: Población en miles 46927 personas, Porcentaje de población por debajo de los quince años 15.3%, Porcentaje de población por encima de los 60 años 23.1%, Población de mediana edad 41.4%, Tasa anual de crecimiento demográfico 0.9%, Población que vive en áreas urbanas 79%, Población que vive con menos de 1\$ al día 2.34% (En el año 2000 era de 0.33%). (29)

Observamos que la tasa de población por encima de los 60 años en España va aumentando en los últimos tiempos mientras que la tasa de natalidad y población por debajo de los quince años se mantiene. Además ha habido un incremento de población que vive con menos de 1\$ al día desde el año 2000 al 2013. (29)

Para entender mejor el porqué de este trabajo debemos trasladarnos de nuevo a la OMS ya que en el año 2005 se estableció la Comisión sobre Determinantes Sociales y de la Salud en respuesta a una serie de problemas que presentaban las personas y que iban en aumento.

Cómo ya se ha dicho, los Determinantes Sociales de la Salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. (22)

Los Determinantes Sociales de la salud explican la mayoría de las inequidades sanitarias, es decir, las diferencias injustas y evitables, observables en y entre los países en los que respecta a la situación sanitaria.

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud ofrece asesoramiento para poder paliar dichas inequidades. En agosto del año 2008, la Comisión publicó un informe final en dónde dejaba constancia de tres recomendaciones generales: (22)

1. Mejorar las condiciones de vida cotidianas:

- Equidad desde el principio: Garantizar la coherencia de las políticas para el desarrollo de la primera infancia, programa de calidad para los niños y las madres o personas de atención, enseñanza primaria y secundaria obligatoria de calidad.
- Entornos saludables para una población sana:
 - a) Mejora la disponibilidad y asequibilidad de vivienda invirtiendo en la mejora de los barrios chabolas, priorizando el abastamiento de agua, electricidad y el saneamiento.
 - b) Promoción de conductas sanas según criterios de equidad, en particular la actividad física, la alimentación sana y disminución de la violencia y los delitos mediante una ordenación adecuada del medio y la aplicación de controles reguladores, por ejemplo limitando el número de establecimientos de venta de alcohol.
 - c) Inversión sostenida en el medio rural.
 - d) Que las respuestas económicas y sociales al cambio climático y a otros tipos de degradación medioambiental tengan en cuenta la equidad sanitaria.
- Prácticas justas en materia de empleo y trabajo: Pleno empleo y trabajo digno como objetivos centrales de las políticas sociales y económicas nacionales e internacionales, políticas económicas y sociales que aseguren a las personas empleos de calidad suficientemente remunerados teniendo en cuenta el costo real y actual de una vida sana, normas y políticas laborales básicas que protejan a todos los trabajadores y mejora de las condiciones laborales de todos los trabajadores.
- Protección social a lo largo de la vida: Políticas integrales de protección social y refuerzo de las existentes y velar por los sistemas de protección social para que incluyan a quienes están en situación de precariedad laboral.

- Atención a la salud universal: Sistemas de atención a la salud basados en los principios de equidad, prevención de morbilidad y promoción de la salud con cobertura universal.(22)

2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos:

- Equidad sanitaria como criterio de evaluación de la actuación de los gobiernos.
- Capacidad nacional para aplicar un régimen impositivo progresivo.
- Aumentar la ayuda mundial hasta un 0.7% del PIB.
- Evaluación de las consecuencias de los principales acuerdos económicos mundiales, regionales y bilaterales en la equidad sanitaria.
- Refuerzo del liderazgo del sector público en la prestación de bienes y servicios básicos esenciales para la salud y en el control de artículos que dañan la salud.
- Aprobar y aplicar leyes que promuevan la equidad de género.
- Crear y financiar una unidad dedicada a la equidad de género.
- Contribución económica del trabajo doméstico, la asistencia a otras personas y al trabajo voluntario incluido en cuentas nacionales.
- Garantizar la representación justa de todos los grupos sociales en la toma de decisiones.
- Que la sociedad civil pueda organizarse y actuar de forma que se promuevan y respeten los derechos políticos y sociales que afectan a la equidad sanitaria.
- Que las Naciones Unidas hagan de la equidad social un objetivo fundamental de los programas de desarrollo mundial y que se utilicen los indicadores de los determinantes sociales de la salud para medir los progresos realizados. (22)

3. Medición y análisis del problema

Cómo ya apuntaba Verónica Tapia (30) en la revista de estudios culturales y urbanos, *Bifurcaciones*, en su artículo *El concepto de barrio y el problema de su delimitación*, encontrar una definición de Barrio es una tarea compleja ya que no existe una única definición. No hay un consenso unánime sobre tal ambigüedad, diversos autores señalan que el barrio es aquello que cualquiera puede reconocer cuando lo ve pero que les es imposible dar una definición exacta. El diccionario de la Generalitat, así como los demás

diccionarios, nos dan una definición de barrio que para lo que aquí nos concierne resulta pobre, entendiéndose el barrio como área urbana de atención especial o área urbana geográficamente diferenciable mayormente destinada a residencias habituales.

Tanto Keller (1979) como Galster (2001) aseguran que en las investigaciones académicas y en la planificación urbana el concepto de barrio es diverso y muchas veces incompatible.

Por otro lado, Verónica Tapia, asegura que detrás de toda esta ambigüedad conceptual existe la construcción de un concepto de barrio, una noción que se ha ido configurando como homogénea, dada y asumida. El barrio sería la base de cohesión y capital social, como “el” lugar de la comunidad local.

El barrio consta de dos grandes atributos: barrio como refugio de la comunidad y como unidad autocontenida.

El barrio se entiende entonces como una comunidad, es decir, es “una pequeña zona ocupada por un número limitado de gente que vive en una proximidad cerrada u en contacto frecuente, un grupo primario cara a cara” (Anderson, 1965:61). Park y Burgess (1984:147) unen el concepto de comunidad con el de barrio diciendo que “el barrio o la comunidad es el resultado de tres tipos de influencias: las ecológicas, las culturales y las políticas”. (30)

Sin embargo, el sentido comunitario del barrio, debido a la vida moderna y el rápido proceso de urbanización, está condenado a debilitarse o a desaparecer. Según la autora, el barrio sería la última trinchera de resistencia de las relaciones de proximidad y los valores ligados al arraigo, la identidad, la memoria y la pertenencia. (30)

En segundo lugar, el barrio como una unidad autocontenida, concepto heredado de la Escuela de Chicago. Tal como afirman Park y Burgess (1984:6) “con el paso del tiempo cada sector o cada barrio de la ciudad adquiere algo de carácter y de las cualidades de sus habitantes. Cada parte distinta de la ciudad se colorea inevitablemente con los sentimientos particulares de su población. En consecuencia aquello que al principio sólo era una simple expresión geográfica se transforma en un barrio; es decir, en una localidad con su propia sensibilidad, sus tradiciones y su historia particular”. (30)

Entonces, el barrio se distingue por tener un sentido comunitario y por ser una parte distinguible y diferenciada de la ciudad.

Por todo lo anteriormente dicho es de gran importancia conocer la relación que hay entre el barrio y la salud de las personas, así como saber diferenciar como afecta dicha relación dependiendo del momento vital en que se halle el individuo para después poder proponer, analizar y realizar diferentes acciones específicas que se puedan llevar a cabo para mitigar estos problemas.

En el siguiente apartado se pretende hacer un análisis detallado de la población que vive en el barrio de escasos recursos económicos, como se ve afectada la salud de estas personas y si hay diferencias en la salud de las personas de dichos barrios dependiendo de la edad. Además se estudiará que tipo de intervenciones pueden llevarse a cabo.

Objetivo general: Estudiar como el barrio con escasos recursos económicos afecta a la salud de las personas de diferentes rangos de edad.

Objetivos específicos:

- Ver como el barrio o entorno afecta a la salud y analizar las posibles intervenciones para incrementar la salud de los habitantes.
- Ver como el barrio afecta a la salud dependiendo del ciclo vital en que se encuentre la persona.

Estrategia de búsqueda bibliográfica: Los artículos seleccionados son trabajos originales que tenían alguna relación con el tema a estudiar. Se han utilizado 38 artículos entre los años 1996 y 2014 de los cuales 38, su totalidad, fueron seleccionados para poder realizar el presente estudio.

El diseño ha sido una revisión sistemática sobre diferentes estudios basados en la salud de las personas según el barrio en que viven y el ciclo vital en que éstas se hallan. Así como aquellos estudios basados en qué estrategias se pueden llevar a cabo para que el barrio sea saludable.

La fuente de datos han sido Bases de datos académicas (PudMed, Cuiden, Medline) y artículos de estudios realizados en plataformas científicas. También se han usado plataformas internacionales como pueden ser la OMS y la ONU, entre otras.

Resultados:

Tras realizar la búsqueda bibliográfica, se localizan en diferentes bases de datos una serie de estudios relacionados con el tema planteado de los cuales, tras hacer una revisión crítica, se seleccionan 41 artículos.

Los 38 artículos, se usan 35 para extraer información específica de nuestro tema de estudio. El resto de estudios no añadían información relevante a lo ya encontrado. Los 3 estudios restantes se han utilizado para confirmar los hallazgos y contextualizar el trabajo.

A) Los estudios encontrados que responden al primer objetivo han sido:

- Ross, C E, Mirowsky, J. Neighborhood Disadvantage, Disorder, and Health. *Journal of Health and Social Behavior*. 2001 Sep; 42 (3).

En este estudio se afirma que vivir en un barrio económicamente desventajoso afecta a la salud de manera negativa.

- Giatti, L, Barreto, S.M, Cibebe, C.C. Unemployment and self-rated health: Neighborhood influence. *Social Science & Medicine*. 2010 Aug; 71 (4): pp. 815-823.

En el siguiente estudio se muestra la relación entre trabajo, salud y entorno. Diciendo que el desempleo y vivir en un entorno pobre tienen una repercusión directa sobre la salud.

- Diez Roux, A.V. Investigating Neighborhood and Area Effects on Health. *American Journal of Public Health*. 2001 Nov; 91 (11): pp. 1783-1789.

Muestra como la salud de las personas se ve afectada según el nivel socioeconómico.

- Leventhal, T, Brooks-Gunn, J. Moving to Opportunity: an Experimental Study of Neighborhood Effects on Mental Health. *American Journal of Public Health*. 2003 Sep; 93 (9): pp. 1576-1582.

Es un análisis de como las desventajas económicas afectan a la salud mental de la población convirtiéndose en un problema de todos.

- Pickett, K.E, Pearl, M. Multilevel analyses of neighborhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. *Epidemiol Community Health*. 2001; 55 (2).pp. 111-122.

Cómo el vecindario o área social afecta a la salud de las personas.

- Braveman, P.A, Cubbin, C, Egerter, S, et al. Socioeconomic status in health research one size does not fit all. *JAMA*. 2005 Dec; 294 (22).pp. 2879-2888.

Como los factores socioeconómicos afectan a la salud de las personas incluyendo factores raciales, etc.

- Ross, N.A, Tremblay, S, Graham,K. Neighbourhood influences on health in Montréal, Canada. *Social Science & Medicine*. 2004 Oct; 59 (7).pp. 1485-1494.

Salud según el barrio en Canadá.

- School of Economic and Social Studies. Health services as a defense against the consequences of poverty in industrialized societies. *Social Science and Medicine*. 2002 Jun; 17(16).pp. 1139-1148.

Relación de las enfermedades según el nivel económico del barrio.

- Riley, L.W, I Ko, A, Unger, A, Reis, M.G. Slum health: Diseases of neglected populations. *International Health and Human Rights*. 2007; 7(2).

La salud en los barrios bajos, cómo la afectan.

- Misra, A, Pandey, R.M, Devi, J.R. et al. High prevalence of diabetes, obesity and dyslipidaemia in urban slum population in north India. *International Journal of Obesity*. 2001 Nov; 25(11).pp. 1722-1729.

Prevalencia de diabetes, obesidad, etc., en los barrios pobres.

- Izutsu, T, Tsutsumi A, Islam, A. M. et al. Mental health, quality of life, and nutritional status on adolescents in Dhaka, Bangladesh: Comparision between an

urban slum and non-slum area. *Social Science & Medicine*. 2006 Sep; 63 (6).pp. 1477-1488

Diferencias de salud mental y salud nutricional entre un barrio bajo y un barrio no bajo.

- Organización Mundial de la Salud. Derechos Humanos [Internet]. OMS 2015. [citado el 10 de May. de 2015]. Disponible desde: http://www.who.int/topics/human_rights/es/

Derechos básicos de las personas para tener un buen estado de salud.

- Organización Mundial de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud [Internet]. OMS 2015. [Citado el 10 de May.de 2015]. Disponible desde: http://www.who.int/topics/social_determinants/es/

Cuáles son los determinantes sociales de la salud y el por qué de su importancia.

- Organización Mundial de la Salud. Sistemas de Salud [Internet]. OMS 2015. [Citado el 10 May.de 2015]. Disponible desde: http://www.who.int/topics/health_systems/es/

Sistemas de salud según la OMS.

- Organización Mundial de la Salud. Políticas de Salud [Internet]. OMS 2015. [Citado el 10 May.de 2015]. Disponible desde: http://www.who.int/topics/health_policy/es/

Políticas en salud según la OMS.

- Tapia, V. El Concepto de Barrio y el problema de su delimitación: Aportes de una aproximación cualitativa y etnográfica. *Bifurcaciones* [Internet]. 2013 Oct. [citado el 12 May.2015]. Disponible desde: <http://www.bifurcaciones.cl/2013/03/el-concepto-de-barrio-y-el-problema-de-su-delimitacion/>

El concepto de barrio y las dificultades que hay para hallar una definición exacta.

- Alguacil, J, Camacho, J, Hernández, A. La vulnerabilidad urbana en España. Identificación y evolución de los barrios vulnerables. *Empiria*. 2014; 27. Pp. 73-94.

Cómo se puede identificar un barrio vulnerable y que evolución pueden llevar. Más concretamente en España.

- Commission on Social Determinants of Health. Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. 2005 May. Pp.4-33.

Otros determinantes sociales de la salud. Modos de análisis y de acción sobre la salud.

- Borrell, C, Artazcoz, L. Las políticas para disminuir las desigualdades en la salud. *Políticas de Salud y Salud pública*. 2008; 22(5).pp.465-73

De qué modo disminuir las desigualdades en salud. Políticas de salud y salud pública.

- Organización Mundial de la Salud. Estrategia de Ciudades Saludables de la OMS: Historia y Situación Actual. IV Fase de la Red Europea de Ciudades Saludables. 2003-2007.

Ciudades saludables según la OMS. Cómo deben ser los barrios y las ciudades en general para no afectar negativamente en la salud de las personas.

- Gardner, P.J. Natural neighborhood networks: Important social networks in the lives of older adults aging in place. *Journal of Aging Studies*. 2011.

Definición de barrio y la relación entre el barrio y la salud.

- McMichael, A.J. La Salud y el entorno urbano en un mundo cada vez más globalizado: problemas para los países en desarrollo. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000; 78(9).pp. 1117-1126.

Salud y entorno.

B) Los estudios encontrados que responden al segundo objetivo han sido:

- Goodman, E. The role of socioeconomic Aneshensel, C.S, Sucoff, C.A. The Neighborhood Context of Adolescent Mental Health, Journal of Health and Social Behavior. 1996 No; 37.

Cómo el barrio (nivel económico) puede ser un factor desencadenante en las enfermedades mentales del adolescente.

- The role of socioeconomic status gradients in explaining differences in US adolescents' health. American Journal of Public Health. 1999 Oct; 89 (10): pp. 1522-1528.

Como el estatus económico puede afectar a la salud del adolescente.

- Goodman, E, Slap, G.B, Huang, B. The Public Health Impact of Socioeconomic Status on Adolescent Depression and Obesity. American Journal of Public Health. 2003 Nov; 93 (11). pp. 1844-1850.

Enfermedades como la depresión o la obesidad están muy relacionadas con el nivel económico del adolescente.

- Leventhal, T, Brooks-Gunn, J. The effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. Psychological Bulletin. 2000 Mar; 126 (2).pp. 309-337.

De qué modo el barrio o lugar de residencia afecta a la salud del niño y del adolescente.

- Sellström, E, Bremberg, S. The significance of neighborhood context to child and adolescent health and well-being: A systematic review of multilevel studies. Scand Journal Public Health. 2006 Oct; 34.pp. 544-554.

El contexto social afecta a la salud del niño y del adolescente.

- Cubbin, C, Santelli, J, Brindis, C.D, Braveman, P. Neighborhood Context and Sexual Behaviors Among Adolescents: Findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. Perspectives on Sexual and Reproductive Health. 2005 Sep; 37 (3).pp. 125-134

Conductas de salud en los adolescentes que viven en entornos desfavorables.

- Drukker, M, Kaplan, C, Feron, F, Van Os, J. Children's health-related quality of life, neighbourhood socioeconomic deprivation and social capital. A contextual analysis. *Social Science & Medicine*. 2003 Sep; 57(5).pp. 825-841.

La salud del niño dependiendo de la calidad de vida, su entorno y el nivel económico de los padres.

- Ghosh, S, Shah, D. Nutritional Problems in Urban Slum Children. *Indian Pediatrics- Environmental Health Project*. 2004 Jul; 41(17).pp.682-691

Problemas nutricionales de los niños que viven en los barrios pobres.

- Vasanthi, G, Fawashe, A.B, Susie, H. et al. Iron Nutritional status of adolescent girls from rural area and urban slum. *Indian Pediatrics*. 1994 Feb; 31. Pp. 127-132.

Problemas nutricionales de hierro y otros en las niñas adolescentes que viven en barrios pobres.

- Organización Mundial de la Salud. Salud de los Adolescentes [Internet]. OMS 2015. [Citado el 10 May.de 2015]. Disponible desde: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/

La salud del adolescente según la OMS.

- Organización Mundial de la Salud. Salud del niño [Internet]. OMS 2015. [Citado el 10 May.de 2015]. Disponible desde: http://www.who.int/topics/child_health/es/

La salud del niño según la OMS.

- Baltasar, A, Gras, M.E, Font-Mayolas, S. et al. Creencias de los adolescentes respecto al consumo de drogas. *Fundación Dialnet*. 2014; 112. Pp. 11-21.

Adicciones en la adolescencia y factores predisponente.

- Moreno, M. C, Muñoz, M.V, Pérez, P.J. et al. Los adolescentes españoles y su salud. Ministerio de Sanidad y Consumo [internet]. 2002 [citado 12 May.2015]. Disponible desde:

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/adolesResumen.pdf>

Salud en la adolescencia, factores que influyen (barrio, familia...)

Discusión:

Los determinantes sociales son la base de la salud de las personas ya que, como se ha mencionado en la Introducción, son aquellas condiciones sociales en las cuales las personas viven y trabajan. Además, hay que entender la salud como un rasgo equitativo, es decir, debe haber una ausencia de diferencias evitables o remediables en la salud de las poblaciones o grupos definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente. La salud equitativa abarca las condiciones que infringen a los derechos humanos. (22)

Las personas con circunstancias desventajosas, como sería el caso de la población que se estudia en éste trabajo, tienden a padecer actitudes del comportamiento inadecuadas para la salud como por ejemplo, el acto de fumar o seguir una dieta desequilibrada. Con el agravante de qué las condiciones económicas de dicha población hace más dificultosa el poder elegir un estilo de vida más saludable. (34)

Es importante entender el concepto de barrio en el entorno urbano y de la proporción de población que habita en los barrios, así cómo ver si hay mucha de esa proporción que pertenece a los barrios urbanos de escasos recursos económicos.

El barrio es aquel espacio cuya percepción es física y subjetiva englobando los aspectos geográficos y materiales. El barrio también es el aspecto geográfico del vivir bien o del vivir pobre, siendo evidente la relación existente entre edad, el lugar y la salud. (37), (38).

En varios estudios se habla de la relación entre el barrio y la salud de la población como algo en constante interacción. Por ejemplo, para que un barrio sea saludable debe constar de espacios verdes, transportes de fácil acceso y calles seguras, así como de oportunidades para interactuar con los demás. También se ha observado que es de importancia para la salud que el barrio sea un lugar en dónde se pueda incrementar el ejercicio físico para reducir el estrés y la depresión, y en dónde se puedan añadir lugares sociales para sentirse parte de una comunidad. (37)

Las encuestas hablan del *Proceso de urbanización* que está sufriendo la población humana a nivel mundial. Es decir, en los dos últimos siglos la población que ha pasado de vivir del medio rural al medio urbano ha sido un 50% más que anteriormente. Los demógrafos sostienen que hacia 2030 habrá 2/3 de la población mundial viviendo en barrios urbanos. Las

causas son múltiples: el empleo, la industrialización, la inseguridad sobre la disponibilidad de alimentos en las zonas rurales, las actividades recreativas, la búsqueda de estímulos, etc.

Todo ello conlleva una serie de ítems que afectan a la salud de la población que vive en el entorno urbano. Por una parte se aumenta el riesgo de padecer enfermedades ya que las ciudades se caracterizan por la existencia de niveles elevados de humo de tabaco, por los traumatismos y muertes producidas por el tráfico, alto nivel de obesidad en la población adulta por hacer menos ejercicio y tener acceso a alimentos más grasos... Y, por otra parte, existen también beneficios para la salud en el entorno urbano ya que en las ciudades hay mayor acceso a los servicios sanitarios, la educación y los servicios financieros y sociales son más fáciles que en las zonas rurales. (38)

Sin embargo, no hay que olvidar que el nivel económico de las personas influye considerablemente a poder optar o no a los diferentes servicios que ofrecen las ciudades. Es por ello, que aunque la ciudad tenga numerosas instituciones y programas pensados para la salud de las personas puede pasar que algunos barrios de poder adquisitivo bajo no consigan beneficiarse de ello. En otras palabras, personas pobres viviendo en barrios marginados ya tienen de por sí una etiqueta de exclusión social que les impide acceder a las poblaciones más favorecidas y optar a un trabajo, a poder llevar una dieta equilibrada, a pensar en hacer ejercicio o en actividades de mejora de la salud o a poder optar a que sus hijos tengan una educación. (21)

Dicho de otro modo, para pensar en la salud deben estar cubiertas las necesidades básicas de las personas.

Sin embargo, la salud no se ve afectada por igual a todas las personas que viven en barrios con escasos recursos económicos. El tipo de afectación dependerá de la edad, del entorno social y familiar, de la accesibilidad a ayudas externas, etc.

Según la OMS, los niños y los recién nacidos son especialmente vulnerables frente a la malnutrición y las enfermedades infecciosas, que son prevenibles y tratables en la mayoría de los casos.

La OMS diferencia los riesgos de salud del niño debido al entorno en que éste se halla en dos clases:

- Riesgos tradicionales: Falta de acceso al agua potable, eliminación inadecuada de excretas y de basura, insalubridad en la vivienda y en la comunidad, contaminación del aire en el hogar por polvo, hongos y por el uso de carbón u otros combustibles biológicos para cocinar o calentar el ambiente, contaminación

de los alimentos con agentes patógenos, contaminación del agua de consumo por aguas servidas, contaminación en la vivienda por el plomo, cerámicas y pinturas y, finalmente, accidentes y enfermedades ocupacionales en la agricultura, en la industria y en el sector informal del trabajo.

- Riesgos modernos: Acumulación de residuos sólidos peligrosos, contaminación urbana del aire por emisiones de industrias y vehículos, contaminación de recursos hídricos por las industrias, la agricultura y los desagües de centros urbanos, uso indebido de sustancias químicas o radioactivas vinculadas a nuevas tecnologías para la agricultura y la industria, accidentes de tránsito, enfermedades infecciosas emergentes o reemergentes, cambios dinámicos y atmosféricos, violencia y efectos psicosociales del medio ambiente urbano y tabaquismo y drogadicción.

El 90% de los factores que afectan a la salud del niño está relacionado con su entorno y, más concretamente, con el entorno en el que vive. Los niños que viven en barrios con niveles económicos bajos están en riesgo de ver alterada su salud.

La OMS asegura que los niños son más propensos a padecer enfermedades cuando nacen y se desarrollan en un medio ambiente inadecuado, con hacinamiento, falta de higiene, ruido excesivo y carencias de espacio para jugar y estudiar. Los niños también sufren de estrés y otros factores psicosociales como, por ejemplo, la violencia que esos ambientes promueven en ellos, en sus padres o en las personas cuidadoras. El niño tiene necesidad de explorar y descubrir, interactuar con sus compañeros y amigos dentro de un ambiente que ofrezca seguridad, consistencia y predictibilidad.

La realidad ambiental, social y económica del hogar está influenciada por la realidad social, económica y política general.

La pobreza, dice la OMS, es uno de los factores más importantes asociados con las enfermedades en los niños, especialmente los que viven en ambientes urbanos. El problema se incrementa por las discapacidades económicas y sociales cada vez más grandes que existen entre las clases de mayores y menores recursos.

Las desigualdades interurbanas de recursos y el acceso a los servicios de salud provocan que los niños de hogares pobres tengan mayor riesgo de morir por infecciones diarreicas y respiratorias que los niños que provienen de hogares de altos recursos. Estas diferencias también ocurren con enfermedades tales como la tuberculosis y la fiebre tifoidea (26).

Los estudios también muestran que los niños nacidos en este contexto tienen un mayor riesgo de bajo peso y desnutrición.

Los problemas de desnutrición en estos niños son déficit de proteína, anemia y deficiencia de vitamina A, mayoritariamente. Además de la falta de higiene personal, falta de higiene bucodental e íntima, infecciones y parásitos por alimentos en mal estado, etc., todo ello debido a la falta de recursos económicos y naturales con el agravante de un déficit en educación para la salud en estas poblaciones. (20)

Finalmente, la OMS señala que los niños son más susceptibles que los adultos al impacto del medio ambiente y de su entorno sobre su salud y calidad de vida. Esto es debido a que los niños están en proceso de crecimiento y a que su sistema inmunitario y sus mecanismos de desintoxicación no están completamente desarrollados (26).

En las personas adultas y en las personas mayores, las consecuencias para la salud de vivir en un barrio de escasos recursos económicos son parecidas: mala alimentación con lo que hay, por un lado, un alto riesgo de obesidad porque los productos más económicos son los de mayor aporte calórico y, por otro lado, anorexia por no tener acceso a la mayoría de alimentos. Además hay riesgo de diabetes, hipercolesterinemia e hipertensión debido a la falta de ejercicio físico y llevar una dieta desequilibrada. Aumento de cardiopatías, estrés, depresión, aislamiento social y frustración a nivel laboral y personal. (16), (17), (19)

Además, siguen estando presentes los dos tipos de riesgo anteriormente mencionados, riesgos tradicionales y riesgos modernos, que también pertenecen a los factores que afectan a la salud del niño.

En el año 2012 se realizó por las Naciones Unidas la Resolución de la Cobertura Sanitaria Universal con el objetivo de asegurar que todas las personas recibieran todos los servicios sanitarios que necesitaran sin tener que pasar por penurias financieras para pagarlo.

Los requisitos para que una comunidad o país pueda alcanzar la cobertura sanitaria universal son: sistema de salud sólido, sistema de financiación de los servicios de salud, acceso a medicamentos y tecnologías esenciales y personal sanitario bien capacitado (21).

Sin embargo, debido a la crisis financiera y los recortes en sanidad, entre otros, de los últimos años es cada vez más difícil hacer que la cobertura sanitaria universal sea un hecho real. Éste acontecimiento, afecta directamente a la salud de la población y, en mayor grado, a la salud de aquella población que se haya en una situación de riesgo, como es el caso de las personas que viven en barrios de escasos recursos económicos.

Ahora bien, ¿cómo se ve afectada la población adolescente que vive en este tipo de barrios? Una población que ya de por sí tiene ciertos riesgos por encontrarse entre dos mundos, el de la infancia y el de la adultez, con los consecuentes cambios hormonales constantes a los que está sometida.

Los adolescentes que residen en los barrios con escasos recursos económicos tienen un alto riesgo de padecer trastornos mentales. Según los estudios, los aspectos estructurales del barrio, de los que cabe destacar la estratificación socioeconómica y la segregación racial y/o étnica, afectan al bienestar emocional del adolescente por tener una percepción subjetiva de su barrio.

Los jóvenes de los barrios de estado socioeconómico bajo perciben mayores riesgos ambientales tales como la delincuencia, la violencia y el consumo de drogas. Además, al percibir la peligrosidad del barrio les influye a su salud mental, siendo los síntomas comunes en esta población, la depresión, ansiedad, trastorno negativista desafiante y trastorno de la conducta. También, la estabilidad social y, en menor medida, la cohesión social, emergen como contribuyentes al desorden del adolescente. (1)

Otros estudios basan sus entrevistas en observar si existe relación entre la percepción de la salud de los adolescentes de barrios con poder adquisitivo medio-alto y los adolescentes de barrios con poder adquisitivo bajo. Así como ver si hay diferencias entre unos y otros en contraer enfermedades que después tienen morbilidad adulta. (20), (31), (33). Grosso modo, las variables dependientes de dichos estudios son auto percepción de la salud, presencia de depresión, obesidad, asma, presencia de suicidio en el pasado y enfermedades de transmisión sexual. Los indicadores incluían la educación, la ocupación de los padres y los ingresos del hogar.

Los resultados hallados en la mayoría de estos estudios muestran que no hay diferencias importantes en la percepción de la salud, la diabetes y la obesidad. Curiosamente, el suicidio en el adolescente de barrios con poder adquisitivo alto es mayor que el del adolescente de barrios con poder adquisitivo bajo. Las demás variables afectan con más fuerza a los adolescentes de poder adquisitivo bajo, habiendo algunas excepciones. (20), (31), (33).

En conclusión, para estos estudios entender el contexto socio estructural y los patrones de vida de los adolescentes es crucial para entender claramente la salud y la enfermedad. (6)

La salud del adolescente engloba un conjunto de factores que cabe tener en cuenta:

- Estilos de vida: Alimentación y dieta, higiene dental, actividad física y sedentarismo y consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales.
- El contexto familiar: Estructura de las familias, comunicación con los progenitores, supervisión de los progenitores, vínculos afectivos en los progenitores, los estilos educativos, actividades compartidas, bienestar económico y equipamiento de los hogares, percepción del barrio de residencia como contexto físico y social.
- Contexto escolar: Ambiente psicosocial de la escuela, ajuste escolar y rendimiento escolar.
- Los iguales y el tiempo libre: Tiempo libre, el grupo como promotor de conductas relacionadas con la salud y el ajuste escolar y familiar, violencia y maltrato entre iguales y relaciones sexuales.
- La salud y ajuste psicológico: Autopercepción de salud, autoestima y satisfacción vital (33).

El adolescente que vive en un barrio con escasos recursos económicos tiene un riesgo elevado de tener afectada alguna de las características anteriormente mencionadas y, por lo tanto, ver afectada su salud.

Habiendo analizado, a grandes rasgos, la salud de las personas desde que nacen hasta que mueren centrándonos en aquella población que reside en los barrios urbanos y, más concretamente, en los barrios urbanos de escasos recursos económicos, es necesario mostrar los diferentes estudios existentes que muestran que intervenciones hay para paliar estas diferencias y riesgos en salud.

En primer lugar, la OMS asegura que la acción sobre los determinantes sociales de la salud será más eficaz si se dispone de sistemas de datos básicos como pueden ser los registros civiles y programas de observación sistemática de las inequidades sanitarias y de los determinantes sociales de la salud, así como mecanismos que los datos puedan ser interpretados y utilizados en la elaboración de políticas, sistemas y programas más eficaces. Siendo esencial la sensibilización y la formación en materia de determinantes sociales de la salud (22).

En segundo lugar, es importante tener en cuenta que las desigualdades en salud se reducen si se aplican las intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas.

Modelo conceptual de los determinantes sociales de las desigualdades en salud (OMS):

1. Contexto socioeconómico y político: Factores estructurales del sistema social que afectan de forma significativa a la estructura social. Incluye: gobierno, políticas macroeconómicas, políticas sociales, políticas públicas y valores sociales y culturales.
2. Posición socioeconómica: Determinantes estructurales de las desigualdades en salud, como los distintos ejes de desigualdad en la estructura social, en concreto la clase social, la posición socioeconómica, el género y la etnia o la raza.
3. Determinantes intermedios o factores intermediarios: La estructura social determina desigualdades en los factores intermediarios, los cuales a su vez, determinan las desigualdades en salud. Estos factores son: circunstancias materiales (vivienda, nivel de ingresos...), circunstancias psicosociales (falta de apoyo social, situaciones de estrés...), factores conductuales y biológicos (estilos de vida que dañan a la salud), el sistema de salud. (35)

Finalmente, la OMS, propone una estrategia para construir ciudades saludables que engloba los siguientes ítems a parte de cubrir las necesidades básicas:

- Acciones para tratar los determinantes de la salud y los principios de salud para todos.
- Acciones destinadas a integrar y fomentar las prioridades europeas y mundiales en materia de salud pública.
- Acciones dirigidas a incluir la salud en los programas sociales y políticos de las ciudades.
- Acciones destinadas a facilitar el buen gobierno y la planificación basada en alianzas con relación a la salud.

Las ciudades constan de zonas o barrios vulnerables que hay que tener en cuenta. Se entiende como barrio vulnerable aquel que puede padecer algún daño que repercuta en los que habiten en él. La zona vulnerable es una zona intermediaria, inestable, que conjuga la precariedad del trabajo y la fragilidad de los soportes relacionales. Es un lugar donde se produce la intersección de fragilidades entre el trabajo y las relaciones sociales y que sitúa a los sujetos y grupos en riesgo de caer hacia la zona de exclusión social.

La población que reside dentro de esta vulnerabilidad se ve afectada por las circunstancias adversas y pasa de estar en una situación de riesgo a ya hacer formal su situación de exclusión social.

Las personas que están dentro de este contexto de vulnerabilidad es debido a dos factores: El incremento de las amenazas y riesgos que afectan a las personas, sociedades, grupos

sociales o estados y, en segundo lugar, el debilitamiento de los mecanismos para afrontar dichos riesgos y amenazas.

Los factores que aumentan la vulnerabilidad en España son: envejecimiento de la población, desempleo, complejidad de la estructura de los hogares (ej. Familias monoparentales), el “boom” de la inmigración, precariedad laboral, bajos niveles formativos, vulnerabilidad residencial (tipo de vivienda, etc.) y la vulnerabilidad subjetiva (malos olores, alta contaminación, etc.) (33)

Las estrategias propuestas por la OMS ya mencionadas anteriormente son necesarias e indispensables para evitar que existan estas zonas vulnerables en las ciudades y, por lo tanto, erradicar las diferencias sociales y los problemas de salud en las personas que habitan en los barrios más desfavorecidos.

Además, los estudios que he hallado en mi búsqueda son un reflejo de los problemas que existen en la salud dentro de la sociedad lo que implica que hay una necesidad de hacer una nueva política de salud que englobe dichos aspectos para intentar paliarlos.

Por otro lado, entender la salud de la población en su totalidad, así como los factores que afectan a dicha salud desata ir más allá de crear nuevas leyes e obtener datos estadísticos, sino que es un campo de trabajo muy amplio y exigente en dónde el papel de la enfermería es primordial para hacer visible a esta población así como para crear herramientas de trabajo que mejoren la situación de salud de las personas que se hallan en riesgo y, también, para promover la salud y favorecer la creación de múltiples investigaciones al respecto.

Conclusiones:

En el presente trabajo se ha podido observar que existe relación entre la salud de las personas y el medio en que viven siendo el barrio con escasos recursos económicos un factor agravante para el bienestar de dicha población.

La edad es un factor importante para entender de qué modo se ve afectada la salud de las personas que residen en los barrios más desfavorecidos del área urbana. Sin embargo, aunque la afectación sea diferente en algunos puntos dependiendo del ciclo vital en que se haya la persona, consta también de una base común, como puede ser el estrés, la exclusión social y la mala alimentación.

Existen intervenciones para afrontar esta situación y la OMS ya las reconoce como vigentes, más aún desde que la ONU aprobó la cobertura sanitaria universal. No obstante, aún

cuando la salud vital queda mayoritariamente cubierta, las enfermedades agudas o crónicas, que conllevan una gran carga económica, psicológica y social quedan desprotegidas en algunas circunstancias y es por ello que, desde el punto de vista de la salud, es tan necesario hacer estudios y realizar estadísticas que muestren esta realidad. De este modo es posible tener argumentos sólidos a la hora de actuar en la política del país e intentar eliminar las diferencias en salud que puedan existir en la población, así como evitar la exclusión social de los barrios que tienen un riesgo mayor.

Bibliografía:

1. Goodman, E. The role of socioeconomic Aneshensel, C.S, Sucoff,C.A. The Neighborhood Context of Adolescent Mental Health, *Journal of Health and Social Behavior*. 1996 No; 37.
2. Ross, C E, Mirowsky, J. Neighborhood Disadvantage, Disorder, and Health. *Journal of Health and Social Behavior*. 2001 Sep; 42 (3).
3. Giatti, L, Barreto, S.M, Cibele, C.C. Unemployment and self-rated health: Neighborhood influence. *Social Science & Medicine*. 2010 Aug; 71 (4): pp. 815-823.
4. Diez Roux, A.V. Investigating Neighborhood and Area Effects on Health. *American Journal of Public Health*. 2001 Nov; 91 (11): pp. 1783-1789.
5. Leventhal, T, Brooks-Gunn, J. Moving to Opportunity: an Experimental Study of Neighborhood Effects on Mental Health. *American Journal of Public Health*. 2003 Sep; 93 (9): pp. 1576-1582.
6. The role of socioeconomic status gradients in explaining differences in US adolescents' health. *American Journal of Public Health*. 1999 Oct; 89 (10): pp. 1522-1528.
7. Goodman, E, Slap, G.B, Huang, B. The Public Health Impact of Socioeconomic Status on Adolescent Depression and Obesity. *American Journal of Public Health*. 2003 Nov; 93 (11). pp. 1844-1850.

8. Pickett, K.E, Pearl, M. Multilevel analyses of neighborhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. *Epidemiol Community Health*. 2001; 55 (2).pp. 111-122.
9. Leventhal, T, Brooks-Gunn, J. The effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychological Bulletin*. 2000 Mar; 126 (2).pp. 309-337.
10. Sellström, E, Bremberg, S. The significance of neighborhood context to child and adolescent health and well-being: A systematic review of multilevel studies. *Scand Journal Public Health*. 2006 Oct; 34.pp. 544-554.
11. Braveman, P.A, Cubbin, C, Egerter, S, et al. Socioeconomic status in health research one size does not fit all. *JAMA*. 2005 Dec; 294 (22).pp. 2879-2888.
12. Cubbin, C, Santelli, J, Brindis, C.D, Braveman, P. Neighborhood Context and Sexual Behaviors Among Adolescents: Findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2005 Sep; 37 (3).pp. 125-134.
13. Ross, N.A, Tremblay, S, Graham,K. Neighbourhood influences on health in Montréal, Canada. *Social Science & Medicine*. 2004 Oct; 59 (7).pp. 1485-1494.
14. School of Economic and Social Studies. Health services as a defense against the consequences of poverty in industrialized societies. *Social Science and Medicine*. 2002 Jun; 17(16).pp. 1139-1148.
15. Drukker, M, Kaplan, C, Feron, F, Van Os, J. Children's health-related quality of life, neighbourhood socioeconomic deprivation and social capital. A contextual analysis. *Social Science & Medicine*. 2003 Sep; 57(5).pp. 825-841.
16. Riley, L.W, I Ko, A, Unger, A, Reis, M.G. Slum health: Diseases of neglected populations. *International Health and Human Rights*. 2007; 7(2).
17. Misra, A, Pandey, R.M, Devi, J.R. et al. High prevalence of diabetes, obesity and dyslipidaemia in urban slum population in north India. *International Journal of Obesity*. 2001 Nov; 25(11).pp. 1722-1729.

18. Ghosh, S, Shah, D. Nutritional Problems in Urban Slum Children. Indian Pediatrics-Environmental Health Project. 2004 Jul; 41(17).pp.682-691
19. Izutsu, T, Tsutsumi A, Islam, A. M. et al. Mental health, quality of life, and nutritional status on adolescents in Dhaka, Bangladesh: Comparision between an urban slum and non-slum area. Social Science & Medicine. 2006 Sep; 63 (6).pp. 1477-1488.
20. Vasanthi, G, Fawashe, A.B, Susie, H. at el. Iron Nutritional status of adolescent girls from rural area and urban slum. Indian Pediatrics. 1994 Feb; 31. Pp. 127-132.
21. Organización Mundial de la Salud. Derechos Humanos [Internet]. OMS 2015. [citado el 10 de May. de 2015]. Disponible desde: http://www.who.int/topics/human_rights/es/
22. Organización Mundial de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud [Internet]. OMS 2015. [Citado el 10 de May.de 2015]. Disponible desde: http://www.who.int/topics/social_determinants/es/
23. Organización Mundial de la Salud. Enfermería [Internet]. OMS 2015. [Citado el 10 May.de 2015]. Disponible desde: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>
24. Organización Mundial de la Salud. Sistemas de Salud [Internet]. OMS 2015. [Citado el 10 May.de 2015]. Disponible desde: http://www.who.int/topics/health_systems/es/
25. Organización Mundial de la Salud. Salud de los Adolescentes [Internet]. OMS 2015. [Citado el 10 May.de 2015]. Disponible desde: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/
26. Organización Mundial de la Salud. Salud del niño [Internet]. OMS 2015. [Citado el 10 May.de 2015]. Disponible desde: http://www.who.int/topics/child_health/es/
27. Organización Mundial de la Salud. Crisis Financiera y Salud [Internet]. OMS 2015. [Citado el 10 May.de 2015]. Disponible desde: http://www.who.int/topics/financial_crisis/es/
28. Organización Mundial de la Salud. Políticas de Salud [Internet]. OMS 2015. [Citado el 10 May.de 2015]. Disponible desde: http://www.who.int/topics/health_policy/es/

29. Organización Mundial de la Salud. Global Health Observatory Data Repository. Urban population Data by country [Internet]. OMS 2015. [Citado el 10 May.de 2015]. Disponible desde: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.URBPOP?lang=en>
30. Tapia, V. El Concepto de Barrio y el problema de su delimitación: Aportes de una aproximación cualitativa y etnográfica. Bifurcaciones [Internet]. 2013 Oct. [citado el 12 May.2015]. Disponible desde: <http://www.bifurcaciones.cl/2013/03/el-concepto-de-barrio-y-el-problema-de-su-delimitacion/>
31. Baltasar, A, Gras, M.E, Font-Mayolas, S. et al. Creencias de los adolescentes respecto al consumo de drogas. Fundación Dialnet. 2014; 112. Pp. 11-21.
32. Alguacil, J, Camacho, J, Hernández, A. La vulnerabilidad urbana en España. Identificación y evolución de los barrios vulnerables. Empiria. 2014; 27. Pp. 73-94.
33. Moreno, M. C, Muñoz, M.V, Pérez, P.J. et al. Los adolescentes españoles y su salud. Ministerio de Sanidad y Consumo [internet]. 2002 [citado 12 May.2015]. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/adolesResumen.pdf>
34. Commission on Social Determinants of Health. Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. 2005 May. Pp.4-33.
35. Borrell, C, Artazcoz, L. Las políticas para disminuir las desigualdades en la salud. Políticas de Salud y Salud pública. 2008; 22(5).pp.465-73
36. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de Ciudades Saludables de la OMS: Historia y Situación Actual. IV Fase de la Red Europea de Ciudades Saludables. 2003-2007.
37. Gardner, P.J. Natural neighborhood networks: Important social networks in the lives of older adults aging in place. Journal of Aging Studies. 2011.
38. McMichael, A.J. La Salud y el entorno urbano en un mundo cada vez más globalizado: problemas para los países en desarrollo. Bulletin of the World Health Organization. 2000; 78(9).pp. 1117-1126.