

Editorial

El rápido crecimiento de las desigualdades socioeconómicas en salud: el efecto del legado



The Burgeoning Roots of Socioeconomic Inequalities in Health: The Legacy Effect

David A. Alter^{a,b,c,*} y WeiYang Yu^d^a Cardiac Rehabilitation and Prevention Program, University Health Network-Toronto Rehabilitation Institute, Toronto, Ontario, Canadá^b Institute for Clinical Evaluative Sciences, Toronto, Ontario, Canadá^c Health Policy, Management, and Evaluation, University of Toronto, Ontario, Canadá^d Faculty of Health Sciences, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canadá

Historia del artículo:

On-line el 23 de noviembre de 2016

Existe un conjunto de evidencias amplio y cada vez mayor que indica diferencias de salud sistemáticas entre distintos grupos socioeconómicos. Incluso en los países con un alto nivel de vida, las personas que se encuentran en una posición socioeconómica (PSE) inferior tienen una esperanza de vida sustancialmente menor y sufren más enfermedades que las que tienen una PSE más alta¹. Estas diferencias no solo constituyen una injusticia social, sino que han llevado también a un conocimiento cada vez mayor de la vulnerabilidad de la salud frente al entorno social, es decir, los denominados determinantes sociales de la salud.

En el artículo publicado en REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, Pérez-Hernández et al². amplían los conocimientos existentes sobre las desigualdades sociales pronunciadas en cuanto a los factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Concretamente, los autores demuestran que en los adultos mayores españoles, el nivel de estudios, la profesión propia y la de los padres tienen una profunda asociación con factores relacionados con el estilo de vida como el tabaquismo, el consumo de alcohol y la alimentación, así como con factores biológicos, como el peso, la presión arterial y el diagnóstico de enfermedad cardiovascular (ECV). Estas observaciones ponen de manifiesto que en esta población no solo hay desigualdades significativas en los FRCV, sino que el efecto de legado de los progenitores parece manifestarse en los gradientes de PSE, en una fase posterior de la vida, en los hijos.

El estudio de Pérez-Hernández et al. tiene varios puntos fuertes. Para examinar las desigualdades socioeconómicas en los FRCV, se utilizan datos de una muestra representativa de ámbito nacional, con múltiples medidas de la PSE. El estudio incluye también un conjunto de FRCV más amplio que los de la mayoría de los estudios previos. Las limitaciones de este trabajo están en el uso de la ecuación SCORE para la estimación del riesgo de ECV, lo cual excluye factores firmemente asociados a la PSE, como la actividad física, el estilo de vida sedentario y la obesidad. Además, se utilizaron cuestionarios telefónicos para evaluar la PSE y la morbilidad, que se ha demostrado que conllevan una sobrerrepresentación de las personas con un nivel de estudios superior³.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.05.012>, *Rev Esp Cardiol.* 2017;70:145-154.

* Autor para correspondencia: Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention Program, Toronto Rehabilitation Institute-University Health Network, 347 Rumsey Road, Toronto, ON M4G 1R7, Canadá.

Correo electrónico: david.alter@ices.on.ca (D.A. Alter).

Full English text available from: www.revespcardiol.org/en

Los datos autonotificados son también propensos a los errores de notificación (sesgo de recuerdo, durabilidad social), que pueden asociarse a la PSE⁴. Por último, al igual que ocurre con otros muchos estudios epidemiológicos sociales publicados, puede haber factores de confusión no medidos y clasificaciones erróneas de la PSE que socavan la validez de los resultados.

No obstante, el estudio de Pérez-Hernández et al. resalta la relación ubicua entre la PSE y la salud. Las repercusiones de los ingresos económicos, el nivel de estudios y las oportunidades de empleo en la salud pueden ser de carácter longitudinal y acumulativo. La perspectiva vital completa reconoce el importante papel que desempeñan las exposiciones tempranas y posteriores durante la vida en la salud del adulto. La evidencia existente ha puesto de manifiesto una firme asociación entre las exposiciones intrauterinas y de la primera infancia y la salud del adulto, lo cual demuestra que las semillas de la desigualdad en la salud comienzan mucho antes de cualquier manifestación de enfermedad⁵. Las desventajas tienden a concentrarse en las mismas personas y sus efectos en la salud culminan cuando envejecen, lo cual indica que las raíces de dichas desventajas proceden de las desigualdades socioeconómicas que surgen durante la vida como consecuencia de múltiples exposiciones. Esto es lo que se desprende de que la PSE individual y la de la comunidad se asocien de manera independiente y significativa con la incidencia de ECV y mortalidad⁶⁻⁸.

Sin embargo, los mecanismos intermedios de la vía causal por la que la PSE conduce a un peor resultado de salud continúan siendo complejos. Se ha demostrado que las poblaciones desfavorecidas socioeconómicamente siguen estilos de vida menos saludables (tasas superiores de tabaquismo, peor dieta), lo cual explica a su vez la mayor prevalencia de obesidad, diabetes, hiperlipemia, hipertensión y ECV en los subgrupos de nivel socioeconómico inferior⁹. Se ha observado que la PSE de los padres, así como los factores de estrés sicosocial de la infancia y tempranos, intensifican la asociación entre la PSE baja y el riesgo de ECV¹⁰. El acceso a los servicios médicos necesarios puede verse limitado por la capacidad económica, en especial en los países sin una cobertura sanitaria universal, lo cual puede erosionar aún más la salud cardiovascular y no cardiovascular¹¹. Las comunidades pueden desempeñar también un papel importante en su intervención en el gradiente PSE-salud, según indican los estudios que demuestran una asociación independiente entre la PSE de la vecindad y los resultados de salud, incluso después de introducir un ajuste individual respecto a la PSE. Estos factores a múltiples niveles pueden producir en la salud

efectos de «doble amenaza», en especial para las personas con rentas más bajas que viven también en comunidades con una PSE inferior⁶.

Se ha observado también que la PSE se asocia a peores resultados de salud incluso tras la aparición de una ECV, lo cual indica que los gradientes PSE-resultados de salud persisten durante toda la vida, más allá del primer episodio de infarto agudo de miocardio (IAM). Por ejemplo, en un estudio, los pacientes que vivían en vecindades de PSE bajo tuvieron una probabilidad de muerte tras un IAM un 25% superior, incluso tras haber aplicado un ajuste respecto a los FRCV y los tratamientos recibidos⁷. Las diferencias residuales en los resultados de salud tras un IAM entre los subgrupos de PSE superior e inferior se producen, probablemente en parte, a través de diferencias en la conducta de solicitud de asistencia sanitaria y del autocuidado. Nuestro equipo ha demostrado anteriormente que los gradientes de mortalidad entre niveles socioeconómicos a largo plazo tras un IAM se explicaban por diferencias de la recuperación de la capacidad funcional durante el primer año siguiente a un IAM¹². Como corolario a estas observaciones, también señala que los mediadores de los gradientes PSE-resultados de salud pueden no ser estáticos y pueden tener una importancia diferente a lo largo del tiempo. En resumen, los mecanismos que explican los gradientes PSE-resultados de salud son multifactoriales y multidimensionales en el tiempo y en el espacio.

Dada esta complejidad, ¿cómo pueden reducirse las disparidades socioeconómicas y de resultados de salud? A escala general, podría plantearse la hipótesis de que las intervenciones en la PSE deberían centrarse en estrategias de prevención que combinaran un abordaje centrado en la persona y en la sociedad, para integrar el control de la salud/enfermedad con las políticas sociales destinadas a mejorar los ingresos, el nivel de estudios y las oportunidades de empleo de todos⁶. Estos enfoques con múltiples facetas tendrían que actuar desde las fases iniciales de la vida hasta su final, pero partirían del supuesto de que la inversión en los primeros años tiene uno de los mayores potenciales de reducción de las desigualdades de PSE-salud. A escala individual, las intervenciones pueden orientarse a prestar una asistencia individualizada para conseguir modificaciones del estilo de vida y un apoyo psicosocial. A escala comunitaria, las actividades de fomento de la salud pueden estimular la participación en actividades de un estilo de vida saludable, al tiempo que en el ámbito gubernamental las políticas de reforma tributaria pueden ser útiles para incentivar la adherencia estas actividades a más largo plazo¹¹.

A pesar de sus ventajas conceptuales, la aplicación de intervenciones integradas a múltiples niveles y multidimensionales sobre la PSE es poco viable y, en gran medida, dichas intervenciones siguen sin haberse evaluado. Hasta la fecha, la mayor parte de las intervenciones basadas en la PSE han tenido magnitud, alcance y seguimiento limitados. No es de extrañar que los resultados hayan sido diversos y en gran parte desalentadores. Mientras que las intervenciones de estilo de vida intensivas sí parecen eficaces en los subgrupos de menor nivel socioeconómico¹³, la capacidad de respuesta al tratamiento puede no ser tan alta como la de los individuos en condiciones socioeconómicas más favorables¹⁴. De igual modo, en los programas de estilo de vida para la prevención secundaria basados en la evidencia, como los de rehabilitación cardíaca, al menos 1 estudio ha demostrado un beneficio absoluto de supervivencia inferior en las subpoblaciones socioeconómicamente desfavorecidas en comparación con las más favorecidas, a pesar de que las primeras tenían unos riesgos basales inherentes superiores¹⁵. Estas diferencias de efectividad se atribuyeron en gran parte a las tasas más altas de abandono de los programas entre los pacientes de los subgrupos de menor nivel socioeconómico.

Aunque las mejoras de la prosperidad económica, la salud pública y la asistencia sanitaria han reducido la morbilidad y han

mejorado notablemente la esperanza de vida durante el siglo pasado, un número de estudios creciente ha demostrado la importancia de la PSE individual y de la comunidad en la aparición, progresión y pronóstico de las enfermedades. El patrón social de la enfermedad es universal, si bien su magnitud y su grado pueden variar. Pérez-Hernández et al. nos recuerdan que la salud y el bienestar de los individuos están determinados por circunstancias que aparecen y persisten toda la vida. En consecuencia, los efectos crecientes de la PSE pueden requerir intervenciones aplicadas en diferentes momentos de la vida. Centrar los esfuerzos futuros en el diseño, la evaluación y la aplicación de intervenciones sobre la PSE más integrales y multidimensionales requerirá innovación, tiempo y recursos. Estas intervenciones continuarán siendo siempre difíciles. No obstante, hay pocos objetivos más loables que los que pretenden reducir o aliviar las desigualdades sociales y de salud, aun cuando alcanzarlos pueda requerir tiempo.

AGRADECIMIENTOS

D.A. Alter es investigador en la *Heart and Stroke Foundation* de Ontario y ocupa una Cátedra de Investigación en Rehabilitación Cardíaca y Metabólica en la *University Health Network-Toronto Rehabilitation Institute*, Toronto, Canadá.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

REFERENCES

1. Wilkinson RG, Marmot MG. *Social Determinants of Health: The Solid Facts*. Geneva: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2003.
2. Pérez-Hernández B, García-Esquinas E, Graciani A, et al. Desigualdades sociales en los factores de riesgo cardiovascular de los adultos mayores de España: estudio ENRICA-Seniors. *Rev Esp Cardiol*. 2017;70:145–154.
3. Galán I, Rodríguez-Artalejo F, Zorrilla B. Telephone versus face-to-face household interviews in the assessment of health behaviors and preventive practices. *Gac Sanit*. 2004;18:440–450.
4. Wagenknecht LE, Burke GL, Perkins LL, Haley NJ, Friedman GD. Misclassification of smoking status in the CARDIA study: A comparison of self-report with serum cotinine levels. *Am J Public Health*. 1992;82:33–36.
5. McEniry M. Early-life conditions and older adult health in low- and middle-income countries: a review. *J Dev Orig Heal Dis*. 2013;4:10–29.
6. Diez Roux AV, Merkin SS, Arnett D, et al. Neighborhood of residence and incidence of coronary heart disease. *N Engl J Med*. 2001;345:99–106.
7. Bergström G, Redfors B, Angerås O, et al. Low socioeconomic status of a patient's residential area is associated with worse prognosis after acute myocardial infarction in Sweden. *Int J Cardiol*. 2015;182:141–147.
8. Wang JY, Wang CY, Juang SY, et al. Low socioeconomic status increases short-term mortality of acute myocardial infarction despite universal health coverage. *Int J Cardiol*. 2014;172:82–87.
9. Yusuf PS, Hawken S, Ünnpuu S, et al. INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004;364:937–952.
10. Clark AM, DesMeules M, Luo W, Duncan AS, Wielgosz A. Socioeconomic status and cardiovascular disease: risks and implications for care. *Nat Rev Cardiol*. 2009;6:712–722.
11. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008;372:1661–1669.
12. Alter DA, Franklin B, Ko DT, et al. Socioeconomic status, functional recovery, and long-term mortality among patients surviving acute myocardial infarction. *PLoS ONE*. 2013;8:e65130.
13. Hillier-Brown FC, Bambra CL, Cairns JM, Kasim A, Moore HJ, Summerbell CD. A systematic review of the effectiveness of individual, community and societal-level interventions at reducing socio-economic inequalities in obesity among adults. *Int J Obes*. 2014;38:1483–1490.
14. Kumanyaka SK, Obarzanek E, Stevens VJ, Hebert PR, Whelton PK. Weight-loss experience of black and white participants in NHLBI-sponsored clinical trials. *Am J Clin Nutr*. 1991;53(6 Suppl):1631S–1638S.
15. Biswas A, Oh PI, Faulkner GE, Alter DA. Baseline risk has greater influence over behavioral attrition on the real-world clinical effectiveness of cardiac rehabilitation. *J Clin Epidemiol*. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.03.027>.