

Impacto de los determinantes sociales de la COVID-19 en México[#]

Alejandro Cortés-Meda¹, Guadalupe Ponciano-Rodríguez²

¹Doctorante en Ciencias de la Salud, UNAM

²Profesora del Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM

Resumen: Las inequidades en los determinantes sociales de la COVID-19, como la pobreza y el acceso a la atención médica que afectan a los grupos vulnerables en México, están interrelacionados e influyen en el riesgo de enfermar y morir a causa de este padecimiento. La pandemia del SARS-CoV-2 se trata, sin lugar a duda, de uno de los desafíos más serios que ha enfrentado la humanidad en tiempos recientes y nuestro país no es la excepción. Aún se desconoce lo que podrá ser su costo total en vidas y la profunda crisis de salud que ha provocado. Ahora más que nunca es perceptible el impacto de los determinantes sociales sobre la salud de la población.

Palabras clave: COVID-19, determinantes sociales de la salud, vulnerabilidad, pobreza, inequidades sanitarias.

Introducción

El 11 de marzo del 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) determinó que la COVID-19 debía caracterizarse como una pandemia. A poco más de un año, esta enfermedad ha producido 118,617,492 casos y cobrado la vida de 2,631,091 personas alrededor del mundo. A esa misma fecha, en México se han reconocido oficialmente 2,144,588 casos, 192,488 muertes, y una letalidad del 9%, colocando a nuestro país en el décimo tercer lugar con mayor número de casos y el tercer país con más muertes en el planeta.^{1,2}

Por su rápida diseminación y efectos a la salud, la infección por SARS-CoV-2 ha generado una crisis sanitaria sin precedentes en tiempos recientes. La enorme cantidad de pacientes con COVID-19 atendidos por los sistemas sanitarios de los países en los que la pandemia ha tenido mayor incidencia hizo que estos se viesen sobrepasados desde las fases iniciales.³ En las formas graves de la COVID-19 hay mayores complicaciones como neumonía, que requiere internamiento y, en algunos casos, soporte de vida. Las formas severas presentan mayor riesgo de muerte. La edad avanzada, hipertensión, obesidad, diabetes, tabaquismo o la inmunosupresión son factores de riesgo para la progresión a etapas severas. Sin embargo, hasta el momento, se dispone de información limitada sobre los determinantes sociales de la salud de los grupos poblacionales más afectados en esta pandemia. En este artículo de revisión, analizamos la información sociodemográfica de quienes se han visto más perjudicados por esta enfermedad, con

el objetivo de describir los principales factores sociales de riesgo para la COVID-19.

Los determinantes sociales de salud en México

México es uno de los países con mayor diversidad social y económica, basadas en la riqueza cultural y ecológica. Sin embargo, presenta niveles bajos de inclusión. Las condiciones multifactoriales de pobreza influyen en el acceso a los servicios sanitarios y en el estado de salud de los mexicanos. Las encuestas nacionales de salud han identificado de manera constante importantes diferencias en los niveles de salud según los estratos sociales y lugares geográficos.^{4,5}

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas por cada país.⁶

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.⁶

Grupos vulnerables y la COVID-19 en México

Se consideran grupos sociales vulnerables aquellos que por su condición de edad, sexo, estado civil, origen étnico y/o condición socioeconómica, se en-

[#] El contenido de los artículos es responsabilidad de sus autores y no necesariamente refleja la postura de la Facultad de Medicina.

cuentran en una situación de riesgo que les impide incorporarse al desarrollo y acceder a mejores condiciones de bienestar.⁷ Estos grupos presentan mayor riesgo de enfermar y morir, ya que por las características de su entorno tienen mayor exposición a factores de riesgo al tiempo que tienen menos factores protectores o recursos para hacer frente a las enfermedades.^{8,9}

Hay evidencia que demuestra cómo en nuestro país los grupos poblacionales en vulnerabilidad están sufriendo un efecto desproporcionado tanto en contagio como en gravedad y mortalidad a consecuencia de la COVID-19.

Las discrepancias en la incidencia y mortalidad por la COVID-19 en población vulnerable podrían estar relacionadas con un mayor riesgo de exposición al SARS-CoV-2. Por ejemplo, carencias de servicios de salud y económicas, hacinamiento, problemática familiar, insalubridad en la vivienda y el ambiente, inseguridad social, discriminación y trabajos que requieren realizarse de manera presencial (empacadores, agricultura, servicios, atención médica, entre otros).^{10,11} Además, tienen mayor frecuencia de padecimientos subyacentes como la hipertensión, diabetes, obesidad, inmunosupresión o tabaquismo (aunque este último, en un estudio reciente en población mexicana no demostró ser un factor de riesgo).¹²⁻¹⁴ En México conforme disminuye la posición socioeconómica se incrementa la probabilidad de tener obesidad, hipertensión y diabetes.^{8,15}

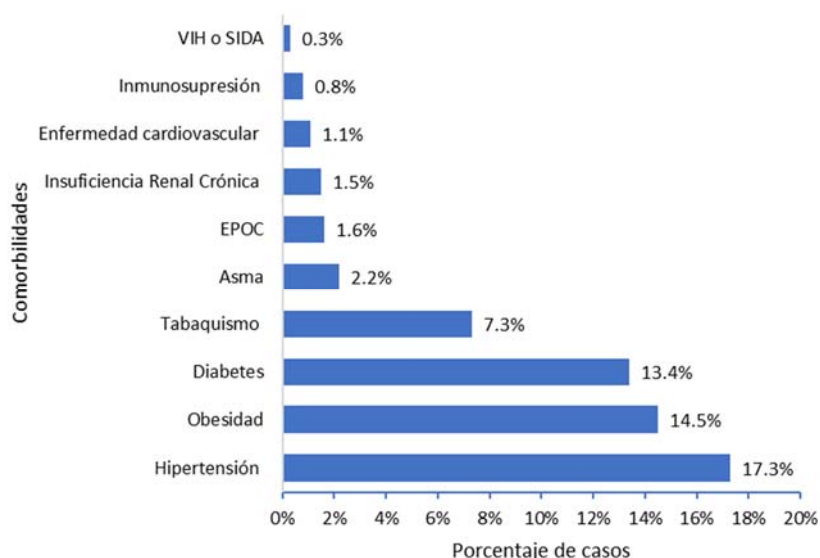
Durante el primer año de la pandemia de la COVID-19, las comorbilidades más comunes en los casos positivos han sido hipertensión (17%), obesidad (15%), diabetes (13%), tabaquismo (7%) y otras enfermedades (8%) (figura 1); mientras que en aquellos que fallecieron por esta causa, las comorbilidades más comunes fueron hipertensión (45%), diabetes (37%), obesidad (22%), enfermedad cardiovascular (11%), tabaquismo (8%) e inmunosupresión (5%). Las personas que tuvieron dos o más comorbilidades incrementaron el riesgo de morir. El 28% no padecía alguna comorbilidad (figura 2).^{16,17}

Morbilidad y mortalidad por sexo y edad

Respecto al sexo, encontramos una distribución de casos homogénea (hombres, 50.1% y mujeres, 49.9%). Sin embargo, en la mortalidad esta proporción es diferente, ya que en México mueren dos hombres por cada mujer.^{12,17}

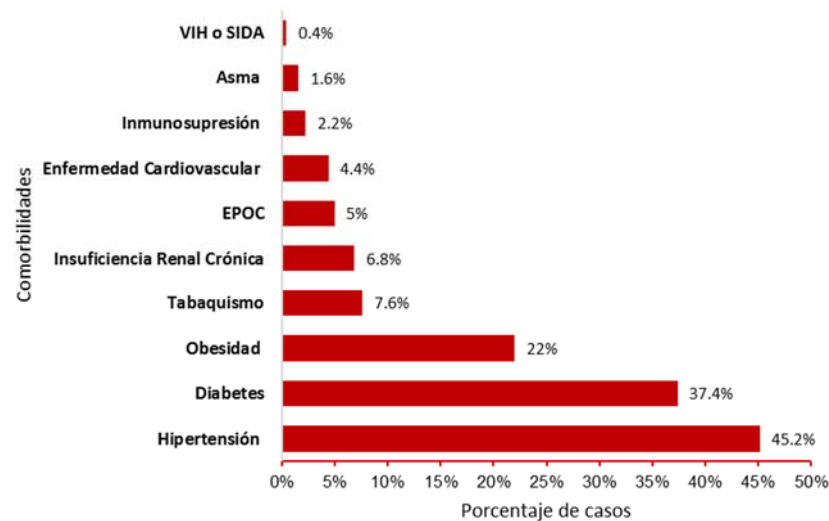
En cuanto a la edad, el mayor número de casos positivos se encuentra entre los 30–59 años, siendo el grupo de 30–34 años el más afectado (11% de los casos totales); mientras que los casos entre los 55–74 años hay una mayor mortalidad, siendo el grupo de 65–69 años el más afectado (14% del total de las defunciones).^{17,18} Nos hemos percatado de la escasez y disparidad de datos desglosados sobre las diferencias por sexo en la gravedad de la enfermedad, las comorbilidades, la tasa de recuperación, la duración de la estancia hospitalaria o el número de pruebas realizadas.¹⁹

Figura 1. . Principales comorbilidades en casos positivos a COVID-19



Fuente; Referencia 17, con datos al 15 de marzo de 2021 .

Figura 1. . Principales comorbilidades en defunciones positivas a COVID-19



Fuente; Referencia 17, con datos al 15 de marzo de 2021.

Durante este primer año, se han registrado 151 muertes de COVID-19 por cada 100,000 habitantes y esta enfermedad se ha posicionado como la primera causa de muerte, dejando atrás a las enfermedades cardiovasculares y la diabetes mellitus.

Mortalidad COVID –19 por áreas geográficas

Existen diferencias muy pronunciadas entre las tasa de mortalidad en las entidades federativas, las más elevadas se presentaron en CDMX (318 por 100 mil habitantes), Baja California (210) y Sonora (199); y en el otro extremo, las más bajas en Chiapas (25), Oaxaca (73) y Michoacán (98).^{16,20,21}

La correlación estadística entre mortalidad y letalidad en las entidades es débil, y muestra que las entidades de mayor mortalidad por COVID-19 no necesariamente son las que presentan la mayor letalidad.^{16, 20} Es importante resaltar que, en los municipios con nivel socioeconómico alto, existen nueve veces más contagios que en los municipios de nivel socioeconómico bajo no urbano y 40% más que en los de nivel bajo urbano; sin embargo, existe una estrategia inequitativa en la realización de pruebas diagnósticas: cuanto mayor es la pobreza de los municipios, menos pruebas se hacen y más reducidas son las tasas de contagio, de tal manera que en los municipios pobres el subregistro de casos positivos y de muertes podría ser considerable.²²

En los municipios urbanos donde hay un gran porcentaje de pobreza el acceso a los servicios de salud no ha sido equitativo. Por su parte, en los municipios

semiurbanos o rurales con un alto porcentaje de pobreza, además del escaso o nulo acceso a los servicios de salud, presentan situaciones críticas en términos del estado nutricional y de salud de la población, cuyas condiciones de vida pueden ser muy precarias, por lo que, en caso de contagio por COVID-19, su probabilidad de muerte es mayor.²⁰

Escolaridad, ámbito laboral nivel socioeconómico

La escolaridad es un indicador muy importante, nos orienta sobre la disposición de las personas a asimilar información que les permita tomar decisiones adecuadas y oportunas sobre diversos aspectos de la vida, y en particular sobre la promoción de estilos de vida saludables que permitan prevenir enfermedades tanto infecciosas, como crónicas. En México la baja escolaridad está asociada a condiciones precarias de vida y salud y a un mayor riesgo de muerte. No cabe duda que la Covid-19 ha afectado en gran medida a la población con menor escolaridad, prácticamente la mitad de las muertes se produjeron en personas con un nivel educativo máximo de primaria.²⁰

En relación con el ámbito laboral, las personas de bajo nivel socioeconómico tienen una representación desproporcionadamente grande en entornos de trabajo esencial como establecimientos de atención médica, granjas, fábricas, comercio, ambulante, transporte público, etc. El trabajar en estos ámbitos representa una mayor probabilidad de exposición al SARS-CoV-2, debido a factores como el contacto cercano con el público y otros trabajadores, la imposibilidad

de laborar desde casa, no tener licencia por enfermedad y un pobre acceso a servicios de salud.^{5,23,24} Además, habitualmente para cubrir sus necesidades básicas deben trabajar largas jornadas.²³ El trabajo en casa, a distancia, ha sido viable para las personas de mayores ingresos, pero no para quienes salir a trabajar es su única forma de subsistir y, que además, al volver a casa se transforman en una fuente de infección para sus familias.

En nuestro país los trabajadores manuales y operativos, las amas de casa, los jubilados y pensionados representan el 94% de los decesos, en tanto que el resto corresponde a profesionales, directivos y trabajadores del arte y espectáculos.²⁰

Mortalidad y atención médica

En México, el 92% de las muertes por COVID-19 se ha producido en una institución pública. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ha reportado el 52% de las muertes durante el primer año de la pandemia, seguido de las unidades médicas de la Secretaría de Salud (SSA) con el 32% y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con el 8%. En las instituciones médicas privadas solamente ha fallecido el 2%.^{17,20}

Es importante resaltar que, del total de contagios (2,144,588), únicamente el 25% recibió atención hospitalaria. A nivel nacional, solo una de cada cinco personas fallecidas por COVID-19 fue atendida en una Unidad de Ciudades Intensivos (UCI). El contraste más significativo es el del IMSS, que únicamente proporcionó terapia intensiva al 4% de las personas fallecidas que atendió. En relación con la intubación, procedimiento que debería de aplicarse a la mayoría de los casos graves, solo han sido intubadas al 29% de las personas fallecidas. De nuevo el máximo contraste se observa en el IMSS, en cuyas unidades médicas solamente se intubó al 20% de las personas fallecidas. Esto es extremadamente relevante, porque el IMSS atiende a una de cada tres personas con COVID-19.²⁰

Conclusiones

En México, la probabilidad de tener atención hospitalaria de calidad se reduce notablemente para quienes residen en lugares con mayor concentración de pobreza y la mortalidad es mayor para ellos. Lo que refleja una problemática social relacionada con el

ingreso y consecuentemente un mayor o menor grado de salud. Las desigualdades en salud son evitables e injustas, es decir, inequidades.^{25,26}

Mención especial merece la población hablante de lengua indígena, que en nuestro país es de alrededor de 7.2 millones de personas. Algunas razones por las que la COVID-19 vulnera de manera diferenciada a las personas indígenas son: 1) la explotación económica que los perpetúa en pobreza y los impulsa a la migración; 2) la marginación social de los sistemas de salud y educación adecuados; 3) la subordinación política y cultural que les impide ejercer sus derechos colectivos como pueblos; y 4) la discriminación: la letalidad de la pandemia en la población indígena (17.4%) duplica la prevalencia en la población general.²⁷

Los datos aquí mencionados apuntan a grandes diferencias tanto en nivel de contagio como en la gravedad y mortalidad de la COVID-19, según el nivel socioeconómico. Para analizar el comportamiento de la pandemia en México, debemos considerar la enorme desigualdad social, la alta prevalencia de enfermedades crónicas, la existencia de zonas y grupos sociales altamente vulnerables por su condición socioeconómica y la poca capacidad de respuesta institucional para el cuidado de la salud antes y durante la pandemia.

Es necesario contar con más información desagregada por nivel socioeconómico para poder establecer asociaciones contundentes entre los determinantes sociales de la salud y la COVID-19. Sin embargo, resulta evidente que las inequidades sanitarias en grupos vulnerables de nuestro país son una realidad que ha configurado el estado de salud de cada individuo y ha dado como resultado una mayor afectación por el SARS-CoV-2.

Bibliografía

1. Comisión Universitaria para la Atención de la Emergencia Coronavirus [Sitio Web]. UNAM. 2021. Disponible en: <https://bit.ly/33azcUN>.
2. Worldometer. COVID-19 Coronavirus Pandemic [Sitio Web]. 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3eToWpc>.
3. Miró Ò, Alquézar-Arbé A., Llorens P., Martín-Sánchez F.J., Jiménez S., Martín A., et al. Comparación de las características demográficas y comorbilidad de los pacientes con COVID-19 fallecidos en hospitales españoles, en función de si ingresaron o no en Cuidados Intensivos. *Med Intensiva*. 2021;45(1):14-26. Disponible en: <https://bit.ly/3vC2qbb>.

4. Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, Romero-Martínez M, Mojica-Cuevas J, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19 Resultados nacionales. Vol. 53, Instituto Nacional de Salud Pública. 2020. 1689-1699 p. Disponible en: <https://bit.ly/3aVT6Y4>.
5. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Consideraciones sobre acceso igualitario a la salud y grupos de minorías raciales y étnicas. CDC. 2021;24-7. Disponible en: <https://bit.ly/3vEwKSF>.
6. Commission on Social Determinants of Health. Subsana las desigualdades en una generación : alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud : resumen analítico del informe final. Organización Mundial de la Salud. 2008. Disponible en: <https://bit.ly/3nIphza>.
7. Fernández-Cantón SB. Perfil epidemiológico de los grupos vulnerables en México. México, D.F.: Secretaría de Salud; 2012. Disponible en: <https://bit.ly/3nKEWSA>.
8. Ortiz-Hernández L, Pérez-Sastré MA. Inequidades sociales en la progresión de la COVID-19 en población mexicana. Rev Panam Salud Pública. 2020;44:1. Disponible en: <https://bit.ly/3efsN16>.
9. Ortiz-Hernández L., Diana Pérez-Salgado, ST-G. Desigualdad socioeconómica y salud en México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53(3):336-47. Disponible en: <https://bit.ly/3eehS7R>.
10. Hsu HE, Ashe EM, Silverstein M, Hofman M, Lange SJ, Razzaghi H, et al. Race/Ethnicity, Underlying Medical Conditions, Homelessness, and Hospitalization Status of Adult Patients with COVID-19 at an Urban Safety-Net Medical Center — Boston, Massachusetts, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69(27):864-9. Disponible en: <https://bit.ly/33aUnWJ>.
11. Gold JAW, Rossen LM, Ahmad FB, Sutton P, Li Z, Salvatore PP, et al. Race, Ethnicity, and Age Trends in Persons Who Died from COVID-19 — United States, May–August 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69(42):1517-21. Disponible en: <https://bit.ly/3vvrWiu>.
12. Parra-Bracamonte GM, Lopez-Villalobos N, Parra-Bracamonte FE. Clinical characteristics and risk factors for mortality of patients with COVID-19 in a large data set from Mexico. Ann Epidemiol. 2020;52:93-98.e2. Disponible en: <https://bit.ly/3uhfVNs>.
13. Bello-Chavolla OY, Bahena-López JP, Antonio-Villa NE, Vargas-Vázquez A, González-Díaz A, Márquez-Salinas A, et al. Predicting Mortality Due to SARS-CoV-2: A Mechanistic Score Relating Obesity and Diabetes to COVID-19 Outcomes in Mexico. J Clin Endocrinol Metab. 2020;105(8):2752-61. Disponible en: <https://bit.ly/3nHM0vc>.
14. Bello-Chavolla OY, González-Díaz A, Antonio-Villa NE, Fermín-Martínez CA, Márquez-Salinas A, Vargas-Vázquez A, et al. Unequal Impact of Structural Health Determinants and Comorbidity on COVID-19 Severity and Lethality in Older Mexican Adults: Considerations Beyond Chronological Aging. Journals Gerontol Ser A. 2020;XX(Xx):1-8. Disponible en: <https://bit.ly/3teENEi>.
15. Li B, Yang J, Zhao F, Zhi L, Wang X, Liu L, et al. Prevalence and impact of cardiovascular metabolic diseases on COVID-19 in China. Clin Res Cardiol. 2020;109(5):531-8. Disponible en: <https://bit.ly/3nKT7mw>.
16. GHILARDI, Adrian, et al. Plataforma de información geográfica de la UNAM sobre COVID-19 en México.[Sitio Web] CIG, 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3eemg6J>.
17. Dirección de Información Epidemiológica. 11° informe epidemiológico de la situación de COVID-19. 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3vD4gbV>.
18. Suárez V, Suarez Quezada M, Oros Ruiz S, Ronquillo De Jesús E. Epidemiología de COVID-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020. Rev Clínica Española. 2020;220(8):463-71. Disponible en: <https://bit.ly/3gUJ79b>.
19. Kocher K, Delot-Vilain A, Spencer DA, LoTempio J, Délot EC. Paucity and Disparity of Publicly Available Sex-Disaggregated Data for the COVID-19 Epidemic Hamper Evidence-Based Decision-Making. Arch Sex Behav [Internet]. 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3aXNr3J>.
20. Canales AI, Cabieses B, Darrigrandi F, Blukacz A, Obach A, Silva C, et al. Índice COVID-19 en México: un perfil socio-demográfico. 2021;2010-8. Disponible en: <https://bit.ly/3h4nfs5>.
21. TRResearch. Estadística COVID-19, 11 de marzo de 2021. 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3aYK9x6>.
22. Regional C, Multidisciplinarias I, Araujo AL, Nacional EC, Sociales C. R A menor pobreza, más contagios: a mayor, la letalidad y la mortalidad se incrementan. 2020. Disponible en: <https://bit.ly/33enWqx>.
23. Gould E, Wilson V. Black Workers Face Two of the Most Lethal Preexisting Conditions for Coronavirus—Racism and Economic Inequality. Econ Policy Inst [Internet]. 2020; Disponible en: <https://bit.ly/3nLcD2h>.
24. U.S. Bureau of Labor Statistics. Composition of the labor force. BLS Reports [Internet]. 2019;(October):81. Disponible en: <https://bit.ly/3nHBAfi>.
25. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Los determinantes sociales de la salud y de la equidad en salud. CL Anivers. Ciudad de México: Conacyt; 2016. Disponible en: <https://bit.ly/3togfJ7>.
26. Observatorio Nacional de Inequidades en Salud (ONIS). Primer Informe sobre Desigualdades en Salud, Mexico 2019. Ciudad de México: Secretaría de Salud. Subsecretaría de Integración y Desarrollo; 2019. Disponible en: <https://bit.ly/3ecRZFa>.
27. Muñoz Martínez R., Cortez Gómez R. Impacto social y epidemiológico del COVID-19 en los pueblos indígenas de México. Debates indígenas 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3nHxLGI>.