

## Posición Socioeconómica, Salud y Expectativas de vida: la Insuficiencia Cardíaca como ejemplo

Dr. Tomás Romero

*Sharp Health Care, San Diego, California*

*Recibido el 23 de febrero de 2009. Aceptado el 4 de marzo de 2009*

Rev Chil Cardiol 2009; 28: 91-93

En los últimos 30 años una creciente cantidad de trabajos se han publicado con respecto a la influencia de los factores socioeconómicos en la salud y expectativas de vida. Probablemente, ha estimulado este interés la desigualdad en el acceso a los recursos para preservar o recuperar la salud que persiste (o aumenta) en muchos países con economías emergentes como Chile, pero que también afecta a países en fases más avanzadas de desarrollo como los Estados Unidos y el Reino Unido<sup>1, 2, 3, 4, 5, 6</sup>.

El trabajo publicado en este número por Castro y colaboradores<sup>6a</sup>, "Influencia de Factores Socioculturales en la evolución alejada de pacientes con Insuficiencia Cardíaca", provee un ejemplo claro de la influencia de la posición o nivel socio-económico en las expectativas de vida en una población chilena. La mayor mortalidad alejada, observada en este estudio en los pacientes con Insuficiencia Cardíaca que presentaban una posición socio-económica más baja, aporta una prueba más de esa influencia.

La posición socio-económica es generalmente definida por los niveles de educación e ingreso, aún cuando la educación se ha utilizado, a menudo, como un indicador de la posición socioeconómica individual. Una publicación reciente en nuestro medio, ha sugerido que tendría incluso un mayor poder predictor de mortalidad por toda causa y de los factores de riesgo cardiovascular, que el ingreso económico<sup>6,7</sup>. En definitiva, se ha encontrado consis-

tentemente una relación inversa entre la educación y la mortalidad por toda causa, incluyendo las enfermedades crónicas y otras causales de mortalidad<sup>1, 2, 3, 6, 7</sup>.

En el presente trabajo, los autores se refieren más bien a "factores socioculturales" en los que incluyeron el nivel educacional e, indirectamente, el ingreso económico estimado (ya que no se midió directamente) por la actividad laboral (profesional, no profesional, desempleo) y el tipo de cobertura de salud.

Un importante hallazgo en el estudio de Castro y colaboradores es que los individuos de nivel "sociocultural" bajo fueron dados de alta con una terapia menos óptima que los de un nivel alto. Esto no debiera sorprender en un país como Chile, que todavía presenta grandes diferencias de ingreso y de oportunidades entre los estratos altos y bajos socioeconómicos<sup>4, 5, 6,7</sup>. También hubo diferencias entre ambos grupos en la terapia de ingreso, particularmente con las medicinas de mayor costo, favoreciendo a los de un nivel más alto. Por otra parte, fue llamativo que estas diferencias en terapias no parecieran existir cuando los pacientes tenían una fracción de eyección reducida.

¿En qué medida, diferencias en los tratamientos pudieran explicar la mayor mortalidad alejada en aquellos con un nivel socio-económico más bajo? El mayor uso de una terapia óptima en el momento del alta en los pacientes de un estrato socio-económico

---

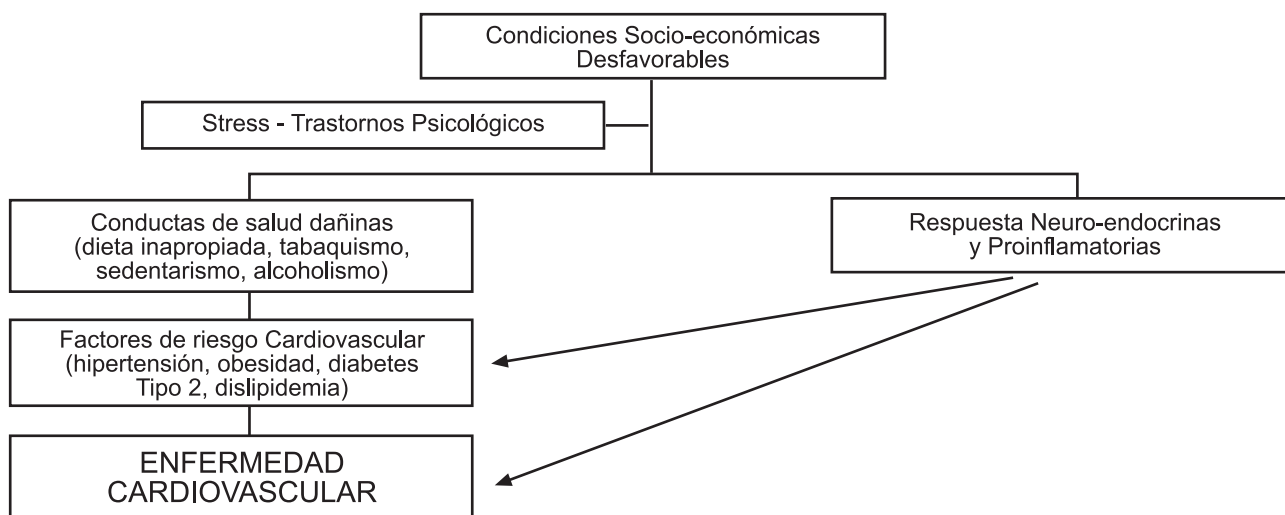
Correspondencia: Dr. Tomás Romero,  
MD, 831 Adella Ave, Coronado,  
CA 92118, USA  
Correo Electrónico: tomas.romero@sharp.com

elevado, especialmente de betabloqueadores, pudiera invocarse en apoyo de esa posibilidad. Sin embargo, en los pacientes con una fracción de eyección reducida y, por consiguiente, con el más alto riesgo, no hubo diferencias entre los grupos de ingreso alto y bajo en las terapias al momento del egreso hospitalario. Cabe comentar que en los pacientes con fracción de eyección disminuida, la mortalidad alejada fue menor en quienes tenían un nivel socioeconómico alto, a pesar de la similitud de las terapias.

Es de notar, además, que tampoco hubo diferencias en cuanto a la adherencia a las terapias en aquellos pacientes que fueron readmitidos, lo que hubiera aportado una explicación plausible a la mayor mortalidad a lejada en los pacientes de un estrato socio-económico bajo. Sin embargo, no se determinó si hubo diferencias en la adherencia en el seguimiento del resto de los pacientes, investigación que en el futuro pudiera ayudar en la interpretación de los resultados

del presente trabajo.

¿Qué otros factores pueden invocarse para explicar las diferencias en las expectativas de vida observadas en este estudio? Investigaciones previas han documentado la presencia de factores neuro-endocrinos e inflamatorios que pudieran estar en juego desencadenados por condiciones de stress psicológico<sup>8,9</sup>. Estudios recientes, uno de ellos proveniente de la cohorte de Framingham, han documentado factores pro-inflamatorios exacerbados en individuos de bajo nivel socio-económico<sup>10,11</sup>. Es concebible que en condiciones socio-económicas desfavorables se generen respuestas psicológicas negativas que a través de múltiples cadenas causales (adopción de conductas de salud nocivas, reacciones neuroendocrinas y proinflamatorias, etc.) ocasionen un riesgo de morbi-mortalidad cardiovascular mayor. Esta hipótesis es esquematizada en la Figura 1.



Tal como lo comentan Castro y colaboradores, es posible, además, que los pacientes con menor educación tengan un acceso limitado a recursos que de otra manera podrían estar a su alcance, aspecto que pudiera ser objeto de una investigación adicional en el futuro.

Programas educacionales durante la hospitalización pueden ser de ayuda, como lo demostró el

estudio CHAMP en pacientes después de un evento coronario<sup>12</sup> para mejorar la adherencia a las terapias, las expectativas de sobrevivida y en reducir las readmisiones, mientras el problema de fondo, ya sea las desigualdades en el acceso a la educación y en el ingreso, o “la causa de las causas”, como algunos las caracterizan<sup>13</sup>, disminuyen con los programas a largo plazo.

## Referencias

1. MARMOT M, SHIPLEY MJ, ROSE, G. Inequalities in Death: specific explanations of a general pattern. *Lancet* 1984; 1: 1003-1006.
2. BACKLUND E, SORLIEB PD, JOHNSON NJ. A comparison of the relationships of education and income with mortality: the national longitudinal mortality study. *Social Science&Medicine* 1999; 49: 1373-1384.
3. ADLER NE, BOYCE T, CHESNEY MA, FOLKMAN S, SYME L. Socioeconomic inequalities in health: no easy solution. *Journal of the American Medical Association* 1993; 269: 3140-3145.
4. SUBRAMANIAN S, DELGADO I, JADUE L, VEGA J, KAWACHI I. Income inequality and health: multilevel analysis of Chilean communities. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57: 844-8.
5. SANCHEZ H, ALBALA C. Desigualdades en salud: mortalidad del adulto en comunas del Gran Santiago. *Rev Med Chile* 2004; 132 :453-60.
6. KOCH E, ROMERO T, MANRÍQUEZ L, PAREDES M, ORTÚZAR E, TAYLOR A, et al. Desigualdad educacional y socioeconómica como determinantes de la mortalidad en Chile: análisis de sobrevivencia en la cohorte del proyecto San Francisco. *Rev Med Chile* 2007; 135: 1370-9.
- 6a. CASTRO P, VERDEJO H, GARCÉS E, CONCEPCIÓN R, SEPÚLVEDA L, LANAS F, et al. Influencia de factores socioculturales en la evolución alejada de pacientes con insuficiencia cardíaca. *Rev Chil Cardiol* 2009; 28: 51-62
7. KOCH E, ROMERO T, AKEL C, DIAZ C, MANRIQUEZ L, PAREDES M, et al. Impact of cardiovascular risk factors on the relationship between education and mortality. A Chilean prospective cohort study: the San Francisco Project. *Circulation* 2008; 117: 39-188.
8. NIJM J, KRISTENSON M, OLSSON AG, JONASSON L. Impaired cortisol response to acute stressors in patients with coronary disease. Implications for inflammatory activity. *J Intern Med* 2007; 262: 375–384.
9. PICKERING T. Cardiovascular pathways: socioeconomic status and stress effects on hypertension and cardiovascular function. *Ann NY Acad Sci* 1999; 896: 262-77.
10. LOUCKS EB, SULLIVAN LM, HAYES LJ, D'AGOSTINO RB, LARSON MG, VASAN RS, et al. Association of educational level with inflammatory markers in the Framingham Offspring Study. *Am J Epidemiol* 2006; 163: 622-8.
11. ALBERT MA, GLYNN RJ, BURING J, RIDKER PM. Impact of Traditional and Novel Risk Factors on the Relationship Between Socioeconomic Status and Incident Cardiovascular Events. *Circulation* 2006; 114: 2619-2626.
12. FONAROW GC, GAWLINSKI A, MOUGHRABI S, TILLISH JH. Improved treatment of coronary heart disease by implementation of a Cardiac Hospitalization Atherosclerosis Management Program (CHAMP) *Am J Cardiol* 2001; 87:819-82
13. MARMOT M. Social Determinants of Health Inequalities. *Lancet* 2005; 365:1099-1104