



Desigualdad socioeconómica y salud en México

Luis Ortiz-Hernández,^a Diana Pérez-Salgado,^a Silvia Tamez-González^a

Socioeconomic inequality and health in Mexico

Objective: To establish the relationship between socioeconomic inequality and health problems amongst Mexican population reviewing studies with national or regional representation.

Methods: A literature search was performed at national and international databases using the following keywords: health, disease, mental disorders, nutrition, food, social class, social status, unemployment, employment, occupation, income, wage, poverty and socioeconomic status. Reports of national or regional surveys conducted from the nineties were included.

Results: Mostly, diseases events were more common among people from low socioeconomic status: anencephaly, viral infections, anemia, transit accidents by run over, metabolic syndrome, hypertension, affective disorder, anxiety and substances abuse; some malignancies, difficulties to perform activities of daily living, and poor perceived health status. On the opposite, as it goes down in the social scale, are less frequent some protective factors (e.g. fruits or vegetables intake and physical activity) and there is less access to medical aid and preventive interventions (e.g. condom use or diagnosis and treatment for HIV infection, hypertension or obesity).

Conclusions: Socioeconomic status affects all living conditions; therefore, its effects are not confined to certain diseases, but a general precarious state of health. The conceptual and public policy implications related with social inequalities in health are discussed.

Keywords Palabras clave

Socioeconomic status	Estatus socioeconómico
Social class	Clase social
Health	Enfermedad
Social determinants of health	Determinantes sociales de la salud.

Introducción

En las últimas décadas a nivel mundial ha existido un creciente interés por el estudio y la erradicación de las disparidades en salud. En el año 2008 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud¹ (OMS) publicó el reporte *Subsanar las desigualdades en una generación*, en el cual se ejemplifican las diferencias socioeconómicas entre y al interior de los diferentes países seleccionados. En la tercera recomendación general que emitió dicha comisión se establece que es necesario reconocer que conseguir que se evalúe la magnitud de la inequidad sanitaria a nivel nacional y mundial es un punto de partida esencial para la acción. Las desigualdades e inequidades sociales en el campo de la salud han sido consideradas improcedentes, injustas, e innecesarias (aunque no inevitables, ni irremediables), ya que agravan sistemáticamente las condiciones de las poblaciones vulnerables, dadas las estructuras sociales subyacentes y las instituciones políticas, económicas y legales.²

Es bien reconocido que entre los rasgos característicos de la sociedad mexicana se encuentra la concentración de la riqueza y que la mayoría de su población vive y ha vivido en situación de pobreza. La población en situación de pobreza de patrimonio (es decir, con insuficiencia de ingresos para cubrir necesidades de alimentación, salud, educación, vestido, vivienda y transporte) pasó de 53.1 % en 1992 a 69.0 % en 1996, para descender a 42.7 % en 2006 y tener un repunte a 51.3 % en el año 2010.³ La pobreza alimentaria (que se refiere a la insuficiencia de ingresos para cubrir necesidades de alimentación) en el 2010 era experimentada por el 18.8 % de la población, y la pobreza de capacidades (la insuficiencia de ingresos para cubrir necesidades de alimentación, salud y educación) por el 26.7 %. Esta elevada tasa de pobreza se debe en gran medida a la concentración del ingreso: el 10 % de los hogares más ricos del país concentran el 34.6 % del ingreso monetario corriente, mientras que al 60 % de los hogares más pobres les corresponde el 26.6 % del mismo.⁴

En México varios grupos de académicos iniciaron el estudio de las desigualdades sociales desde la década de los setenta; sin embargo, las aproximaciones fueron metodológicamente deficientes debido a que no utilizaron muestras representativas.⁵ A partir de finales de la década de los ochenta comenzaron a reali-

^aDepartamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, Distrito Federal, México

Comunicación con: Luis Ortiz-Hernández
Teléfono: 01 (55) 5483 7573, Fax: 52(55) 5483 7218.
Correo electrónico: lortiz@correo.xoc.uam.mx

Resumen

Objetivo: establecer la relación entre la desigualdad socioeconómica y los problemas de salud en la población mexicana a partir de la revisión de estudios con representatividad nacional o regional.

Métodos: la revisión bibliohemerográfica se realizó consultando bases de datos nacionales e internacionales, mediante el uso de las siguientes palabras clave: salud, enfermedad, trastornos mentales, nutrición, alimentación, clase social, estrato social, desempleo, empleo, ocupación, ingreso, salario, pobreza, nivel socioeconómico y estatus socioeconómico. Se incluyeron los reportes de encuestas nacionales y regionales realizados a partir de la década de los noventa.

Resultados: la mayoría de los eventos de enfermedad fueron más comunes entre las personas de baja posición socioeconómica. Asimismo, conforme se desciende de la escala social, son menos frecuentes los factores protectores y es menor el acceso a la atención médica y a las medidas preventivas.

Conclusiones: la posición socioeconómica afecta la totalidad de las condiciones de vida de las personas, por lo que sus efectos no se reducen únicamente a ciertas enfermedades, sino que condiciona un estado de salud precario. Las implicaciones conceptuales y en política pública de las desigualdades en salud son ampliamente discutidas.

zarse en nuestro país encuestas con representatividad en los niveles nacional, regional y local; numerosos datos obtenidos a partir de las mismas han sido publicados en revistas nacionales e internacionales. Los resultados de estos estudios deben ser sistematizados pues además de su representatividad, en la mayoría de los casos se han realizado siguiendo protocolos adecuados de medición de las variables de interés.

Considerando lo anterior, el objetivo del presente estudio fue identificar la relación existente entre la desigualdad socioeconómica y los problemas de salud en la población mexicana a partir de la revisión de los estudios con representatividad nacional llevados a cabo a partir de la década de los noventa.

Métodos

Se realizó una búsqueda bibliohemerográfica sobre investigaciones que han analizado la relación entre estratificación socioeconómica y salud-enfermedad en México a través de las siguientes bases de datos: MedLine (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/>), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) (<http://www.scielo.org>), Periódica y Clase de la Dirección General de Bibliotecas de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Índice de Revistas Médicas Latinoamericanas (IMBIOMED) y las compilaciones incluidas en las EBSCO HOST Research Databases (Academic Search Premier, Fuente Académica, Medica Latina, Medline, Psychology and Behavioral Sciences y Sociological Collection).

Los criterios de inclusión de los estudios fueron que estos tuvieran entre sus objetivos abordar empíricamente la relación entre estratificación socioeconómica y salud, y reportar datos representativos de un área geográfica bien definida (municipio, estado o nacional) de México. Se excluyeron los estudios ecológicos, pues el interés era documentar la relación

existente entre la posición social con los eventos de salud a nivel individual. La búsqueda se restringió a los documentos publicados entre 1990 y 2012.

En cada base de datos se realizó una búsqueda con las siguientes palabras clave: salud, enfermedad, trastornos mentales, nutrición, alimentación, clase social, estrato social, desempleo, empleo, ocupación, ingreso, salario, pobreza y socioeconómico. Adicionalmente, se revisaron las referencias bibliográficas de los artículos para identificar otros que no se hubieran encontrado en las bases de datos consultadas. Posteriormente, los estudios fueron clasificados de acuerdo al grupo de edad estudiado, formándose tres grupos: niños y adolescentes (menores de 18 años); adultos (18 a 49 años) y adultos mayores (50-60 años o más). Los límites de edad fueron difíciles de establecer, pues en cada estudio se utilizaron diferentes criterios; por ello, cuando se incluía a menores de 49 años, el estudio fue ubicado en el de los adultos (aunque se incluyeran personas de 60 o más años), pero cuando se incluyó a personas mayores de 50 años, estas se ubicaron en los estudios de adultos mayores. Los estudios que incluían a personas de 12 años o más, sin presentar subgrupos de edad, se ubicaron en los estudios de adultos.

De cada estudio se extrajo la siguiente información: población, medición de los eventos de salud, medición de la posición socioeconómica o estatus socioeconómico y resultados en términos de diferencias en las tasas de prevalencia o medidas de asociación. Los cuadros con la información detallada de cada estudio fueron enviados como material suplementario para la evaluación del artículo y pueden ser solicitados a los autores.

Por las restricciones de espacio, aquí se presenta una síntesis de los hallazgos de los estudios. Se realizaron tres cuadros (niños y adolescentes; adultos, y personas mayores de 50 años) que resumen los resultados de 48 estudios. En los cuadros de resultados, la asociación se señaló como negativa (es decir, que la

frecuencia del evento era menor en las personas con mejor posición socioeconómica) o positiva (la frecuencia del evento era mayor en las personas con mejor posición socioeconómica) cuando existían diferencias entre por lo menos dos grupos. Se consideró que existía alguna diferencia o asociación cuando los estudios reportaban un valor de $p < 0.050$ (cuando se comparaban proporciones, tasas o medias), o intervalos de confianza que no contenían a la unidad (en el caso de medidas de asociación, como razones de momios o razones de prevalencias) o los intervalos de confianza no se traslapaban (en el caso de medidas de tendencia central). Para el caso de los estudios que reportaron medidas de tendencia y no reportaban significación estadística se consideró que existía asociación, cuando había una relación lineal entre el indicador de estratificación socioeconómica y el evento de salud.

Resultados

En el cuadro I se presenta la revisión sobre estudios realizados en niños y adolescentes. Los niños y adolescentes pertenecientes al estrato socioeconómico bajo (identificado este con alguno de los siguientes indicadores: hogares de bajos ingresos, padres analfabetas, malas condiciones de vivienda, menor pertenencia de bienes o que no participaban en un programa de transferencia monetaria) presentaron mayor probabilidad de presentar anticuerpos para el virus de la hepatitis A, así como menor consumo de frutas y verduras; también cubrían una menor proporción de los requerimientos de energía y micronutrientes, como vitamina A y zinc. El riesgo de anencefalia es más frecuente en los estratos bajos. Los niños en edad preescolar y escolar de baja posición socioeconómica tuvieron mayor riesgo de susceptibilidad al poliovirus 1 y a la anemia, así como mayores concentraciones de cortisol.

En los adolescentes de baja posición socioeconómica (aquellos con menor gasto mensual o cuyos padres tienen baja escolaridad y con bajo estatus social subjetivo respecto a la sociedad) fue menos habitual el uso de condón y más frecuente la infección por herpes, así como la susceptibilidad de presentar enfermedades de severidad moderada.

Por el contrario, los niños y adolescentes con mejor posición socioeconómica (asistencia a escuela privada, trabajo remunerado, mayor escolaridad de la madre) tuvieron mayor probabilidad de presentar sobrepeso u obesidad. Los adolescentes de ese grupo también tuvieron índices de consumo de alcohol más elevados, y con mayor frecuencia reportaron que percibían enfermedades de severidad leve.

El consumo de tabaco en adolescentes en algunos casos se relacionó con los indicadores de mejor

posición socioeconómica, y en otros con aquellos que denotan baja posición social. En los adolescentes no existieron diferencias entre estratos socioeconómicos en la percepción general del estado de salud, ni en el uso de drogas diferentes al tabaco y alcohol.

En el cuadro II se presenta la revisión de los estudios realizados en adultos mexicanos. La población de baja posición socioeconómica (es decir, de menor escolaridad, analfabeta o baja posición en el trabajo, que percibía tener menor estatus social subjetivo dentro del país, experimentaba inseguridad financiera, que provenía de hogares en pobreza o de bajo ingreso, o que residía en viviendas con malas condiciones) tuvo mayor riesgo de infección por *v. cholerae* y por los virus de la hepatitis A, B, y de la inmunodeficiencia humana, así como de presentar anticuerpos antitreponémicos, de sufrir accidentes de tránsito por atropellamiento, tener síndrome metabólico e hipertensión (diagnosticada al momento de la encuesta y al morir), de percibir que su estado de salud no era bueno y de experimentar síntomas o trastornos afectivos, de ansiedad y por abuso de sustancias. Las mujeres que vivían en hogares de baja posición socioeconómica tuvieron mayor riesgo de presentar neoplasia intraepitelial cervical, así como síntomas depresivos o anemia. En las personas de baja posición socioeconómica también fue menos frecuente que realizaran actividad física o que fueran diagnosticadas con obesidad y recibieran atención y tratamiento; además de que tendían a consumir menor cantidad de frutas y verduras, al tiempo que entre ellas fue más alta la prevalencia de ingesta inadecuada de energía, proteínas y nutrientes (vitaminas A y C, hierro, zinc y calcio). Entre las personas de baja escolaridad fue menos frecuente el uso de condón y el haberse realizado la prueba para detectar la infección por VIH.

Por el contrario, las personas con mejor posición socioeconómica (mejores condiciones de vivienda, menor hacinamiento y mayor pertenencia de bienes) presentaron mayor frecuencia de accidentes de tránsito por choque y de hipertensión por diagnóstico previo.

Los resultados de los estudios realizados sobre la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y obesidad son inconsistentes. Por una parte, en las personas que vivían en hogares con más infraestructura y bienes existió mayor probabilidad de padecer DM2; por otra, entre las personas con menor escolaridad y con un menor índice socioeconómico hubo mayor prevalencia de dicha patología. También se ha observado que entre las personas con menor escolaridad, un mayor porcentaje ha enfermado de DM2 a temprana edad (antes de los 40 años). En el caso de la obesidad, se ha relacionado positivamente con indicadores basados en el gasto familiar y condiciones de la vivienda (la prevalencia fue mayor en los de mejor posición), pero

Cuadro I Revisión de la literatura sobre la asociación de la estratificación socioeconómica con eventos de salud en la población infantil y hasta 21 años

Población (grupos de edad)	Factor socioeconómico analizado	Evento	Asociación*
Recién nacidos-SVEDTN de Puebla, Guerrero y Estado de México ⁶	Escolaridad de la madre, ingreso y ocupación de la madre	Riesgo de anencefalia	Negativa
De 1 a 9 años-ENSA 2000 ⁷	Alfabetismo del jefe de familia	Riesgo de susceptibilidad al poliovirus 1	Negativa
De 1 a 19 años-ENSA 2000 ⁸	Ingreso familiar	Anticuerpos contra el virus de la hepatitis A	Negativa
De 2 a 6 años de zonas rurales (< 2500 habitantes) pertenecientes a familias de bajos ingresos ⁹	Inscripción al programa gubernamental PDHO	Concentraciones de cortisol en saliva	Negativa
Preescolares, escolares y adolescentes-ENSANUT 2006 ¹⁰	Índice de condiciones de bienestar de la vivienda	Consumo de frutas y verduras	Positiva en consumo de frutas en preescolares y escolares y en consumo de verduras en los tres grupos de edad
De 1 a 4 años-ENSANUT 2006 ¹¹	Índice de nivel socioeconómico	Ingesta inadecuada de energía y nutrientes (grasa, vitaminas A y C, folato, hierro, cinc y calcio)	Negativa para energía, grasa, vitaminas A y C, cinc y calcio
De 5 a 11 años-ENSANUT 2006 ¹²	Índice de nivel socioeconómico	Ingesta inadecuada de energía y nutrientes (vitaminas A y C, folato, hierro, cinc y calcio).	Negativa en energía y todos los nutrientes
De 12 a 19 años-ENSANUT 2006 ¹³	Índice de nivel socioeconómico	Ingesta inadecuada de energía y nutrientes (proteína, vitaminas A y C, folato, hierro, cinc y calcio)	Negativa en hombres para vitaminas A y C, hierro, cinc y calcio y en mujeres para energía, proteína, vitamina A y cinc
Menores de 12 años-ENSANUT 2006 ¹⁴	Índice de nivel socioeconómico.	Prevalencia de anemia: hemoglobina < 110 g/L para niños de 12 a 71 meses y < 120 g/L para niños de 6 a 11 años de edad	Negativa
Menores de 5 años-ENN 1988 ¹⁵	Escolaridad del jefe de familia	Sobrepeso	Sin asociación
De 2 a 18 años - ENSANUT 2006 ¹⁶	Índice de nivel socioeconómico	Prevalencia de sobrepeso y obesidad según los criterios del <i>International Obesity Task Force</i>	Positiva en todos los grupos etarios
De 10 a 21 años de edad de localidades suburbanas de zonas de alta marginación- encuesta de evaluación del PDHO ¹⁷	Indicador de pobreza, trabajo remunerado, asistencia a escuela y tipo de escuela (privada, pública)	Consumo de tabaco	Positiva en trabajo remunerado y asistencia a escuela privada, y negativa en pobreza y asistencia a escuela
Adolescentes de hogares pobres de pequeñas áreas urbanas ¹⁸	Gasto monetario mensual y escolaridad según edad	Consumo de tabaco y alcohol, uso de condón e infecciones de transmisión sexual (<i>Chlamydia</i> , anticuerpos específicos para herpes tipo 2)	Positiva en consumo de alcohol y uso de condón por gasto y negativa en consumo de tabaco por escolaridad según edad y en herpes tipo 2 por gasto
Adolescentes de comunidades urbanas pobres de siete estados ¹⁹	a) PSEO: escolaridad de la madre y gasto monetario. b) ESSS y ESSS	Tabaquismo, consumo de alcohol y uso de drogas	Positiva en consumo de tabaco y alcohol con PSEO y por ESSS, negativa en consumo de tabaco y alcohol con ESSS y sin asociación con uso de drogas
De 12 a 19 años de escuelas de Morelos ²⁰	Escolaridad de la madre, escolaridad del padre, ocupación de la madre y ocupación del padre	Autorreporte de enfermedad y de la severidad (moderada o leve) de la misma	Negativa en autorreporte de enfermedad de severidad moderada y positiva en el de severidad leve

*Basado en medidas de significación estadística

SVEDTN = sistema de vigilancia epidemiológica para defectos del tubo neural; ENSA = encuesta nacional de salud; ENSANUT = encuesta nacional de salud y nutrición; EPDHO = Programa de Desarrollo Humano Oportunidades; PSEO = posición socioeconómica objetiva; ESSS = estatus social subjetivo dentro de la comunidad; ESSS = estatus social subjetivo dentro de la sociedad

Cuadro II Revisión de la literatura sobre la asociación de la estratificación socioeconómica con eventos de salud en adultos de México

Población	Posición socioeconómica	Evento	Asociación
Casos reportados de cólera en 1991-6 en México ²¹	Índice de pobreza	Incidencia de cólera	Positiva ●
Población mayor de 20 años-ENSA 2000 ²²	Alfabetismo, posición en el trabajo (PT) e ingreso	Infección por el virus de hepatitis C (VHC)	Sin asociación
Población mayor de 20 años-ENSA 2000 ²³	Alfabetismo, posición en el trabajo e ingreso	Infección por el virus de hepatitis B	Negativa con alfabetismo ●
Personas de 20 años y más-ENSA 2000 ⁸	Ingreso familiar	Anticuerpos totales contra el virus de hepatitis A	Negativa ●
Población mayor de 20 años-ENSA 2000 ²⁴	Alfabetismo	Anticuerpos antitreponémicos	Negativa ▲
Población mayor de 20 años-ENSA 2000 ²⁵	Escolaridad y posición en el trabajo (PT)	Infección por virus de inmunodeficiencia humana	Negativa con PT ▲ Sin asociación con escolaridad
Mujeres de 20 a 80 años derechohabientes del IMSS del estado de Morelos ²⁶	Índice de nivel socioeconómico (INS) y escolaridad	Neoplasia intraepitelial cervical o cáncer cervicouterino	Negativa con INS ● Sin asociación con escolaridad
Población de todas las edades-ENSANUT 2006 ²⁷	Ingreso	Accidentes de tránsito (choque y atropellamiento)	Negativa en atropellamiento ● Positiva en choque ●
Población de 12 a 59 años-ENSANUT 2006 ¹⁰	Índice de condiciones de bienestar de la vivienda	Consumo de frutas y verduras	Positiva ●
Personas de 20 a 59 años-ENSANUT 2006 ²⁸	Índice de nivel socioeconómico	Ingesta inadecuada de energía, fibra, proteína, grasa, carbohidratos, vitaminas A y C, folato, hierro, zinc y calcio	Negativa en energía, proteína, vitaminas A y C, hierro, zinc y calcio ●
Mujeres de 12 a 49 años-ENN 1999 y ENSANUT 2006 ²⁹	Índice de nivel socioeconómico	Anemia (Hb < 12.0 g/dL para no embarazadas y < 11.0g/dL para embarazadas)	Negativa ●
Mujeres de 12 a 49 años-ENN 1988 ¹⁵	Escolaridad	Sobrepeso	Negativa ●
Adultos de 20 a 69 años-ENSANUT 2006 ³⁰	Índice de nivel socioeconómico (INS) y escolaridad	Riesgo de sobrepeso (IMC de 25-29 kg/m ²) y obesidad (IMC > 30 kg/m ²)	Positiva ●
Adultos mayores de 20 años-ENSANUT 2006 ³¹	Índice de nivel socioeconómico (INS) y escolaridad	Riesgo de sobrepeso (IMC de 25-29 kg/m ²) y obesidad (IMC > 30 kg/m ²)	Sin asociación en sobrepeso Positiva con INS en obesidad ●
Población de 20 a 64 años-ENSANUT 2006 ³²	Gasto familiar y escolaridad	Diagnostico de obesidad por profesional de salud (Dx), haber seguido un tratamiento para control de peso (Tx), haber perdido peso en el último año (PP), y prevalencia de sobrepeso y obesidad	Positiva con gasto y escolaridad en Dx y Tx ● Positiva con gasto en obesidad ● Negativa con escolaridad en obesidad ● Sin asociación con sobrepeso y pérdida de peso
Población de 18 años y más-Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño ³³	Gasto familiar	Actividad física moderada o vigorosa	Negativa en mujeres y entre los habitantes de áreas urbanas y ciudades ●
Mujeres de 12 a 49 años-Encuesta Nacional de Nutrición 1999 ³⁴	Índice de nivel socioeconómico y escolaridad	Práctica de deportes y poca actividad física	Positiva con INS en práctica de deportes ●
Adultos de 20 años y más-ENSANUT 2006 ³⁵	Escolaridad e ingreso	Síndrome metabólico (SxM) definido por 3 criterios (NCEP-ATP, AHA/NHLBI e IDF)	Negativa con escolaridad en Sx según criterios de IDF ▲ Sin asociación con ingreso

Continúa en la página 341

Cuadro II Revisión de la literatura sobre la asociación de la estratificación socioeconómica con eventos de salud en adultos de México

Población	Posición socioeconómica	Evento	Asociación
Adultos de 20 años y más-ENSA 2000 ³⁶	Escolaridad e ingreso	DMT2 definida por diagnóstico médico previo (DP) o hallazgo en la encuesta (HE, glucemia capilar en ayuno ≥ 126 mg/mL o glucemia capilar casual ≥ 200 mg/dL)	En mujeres: negativa con escolaridad ● Sin asociación con ingreso
Población de 30 años y más de familias de estrato socioeconómico bajo de la zona metropolitana de la Ciudad de México-ENURBAL 2002 ³⁷	Índice de nivel socioeconómico (INS) y escolaridad	DMT2 definida por diagnóstico médico previo (DP) o hallazgo en la encuesta (HE, glucemia capilar en ayuno ≥ 126 mg/mL o glucemia capilar casual ≥ 200 mg/dL)	Negativa con INS en HE ▲ Negativa con escolaridad en DP y HE ▲
Adultos de 20 años y más-ENSANUT 2006 ³⁸	Índice de nivel socioeconómico (INS)	DMT2 (glucemia en ayuno ≥ 126 mm/dL o diagnóstico médico previo)	Positiva ▲
Adultos de 20 años y más-ENSANUT 2006 ³⁹	Escolaridad e ingreso	Inicio temprano de DMT2 (diagnóstico antes de los 40 años de edad)	Negativa con escolaridad en personas mayores de 40 años ▲ Sin asociación con ingreso
Adultos de 20 años y más-ENSANUT 2006 ⁴⁰	Escolaridad e ingreso	Hipercolesterolemia (colesterol ≥ 200 mg/dL), hipertrigliceridemia (trigliceridemia ≥ 150 mg/dL) e hipoalfalipoproteínea (HDL < 40 mg/dL)	Sin asociación
Adultos de 20 años y más-ENSANUT 2006 ⁴¹	Escolaridad e índice de nivel socioeconómico (INS)	Hipertensión definida por diagnóstico previo (DP) o hallazgo de la encuesta (HE, presión arterial sistólica ≥ 140 mm Hg y/o presión arterial diastólica ≥ 90 mm Hg)	Negativa con escolaridad en prevalencia total, DP y HE ● Negativa con INS en prevalencia total y HE ● Positiva con INS en DP ●
Personas de 18 a 65 años-ENEP ⁴²	Seguridad financiera y estatus social subjetivo en el país y en la comunidad	Trastornos mentales afectivos, de ansiedad y por uso de sustancias	Negativa ●
Mujeres pobres de 20 a 70 años de áreas rurales de 7 estados ⁴³	Escolaridad de la mujer y del jefe de familia	Síntomas depresivos	Negativa con escolaridad del jefe de familia ● Sin asociación con escolaridad de las mujeres
Población mayor de 18 años-Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002 ⁴⁴	Ingreso familiar y escolaridad	Síntomas depresivos (SD) y percepción de buena salud (PBS)	Negativa con ingreso en síntomas depresivos ▲ Positiva con escolaridad en uso de condón y prueba para detectar VIH ▲
Población mayor de 15 años ⁴⁵	Escolaridad	Consumo diario de tabaco	Sin asociación
Registro de mortalidad asociada a hipertensión de 2000 a 2008 ⁴⁶	Escolaridad	Mortalidad por hipertensión arterial	Negativa ●

PSE = posición socioeconómica; ENSA = Encuesta Nacional de Salud; ENURBAL = Encuesta Urbana de Alimentación; ENEP = Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica; IMSS = Instituto Mexicano del Seguro Social; ENSANUT = Encuesta Nacional de Salud y Nutrición; Hb = hemoglobina; DMT2 = diabetes mellitus tipo 2; IMC = índice de masa corporal

▲ = Solo se identificaron tendencias pero no se reportaron medidas de significación estadística

● = Basado en medidas de significación estadística

negativamente con la escolaridad (la prevalencia fue mayor en los de baja posición).

No existieron diferencias entre estratos socioeconómicos en las prevalencias de infección por el virus de hepatitis C, dislipidemias, sobrepeso, así como en la frecuencia de pérdida intencional de peso y consumo de tabaco.

En el cuadro III se presenta la revisión sobre los estudios realizados en adultos mayores de 50 años. Los adultos mayores de baja posición socioeconómica (aquellos que percibieron su situación económica como mala tenían menor escolaridad o analfabetismo, peores condiciones de vivienda en la niñez o menor ingreso o riqueza) tuvieron mayor probabilidad de tener dificultades para realizar actividades básicas, actividades instrumentales de la vida diaria o para realizar actividad física, así como de calificar su estado de salud como pobre, de padecer dolor físico frecuente o artritis. Las mujeres de baja posición social tuvieron mayor probabilidad de presentar enfermedades respiratorias, ataque al corazón, embolia cerebral y diabetes mellitus. Los hombres de baja posición social tuvieron mayor probabilidad de tener síntomas depresivos.

Por el contrario, las personas con mejor posición socioeconómica (mayor escolaridad o ingreso y mejores condiciones de vida en la niñez) tuvieron mayor probabilidad de reportar que presentaban hipertensión, de usar servicios preventivos de salud y de haber visitado al médico. En los hombres, la mejor posición social se asoció con mayor probabilidad de reportar ataques al corazón.

No existieron patrones consistentes para el consumo de tabaco y alcohol, así como en las tasas de obesidad y sobrepeso. Sin embargo, se encontró que en ancianos de áreas urbanas, la relación de la escolaridad con la obesidad fue negativa, pero en las áreas menos urbanas la relación fue positiva. Por otra parte, en la población total, la mejor posición social se relacionó con mayor consumo de alcohol. En áreas urbanas, la mejor posición socioeconómica se relacionó positivamente con el tabaquismo, mientras que en áreas suburbanas la relación fue negativa por escolaridad y riqueza, pero positiva por ingreso. Finalmente el desempleo se relacionó con mayor consumo de tabaco.

Discusión

Con esta revisión de la literatura se hizo evidente que, aunque no todos, la mayoría de los eventos de enfermedad son más frecuentes en las personas de baja posición socioeconómica en México. Muchas de esas diferencias se verifican en todos los grupos de edad, lo que puede implicar que las disparidades comienzan en la niñez y perduran a lo largo del ciclo

de vida. De igual modo, la mayoría de los factores protectores (consumo de frutas y verduras o realización de actividad física) son menos frecuentes en las personas de baja posición socioeconómica, al tiempo que con menos frecuencia reciben atención médica o tienen menos acceso a medidas preventivas (como el uso de condón o el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades como hipertensión u obesidad). Las implicaciones de estos resultados son comentadas en detalle a continuación, distinguiendo las cuestiones conceptuales relacionadas con el estudio de las desigualdades en salud, de las implicaciones en términos de acciones encaminadas a la reducción de dichas disparidades.

Conceptualización de las desigualdades

El hecho de que las personas de baja posición social tengan más riesgo de presentar la mayoría de los eventos de salud negativos implica que la posición socioeconómica es un hecho que parece ser generalizado para estos grupos. Es decir, esta afecta la totalidad de las condiciones de vida de las personas y por tanto sus efectos no se reducen a ciertas enfermedades, sino que condicionan a estas personas a un estado precario de salud física y mental. Esto se debe a que la ubicación social de los grupos determina una estructura de riesgos y oportunidades que limitan o promueven el desarrollo de las potencialidades inherentes al ser humano.⁵⁵

Por ello, la posición socioeconómica no puede ser comprendida como un “factor de riesgo” más con efecto particular en ciertas enfermedades.

En la revisión también se verificó la existencia de un gradiente socioeconómico en varios padecimientos (como el sobrepeso en mujeres en edad reproductiva y depresión). Es decir, las diferencias no solo se observan entre pobres y no pobres, sino que dentro de la población no pobre se registraron diferencias en las condiciones de salud, es decir, que estas diferencias no dependen solo de que exista pobreza. La existencia de un gradiente socioeconómico en salud indica que al margen de las desventajas materiales que pueda implicar la desigualdad (pobreza), la existencia de jerarquías al interior de una población relativamente homogénea económicamente puede tener efectos deletéreos en la salud de aquellos individuos o grupos que se encuentren subordinados. Esos efectos negativos pueden darse a través de procesos psicosociales y respuestas neuroendocrinas.^{56,57}

En esta revisión se observó que algunos eventos negativos en salud (mortalidad por choques o mayores tasas de sobrepeso, obesidad y consumo de alcohol entre niños y adolescentes) son más frecuentes en la población con mejor posición socioeconómica.

Cuadro III Revisión de la literatura sobre la asociación de la estratificación socioeconómica con eventos de salud en adultos mayores de México

Población	Posición socioeconómica	Evento	Asociación
Personas mayores de 65 años-ENASEM 2001 ⁴⁷	Percepción de situación económica	Dependencia funcional en actividades de la vida diaria	Negativa ●
Personas mayores de 60 años-ENASEM 2001 ⁴⁸	Escolaridad y auto percepción de nivel socioeconómico	Riesgo de sobrepeso	Positiva ●
Muestra seleccionada de la base de datos -ENASEM 2001 ⁴⁹	Condiciones de vivienda en la niñez (CVN) y escolaridad del entrevistado	Hipertensión (HTA), enfermedades respiratorias (ER), ataque al corazón (AC), embolia cerebral (EC), artritis (A) y diabetes (D)	Mujeres: Negativa con CVN en ER y con escolaridad en ER, AC, EC, A y D ● Hombres: Negativa con escolaridad en A. Positiva con CVN en AC ● Ambos sexos: Positiva con escolaridad en HTA ●
Personas mayores de 50 años - ENASEM 2001 ⁵⁰	Escolaridad e ingreso	Uso de servicios de salud preventivos (USSP), visitas al médico (VM) y hospitalizaciones (H)	Positiva con escolaridad e ingreso en USSP y VM ●
Personas mayores de 50 años inscritos en Oportunidades ⁵¹	Alfabetismo	Síntomas depresivos	Negativa en hombres ●
Personas > de 50 años - ENASEM 2001 ⁵²	Escolaridad	Dolor físico frecuente	Negativa ●
Personas mayores de 50 años - ENASEM 2001 ⁵³	Escolaridad, ingreso y riqueza (i.e. valor neto de las propiedades individuales como viviendas, empresas, propiedades de alquiler, capital, vehículos y otros activos)	Autoevaluación de salud (AES, de excelente a pobre), dificultades en el desempeño en actividades de la vida diaria (DAVD, e.g. vestirse, caminar a través de una habitación o bañarse), limitaciones para realizar actividad física (LAF, e.g. subir algunas escaleras, agacharse, extender los brazos arriba de los hombros o levantar objetos pesados), obesidad (OBES, IMC >30), alcoholismo (> 3 bebidas / día en los últimos 3 meses) y fumar cigarros (al momento de la encuesta)	Áreas urbanas (≥ 100,000 habitantes): Negativa con escolaridad en AES, DAVD, LAF y OBES ● Negativa con ingreso y riqueza en AES, DAVD y LAF ● Positiva con ingreso en tabaquismo y alcoholismo ● Áreas menos urbanas (≤ 100,000 habitantes): Negativa con escolaridad en AES y alcoholismo ● Negativa con riqueza en tabaquismo ● Positiva con escolaridad en obesidad ● Positiva con ingreso en obesidad y alcoholismo ●
Personas mayores de 65 años. Análisis de la ENASEM 2001 ⁵⁴	Escolaridad y situación laboral (desempleado)	Consumo actual de alcohol y de tabaco	Positiva con escolaridad en consumo de alcohol ● El desempleo se asoció con mayor consumo de tabaco ●

ENASEM = Encuesta Nacional de Salud sobre Envejecimiento en México; IMC = índice de masa corpora

● Basado en medidas de significación estadística

Además, la severidad de algunos eventos en salud también varía entre estratos: cuanto más severa sea la condición es más probable que haya un gradiente socioeconómico adverso a las personas de baja posición social. Por ejemplo, la obesidad y la presentación temprana de la diabetes son más frecuentes en adultos de baja posición socioeconómica mientras que lo con-

trario ocurre con el sobrepeso y la diabetes en general; de igual modo, en los adolescentes de baja posición socioeconómica es más frecuente que reporten enfermedades severas; al tiempo que los adolescentes de mejor posición reportan con mayor frecuencia enfermedades de severidad leve. Y en algunos eventos de salud no se verifican diferencias entre estratos (como

la percepción del estado de salud en los adolescentes o dislipidemias en adultos). Estas tendencias implican que se requiere explorar los mecanismos específicos por los cuales la desigualdad social tiene impacto en eventos de salud particulares.⁵⁸

Otro hallazgo fue que conforme se asciende en la escala social es más probable la adopción de medidas de prevención y tratamiento, en las cuales están incluidas: el consumo de frutas y verduras, la realización de actividad física, el uso de condón, acudir a los servicios de salud, el ser diagnosticado y/o recibir tratamiento de enfermedades como hipertensión u obesidad, así como realizarse la prueba para identificar la infección por VIH. Estas diferencias pueden ser reflejo del menor acceso que tienen las personas de baja posición socioeconómica a los servicios de salud; también pueden mostrar que las personas con mejor posición socioeconómica buscan más los servicios y son más receptivos a las campañas de educación en salud. De este modo, los sectores con mejor posición socioeconómica se benefician más del conocimiento científico y los desarrollos tecnológicos relacionados con la salud.⁵⁹ El resultado final es que las medidas preventivas y la atención médica pueden estar contribuyendo a las desigualdades sociales.

Acciones para reducir las desigualdades socioeconómicas en salud

La evidencia que deriva de los estudios sobre las desigualdades sociales en salud puede dar direccionalidad al diseño de políticas y programas gubernamentales encaminados a reducir la inequidad y, por tanto, la pobreza. A continuación se enlistan algunas sugerencias.

Esta revisión ha demostrado que las diferencias vinculadas a la posición social son comunes en la población mexicana y, por lo tanto, en primer lugar se debe crear un sistema epidemiológico de vigilancia o monitoreo de las desigualdades socioeconómicas en salud. Actualmente las estadísticas sanitarias oficiales se registran y reportan sin considerar diferencias entre grupos sociales, por lo que no es posible saber si los logros en salud se alcanzan en la misma medida por toda la población, o bien, si la mejora en los promedios ha sido paralela al incremento de las diferencias. Por lo tanto, se requiere que en las estadísticas oficiales de salud se incorpore la vigilancia de los diferenciales socioeconómicos. También se debe resolver una discusión de carácter metodológico respecto a cuál es el mejor indicador de la posición socioeconómica que debería ser incluido en las estadísticas. En esta revisión no se encontró que alguno sea superior sobre otro. Por ejemplo, ni la escolaridad o el ingreso (o gasto) familiar mostraron superioridad sobre el otro en términos

de discernir diferencias sociales. Quizá la escolaridad materna o la del jefe de familia sea el indicador idóneo por su sencillez para evaluar y hacer una relativa comparabilidad. Sin embargo, en México existe poca experiencia en el uso de las clases ocupacionales como indicadores de la estratificación socioeconómica, aunque se ha demostrado que estas permiten identificar con mayor precisión los diferenciales en salud.⁶⁰ Para futuros estudios y sistemas de vigilancia epidemiológica convendría explorar la utilidad de diferentes propuestas conceptuales y metodológicas de tipologías de clase basadas en la ocupación.⁶⁰

En segundo lugar, respecto a los servicios de atención médica y prevención, la evidencia muestra que en México su uso y efecto están claramente estratificados por la posición socioeconómica. Estos resultados deben alertar a los planificadores respecto a la necesidad de promover el uso y la efectividad de los servicios en áreas y poblaciones de baja posición socioeconómica. En el caso específico de los trabajadores y profesionales de la salud, estos resultados llaman a hacer una reflexión sobre la formación, específicamente del personal médico y en general sobre el conjunto de los trabajadores de la salud. Convendría incluir en la currícula de las profesiones de la salud la revisión de las desigualdades sociales en esta materia, como forma de sensibilizar a los profesionales ante la problemática con la que se enfrentarán cotidianamente, sobretodo si se ubican en los servicios públicos. También les ayudaría a reconocer que la mayoría de la población mexicana se enfrenta a obstáculos económicos y sociales, por lo que no les es posible adoptar conductas saludables, y dichos obstáculos no pueden ser modificados por las personas.

En tercer lugar, se requiere que en el establecimiento de la agenda pública y las acciones gubernamentales se amplíe la discusión que únicamente se centra en la pobreza, a incluir también la desigualdad social estructural que caracteriza a la sociedad mexicana. Actualmente la acción gubernamental está concentrada en la reducción de la pobreza extrema a través de programas de transferencia monetaria (como el programa Oportunidades). Estos programas tienen un enfoque limitado pues⁶¹ únicamente se hace énfasis en la dimensión física de la salud de los niños menores de cinco años y sus madres (es decir, el estado nutricional de los niños o la mortalidad materna e infantil). Con ello se desconocen aspectos como la salud mental y otros eventos y conductas relacionadas con la salud a lo largo de la vida. Hay que insistir en que las desigualdades socioeconómicas en la población mexicana son generales y que condicionan diferentes eventos de salud en distintos grupos de edad. Aunque los programas focalizados pueden mejorar la supervivencia y algunos aspectos de la salud física, es poco probable que puedan contribuir a reducir las inequidades en salud.

Si la posición socioeconómica afecta la totalidad de la existencia de los sujetos, lo cual se refleja en diferencias en salud, entonces las medidas para reducir las disparidades deben responder a ese efecto “global”. Una estrategia central es la regulación gubernamental en aspectos clave, como la definición de un salario para una vida saludable, la regulación de la contratación y las condiciones de trabajo, la regulación de la producción y la comercialización de bienes básicos como alimentos, vivienda y servicios de salud.⁶² Sin duda, reducir las desigualdades o eliminarlas es un tema complejo que no tendrá soluciones sencillas o inmediatas. Estos cambios implican modificaciones

substanciales de las instituciones gubernamentales, las cuales se logran a través de la movilización política.⁶³ Desafortunadamente, en la agenda gubernamental no se reconocen las disparidades socioeconómicas en salud, por lo cual es previsible que en México esta situación siga siendo un problema de salud pública sin atender.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno en relación con este artículo.

Referencias

1. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las Desigualdades en una Generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Genova: Organización Mundial de la Salud; 2008.
2. Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:693-700.
3. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Análisis y medición de la pobreza. México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Disponible en: <http://web.coneval.gob.mx/Medicion/Paginas/Evolucion-de-las-dimensiones-de-la-pobreza-1990-2010-.aspx>.
4. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares. México: INEGI; 2010. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/Encuestas/Hogares/regulares/Enigh/default.aspx>.
5. Celis A, Nava J. Patología de la pobreza. *Rev Med Hosp Gen.* 1970;33:371.
6. Blanco Muñoz J, Lacasaña M, Torres Sánchez LE, García García AM, Lopez Carrillo M. Socioeconomic Factors and the Risk of Anencephaly in a Mexican Population: A Case-Control Study. *Public Health Reports.* 2005:39-45.
7. Ruiz J, Valdespino JL, Olaiz G, Arias E, Sepúlveda J. Seroprevalencia de anticuerpos contra el poliovirus 1 en niños mexicanos. *Salud Publica Mex.* 2007;49:S361-S9.
8. Valdespino JL, Ruiz J, Olaiz G, Arias E, Conde 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:S377-S85.
9. Fernald LC, Gunnar MR. Poverty-alleviation program participation and salivary cortisol in very low-income children. *Soc Sci Med.* 2009;68:2180-9.
10. Ramírez I, Rivera J, Ponce X, Hernández M. Fruit and vegetable intake in the Mexican population. *Salud Publica Mex.* 2009;51:S574-S85.
11. Mundo V, Rodríguez S, Shamah T. Energy and nutrient intake in Mexican children 1 to 4 years old. *Salud Publica Mex.* 2009:S530-S9.
12. Flores M, Macías N, Rivera M, Barquera S, Hernández L, García A, et al. Energy and nutrient intake among Mexican school-aged children. *Salud Publica Mex.* 2009;51:S540-S50.
13. Rodríguez S, Mundo V, Shamah T, Ponce X, Jiménez A, González T. Energy and nutrient intake in Mexican adolescents. *Salud Publica Mex.* 2009;51:S551-S61.
14. Villalpando S, Shamah T, García A, Mundo V, Domínguez C, Mejía F. The prevalence of anemia decreased in Mexican preschool and school-age children from 1999 to 2006. *Salud Publica Mex.* 2009;51:S507-S14.
15. Hernández B, Peterson K, Sobol A, Rivera J, Sepúlveda J, Lezana MA. Overweight in 12-49 year-old women and children under 5 years of age in Mexico. *Salud Publica Mex.* 1996;38:178-88.
16. Bonvecchio A, Safdie M, Monterrubio E, Gust T, Villalpando S, Rivera J. Overweight and obesity trends in Mexican children 2 to 18 years of age from 1988 to 2006. *Salud Publica Mex.* 2009;51:S586-S94.
17. Reddy C, Téllez MM, Meneses F, Campuzano J, Hernández M. Pobreza, jóvenes y consumo de tabaco en México. *Salud Publica Mex.* 2006;48:S83-S90.
18. Gutiérrez JP, Bertozzi SM, Conde CJ, Sanchez MA. Risk behaviors of 15-21 year olds in Mexico lead to a high prevalence of sexually transmitted infections: results of a survey in disadvantaged urban areas. *BMC Public Health.* 2006;6:49.
19. Ritterman ML, Fernald LC, Ozer EJ, Adler NE, Gutierrez JP, Syme SL. Objective and subjective social class gradients for substance use among Mexican adolescents. *Soc Sci Med.* 2009;68:1843-51.
20. Ávila L, Ramírez G, Martínez MA, Cruz A, Santiago MJ, Medina CE. Socioeconomic determinants of inequality and self-reported morbidity among adolescents in a developing country. *Saudi Med J.* 2005;26:1617-23.
21. Borroto RJ, Martínez-Piedra R. Geographical patterns of cholera in Mexico, 1991-1996. *Int J Epidemiol.* 2000;29:764-72.
22. Valdespino JL, Conde CJ, Olaiz-Fernández G, Palma O, Sepúlveda J. Seroprevalencia de la hepatitis C en adultos de México. *Salud Publica Mex.* 2007;49:S395-S403.

23. Valdespino JL, Conde 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:S404-S11.
24. Conde CJ, Valdespino JL, Juárez LA, Palma O, Olamendi M, Olaiz G, et al. Prevalencia de anticuerpos antitreponémicos y características sociodemográficas de la población mexicana adulta en el año 2000. *Salud Publica Mex.* 2007;49:S341-S20.
25. Valdespino JL, García ML, Conde CJ, Olaiz G, Palma O, Sepúlveda J. Prevalencia de infección por VIH en la población adulta en México. *Salud Publica Mex.* 2007;49:S386-S94.
26. Flores YN, Bishai DM, Shah KV, Lazcano-Ponce E, Lorincz A, Hernández M, et al. Risk factors for cervical cancer among HPV positive women in Mexico. *Salud Publica Mex.* 2008;50:49-58.
27. Ávila L, Medina CE, Pérez R, Híjar M, Aracena B, Hidalgo EC, et al. Prevalencia de accidentes de tránsito no fatales en México. *Salud Publica Mex.* 2008;50:S38-S47.
28. Barquera S, Hernández-Barrera L, Campos-Nonato I, Espinosa J, Flores M, Barriguete A, et al. Energy and nutrient consumption in adults. *Salud Publica Mex.* 2009;51:S562-S73.
29. Shamah T, Villalpando S, García A, Rosas V, Mejía F, Domínguez C. Anemia in Mexican women. *Salud Publica Mex.* 2009;51:S515-S22.
30. Gómez L, Hernández B, Morales M, Shamah T. Physical activity and overweight/obesity in adult Mexican population. *Salud Publica Mex.* 2009;51:S621-S9.
31. Barquera S, Campos I, Hernández L, Flores M, Durazo R, Kanter R, et al. Obesity and central adiposity in Mexican adults. *Salud Publica Mex.* 2009;51:S595-S603.
32. Pérez D, Valdes Flores J, Janssen I, Ortiz L. Diagnosis and treatment of obesity among Mexican adults. *Obes Facts.* 2012;5:937-46.
33. Ortiz L, Ramos N. Sociodemographic factors associated with physical activity in Mexican adults. *Public Health Nutr.* 2010;13:1131-8.
34. Hernández B, de Haene J, Barquera S, Monterrubio E, Rivera J, Shamah T, et al. Factors associated with physical activity among Mexican women of childbearing age. *Rev Panam Salud Publica.* 2003;14:235-45.
35. Rojas R, Aguilar CA, Jiménez A, Shamah T, Rauda J, Avila L, et al. Metabolic syndrome in Mexican adults. *Salud Publica Mex.* 2010;52:S11-S8.
36. Olaiz G, Rojas R, Aguilar CA, Rauda J, Villalpando S. Diabetes mellitus en adultos mexicanos. *Salud Publica Mex.* 2007;49:S331-S7.
37. Avila A, Shamah T, Galindo C, Cuevas L, Moreno H, Chávez A. Diabetes mellitus within low socioeconomic strata in Mexico city. *Rev Invest Clin.* 2007;59:246-55.
38. Villalpando S, de la Cruz V, Rojas R, Shamah T, Avila MA, Gaona B, et al. Prevalence and distribution of type 2 diabetes mellitus in Mexican adult population. A probabilistic survey. *Salud Publica Mex.* 2010;52:S19-S26.
39. Jiménez A, Rojas R, Gómez FJ, Aguilar CA. Early-onset type 2 diabetes in a Mexican survey. *Salud Publica Mex.* 2010;52:S27-S35.
40. Aguilar CA, Gomez FJ, Rull J, Villalpando S, Barquera S, Rojas R. Prevalence of dyslipidemias in the MN-HNS 2006. *Salud Publica Mex.* 2010;52:S44-S53.
41. Barquera S, Campos I, Hernandez L, Villalpando S, Rodriguez C, Durazo R, et al. Hypertension in Mexican adults. *Salud Publica Mex.* 2010;52:S63-S71.
42. Ortiz Hernández L. Distribución de los trastornos mentales de acuerdo a la estratificación socioeconómica en adultos de México. Tesis para el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2008.
43. Fleischer NL, Fernald LC, Hubbard AE. Depressive symptoms in low-income women in rural Mexico. *Epidemiol.* 2007;18:678-85.
44. Ortiz L, Pérez D. Pobreza y enfermedad en México. En: Vega S, de la Luz G, editores. *Rostros de la pobreza en México vistos por distintas disciplinas.* México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2011.
45. Organización Panamericana de la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. *Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos. México 2009.* Cuernavaca (México): Instituto Nacional de Salud Pública; 2010. Coeditado con la Organización Panamericana de la Salud; 2010.
46. Sánchez-Barriga JJ. Mortality trends from hypertension in Mexico by socioeconomic region and state, 2000-2008. *Rev Panam Salud Publica.* 2012;32:109-16.
47. Barrantes M, García EJ, Gutiérrez LM, Miguel A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Publica Mex.* 2007;49:S459-S66.
48. Ruiz L, Castillo L, Orea A, Mejia S, Miguel A. Prevalence of self-reported overweight-obesity and its association with socioeconomic and health factors among older Mexican adults. *Salud Publica Mex.* 2007;49:S482-S7.
49. Ruiz TE, Ham R. Factores sociales y salud infantil asociados con la vejez. *Salud Publica Mex.* 2007;49:S495-S504.
50. Wong R, Diaz JJ. Health care utilization among older Mexicans: health and socioeconomic inequalities. *Salud Publica Mex.* 2007;49:S505-S14.
51. Bojorquez I, Villalobos VE, Manrique BS, Tellez MM, Salinas A. Depressive symptoms among poor older adults in Mexico. *Rev Panam Salud Publica.* 2009;26:70-7.
52. Barragán-Berlanga AJ, Mejía-Arango S, Gutiérrez-Robledo LM. Dolor en adultos mayores de 50 años. *Salud Publica Mex.* 2007;49:S488-S94.
53. Smith KV, Goldman N. Socioeconomic differences in health among older adults in Mexico. *Soc Sci Med.* 2007;65:1372-85.
54. Aguilar-Navarro S, Reyes-Guerrero J, Borges G. Alcohol, tabaco y deterioro cognoscitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años. *Salud Publica Mex.* 2007;49:S467-S74.
55. 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. p. 1-19.

56. Marmot MG. Status syndrome: a challenge to medicine. *JAMA*. 2006; 295:1304-7.
57. 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; 1996:272-97.
58. León DA. Common threads: underlying components of inequalities in mortality between and within countries. En: Leon Daw G, editor. *Poverty, inequality and health*. New York: Oxford University Press; 2001.
59. Boltanski L. *Los usos sociales del cuerpo*. Buenos Aires: Ediciones Periferia; 1975.
60. 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.
61. Secretaría de Desarrollo Social. *Oportunidades. Un programa de resultados: SEDESOL*; 2006.
62. Moodie R, Stuckler D, Monteiro C, Sheron N, Neal B, Thamarangsi T, et al. Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. *Lancet*. 2013;381:670-9.
63. Heymann SJ. Health and social policy. En: Berkman LF, Kawachi I, editores. *Social epidemiology*. Oxford University Press; 2000. pp. 368-82.