

Estratificación socioeconómica y daños a la salud en México

Luis Ortiz-Hernández y Diana Pérez Salgado

Introducción

Dentro del campo de la salud pública se ha indagado la relación que mantienen la desigualdad socioeconómica y la pobreza, con la distribución de la salud, la enfermedad y la atención a la enfermedad. En el campo de la medicina social y la salud colectiva de México se han desarrollado planteamientos teóricos sobre las desigualdades socioeconómicas en salud y enfermedad.¹⁻³ En contraste, la producción de evidencia empírica sobre las disparidades socioeconómicas en salud es escasa.⁴⁻⁶

Por ejemplo, en 1970, Celis y Nava⁴ compararon las ocupaciones de las personas atendidas en Hospital General de México con aquéllas de consultorios privados, evidenciando que, en el primer grupo, el promedio de edad era menor (lo que posiblemente reflejaba la menor sobrevida) y el grado de avance de las enfermedades era mayor al recibir por primera vez atención. Aunque este estudio muestra las inequidades en salud, no cumple con el rigor metodológico de un estudio epidemiológico. Por otra parte, en los setentas y ochentas existieron autores^{1,3,7} que plantearon la necesidad de evidenciar las inequidades socioeconómicas en salud existentes en México. Sin embargo, la evidencia empírica de la que disponían y analizaron eran las estadísticas oficiales de morbilidad y mortalidad generales, es decir, los promedios de la población mexicana, sin distinguir entre estratos o clases sociales. López, en 1980, ya señalaba:

... pocos son los estudios que se han hecho en México para penetrar en la causalidad social de la enfermedad y para conocer su distribución diferencial específica por clases sociales...⁷ (pp. 40-1)

Por ello, el objetivo de este trabajo es documentar la relación de la estratificación socioeconómica y la pobreza, con la salud y la enfermedad en la población mexicana.

En el área de la salud pública, para explicar los problemas de salud y enfermedad más frecuentes, es común que se recurra a la teoría de la “transición epidemiológica” y al enfoque del “estilo de vida”. Ambos modelos teóricos han sido predominantes tanto en la gestión gubernamental como en los espacios académicos relacionados con la salud pública. En la teoría de la transición epidemiológica se plantea que la industrialización y urbanización de las sociedades se acompañan del desplazamiento de las enfermedades infecciosas como principales causas de muerte, por enfermedades crónicas no transmisibles.⁸ En el enfoque del “estilo de vida” se parte de la premisa de que las conductas de los sujetos (por ejemplo, el consumo de tabaco y alcohol, la dieta, la actividad física) pueden explicar tal incremento de las tasas de enfermedades crónico degenerativas.⁹

En la Tabla 1 puede apreciarse cierto apoyo a los conceptos mencionados, pues entre las causas más comunes de mortalidad en la población mexicana se encuentran varias enfermedades crónicas no transmisibles. Además, sin duda, algunas de las causas enlistadas tienen relación con las conductas de los sujetos. Por ejemplo, la diabetes mellitus, las cardiopatías isquémicas, la hipertensión y ciertas formas de cáncer están relacionadas con el sedentarismo y dietas altas en ciertos nutrientes (grasas saturadas o sodio), pero deficientes de otros

Luis Ortiz-Hernández. Doctor en Ciencias en Salud Colectiva; profesor-investigador, Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (DAS-UAM-X), México, D.F. Correo-e: lortiz@correo.xoc.uam.mx.

Diana Pérez Salgado. Licenciada en Nutrición; asistente de investigación, DAS-UAM-X. Correo-e: dpsalg@correo.xoc.uam.mx

(fibra o antioxidantes). Sin embargo, es importante subrayar que las causas de enfermedad vinculadas con condiciones de vida insalubres y la insatisfacción de necesidades básicas (desnutrición e infecciones), aún contribuyen con un número sustancial de muertes.

Tabla 1
Principales causas de mortalidad general en México, 2005

No.	Causas	Tasa ¹
1	Diabetes mellitus	63.0
2	Enfermedades isquémicas del corazón	50.0
3	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	25.9
4	Enfermedad cerebrovascular	25.7
5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	19.0
6	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	15.5
7	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	14.8
8	Infecciones respiratorias agudas bajas	14.1
9	Enfermedades hipertensivas	12.1
10	Nefritis y nefrosis	10.7
11	Agresiones (homicidios)	9.3
12	Desnutrición calórico proteica	7.9
13	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	6.6
14	Tumor maligno del estómago	5.0
15	Tumor maligno del hígado	4.5
16	Tumor maligno de la próstata	4.5
17	VIH/SIDA	4.4
18	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	4.0
19	Tumor maligno del cuello del útero	4.0
20	Enfermedades infecciosas intestinales	4.0

¹Tasa por 100,000 habitantes.

Fuente: Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud, 2007¹⁰

El uso de los enfoques mencionados, aunque tienen cierto apoyo empírico en las estadísticas de mortalidad, presentan una limitación al usarlas de manera aislada: dan la impresión de que la sociedad mexicana es homogénea y que las experiencias de salud y enfermedad son similares entre los diferentes grupos sociales. Sin embargo, como se muestra más adelante, existen diferencias

sistemáticas en la frecuencia de diferentes indicadores de salud y enfermedad; por lo cual se requieren otros modelos conceptuales que permitan explicar los patrones de salud y enfermedad en el nivel poblacional.

El enfoque de la epidemiología social

La epidemiología social está interesada en comprender cómo los procesos sociales, culturales, políticos y económicos determinan la distribución de la salud y la enfermedad en las poblaciones.^{11,12} Una premisa de la epidemiología social es que la realidad está organizada de forma jerárquica y los niveles de mayor complejidad, por lo regular, determinan a los de menor complejidad, aunque también se reconoce una relación dinámica y bi-direccional. Así, la organización social⁸ influye en otros fenómenos, como las características de las localidades y las familias (nivel meso o grupal); a su vez, los dos niveles anteriores influyen en la conducta, la biología y la subjetividad de los sujetos (nivel micro o individual). De este modo, se parte de la segunda premisa de que los procesos biológicos y psíquicos están subordinados a los procesos sociales.

Otra premisa de este enfoque es que para comprender los problemas colectivos de salud se debe entender la inserción de los grupos sociales dentro de una sociedad.^{13,14} Dicha inserción define una estructura de riesgos y oportunidades que limitan o promueven el desarrollo de las potencialidades inherentes al ser humano. A su vez, las estructuras de riesgos y oportunidades se expresan en perfiles de morbilidad y mortalidad específicos, que se deben a que las condiciones de existencia son relativamente similares en el interior de los grupos; pero diferentes entre los grupos.¹⁴

Si para comprender los problemas colectivos de salud se tiene como punto de partida el estudio de grupos sociales, entonces, no sólo se deben analizar los promedios de indicadores de salud (por ejemplo, la esperanza de vida), sino también su distribución o las diferencias entre individuos y grupos en el interior de la población.¹⁵

^a Este nivel macro o social incluye las formas de gobierno, las normas culturales y la estratificación socioeconómica.

En la epidemiología social, el concepto de desigualdad social es medular, ya que uno de sus ejes centrales es el estudio de las condiciones de vida y salud de grupos sociales. Las desigualdades sociales en el campo de la salud han sido definidas como disparidades de salud en un país y entre diferentes países que se consideran improcedentes, injustas, evitables e innecesarias y que gravan sistemáticamente a las poblaciones que han sido hechas vulnerables por las estructuras sociales subyacentes y por las instituciones políticas, económicas y legales.¹⁶ Entre las formas de desigualdad social existentes se encuentran las originadas por la estratificación socioeconómica o clase social, y las discriminaciones por género, raza/etnia¹⁴ u orientación sexual.

La estratificación socioeconómica es uno de los ejes más importantes en la formación de grupos sociales. La estratificación socioeconómica son las discrepancias que existen entre individuos y grupos que conforman una sociedad, derivadas del acceso diferencial a la riqueza material y al poder que deriva de ésta.¹⁷ El pertenecer a estratos socioeconómicos bajos implica exposición a más factores de riesgo y a menos oportunidades para desarrollar las potencialidades biológicamente “innatas” y socialmente valoradas, situación que, por lo regular, implica mayor probabilidad de presentar distintas enfermedades. La posición socioeconómica determina una estructura de oportunidades en tanto que impacta sobre las condiciones de vida,¹⁸ dicha estructura es relativamente homogénea entre los sujetos con la misma posición social, pero difiere entre sujetos que se ubican en diferentes puntos. La posición socioeconómica también tiene un vínculo estrecho con las formas con que los sujetos perciben y significan su entorno.

Una última discusión conceptual se refiere a la relación entre pobreza y estratificación socioeconómica. Existen sociedades con bajos niveles de pobreza y desigualdad (por ejemplo, los países del norte de Europa) pero, en otras, la desigualdad es elevada, a pesar de los bajos niveles de pobreza (por ejemplo, los Estados Unidos de Norteamérica). En el contexto mexicano, la pobreza no puede ser entendida sin incorporar el

componente de la desigualdad social. En muchos de los países de América Latina se tienen las dos características: una proporción importante de población es pobre y, además, las desigualdades entre grupos sociales son importantes. En México, el problema no es la ausencia de riqueza, sino que está concentrada; es decir, la desigualdad es la que genera pobreza, no la falta de desarrollo económico. Para ilustrar esta situación podemos ver que el Banco Mundial¹⁹ incluye a México, Costa Rica y Uruguay en la franja superior de los países de ingreso medio (*upper middle-income*). Por su parte, la Comisión Económica para América Latina (CEPAL)²⁰ reportó que entre 2008 y 2009, en esos países, el porcentaje de la población en pobreza fue de 34.8%, 18.9% y 10.4%; mientras que sus coeficientes de Gini: 0.515, 0.501 y 0.433.

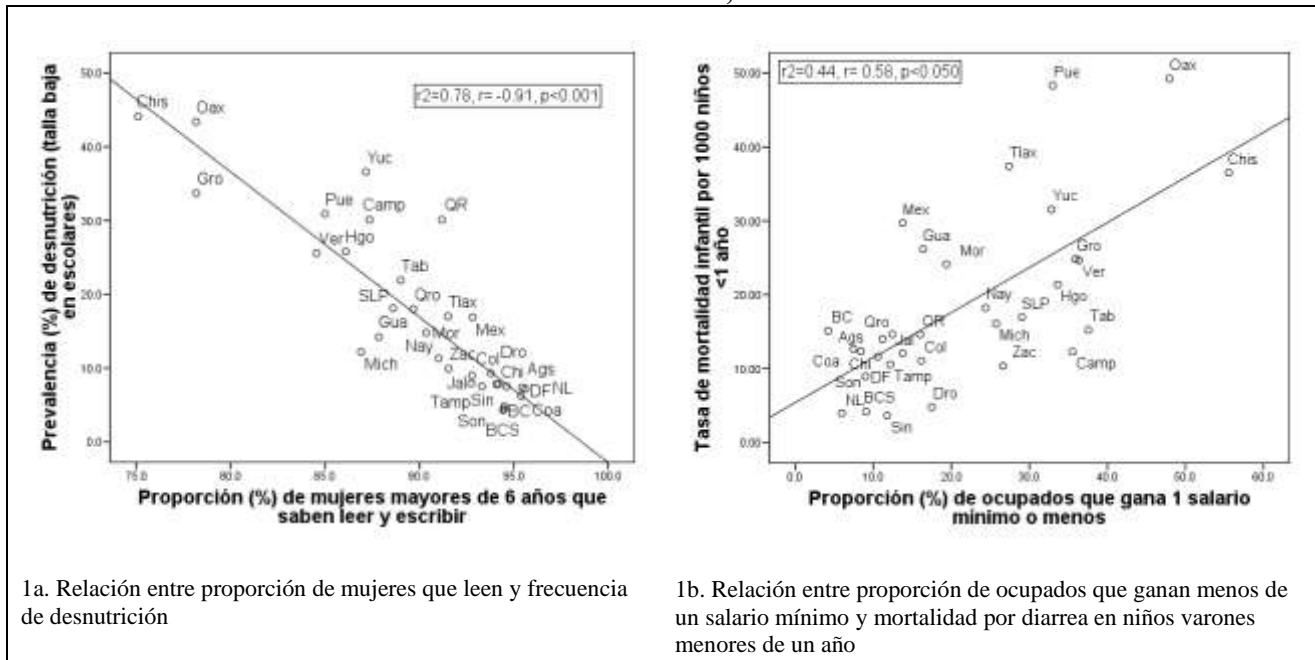
A nivel de los individuos, también se puede analizar el vínculo entre estratificación socioeconómica y pobreza. Como se verá en la siguiente sección, existe evidencia de que incluso dentro de la población que no es pobre, hay diferencias en salud. Lo anterior, sugiere que no sólo la pobreza, sino las diferencias socioeconómicas en sí pueden tener efectos negativos en la salud.

La evidencia empírica

En una primera aproximación a la desigualdad en salud en México, se puede analizar la asociación de las características socioeconómicas de los estados con la frecuencia de diferentes indicadores de enfermedad. En la Figura 1a se observa que conforme aumenta la proporción de mujeres que sabe leer y escribir, la de niños desnutridos se reduce. Por el contrario, el incremento de la proporción de ocupados que ganan menos de un salario mínimo se acompaña de incremento de la mortalidad por diarrea (Figura 1b). Es decir, los indicadores que denotan mejores condiciones de vida, se relacionan negativamente con los indicadores de morbilidad y mortalidad. Además, se puede apreciar la división geográfica que existe en México: los estados pobres, con mayor tasa de mortalidad infantil; y los estados con mayor desarrollo económico, con mejores indicadores de salud.

Figura 1

Asociación de características socioeconómicas con prevalencia de desnutrición y mortalidad infantil a nivel de los estados, México



Fuente: elaboración propia a partir del *Conteo de Población y Vivienda*, 2005, y datos de desnutrición y mortalidad reportada por la Secretaría de Salud.

Otro nivel en el que se puede examinar la desigualdad socioeconómica, es el municipal. En un estudio²¹ se analizó la relación entre características socioeconómicas de los municipios de México y la tasa de mortalidad infantil. En los municipios rurales, la mortalidad infantil de 1990 se incrementaba con el aumento de: el porcentaje de población sin instrucción, proporción de mujeres que no sabían leer y escribir, porcentaje de viviendas con hacinamiento y el índice de marginación del CONAPO.

En los municipios urbanos, entre los principales predictores de mortalidad infantil se encontraron: el ingreso promedio anual de las personas ocupadas, el porcentaje de analfabetismo, el índice de marginación del CONAPO, el porcentaje de viviendas con piso de tierra, el producto interno bruto (PIB) municipal por persona y la proporción de ocupados que no recibían ingreso.

De igual modo, los municipios de mayor nivel de marginación son los que presentan los niveles más altos de años de vida perdidos por enfermedades diarreicas, malnutrición proteicoenergética,

mortalidad materna, tuberculosis, alcoholismo y neumonía.⁶

Las comparaciones entre individuos son el tercer nivel en que se pueden analizar las diferencias socioeconómicas en salud. Brofman y Tuirán,¹⁸ a partir de los datos de la Encuesta Nacional Demográfica de México, realizada en 1982, operacionalizaron el concepto marxista de clase social y evaluaron la relación de ésta con la mortalidad infantil. Observaron que la probabilidad de muerte entre el nacimiento y el segundo año de edad fue más alta entre el proletariado agrícola (104.2 por 1000 nacidos), el proletariado típico en establecimientos menores (71.2 por 1000 nacidos) y la fuerza de trabajo “libre” no asalariada (69.8 por 1000 nacidos); mientras que lo contrario ocurrió con la burguesía (39.4 por 1000 nacidos) y la nueva pequeña burguesía (31.3 por 1000 nacidos).

En el Cuadro 2 se aprecia que conforme aumenta el ingreso, hay menor prevalencia de infección por hepatitis A. La infección por el virus de la hepatitis A es transmitida básicamente por el consumo de agua o de alimentos contaminados.

Cuadro 2
Prevalencia (%) de anticuerpos contra el virus de la hepatitis A de acuerdo a ingreso

Ingreso	Anticuerpos contra el virus de la hepatitis A		
	1 a 9 años	10 a 19 años	> 20 años
Cuartiles I y II	48	44.1	27.6
Cuartil III	86.2	78.5	75.1
Cuartil IV	99.5	99	96.8

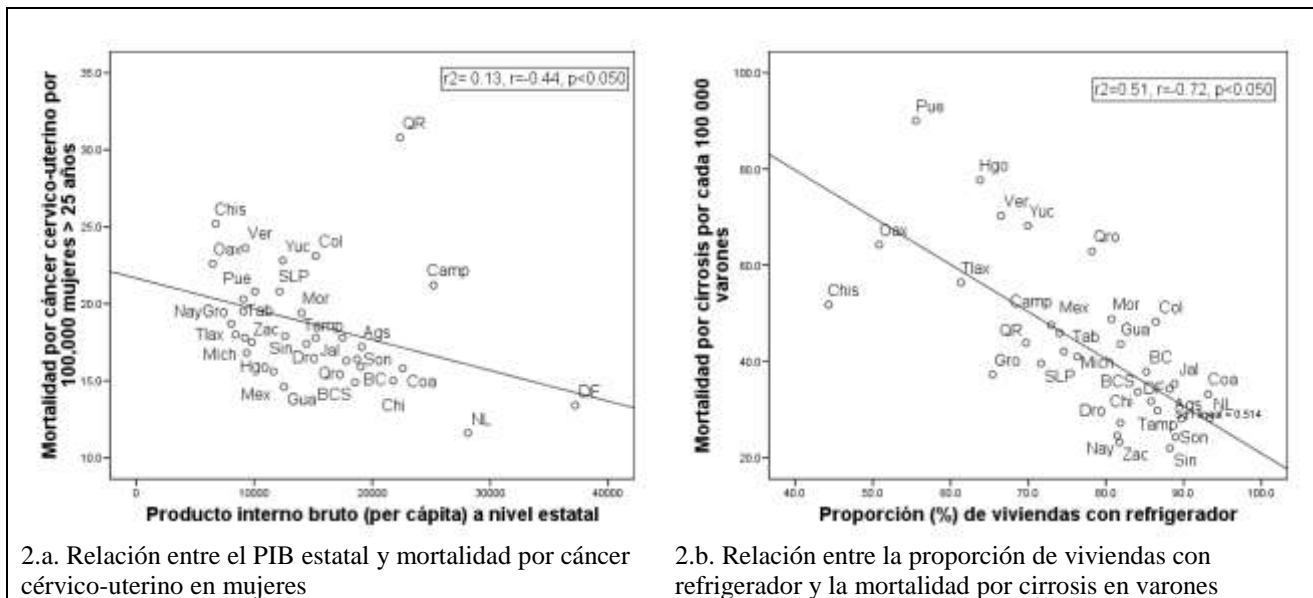
Fuente: Valdespino *et al.* 2007, ²²

Los datos descritos, documentan la relación bien conocida entre pobreza y enfermedades carenciales e infecciosas. Así, las relaciones pueden explicarse en los siguientes términos: los sujetos en pobreza tienen más dificultades para acceder a una alimentación adecuada, lo que en el largo plazo produce desnutrición crónica; a su vez, ésta última, junto con condiciones de vivienda insalubres, son las que provocan el incremento en la frecuencia de enfermedades infecciosas. A partir de este tipo de hallazgos empíricos y explicaciones, se llegó a proponer que las infecciones y las deficiencias nutricionales eran “enfermedades de la pobreza”, mientras que otras enfermedades, como las crónicas, eran “enfermedades de la riqueza”.²³

Sin embargo, como se describirá a continuación, además de las enfermedades infecciosas y carenciales, ahora las personas de baja posición socioeconómica presentan con mayor frecuencia varias enfermedades crónicas y otros problemas de salud.

En las Figuras 2a y 2b se muestra la relación de las tasas de mortalidad por dos enfermedades crónicas (cáncer cérvico uterino y cirrosis), con indicadores de desarrollo económico a nivel estatal. Los estados que tienen PIB más bajo tienden a presentar tasas más altas de mortalidad por cáncer cérvico-uterino (Figura 2a). De igual modo, el incremento de la proporción de viviendas donde

Figura 2
Asociación de características socioeconómicas con mortalidad por cáncer cérvico-uterino y cirrosis a nivel de los estados, México



Fuente: elaboración propia a partir del Censo de Población y Vivienda, 2005, y datos de desnutrición y mortalidad reportada por la Secretaría de Salud.

Tabla 3
Prevalencia (%) de sobrepeso, hipertensión y diabetes, de acuerdo a escolaridad

Escolaridad	Sobrepeso en mujeres ^a	Hipertensión en adultos ^b	Diabetes en adultos ^b
Ninguna	24.68	44	15.1
Primaria	21.84	35.3	9.7
Secundaria	13.11	25.7	4.5
Preparatoria	10.1	22.8	3.9
Licenciatura		22.9	4.8

Fuentes: ^a Hernández *et al.*, 1996 ²⁴, Olaiz *et al.*, 2000 ^b ²⁵.

hay refrigerador, se relaciona negativamente con la mortalidad por cirrosis en varones (Figura 2b). Cuando se analizan datos de morbilidad de enfermedades crónicas (sobrepeso, hipertensión y diabetes), de acuerdo a la escolaridad, se verifica un claro gradiente: conforme disminuye el grado de escolaridad aumenta la frecuencia de las enfermedades (Tabla 3). A diferencia de las carenciales e infecciosas, las crónicas difícilmente pueden ser atribuidas, de manera directa, a condiciones higiénicas deficientes o a un pobre consumo alimentario. Entonces, la pobreza ya no sólo está generando enfermedades carenciales e infecciosas, también se asocia con crónicas, que son las principales causas de muerte en nuestro país.

En países industrializados, se ha documentado que los sujetos de estratos socioeconómicos bajos tienen frecuencias más altas de obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitas.²⁶ Para explicar estas diferencias en la distribución de enfermedades crónicas, se ha planteado que los sujetos de estratos bajos no pueden acceder a una alimentación saludable (i.e. con suficiente cantidad de frutas y verduras), debido al precio de los alimentos; además de que se enfrentan a más obstáculos para realizar actividades físicas recreativas.^{27,28} Otra explicación que se ha postulado, es que las personas de estratos bajos tienen poco control sobre sus procesos de trabajo, lo anterior, junto con la situación de subordinación en la que se encuentran, genera en ellos respuestas neuro-endócrinas que han sido relacionadas con la aterogénesis.²⁹

En la Tabla 4 se puede apreciar que la infección por el virus de la hepatitis B es mayor entre las personas con menor ingreso, en las que son peones o trabajadores por cuenta propia

(quienes en su mayoría son trabajadores en el sector informal) y las analfabetas.

Tabla 4
Prevalencia (%) de anticuerpos contra virus de hepatitis V y de infección por VIH, de acuerdo a distintos indicadores de posición socioeconómica

	Anticuerpos contra el virus de hepatitis B ^a
Ingreso	
Cuartil I	4.9
Cuartil II	3.2
Cuartil III	2.8
Cuartil IV	2.6
Posición en el trabajo	
Patrón	1.1
Empleado	1.9
Trabajador por su cuenta	3.9
Peón	4.1
Alfabetismo	
Sí	2.9
No	8.1
	Infección por VIH ^b
Escolaridad	VIH
Primaria <	0.24
Secundaria	0.19
Preparatoria/técnica	0.24
Profesional >	1.0
Por posición en el trabajo	
Empleado/obrero	0.28
Jornalero/peón	0.41
Patrón	0.0
Trabajador por su cuenta	0.21
Trabajador sin pago	3.07

Fuentes: ^a Valdespino *et al.*, 2007 ³⁰, Valdespino *et al.*, 2007 ^b ³¹

La hepatitis B tiene un modo de transmisión distinta a la hepatitis A, pues la primera lo hace por vía parenteral (i.e. sangre contaminada), sexual o perinatal.

En la Tabla 4 también se puede verificar que la infección por VIH es más frecuente entre los trabajadores sin pago y los que son jornaleros y peones, pero menor entre los patrones. Sin embargo, es de notar que son los sujetos de mayor escolaridad los que presentan mayor riesgo de presentar infección por VIH. En México, la principal forma de transmisión de la infección por VIH es la vía sexual, por lo cual, el uso consistente de condón es una medida preventiva que ha sido promovida.

En la Tabla 5 puede apreciarse que entre las personas de menor escolaridad, es menos frecuente el uso de condón y el haberse realizado la prueba para detectar la infección por VIH. Esta situación señala la doble desigualdad existente, ya que las personas que están en desventaja social están más sujetas a contraer la infección (dada su menor tasa de uso de condón) y, al mismo tiempo, son las que con menor frecuencia se realizan la prueba para diagnosticar la infección, por lo cual, serán las que con mayor probabilidad desarrollen la enfermedad (i.e. SIDA).

Tabla 5
Prevalencias (%) de uso de condón y realización de prueba para detectar VIH de acuerdo a escolaridad

Escolaridad	Uso de condón	Prueba para VIH
Primaria <	18.9	8.1
Secundaria	16.5	11.7
Preparatoria/técnica	21.0	14.5
Profesional >	24.1	16.9

Fuente: estimaciones propias a partir de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño, 2002.

En el Tabla 6 se observa que, en los adultos, la frecuencia de depresión es mayor en los sujetos que viven en hogares de menores ingresos; este patrón ocurre tanto en hombres como en mujeres. Cuando se trata de la percepción de un estado de salud bueno (un indicador positivo), el patrón se invierte, es decir, los sujetos de estratos bajos presentan menos probabilidad de reportar que

perciben que su salud es buena (Tabla 6). Al respecto, se ha observado que la gente que responde que su estado de salud es bueno o muy bueno, tiene menor probabilidad de muerte prematura.

Tabla 6
Prevalencias (%) de depresión y percepción de buena salud, de acuerdo a ingreso en adultos mexicanos

Ingreso	Depresión		Percepción de buena salud	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Cuartil I	3.3	5.8	5.8	3.8
Cuartil II	2.4	5.4	5.4	4.4
Cuartil III	2.1	5.6	6.4	5.3
Cuartil IV	2.0	4.6	7.7	6.1

Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño, 2002.

Finalmente, aunque la frecuencia de atropellamientos se incrementa conforme se desciende de nivel socioeconómico, los choques de automóvil son experimentados con mayor frecuencia por personas de estratos altos (Tabla 7).

Tabla 7
Prevalencia (%) de accidentes de tráfico de acuerdo a índice de nivel socioeconómico

Nivel socioeconómico	Accidentes de tráfico	
	Choque	Atropellamiento
I	0.38	0.25
II	0.39	0.23
III	0.83	0.19
IV	1.40	0.18

Fuente: Ávila-Burgos *et al.*, 2006³².

Comentarios finales

En la introducción se presentaron las principales causas de muerte en México y se constataba que coexisten enfermedades infecciosas y desnutrición, con enfermedades crónicas, lesiones y accidentes. La explicación predominante a este perfil de mortalidad, ha sido la teoría de la transición epidemiológica y el concepto de estilo de vida. Sin embargo, las estadísticas (producto de encuestas transversales representativas) que se revisan en la

segunda parte muestran que los promedios enmascaran un patrón consistente: en la mayoría de las causas de enfermedad existe un gradiente socioeconómico en el cual las personas de baja posición presentan mayor probabilidad de presentar daños a la salud. Entonces, es pertinente plantear que muchos (pero no todos) de los problemas de salud pública son los problemas de las personas de estrato bajo.

Al igual que en otras sociedades,^{33,34} en México, la desigualdad socioeconómica tiene expresiones en diferenciales de morbi-mortalidad. De este modo, las personas con situación socioeconómica más precaria presentan tasas más altas de mortalidad infantil y eventos en salud relacionados con un desarrollo económico incipiente (e.g. infecciones y desnutrición). Una explicación a este patrón, es que los estratos socioeconómicos bajos experimentan con más frecuencia carencias materiales, las cuales limitan el consumo de alimentos y promueven la existencia de condiciones de vida insalubres.³

Sin embargo, en la población mexicana las personas de bajo nivel también experimentan tasas más altas de sobrepeso, diabetes e hipertensión. Para comprender las diferencias socioeconómicas en patologías crónicas, se requieren marcos explicativos que consideren cómo las condiciones de trabajo¹³ y de vida,³⁵ en conjunto con los estilos de vida,⁹ pueden estar vinculados con ciertos cambios en la biología y la subjetividad de los individuos. Algunas explicaciones tentativas indican que la gente de los estratos bajos enfrenta más estrés social, vive en lugares donde hay pocas oportunidades de recreación⁹ y se perciben subordinados dentro de la estructura social.³⁶

Si bien muchos problemas de salud derivan de las conductas de los sujetos, éstas últimas no dependen exclusivamente de la decisión individual, sino que dependen de las opciones que tienen. Mantener una alimentación saludable, tener actividad física o utilizar condón, dependen, en gran medida, de los recursos materiales y simbólicos que disponen los hogares y los sujetos.

Desde la epidemiología social, las estrategias de prevención deben estar dirigidas a los tres niveles descritos previamente (social, grupal e individual),

por lo cual, la solución a los problemas de salud no es una cuestión exclusiva del sector salud o de los profesionales de la salud.^{37,38} En el nivel social, entre las estrategias que pueden promover la salud se encuentran: la distribución de la riqueza a través de políticas de empleo y salario o políticas dirigidas a reducir la discriminación por género, etnia u orientación sexual.^{34,39} Asimismo, los gobiernos pueden contribuir regulando los medios de comunicación, reglamentando la producción y la comercialización de bienes (e.g. alimentos, tabaco y alcohol) o garantizando la satisfacción de necesidades básicas, como servicios de salud, alimentación adecuada, recreación y transporte.^{14,26,37} Además, de los programas focalizados de combate a la pobreza (i.e. OPORTUNIDADES), pueden contemplarse otras medidas –que van más allá del sector salud– como son un ingreso mínimo que permita costear todos los satisfactores necesarios para mantener “conductas saludables”. Se ha propuesto que la concreción de dicho ingreso mínimo se puede realizar a través de políticas laborales y económicas, como programas de capacitación para el empleo, estímulos fiscales para empleadores para que contraten personas de estratos bajos, transferencias monetarias para personas cuyo ingreso son menores al mínimo, seguros de desempleo, regulación de precios de bienes básicos, entre otros.^{40,41} Estos cambios implican modificaciones sustanciales de las instituciones gubernamentales, los cuales se logran a través de la movilización política.^{14,40}

En el nivel de los grupos, los programas encaminados a promover la salud incluyen la creación de “ambientes saludables” en las escuelas, los lugares de trabajo y las comunidades. Finalmente, se reconoce la necesidad de proporcionar información en salud y atención clínica a los sujetos, pero esto no es suficiente si no existen cambios en los otros dos niveles. De este modo, reducir las inequidades en salud requiere de políticas intersectoriales que, aunque incluyen la atención médica, no se agotan con ella.

Referencias

- (1) Córdova A, Leal G, Martínez O. El ingreso y el daño. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 1989.

- (2) López A. La salud desigual en México. 1a. ed. México: Siglo XXI Editores, 1980.
- (3) Menendez E. Poder, estratificación y salud. México: Ediciones de la Casa Chata, 1981.
- (4) Celis A, Nava J. Patología de la pobreza. *Revista Médica del Hospital General* 1970; 33:371.
- (5) Lozano R, Infante C, Schlaepfer L, Frenk J. Desigualdad, pobreza y salud en México. México: El Nacional, 1993.
- (6) Lozano R, Zurita B, Franco F, Ramírez T, Hernández P, Tores J. México: marginalidad, necesidades y asignación de recursos en el ámbito municipal. En: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Whirt M, editores. *Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2001: 300-319.
- (7) López. A. La salud desigual en México. 1a. ed. México: Siglo XXI Editores, 2011.
- (8) Consejo Nacional de Población (CONAPO). Veinticinco años de transición epidemiológica en México. En: CONAPO: La situación demográfica de México. CONAPO 1, editor. 15-27. 1999. México.
- (9) Ortiz-Hernández L. La necesidad de un nuevo paradigma en el campo de la alimentación y nutrición. En: Soto E, Guinsberg Ec, editors. *Temas y desafíos en Salud Colectiva*. Buenos Aires, Argentina: 2007: 127-152.
- (10) Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud. 2007.
- (11) Kawachi I. Social epidemiology. *Social Science & Medicine* 2002; 54(12):1739-1741.
- (12) De Almeida-Filho N. Epidemiología sin números. Organización Panamericana de la Salud, 1992.
- (13) Laurell AC. Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. En: Rodríguez MI, editor. *Lo biológico y lo social*. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud, 1994: 1-19.
- (14) Breilh J. Epidemiología crítica, Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003.
- (15) Gwatkin DR. Health inequalities and the health of the poor: What do we know? What can we do? *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78(1):3-18.
- (16) Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55(10):693-700.
- (17) Wohlfarth T. Socioeconomic inequality and psychopathology: Are socioeconomic status and social class interchangeable? *Social Science & Medicine* 1997; 45(3):399-410.
- (18) Bronfman M, Tuiran R. La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez. *Cuad Med Soc* 1984; 29-30:53-75.
- (19) World Bank. Classification of economies. 2003.
- (20) CEPAL. Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2010. Santiago, Chile: Las Naciones Unidas, 2010.
- (21) Ortiz-Hernández L, López M, Ortega ME, Rivera JA, Laurel AC. Mortalidad infantil y desigualdad socioterritorial en México. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, 2002.
- (22) Valdespino JL, Ruiz-Gómez J, Olaiz-Fernández G, Arias-Toledo E, Conde-Glez CJ, Palma O *et al*. Seroepidemiología de la hepatitis A en México. Sensor de inequidad social e indicador de políticas de vacunación. *Salud Publica Mex* 2007; 49(supl 3):S377-S385.
- (23) Ezzati M, Vander HS, Lawes CM, Leach R, James WP, Lopez AD *et al*. Rethinking the "diseases of affluence" paradigm: global patterns of nutritional risks in relation to economic development. *PLoS Med* 2005; 2(5):e133.
- (24) Hernández B, Peterson K, Sobol A, Rivera J, Sepulveda J, Lezana MA. Overweight in 12-49 year-old women and children under 5 years of age in Mexico. *Salud Publica Mex* 1996; 38(3):178-188.
- (25) Olaiz G, Rojas R, Barquera S, Shamah T, Aguilar C, Cravioto P *et al*. Encuesta Nacional de Salud 2000. 2 La salud de los adultos. 2003. Cuernavaca, Morelos, México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- (26) The Stationery Office. Independent Inquiry into Inequalities in Health. London: The Stationery Office, 1998.
- (27) Ortiz-Hernández L. Disparidad socioeconómica en la disponibilidad de infraestructura para actividad física deportiva en los municipios de México. *Revista Salud Pública y Nutrición* 2005; 6(5).
- (28) Ortiz-Hernández L, Delgado-Sánchez G, Hernández-Briones A. Desigualdad social, alimentación y obesidad en México. En: Bertran M, Arroyo P, editores. *Antropología y Nutrición*. México: FUNSALUD-Fondo Nestlé para la Nutrición, UAM Xochimilco, 2006: 237-256.
- (29) Brunner E. The social and biological basis of cardiovascular disease in office workers. En:

- Blane D, Brunner E, Wilkinson R, editores. Health and social organization. Routledge, London: 1996: 272-297.
- (30) Valdespino JL, Conde-Glez CJ, Olaiz-Fernández G, Palma O, Sepúlveda J. Prevalencia en México de la infección y el estado de portador de la hepatitis B en adultos. *Salud Publica Mex* 2007; 49(supl 3):S404-S411.
- (31) Valdespino JL, García-García ML, Conde-Glez CJ, Olaiz-Fernández G, Palma O, Sepúlveda J. Prevalencia de infección por VIH en la población adulta en México: una epidemia en ascenso y expansión. *Salud Publica Mex* 2007; 49(supl 3):S386-S394.
- (32) Ávila-Burgos L, Medina-Solis CE, Pérez-Nuñez R, Híjar M, Aracena-Genao B, Hidalgo-Solorzano EC *et al.* Prevalencia de accidentes de tránsito no fatales en México: resultados de la ENSANUT 2006. *Salud Publica Mex* 2008; 2008(50):supl 1-S38.
- (33) Townsend P, Nick D, Whitehead M. *Inequalities in Health: the Black Report and the Health Divide.* London: Penguin: 1992.
- (34) Castellanos PL. Perfil de mortalidade, nível de desenvolvimento e iniquidades sociais na região das américas. En: Barradas R, Lima M, Almeida NF, Peixoto R, editores. *Equidad e saúde. Contribuciones da epidemiologia.* Río de Janeiro: ABRASCO, 1997: 137-160.
- (35) Laurell AC. Impacto das políticas sociais e econômicas nos perfis epidemiológicos. En: Barradas R, Lima M, Almeida NF, Peixoto R, editores. *Equidad e saúde. Contribuciones da epidemiologia.* Río de Janeiro: ABRASCO, 1997: 83-101.
- (36) Ortiz-Hernández L. Distribución de los trastornos mentales de acuerdo a la estratificación socioeconómica en adultos de México. Tesis. Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva. Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco, 2008.
- (37) McKinlay JB. The promotion of health through planned sociopolitical change: challenges for research and policy. *Soc Sci Med* 1993; 36(2):109-117.
- (38) Whitehead M. The Concepts and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services* 1992; 22(3):429-445.
- (39) Dahlgren G. Efficient equity-oriented strategies for health. *Bull World Health Organization* 2000; 78(1):79-81.
- (40) Heymann SJ. Health and social policy. In: Berkman LF, Kawachi I, editors. *Social epidemiology.* Oxford University Press, 2000: 368-382.
- (41) Boltvinik J. Algunas tesis y reflexiones sobre la pobreza en México. En: Laurell AC, editor. *Hacia una política social alternativa.* México: Instituto de Estudios de la Revolución Democrática – Fundación Friedrich Ebert Stiftung, 1996: 97-129.

Fecha de recibido: 07 de julio de 2010.

Fecha de aprobación: 28 abril de 2011.

Conflicto de intereses: ninguno.



Medicina Social
Salud Para Todos