

Nivel socioeconómico y mortalidad

Ulises Rodríguez-Wong*

RESUMEN

Las desigualdades socioeconómicas en el terreno de la salud constituyen un problema difícil de resolver y existe una estrecha correlación entre el nivel socioeconómico y el riesgo de padecer una enfermedad y el riesgo de morir. En términos generales, las condiciones de salud de los países desarrollados son mejores que las de los países no desarrollados. A nivel mundial los problemas de desigualdad social se han reflejado en el nivel de salud de la población, no obstante los grandes esfuerzos que han realizado los gobiernos para resolver esta situación.

Palabras clave: Nivel socioeconómico, mortalidad, salud, economía.

ABSTRACT

Socioeconomic inequalities in the field of health are a difficult problem and that there is indeed a strong correlation between socioeconomic status and risk of illness and risk of death. Overall, the health conditions of the developed countries are better than the health conditions of underdeveloped countries. Globally, the problems of social inequality are reflected in the health status of the population, despite the great efforts that governments have made to resolve this situation.

Key words: Socioeconomic status, mortality, health, economy.

INTRODUCCIÓN

La economía y la salud se encuentran relacionadas de manera muy estrecha. En diferentes partes del mundo se han desarrollado estudios que correlacionan el nivel socioeconómico de los pacientes con los índices de mortalidad. En Inglaterra, en 1980, la publicación del informe Black,¹ elaborado por Douglas Black por encargo del Departamento de Salud y Seguridad Social, demostró las desigualdades existentes entre el nivel socioeconómico de los individuos y la salud.²

Los sociólogos occidentales han desarrollado los parámetros sobre los que se puede establecer la clase social de los individuos. Los tres indicadores utilizados con mayor frecuencia son la ocupación, los ingresos y el nivel educativo.³

El indicador de la ocupación implica una exposición diferente a los factores ambientales, físicos, psicológicos y condiciones de seguridad en el trabajo. Los ingresos de un

individuo se correlacionan con su capacidad de adquirir vivienda y con el acceso a los sistemas de salud. La educación se relaciona con los hábitos y el estilo de vida, mejor dieta y comodidades sociales, así como con la habilidad para resolver problemas.²

No obstante, la mayoría de las medidas de clase social están basadas en la ocupación, ya que ésta es un indicador simple y confiable de la posición social en las sociedades industrializadas.⁴

Los términos de pobreza y desigualdad son generalmente empleados como sinónimos, pero no lo son. El término pobreza se refiere a la imposibilidad de acceso para satisfacer las necesidades físicas y psíquicas básicas humanas: alimentación, vivienda, educación, salud, etc. En tanto que la desigualdad se refiere a un trato diferente a las personas; es la discriminación.⁵

PANORAMA ECONÓMICO Y MORTALIDAD

La reestructuración de la economía mundial en la posguerra pretendía que las naciones implantaran modelos de bienestar social (*welfare state*) con empleos suficientes y

* Profesor de Cirugía, Facultad de Medicina, UNAM. Maestro en Ciencias.



mejoría del nivel socioeconómico de la población; sin embargo, el mercado de trabajo no ha consolidado la capacidad integradora suficiente; de tal manera que los países no cuentan con los mecanismos adecuados para contrarrestar el desempleo.

La exclusión a la salud se define como la falta de acceso de algunos individuos y/o grupos de la sociedad a las oportunidades, bienes y servicios de salud adecuados para permitir un bienestar biológico, psicológico y social. La carencia de recursos suficientes para la salud es un problema que afecta a un elevado porcentaje de habitantes en el mundo. Y como consecuencia, esta exclusión de los servicios de salud repercute directamente sobre la duración y la calidad de vida de los individuos, su familia y su comunidad; por otra parte, afecta de manera crucial a los países en su capacidad para generar riqueza y mejorar las condiciones de vida de todos sus habitantes.⁶

Cuando las personas o las familias no encuentran los medios para resolver de manera adecuada sus problemas de salud y a causa de ello están inhabilitadas para generar sus propios medios de subsistencia y aportar a la vida diaria de su comunidad, sus problemas de salud dejan de ser personales y se convierten en un problema colectivo, lo que impacta la economía de los países y puede causar estragos en el funcionamiento de las instituciones y de la sociedad en su conjunto.⁷

Es importante señalar que el grupo que conforma a la población excluida de la protección social en salud está compuesto generalmente por los pobres, los adultos mayores, las mujeres, los niños, los grupos indígenas, los trabajadores no asalariados, los trabajadores de la economía informal, los desempleados, los subempleados, así como la población rural.⁸

Las políticas públicas son aquellas que surgen ante la necesidad de dar respuesta a los conflictos sociales que se generan en el seno de las formaciones sociales; en este sentido, constituyen los espacios de gestión y de solución de aquellos conflictos que no pueden solventarse ni total ni parcialmente dentro de la esfera del mercado privado y de otras esferas sociales públicas.⁹

Los grandes retos que hoy enfrentan los sistemas de salud de América, y particularmente en México, obedecen a diferencias y carencias históricas y a la dificultad de adecuarse a los cambios generados por la demanda a raíz de las dinámicas demográficas, epidemiológicas y tecnológicas que requieren nuevas prestaciones y tratamientos, lo que incrementa los costos y gastos en dichos servicios y por consecuencia limita la cobertura efectiva y uso de servicios de salud adecuados, acceso real a servicios oportunos y de calidad; existe escasez de recursos humanos y financieros, problemas de gestión, entre otros.¹⁰

Las políticas en salud protegen la salud pública, es decir, tienen como objetivo asegurar la integridad física, psíquica y social del individuo, y constan de una serie de servicios de atención primaria, hospitalaria y de prestaciones de tipo farmacéutico. No obstante, la salud pública abarca todos los ámbitos de la acción social, por tanto, también se refiere al campo de la salud laboral y a las previsiones sanitarias necesarias para asegurar el bienestar en salud en el ámbito social y del trabajo.

El reto de la política sanitaria es conseguir la extensión universal de la red pública de asistencia en salud, garantizando la extensión de la cobertura sanitaria, todo ello mediante un sistema de gestión económica que sea sostenible. La inversión en capital humano para la educación y la salud es una de las condiciones básicas para el desarrollo económico;¹¹ la consigna sería invertir más en salud y educación para contar con capital humano capaz de enfrentar estos retos y subsanar estas carencias y desigualdades.

En México la atención de salud se encuentra garantizada por el artículo 4 de la Constitución Nacional, el cual afirma: "Toda persona tiene derecho a la protección de salud. La ley definirá las bases y modalidades de acceso".

Sin embargo, no todos han podido ejercer ese derecho por igual. Hasta 2003, por motivos de su estatus laboral, la mitad de la población¹² disfrutaba de seguridad social y, por lo tanto, de derechos en salud legislados. En tanto que la otra mitad quedó marginada de todo tipo de protección social en materia de salud y recibía servicios bajo un esquema estrictamente asistencial; estableciéndose las diferencias entre la población derechohabiente y la población derechohabiente.

El modelo actual de salud ya no responde a la realidad de nuestro país, ha alcanzado sus límites; el costo de los servicios se ha incrementado de manera significativa como resultado de la demanda y la complejidad tecnológica de la atención. En la actualidad, el mayor reto del sector salud es romper las barreras institucionales y construir un auténtico sistema universal de protección social en salud que comprenda no sólo la seguridad social formal, sino a quienes no participan como asalariados en el sector formal de la economía.¹³

Por ello, el esfuerzo progresivo de la integración y articulación del sistema de seguridad social y el servicio público es fundamental no sólo para incrementar la equidad en el acceso y cobertura, facilitando la instauración de mecanismos solidarios, sino también para potenciar la eficiencia y la capacidad de oferta de servicios, además de evitar la duplicidad de funciones y el desperdicio de recursos para la salud.¹³

NIVEL SOCIOECONÓMICO E ÍNDICES DE MORTALIDAD

El informe Black (Inglaterra, 1980) mostró que la tasa de mortalidad para los individuos en la clase social V fue el doble que para los de la clase social I. Adler, en un artículo publicado en la revista *JAMA*,¹⁴ señaló que las desigualdades socioeconómicas en el terreno de la salud constituyen un problema difícil de resolver y que existe efectivamente una estrecha correlación entre el nivel socioeconómico y el riesgo de padecer una enfermedad y el riesgo de morir.

Se ha documentado que los pacientes con menor nivel socioeconómico tienen índices más altos de mortalidad¹⁵ y en algunas enfermedades presentan mayor grado de complicaciones debido fundamentalmente al retraso en la atención médica y a la poca oportunidad de acceso a los servicios de salud.¹⁶

En España, García Gil y cols.,¹⁷ estudiando la evolución de la mortalidad perinatal de las distintas comunidades autónomas entre 1975 y 1983, encontraron una mayor mortalidad perinatal entre las pacientes que tuvieron peores indicadores socioeconómicos.

En enfermedades neoplásicas como el cáncer de colon¹⁸ los pacientes con menor nivel socioeconómico tienen menor índice de supervivencia y acuden con grados más avanzados de la enfermedad,¹⁹ incluso ya con metástasis a distancia.²⁰

En otros padecimientos del tubo digestivo, como la apendicitis aguda²¹ y la enfermedad diverticular²² del colon, los pacientes son atendidos cuando ya presentan un mayor número de complicaciones.²³

En otro estudio realizado en tres ciudades españolas Nolasco y cols.²⁴ encontraron que los hombres de áreas con peor nivel socioeconómico presentaron mayor riesgo de mortalidad por cáncer de tráquea, bronquios y laringe; hepatopatías, SIDA y accidentes.

En un estudio más reciente realizado en Brasil por Salgado-Barreira y cols.²⁵ se realizó una revisión sistemática de 24 trabajos que analizaron la relación entre el nivel socioeconómico y los índices de mortalidad. En todos los trabajos se observó mayor mortalidad en las áreas con peores indicadores socioeconómicos. Y se observó asociación con patologías cardiovasculares en seis estudios, en cuatro con patologías pulmonares y en tres con SIDA, infecciones y parasitosis y cirrosis.

CONCLUSIONES

Desde el informe Black, realizado en Inglaterra en 1980, se puso en evidencia que el menor nivel socioeconómico

de los pacientes repercute en la salud de los individuos y en los índices de mortalidad.

En términos generales, las condiciones de salud de los países desarrollados son mejores que las condiciones de salud de los países no desarrollados. A nivel mundial, los problemas de desigualdad social se han reflejado en el nivel de salud de la población, no obstante los grandes esfuerzos que han realizado los gobiernos para resolver esta situación.

REFERENCIAS

1. Black D, Morris JN, Smith C, et al. Inequalities and health. Report of a research working group (Black report). London: Department of Health and Social Security; 1980.
2. Casi-Casanellas AC, Moreno-Iribas C. Nivel socioeconómico y mortalidad. *Rev San Hig Pub* 1992; 66: 17-28.
3. Weber M. Class, status and party. En: Gerth H, Mills CW (eds.). *From Max Weber: essays in sociology*. New York: Oxford University Press; 1946.
4. Haug MR. Measurement in social stratification. *Annu Rev Socio* 1977; 3: 51-77.
5. Moser KA, Goldblatt PO, Fox AJ, Jones DR. Unemployment and mortality: comparison of the 1971 and 1981 longitudinal study census samples. *Br Med J* 1987; 294(6564): 86-90.
6. Alvarez ML, Muzzo S, Ivanovic D. Escala para medición del nivel socioeconómico en el área de salud. *Rev Med Chile* 1985; 113: 243-9.
7. Andersson B, Acuña C, Rosenberg H. Guía Metodológica para la caracterización de la exclusión social en salud. Unidad de Desarrollo de Políticas y Sistemas de Salud Área de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud. OPS/OMS, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI), 2006.
8. Acuña C, Brito P, Curcio P, Feo O, Levcovitz E, Rosenberg H, Urrutia S, et al. Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud. Washington, USA. Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI). 2003.
9. Ruiz Viñal C, Chacartegui-Javega C, Ramos MF, Valle-Muñoz FA. Políticas sociolaborales. Un enfoque pluridisciplinar. Barcelona, España: Editorial UOC; 2004.
10. González MM. Análisis de las Políticas Públicas. En: Emmerich GE, Alarcón V. *Tratado de Ciencia Política*. UAM-Iztapalapa. México: Anthropos Editorial; 2007.
11. Vargas-Martínez C, Hernández-Moreno JL, de la Cruz JJ. La salud y el desarrollo económico. Los grandes retos del próximo milenio. *Rev Hosp Jua Mex* 1999; 66(4): 107-10.
12. Frenk J, Gómez DO. *Para entender el sistema de salud en México*. México: Nostra Ediciones; 2008.



13. Ruiz-Medina MI. Políticas públicas de salud y su impacto en el Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa, México. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Sinaloa; 2011.
14. Adler NE, Boyce WT, Chesney MA, Folkman S, Syme SL. Socioeconomic inequalities in health. No easy solution. *JAMA* 1993; 269(24): 3140-5.
15. Pappas G, Queen S, Hadden W, Fisher G. The Increasing Disparity in Mortality between Socioeconomic Groups in the United States, 1960 and 1986. *N Engl J Med* 1993; 329: 103-09.
16. Rodríguez JA, Lemkow L. Health and social inequities in Spain. *Soc Sci Med* 1990; 31(3): 351-8.
17. García Gil G, Cortés M, Durán C. Mortalidad perinatal en España. La necesidad de un acercamiento epidemiológico. *Rev San Hig Pub* 1989; 63: 19-30.
18. Baade PD, Dasgupta P, Aitken JF, Turrell G. Geographic remoteness, area-level socioeconomic disadvantage and inequalities in colorectal cancer survival in Queensland: a multilevel analysis. *BMC Cancer* 2013; 13: 493-507.
19. O'Malley AS, Forrest CB, Feng S, Mandelblatt J. Disparities despite coverage: gaps in colorectal cancer screening among Medicare beneficiaries. *Arch Intern Med* 2005; 165: 2129-35.
20. Pruitt SL, Davidson NO, Gupta S, Yan Y, Schootman M. Missed opportunities: racial and neighborhood socioeconomic disparities in emergency colorectal cancer diagnosis and surgery. *BMC Cancer* 2014; 14: 927.
21. Coulter A, McPherson K. Socioeconomic variations in the use of common surgical operations. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1985; 291(6489): 183-7.
22. Calder JF. Diverticular disease en Kenian Africans. *Br Med J* 1979; 25; 2(6188): 498.
23. Csikesz NG, Singla A, Simons JP, Tseng JF, Shah SA. The impact of socioeconomic status on presentation and treatment of diverticular disease. *J Gastrointest Surg* 2009; 13(11): 1993-2001.
24. Nolasco A, Melchor I, Pina JA, Pereyra-Zamora P, Moncho J, Tamayo N, et al. Preventable avoidable mortality: evolution of socioeconomic inequalities in urban areas in Spain, 1996-2003. *Health Place* 2009; 15: 732-41.
25. Salgado-Barreira A, Estany-Gestal A, Figueiras A. Efecto del nivel socioeconómico sobre la mortalidad en áreas urbanas: revisión crítica y sistemática. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro* 2014; 30(8): 1609-21.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Ulises Rodríguez-Wong
 Tepic, Núm. 113-611
 Col. Roma Sur
 C.P. 06760, México D.F.
 Tel.: 5264-8266
 Correo electrónico:
 ulisesromed@prodigy.net.mx