



Revista argentina de cardiología

ISSN: 1850-3748

Sociedad Argentina de Cardiología

HERSHSON, ALEJANDRO R.

Del nivel socioeconómico al riesgo cardiovascular

Revista argentina de cardiología, vol. 89, núm. 4, 2021, Julio-Agosto, pp. 383-384

Sociedad Argentina de Cardiología

DOI: <https://doi.org/10.7440/res64.2018.03>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305369822022>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEH [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## Del nivel socioeconómico al riesgo cardiovascular

### *From Socioeconomic Status to Cardiovascular Risk*

A lo largo del tiempo, las enfermedades cardiovasculares (ECV) en general y la enfermedad de las arterias coronarias en particular, se han relacionado con factores genéticos, dietéticos y conductuales, lo que ha sido investigado en numerosos estudios.

El estatus socioeconómico (ESE), medida compuesta del nivel económico y social de un individuo, evaluado como una combinación de logros (educación, ingresos, ocupación y riqueza general) ha sido reconocido desde hace mucho tiempo como un factor de riesgo cardiovascular. (1)

Las (ECV) son la principal causa de muerte a nivel mundial. Se estima que 17,9 millones de personas murieron por dicho motivo en 2019, lo que representa el 32% de todas las muertes en el mundo. Más de las tres cuartas partes de las muertes por ECV se produjeron en países de ingresos bajos y medianos. (2)

Las inequidades globales son evidentes: según datos de la OMS la menor expectativa de vida al nacer ocurre en Lesotho y es de 50 años, mientras que la mayor es de 84 años en Japón. (3)

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) la región de América Latina y el Caribe es la más desigual del mundo y la pandemia irrumpió en un escenario económico, social y político complejo, en un contexto de bajo crecimiento y elevados niveles de informalidad laboral. Por los efectos de la pandemia, la CEPAL proyecta una caída del 9,1% del producto bruto interno (PBI). (4)

La situación económica de cada país, el gasto sanitario per cápita, las políticas de información y prevención, y el acceso de los ciudadanos a las modernas modalidades diagnósticas y terapéuticas son algunos de los factores principales que determinan la prevalencia de la ECV así como su morbilidad y mortalidad. (5)

Al mismo tiempo la campaña sistemática de información ciudadana que se desarrolló en los últimos años en Europa, que tiene como objetivo la mejora de la salud, de los hábitos de comportamiento dietético y la evitación del tabaquismo, está claramente dando sus frutos, ya que en un número importante de países la enfermedad coronaria está experimentando un claro descenso. (6)

Los ciudadanos que pertenecen a los estratos más bajos de los países de ingresos altos, se ven afectados por una combinación de factores, que incluyen su situación financiera, su educación, su ocupación profesional y cualquier problema inherente asociado a ella, así como una serie de problemas ambientales. (7)

Es precisamente esta parte de la población la que experimenta mayor estrés laboral y es más propensa y vulnerable a hábitos dietéticos y de conducta (por ejemplo, fumar) poco saludables, a menudo asociados a una rutina diaria desfavorable. Es evidente que, en tales casos, una alfabetización en salud podría contribuir a limitar los riesgos potenciales. (8)

Al analizar la importancia del ESE para los ciudadanos de países y sociedades con PBI bajo o medio, es importante señalar que a menudo, los factores de riesgo para ECV de estas poblaciones son menores que para las poblaciones de altos ingresos; sin embargo, varios estudios han destacado a la mejora educativa como el factor socioeconómico más importante para reducir las ECV y elegir, ante las dificultades cotidianas, comportamientos que les ayuden a evitarlas. (5, 9) Las personas con menor acceso a la educación en estos países tienen mayor incidencia y mortalidad por ECV y una atención de salud notablemente peor. Las políticas para reducir las inequidades en salud a nivel mundial deben incluir estrategias para superar las barreras a la atención, especialmente en este grupo poblacional. Por supuesto, ningún factor socioeconómico por sí solo, es suficiente para alterar los resultados ya que generalmente existe una interacción entre varios de ellos.

La asociación de la educación con la mortalidad es mayor que lo que se observa con la riqueza o los ingresos, ya que influye en múltiples condiciones desde la niñez en adelante, como vivir o trabajar en entornos más sanos, y un mejor acceso a servicios de salud y recursos sociales.

La mala calidad alimentaria, fue el principal factor de riesgo conductual para las ECV en los países de bajos ingresos, lo que indica que la inversión en educación puede tener amplios beneficios para la salud, pudiendo conducir incluso a reducciones en la mortalidad CV y no CV relacionada.

El déficit educativo fue la cuarta causa de muerte en los países de mayores ingresos. En los de ingresos medios, fue el tercer factor de riesgo individual de muerte, después de la hipertensión y el tabaco. En los países de bajos ingresos aproximadamente el 80% de las muertes se explicaron por los factores de riesgo modificables. En estos además del consumo de tabaco y el menor acceso a la educación, la mala alimentación y la contaminación del aire tuvo impacto mucho mayor sobre la mortalidad en comparación con los países de ingresos medianos y altos. (10,11)

El contexto económico y la pandemia acrecentaron las inequidades en salud y ampliaron la población vulnerable. Sin Salud la economía no avanzará. Vulnerabilidad, informalidad, pobreza, desigualdades, requieren de políticas públicas que eviten el despilfarro y redirijan los recursos hacia un mejor gasto social. La salud es un derecho humano y debemos garantizarla.

**Dr. Alejandro R. Hershson**

Presidente Sociedad Argentina de Cardiología

## BIBLIOGRAFÍA

1. Schultz WM, Kelli HM, Lisko JC, Varghese T, Shen J, Sandesara P, et al. Socioeconomic Status and Cardiovascular Outcomes: Challenges and Interventions. *Circulation* 2018; 137(20):2166-78. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.029652>
2. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
3. [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-birth-\(years\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-birth-(years))
4. [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45840/4/S2000462\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45840/4/S2000462_es.pdf)
5. Rosengren A, Smyth A, Rangarajan S, Ramasundarahettige C, Bangdiwala SI, AlHabib KF, et al. Socioeconomic status and risk of cardiovascular disease in 20 low-income, middle-income, and high-income countries: the Prospective Urban Rural Epidemiologic (PURE) study. *Lancet Glob Health* 2019;7(6):e748-e760. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30045-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30045-2)
6. Moran AE, Forouzanfar MH, Roth GA, Mensah GA, Ezzati M, Murray CJ, et al. Temporal trends in ischemic heart disease mortality in 21 world regions, 1980 to 2010: the Global Burden of Disease 2010 study. *Circulation* 2014;129(14):1483-92. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.113.004042>
7. Yusuf S, Joseph P, Rangarajan S, Islam S, Mente A, Hystad P, et al. Modifiable risk factors, cardiovascular disease, and mortality in 155 722 individuals from 21 high-income, middle-income, and low-income countries (PURE): a prospective cohort study. *Lancet* 2020;395(10226):795-808. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32008-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32008-2)
8. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012;12:80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
9. de Mestral C, Stringhini S. Socioeconomic Status and Cardiovascular Disease: an Update. *Curr Cardiol Rep* 2017;19(11):115. <https://doi.org/10.1007/s11886-017-0917-z>
10. Yusuf S, Joseph P, Rangarajan S, Islam S, Mente A, Hystad P, et al. Modifiable risk factors, cardiovascular disease, and mortality in 155 722 individuals from 21 high-income, middle-income, and low-income countries (PURE): a prospective cohort study. *Lancet* 2020;395(10226):795-808. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32008-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32008-2)
11. Tousoulis D, Oikonomou E, Vogiatzi G, Vardas P. Cardiovascular disease and socioeconomic status. *Eur Heart J* 2020;41(34):3213-4. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa405>