

**Circunstancias socioeconómicas y salud: limitaciones de la evidencia para la intervención y utilidad de las intervenciones que informan la evidencia**

*Enrique Regidor*

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública

Facultad de Medicina

Universidad Complutense de Madrid

Ciudad Universitaria, 28040 Madrid.

email: enriqueregidor@hotmail.com

Ponencia para la 6ª Reunión Científica de la Asociación Española de  
Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Madrid, 17-19 de noviembre de 2004

## 1. Introducción

En la presentación de esta reunión científica se señala que uno de los objetivos de la política sanitaria es la reducción de las desigualdades en salud. La justificación de la consideración de la igualdad en salud en el establecimiento de prioridades políticas se debe fundamentalmente a los dos motivos siguientes: a) a que las desigualdades en salud están en contra de una serie de valores de justicia y equidad y b) a la asunción de que la disminución de las diferencias socioeconómicas en salud, mediante la mejora de la salud en los grupos socioeconómicos bajos, aumentará la salud de la población.

No obstante, si el objetivo mencionado se quiere introducir en el debate sobre el papel que debe jugar la evaluación de las tecnologías sanitarias en el establecimiento de prioridades políticas, antes es preciso tener en cuenta algunas matizaciones a esas dos justificaciones. Así, en la primera de las justificaciones se suele asumir implícitamente que las desigualdades sociales son un correlato de las desigualdades en salud. Sin embargo, las desigualdades socioeconómicas pueden ir acompañadas de una distinta relación entre las circunstancias socioeconómicas y un determinado problema de salud, dependiendo del lugar y/o el tiempo histórico concreto (1). Por otro lado, la evidencia empírica no apoya la idoneidad de la segunda de las justificaciones señaladas: es frecuente observar una disminución en la frecuencia de problemas de salud en los grupos socioeconómicos bajos, sin que esto vaya acompañado de una disminución de las desigualdades sociales en esos problemas de salud; incluso, esa tendencia descendente se puede

acompañar de un aumento de las desigualdades sociales en salud, al menos en términos relativos (2).

## 2. Requisitos necesarios para la reducción de las desigualdades en salud

La disminución de las desigualdades en salud mediante la acción política precisa conocer la magnitud y tendencia de las desigualdades en salud, el mecanismo por el que las circunstancias socioeconómicas alteran el estado biológico de los individuos y la efectividad de las acciones para reducir las diferencias socioeconómicas en salud.

### *2.1. Evaluación de la magnitud y tendencia de las desigualdades en salud*

En la evaluación de la magnitud y tendencia de las desigualdades en salud, las variables utilizadas para caracterizar a individuos y áreas, desde el punto de vista socioeconómico, pueden ser poco adecuadas para la práctica de salud pública o para la política sanitaria. Esta situación se produce frecuentemente cuando se utilizan indicadores sintéticos de privación material para caracterizar las áreas geográficas desde el punto de vista socioeconómico. Además, en muchos casos, esta delimitación no coincide con las demarcaciones político administrativas.

De igual modo, los métodos utilizados para evaluar la magnitud y tendencia de las desigualdades en salud pueden ser de escasa relevancia para la asignación de recursos. Esta situación se produce frecuentemente dado que los investigadores se centran exclusivamente en la estimación de medidas de resultado relativas, cuando en la acción política –y, sobre todo, en la acción que conduce a la asignación de recursos- lo que interesa son las medidas de resultado absolutas. En cualquier caso, no hay un consenso acerca de cuáles son las medidas más idóneas para reflejar la magnitud y tendencia de las desigualdades en salud (3).

## *2.2. Mecanismo por el que las circunstancias socioeconómicas alteran el estado biológico de los individuos*

Las intervenciones para disminuir las diferencias en salud entre los grupos socioeconómicos precisa también comprender mejor los mediadores o el mecanismo por el que la clase social, la educación, los ingresos, el bienestar material o cualquier otra característica socioeconómica alteran el estado biológico de los individuos. Pero eso no es tarea fácil.

En muchas ocasiones se desconocen los mediadores a través de los cuales las circunstancias socioeconómicas se asocian a la aparición de problemas de salud. De igual forma, la certidumbre acerca de que la utilización de los servicios sanitarios disminuye las diferencias socioeconómicas en el curso clínico y en pronóstico de los problemas de salud de esto es muy escasa, a

pesar de las grandes probabilidades que a priori tiene esa hipótesis de ser verificada.

Por otro lado, una de las evidencias más aceptadas es que la relación entre estos indicadores socioeconómicos y la salud es lineal (4-5). Es decir, se asume que el efecto de las circunstancias socioeconómicas sobre la salud es en forma de gradiente. Sin embargo, la primera limitación para el establecimiento de intervenciones no es tanto el desconocimiento de las causas de ese gradiente, como la asunción de que es universal. La magnitud y el sentido del gradiente muestran variaciones de unas enfermedades a otras o de un periodo de tiempo a otro. Así, algunas localizaciones de cáncer y algunas enfermedades son más frecuentes en las clases socioeconómicas altas que en las bajas (6-7). De igual modo, la enfermedad isquémica del corazón también fue más frecuente en los hombres de las clases socioeconómicas altas hasta el último tercio del siglo XX en la mayoría de los países desarrollados, aunque a partir de ese momento se invirtió la relación y se convirtió en una enfermedad más frecuente en las clases socioeconómicas bajas (8). Las razones exactas de estos cambios se desconocen.

Igualmente la magnitud de la relación muestra variaciones de unos lugares a otros. En una investigación en la que se compararon las diferencias socioeconómicas en mortalidad y en morbilidad en varios países europeos en los años ochenta se obtuvieron resultados sorprendentes (9). Concretamente, los países nórdicos, caracterizados por una larga tradición en políticas sociales y económicas igualitarias, presentaron en hombres las diferencias

socioeconómicas en mortalidad más altas en términos relativos, mientras que países como España, Italia o Suiza presentaron las diferencias socioeconómicas en mortalidad más bajas.

Aunque también es posible que las causas que median la relación varíen de unos lugares a otros. La constatación de que no pueden asumirse explicaciones universales se pone de manifiesto cuando se observa la relación entre el nivel de estudios y la mortalidad en los adultos jóvenes en España. Concretamente, en investigaciones realizadas en Madrid y Barcelona se observó una fuerte asociación entre el nivel de estudios y mortalidad a en la década de los noventa (10-11). Esta fuerte asociación se debió a la alta mortalidad por sida y por otras enfermedades relacionadas con el consumo de drogas por vía parenteral y no refleja sino el impacto de la epidemia del consumo de drogas por vía parenteral que se inició en España a finales de los años setenta y que alcanzó su máxima expresión a finales de los años ochenta.

Puede argumentarse que determinadas intervenciones no precisan conocer los mediadores de la relación entre las circunstancias socioeconómicas y los problemas de salud, como es el caso de la asignación de recursos. Sin embargo, esas intervenciones sí deberían tener en cuenta la heterogeneidad de esa relación dependiendo del problema de salud. La trascendencia social, ética y política de este hecho es impredecible, ya eso socavaría determinados principios morales que subyacen en los juicios éticos acerca de la igualdad de una distribución de salud y, por otro lado, no es fácil justificar por la autoridad

política una mayor inversión en determinados recursos sanitarios en las zonas económicamente más ricas.

### *2.3. Efectividad de las acciones para reducir las diferencias socioeconómicas en salud.*

La evidencia empírica acerca de la efectividad de las intervenciones para reducir las diferencias socioeconómicas es muy escasa (12). El diseño de un estudio que evalúe la efectividad de estas intervenciones es complicado y, en pocas ocasiones, factible. Así, por ejemplo, no es posible ni pertinente plantearse la evaluación de las intervenciones sobre los determinantes socioeconómicos en salud en base a criterios de la inferencia científica. De igual modo, la realización de intervenciones aleatorizadas y controladas sobre los mecanismos intermedios conocidos tampoco es factible en la mayoría de las ocasiones.

### 3. La incertidumbre en el conocimiento ¿es un impedimento para la acción?

La imposibilidad de realizar intervenciones globales bajo los criterios estrictos de aleatorización y existencia rigurosa de grupo control no debe ser un impedimento para la acción. Probablemente lo que hay que plantearse es la necesidad de que las intervenciones políticas y de salud pública informen la evidencia (13). En este sentido, hay pruebas suficientes acerca del resultado

de intervenciones sobre los factores socioeconómicos y sobre los mecanismos intermedios o “determinantes más cercanos”, como las conductas de riesgo relacionadas con la salud o el acceso y utilización de los servicios sanitarios.

Así, por ejemplo, en el último cuarto de siglo XX se ha observado en la mayoría de los países desarrollados un aumento en el nivel medio de educación de la población, una disminución de la mortalidad y un aumento de las diferencias relativas en mortalidad según la educación (2). Por otro lado, este aumento de las diferencias socioeconómicas en mortalidad ha coincidido con periodos de aumento, con periodos de estabilización y con periodos de disminución de la desigualdad en la distribución de la renta (14). Igualmente, en España, las diferencias socioeconómicas en mortalidad y en otros problemas de salud aumentaron, mientras que la desigualdad en la distribución de los ingresos disminuyó en ese periodo (1).

Esos “experimentos naturales” muestran que las intervenciones cuyo objetivo es una distribución más igualitaria de los determinantes socioeconómicos de la salud –ingresos económicos, educación, etc - no tienen porqué ir acompañadas de una reducción en las diferencias socioeconómicas en salud. Sin duda, las políticas que disminuyen las diferencias socioeconómicas son poco apropiadas para reducir el gradiente socioeconómico en salud, sin embargo, esto no quiere decir que no se obtengan otros beneficios sociales, como por ejemplo justicia y armonía social. Además, algunas políticas públicas pueden lograr mejorar las condiciones de vida y el nivel de salud de la mayoría de la población: sería



difícil justificar la renuncia a las mismas porque no consiguen reducir las diferencias socioeconómicas en salud.

De la misma forma, la eliminación de barreras a la adopción de estilos de vida saludable, mediante políticas de promoción e información sobre salud y mediante políticas de servicios públicos, benefician al conjunto de la población, pero en mayor porcentaje los beneficiarios son los grupos socioeconómicos altos. En estos casos, es necesario plantearse la incorporación de otro tipo de intervenciones más pragmáticas, como las medidas basadas en programas de minimización del riesgo y reducción del daño, y replantearse determinadas políticas de incremento de los impuestos indirectos a través de precio. Estas últimas son altamente regresivas porque afectan a los que tienen menor recursos económicos y no hay evidencia de que consigan la modificación de la conducta.

Y, finalmente, es preciso reconocer algunos éxitos de algunas políticas públicas, como el logrado por los sistemas sanitarios universales en relación con la igualdad en el acceso y en la utilización de los servicios que ofrecen. En esta área es frecuente el debate social y político, sin que en la mayor parte de los casos se fundamente en hechos. Sirva como ejemplo un estudio realizado recientemente en Londres en el que no se han encontrado desigualdades sociales en la utilización de intervenciones cardiológicas - electrocardiograma de esfuerzo, angiografía y revascularización- entre aquellos que han experimentado alguna enfermedad isquémica del corazón. (16). O la ausencia de diferencias socioeconómicas en España en la mortalidad neonatal en recién

nacidos con menos de 2500 gramos, que como se sabe son niños que precisan cuidados en unidades de neonatología. Igualmente, en España, los resultados obtenidos a partir de fuentes de datos que permiten la comparación –temporal y entre grupos socioeconómicos- del tiempo de espera para ingreso hospitalario arrojan resultados alentadores: el tiempo de espera no ha aumentado y no se evidenciaron diferencias socioeconómicas en el mismo.

## Referencias

1. Regidor E. Utilización de la evidencia en las políticas de intervención sobre las desigualdades sociales en salud. En: Regidor E (ed). La utilización de la evidencia en las decisiones de política sanitaria. Alicante: Universidad de Alicante, 2003: 153-179.
2. Mackenbach JP, Bos V, Andersen O, Cardano M, Costa G, Harding S, Reid A, Hemström O, Valkonen T, Kunst AE. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six European countries. *Int J Epidemiol* 2003; 32: 830-837.
3. Regidor E. Measures of health inequalities (II). *J Epidemiol Community Health* 2004; 58: 900-903.
4. Adler NE, Boyce WT, Chesney MA, Folkman S, Syme L. Socioeconomic inequalities in health. *JAMA* 1993; 269: 3140-3145.
5. Marmot M. Multilevel approaches: rediscovering the role of the physical and social environment. En: Berkman LF, Kawachi I. *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000: 332-348.
6. Faggiano F, Partanen T, Kogevinas M, Boffeta P. Socioeconomic differences in cancer incidence and mortality. En: Kogevinas M, Pearce N,

- Susser M, Boffetta P. Social inequalities and cancer. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1997: 65-176.
7. Regidor E, Calle ME, Domínguez V, Navarro P Mortalidad según características sociales y económicas: estudio de mortalidad de la Comunidad Autónoma de Madrid. *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 726-731.
  8. Kawachi I, Marmot MG. Commentary: what can we learn from studies of occupational class and cardiovascular disease ? *Am J Epidemiology* 1998; 148: 160-163.
  9. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AEJM, Groenhouf F, Geurts JJM, EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet* 1997; 349: 1655-1659.
  10. Borrell C, Regidor C, Arias LC, Navarro P, Puigpinós R, Domínguez V, Plasencia T. Inequality in mortality according to educational level in two large Southern European cities. *Int J Epidemiol* 1999; 28: 58-63.
  11. Regidor E, De la Fuente L, Calle ME, Navarro P, Domínguez V. Unusually strong association between education and mortality in young adults in a community with a high rate of injection-drug users *Eur J Public Health* 2003; 13: 334-339.

12. Macintyre S, Chalmers I, Horton R, Smith R. Using evidence to inform health policy: case study. *BMJ* 2001; 322: 222-225.
13. Davey Smith, Ebrahim S, Frankel S. How policy informs the evidence. "Evidence based" thinking can lead to debased policy making. *BMJ* 2001; 322: 184-185.
14. Martikainen P, Valkonen T. Policies to reduce income inequalities are unlikely to eradicate inequalities in mortality. *BMJ* 1999; 319: 319.
15. Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Domínguez V, Calle ME, Navarro P. Comparing socioeconomic inequalities in perceived health in Spain: 1987 and 1995/97. *Soc Sci Med* 2002; 54: 1323-32
16. Britton A, Shipley M, Marmot M, Hemingway H. Does access to cardiac investigation and treatment contribute to social and ethnic differences in coronary heart disease ? Whitehall prospective cohort study. *BMJ* 2004; (Epub 2004 Jul 05.)

