

## DETERMINANTES SOCIALES EN ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

ALBERTO RUIZ CANTERO, RODRIGO SABIO, PASCUAL VALDEZ, LUIS CÁMERA,  
MIGUEL SERRA VALDÉS, RAUL LEDESMA, MIGUEL BLANCO ASPIAZU

## Estado Actual del Conocimiento

En la *"Declaración Universal de Derechos Humanos"*, se hace referencia como un principio básico, que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad<sup>1</sup>.

En el año 1974 Marc Lalonde, ministro de Salud de Canadá, publicó *"Nuevas perspectivas sobre la salud de los canadienses"*, documento que se conoce como *"El Informe Lalonde"*<sup>2</sup>. De esta forma se establecieron los determinantes sociales de la salud y generó un cambio transformador en los Sistemas Sanitarios, pasando del modelo tradicional al bio-psico-social. En dicho documento se genera una dependencia de la salud de cuatro dimensiones: la biología humana, el entorno en el que vivimos (medio ambiente), los estilos de vida y la organización de la atención sanitaria. Además, prioriza la promoción de salud y la prevención primaria sobre la prevención secundaria y terciaria y ahora cuaternaria.

La *"Resolución de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal"* del año 2013, en su punto 4 invita a los Estados Miembros a que adopten un enfoque multisectorial y se ocupen de los determinantes de la salud dentro de cada sector, incorporando la salud en todas las políticas, y tomar en consideración los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud, con miras a reducir las desigualdades en materia sanitaria<sup>3</sup>. En el mismo se reconoce la cobertura sanitaria universal y hace especial hincapié en el acceso a las poblaciones más necesitadas, así como con la capacidad necesaria para adoptar medidas amplias de salud pública, asegurar la protección de la salud y tomar en consideración los determinantes de la salud mediante políticas en distintos sectores, en particular la promoción de la educación sanitaria de la población<sup>3</sup>. También manifiesta que la cobertura sanitaria universal implica que todos tengan acceso, sin discriminación, a un conjunto de servicios médicos

básicos de promoción, prevención, cura y rehabilitación que se ajusten a las necesidades, así como a medicamentos esenciales, seguros, asequibles, eficaces y de calidad; al tiempo que se asegura que la utilización de esos servicios no suponga graves dificultades económicas para los usuarios, en particular los sectores vulnerables y marginados de la población<sup>3</sup>.

La *"Cobertura sanitaria universal"*, tal como la define la Organización Mundial de la Salud (OMS), es aquella en donde todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos<sup>4</sup>. Abarca todo el espectro de servicios de salud esenciales de calidad, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

La OMS define a los determinantes sociales de la salud como las condiciones socio-económicas, políticas, culturales y medioambientales en las que las personas viven y se desarrollan, en la *"Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud"*, Rio de Janeiro (Brasil), en octubre de 2011<sup>5</sup>.

En definitiva, los determinantes sociales son los que generan los factores de riesgo que condicionan la aparición de enfermedades crónicas incluyendo la enfermedad cardiovascular (ECV) y éstas a su vez la carga de enfermedad y por tanto discapacidad y mortalidad. Por todo ello, los determinantes sociales deben incorporarse a la historia clínica de una forma u otra, recabando también datos sobre la biología humana, como estudios genéticos como por ejemplo en el hipercolesterolemia familiar; entorno y estilos de vida de las personas.

La exclusión en salud es una parte de la exclusión social y se define como: "la falta de acceso de ciertos grupos o personas a bienes, servicios y oportunidades que mejoren o preserven su estado de salud y de las cuales otros individuos o grupos disfrutan"<sup>6</sup>.

Existen diferentes índices para medir la pobreza poblacional o la exclusión social, además de los locales o regionales, el más utilizado en Europa es la tasa de riesgo de pobreza o exclusión social AROPE (por sus siglas en lengua inglesa, *At Risk Of Poverty or social Exclusion*). En la nueva definición de 2021 se define como aquella población que está al menos en alguna de estas tres si-

tuciones: Riesgo de pobreza, Carencia material y social grave, baja intensidad en el empleo.

En los países en desarrollo se utiliza el Índice de Pobreza Multidimensional<sup>7,8</sup>.

El nivel educativo influye directamente sobre la esperanza de vida y la salud.

La soledad tiene implicaciones significantes con varias enfermedades mentales y físicas que influye negativamente en las ECV.

El nivel socioeconómico es un factor de riesgo en gran medida no reconocido en la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares.

## Riesgos

Existe un gradiente social en las enfermedades cardiovasculares, que vincula a las personas con condiciones sociales desfavorables con un mayor riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular y a su vez de tener un peor pronóstico una vez que la enfermedad se ha producido. Estudios que evaluaron factores de riesgo cardiovascular en países de bajos, medianos y altos ingresos, mostraron que, a igual puntaje de riesgo, los pacientes en países de bajos y medianos ingresos tenían una mayor mortalidad por enfermedad cardiovascular<sup>9</sup>.

El tener un contexto social desfavorable, o padecer de discriminación, tienen un impacto negativo en la ECV, afectando la adherencia del tratamiento, empeorando la falla cardíaca, el control de la hipertensión arterial y mayor probabilidad de infartos<sup>10</sup>.

La evidencia reciente muestra que el bajo nivel socioeconómico, las experiencias adversas en la infancia, el menor apoyo social, la reducción de los conocimientos sobre salud y el acceso limitado a la atención médica se asocian con un mayor riesgo de ECV y peores resultados de salud<sup>11</sup>.

## Recomendaciones

– **En la entrevista clínica preguntar el nivel educativo de la persona que se atiende, ya que el mismo influye directamente sobre la esperanza de vida y la salud; teniendo además importancia en la adherencia terapéutica**<sup>12,13</sup>.

– **Valorar la autopercepción de salud:** Un mes antes de su atención actual, diría que su percepción de salud es: Excelente, Muy buena, Buena, Regular, Mala, Muy mala.

La autopercepción de la salud es un predictor independiente de mal pronóstico. Así, las personas con “mala” autopercepción de salud tienen mayor riesgo de mortalidad en comparación con quienes la perciben como “excelente”<sup>14</sup>.

– **Preguntar acerca de la Cobertura Sanitaria:** ¿Tiene cobertura sanitaria? Sistema Sanitario Público, Compañía proveedora de asistencia, etc. La cobertura sanitaria universal es definida por la OMS que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos. Abarca todo el espectro de servicios de salud<sup>4</sup>.

– **Preguntar acerca del acceso a medicamentos que le sean prescritos**

¿Tiene acceso a los medicamentos que se le han prescrito?

Tiene posibilidad económica para su compra

Tiene una deducción económica por la compra

La Resolución de las Naciones Unidas reconoce que todos tengan acceso a los medicamentos esenciales, seguros, asequibles, eficaces y de calidad, al tiempo que se asegura que la utilización de esos servicios no suponga graves dificultades económicas para los usuarios, en particular los sectores pobres, vulnerables y marginados de la población<sup>3</sup>.

– **Valorar la soledad, dado que** tiene implicaciones con varias enfermedades físicas y mentales como la depresión, el alcoholismo, problemas cardiovasculares, dificultades del sueño, alteración del sistema inmunológico, enfermedad de Alzheimer, estado de salud general y mortalidad temprana<sup>15, 16</sup>.

– **Tener en cuenta los aspectos socioeconómicos** que identifiquen poblaciones con mayor vulnerabilidad, para realizar las intervenciones sociales correspondientes y seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas en este contexto<sup>17, 18</sup>.

Abordar con políticas públicas los determinantes sociales en salud es prioritario y deberían formar parte de las agendas de los diferentes países en lo que respecta a la pobreza, el desarrollo de cobertura sanitaria universal, acceso a la educación, incluida la educación sanitaria, entre otros aspectos.

A modo de conclusión, los determinantes sociales de la salud influyen en los factores de riesgo, las enfermedades y los resultados cardiovasculares. Abordarlos puede ser un desafío y requerirá un enfoque multidisciplinario y de múltiples niveles, que involucre medidas de salud pública y cambios en los sistemas de salud<sup>11</sup>.

## Bibliografía

1. Declaración Universal de Derechos Humanos. En: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>; consultado septiembre 2022.
2. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa, ON: Minister of Supply and Services Canada. 1974. Retrieved from Public Health Agency of Canada. En: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>; consultado septiembre 2022.

3. Resolución de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal de 14 de marzo de 2013. En: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N12/483/49/PDF/N1248349.pdf?OpenElement>; consultado septiembre 2022.
4. Cobertura sanitaria universal OMS. 01 de abril de 2021. En: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)); consultado septiembre 2022.
5. Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud: documento de trabajo. ISBN 978 92 4 350240 3. (Clasificación NLM: WA 525). 2011. En: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44731>; consultado septiembre 2022
6. Organización Panamericana de la Salud. Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe Washington, D.C.: OPS,2004. En: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6251/9275325278.pdf?sequence=4&isAllowed=y>; consultado septiembre 2022.
7. Instituto Nacional de Estadística (INE). Nota de prensa. 29 de junio de 2022. En: [https://www.ine.es/prensa/ecv\\_2021.pdf](https://www.ine.es/prensa/ecv_2021.pdf); consultado septiembre 2022.
8. Índice de Pobreza Multidimensional. En: <https://mppn.org/es/aplicaciones/ipm-global/>; consultado septiembre 2022.
9. Yusuf S, Rangarajan S, Teo K, et al. Cardiovascular risk and events in 17 low-, middle-, and high-income countries. *N Engl J Med* 2014; 371:818- 27.
10. Singh R, Javed Z, Yahya T, et al. Community and Social Context: An Important Social Determinant of Cardiovascular Disease. *Methodist Debakey Cardiovasc J* 2021; 17: 15-27.
11. Mannoh I, Hussien M, Commodore-Mensah Y, Michos ED. Impact of social determinants of health on cardiovascular disease prevention. *Curr Opin Cardiol* 2021; 36:572-9.
12. Blanes A, Trías Llimós S. Vivir menos y con peor salud: el peaje de la población menos instruida de España. *Perspectives Demográfiques*. Julio 2021. N° 024. En: [https://ced.cat/PD/PerspectivesDemografiques\\_024\\_ESP.pdf](https://ced.cat/PD/PerspectivesDemografiques_024_ESP.pdf); consultado septiembre 2022.
13. Roy B, Kiefe CI, Jacobs DR, et al. Education, Race/Ethnicity, and Causes of Premature Mortality Among Middle-Aged Adults in 4 US Urban Communities: Results from CARDIA, 1985-2017. *Am J Public Health* 2020; 110: 530-6.
14. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 267-75.
15. Rico-Urbe LA, Caballero FF, Martín-María N, Cabello M, Ayuso-Mateos JL, Miret M. Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis. *PLoS One* 2018; 13:e0190033.
16. Office of National Statistics. UK. Measuring loneliness: guidance for use of the national indicators on surveys. Methodological guidance on how to use the recommended loneliness questions for adults and children and how to interpret and report the findings. Last revised: 5 December 2018. En: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/wellbeing/methodologies/measuringlonelinessguidanceforuseofthenationalindicatorsonsurveys>; consultado octubre 2022.
17. Kimenai DM, Pirondini L, Gregson J, et al. Socioeconomic deprivation: An important, largely unrecognized risk factor in primary prevention of cardiovascular disease. *Circulation* 2022; 146: 240-8.
18. Schultz WM, Kelli HM, Lisko JC, et al. Socioeconomic status and cardiovascular outcomes: challenges and interventions. *Circulation* 2018; 137: 2166-78.