

Determinantes sociodemográficos y muerte súbita cardiovascular

Sociodemographic determinants and sudden cardiovascular death

DrC. Rafael Araujo González,^I DrC. Luis Alberto Ochoa Montes,^{II} MSc. Taylí López Tutusaus^I

^I Centro de Estudios Demográficos de la Universidad de la Habana (CEDEM-UH). Cuba.

^{II} Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la muerte súbita cardiovascular resulta dramática por su carácter inesperado, su estudio generalmente se asienta en el análisis de los procesos etiológico-biológicos o en los enfoques clínicos de su abordaje, pero en los últimos años, aparecen cada vez más en la literatura científica artículos dedicados al análisis de los determinantes sociales de la salud.

Objetivo: identificar los determinantes sociodemográficos en la muerte súbita cardiovascular.

Métodos: estudio basado en una revisión documental y análisis de contenido. Se analizaron las principales investigaciones sobre enfermedades cardiovasculares y los trabajos específicos dedicados al estudio de los determinantes sociales en la muerte súbita cardiovascular.

Resultados: los determinantes sociodemográficos identificados se diferenciaron en factores individuales y grupales, los cuales pueden constituir riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares y conducir a una muerte súbita cardiovascular. Entre los factores individuales se encuentran los no modificables: la edad, el sexo masculino, el color de la piel; y los modificables: la dieta, la obesidad, el hábito de fumar, el consumo de alcohol etílico u otras drogas de abuso y el sometimiento a condiciones estresantes. Entre los factores grupales se destacan la posición socioeconómica baja del grupo al que pertenece el individuo, el lugar en la organización social, el apoyo social, el sometimiento a condiciones de exclusión social e iniquidad, el estatus marital, el rol laboral y las circunstancias económicas y sociales generadoras de estrés.

Conclusiones: se identifican los principales determinantes sociodemográficos en la muerte súbita cardiovascular, lo que constituye un hecho de primera prioridad para el trabajo epidemiológico de prevención y para la promoción de salud.

Palabras clave: muerte súbita cardiovascular, determinantes sociales, factores individuales, factores grupales, factores sociales.

ABSTRACT

Introduction: sudden cardiac death is dramatic due to its unexpected nature and therefore, the study of this event is based on the analyses of etiological and biological processes, and on the clinical approaches of its management. In the last few years, the number of articles published on the analysis of social determinants in health has steadily increased in the scientific literature.

Objetive: to identify the sociodemographic determinants in sudden cardiovascular death.

Methods: a study based on content analysis and literature review. The main research studies about cardiovascular diseases and specific papers that dealt with the study of social determinants in the sudden cardiac death were analyzed.

Results: the identified sociodemographic determinants were divided into individual and group, all of which may pose risks of developing cardiovascular diseases and lead to sudden cardiac death. Among the individual factors are the unchangeable such as age, male sex, race and the changeable ones are diet, obesity, smoking, alcohol consumption and abuse of other drugs as well as being under stress. Some of the group factors are the low socioeconomic position of a group which an individual belongs to, the place held in a social organization, the social support, social exclusion and inequities, marital status, the working role and the stress-generating economic and social conditions.

Conclusions: the main sociodemographic determinants for sudden cardiac death are identified in this paper, which is a top priority issue for the epidemiological work of prevention and health promotion.

Keywords: sudden cardiac death, social determinants, individual factors, group factors, social factors.

INTRODUCCIÓN

La muerte súbita cardiovascular (MSC) resulta dramática cuando se trata de un evento fatal de un ser querido que puede ocurrir en la escuela "siendo casi un niño", en la Universidad, en una actividad recreativa, practicando deportes, en la calle o simplemente "amaneció muerto". El interés de estudios de este tipo trasciende las fronteras de las ciencias de la salud, y alcanza interés social, por el alto impacto emocional que provocan en la sociedad los desvanecimientos de personas aparentemente sanas, y las interrogantes que sus muertes generan. Pero si nos atenemos a su impacto en la mortalidad de las personas, en la mayoría de los casos aparentemente sanas, adquiere mucha mayor importancia si tenemos en cuenta que en los países desarrollados y ya en muchos en desarrollo, las primeras causas de muerte oscilan entre los tumores malignos y las enfermedades cardiovasculares, y el

50 % de estas últimas ocurre aproximadamente de manera súbita, es decir, inesperada.¹⁻³

La mayoría de los estudios en medicina, y en particular sobre enfermedades cardiovasculares (ECV) son estudios clínicos y de sus factores biológicos determinantes. Esto se debe en lo fundamental al enfoque positivista de la ciencia que persiste en casi todas sus manifestaciones, con expresión especial en las ciencias médicas. La causa principal de la formación biologista naturalista de la ciencia médica se debe en lo fundamental, a la influencia en la formación médica del pedagogo norteamericano de origen judío *Abraham Flexner*.

De interés especial resultan sus ideas acerca de la educación experimental. Era del criterio de que la educación debía brindar clases personalizadas y de enseñanza práctica. A solicitud de *Henry Pritchett*, presidente de la Fundación Carnegie, llevo a cabo un estudio sobre la educación médica estadounidense, y dos años después se publicó el conocido "informe Flexner", que revisó el estado de la educación médica estadounidense y resultó una reforma trascendental en la formación de médicos.

Las ideas de *Flexner* se extendieron a la educación médica en Europa, de modo que las principales Universidades del mundo adoptaron rápidamente el modelo de enseñanza flexneriano, de lo que resultó por un lado, una formación mucho más personalizada y práctica con una mejor preparación de los estudiantes para el desempeño profesional, pero por otro, una tendencia a la búsqueda de la "historia natural de la enfermedad" y de la "evidencia" en los factores casi estrictamente biológicos y naturales, dejando al margen las condiciones psicosociales en que se desenvuelven los individuos y que son en buena medida responsables del modo en que se enferman y mueren las personas.

El modelo educativo de *Flexner* se favoreció además por el predominio del pensamiento positivista en la ciencia que consideraba que solamente se le podía otorgar el estatuto de ciencia a los hallazgos que pueden ser verificados y cuantificados, lo que coartaba desde el principio cualquier enfoque cualitativo de la investigación y reducía así de contrabando a las ciencias sociales al estatuto de "humanidades", lo que es lo mismo que decir "no ciencias". En este estado de cosas, han predominado de forma evidente los estudios biológicos y clínicos en medicina.

Si bien el enfoque positivista de la ciencia aplicado a la medicina permitió un importante desarrollo de la ciencia médica, no es menos cierto que limitó sus principales hallazgos a estos enfoques que de alguna manera dejaban fuera de su estudio las relaciones causales y correlaciones vinculadas al comportamiento y la cultura de las personas, así como los grandes determinantes grupales y sociales del proceso salud-enfermedad. La etiología y patogénesis de las enfermedades crónicas no trasmisibles (como es el caso de las ECV responsable de la MSC) es multifactorial, compleja e individual y van apareciendo a lo largo del tiempo. Su desarrollo y progreso hasta la muerte ocurren bajo la influencia de los determinantes individuales y sociales de salud (DISS).⁴ Es por ello que en nuestros días, ya comienzan a aparecer un número no despreciable de investigaciones acerca de los determinantes no solo individuales (estilos de vida), sino también grupales y macrosociales (modos de vida) de los procesos mórbidos, enfoques más cercanos a una posible mirada de promoción y prevención en salud. No constituyen una excepción los estudios acerca de los determinantes sociales de las enfermedades cardiovasculares, y en particular, de la MSC.

El propósito de este trabajo es identificar los determinantes sociodemográficos en la muerte súbita cardiovascular.

MÉTODOS

Estudio basado en una revisión documental y análisis de contenido. El grupo cubano de investigaciones en muerte súbita (GIMUS), líder en Cuba en la temática de MSC, registra una casuística cercana a los 2 000 casos con un trabajo de 20 años de investigación y añadió en el 2014, a la "Hoja de recolección del dato primario", los factores sociodemográficos. Los resultados que se recogen aquí constituirán los primeros aportes en Cuba de un estudio integral de factores sociodemográficos de la MSC. Para el análisis se partió, en primer lugar, de la revisión de los principales estudios sobre MSC tales como el Estudio de Framingham (EE. UU.),² el estudio PRISMA (Argentina),⁵ el estudio de *Morentin* y Covadonga en Vizcaya (España)⁶ y el estudio de *Reinier* y otros realizado en siete ciudades de EE. UU. y Canadá.⁷ Se revisaron además diferentes documentos como el Informe de la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud y los trabajos de la Asociación Americana de Corazón (*American Heart Association*, AHA por sus siglas en inglés),⁸ publicados todos entre 1982 y 2014. Se analizaron además un importante número de artículos dedicados al estudio de los determinantes sociales de las ECV, y en particular de la MSC.

RESULTADOS

DETERMINANTES SOCIODEMOGRÁFICOS Y MUERTE SÚBITA CARDIOVASCULAR

Los estudios sociodemográficos se ocupan de la estructura, la dinámica y los componentes de la dinámica de las poblaciones humanas: es decir la fecundidad, la mortalidad y las migraciones. La estructura se refiere a la distribución o composición de la población según diferentes rasgos tales como: edad, sexo, color de la piel, estado civil, localización espacial, actividad socioeconómica, entre otros, y la dinámica es la relación entre los componentes y sus diferentes rasgos.

No se trata de que los estudios de determinantes sociodemográficos en salud sean en sí mismos estudios sociodemográficos, sino más bien de la indagación acerca de las características e impacto que los factores sociodemográficos tienen sobre la salud de las personas. De este modo, pueden ser encontrados a lo largo de la revisión de la literatura médica diferentes estudios que incluyen dentro de sus variables, factores sociodemográficos a partir de los cuales pueden establecerse diferentes correlaciones con la entidad nosológica en cuestión.

Pueden encontrarse, por tanto, en diferentes estudios sobre MSC diversos factores sociodemográficos sobre esta entidad, los cuales por orden de aparición en la misma han abordado de manera diferente el estudio de la MSC. El Estudio de Framingham, Massachusetts, EE. UU.,² constituye un clásico de la investigación en enfermedades cardiovasculares. Su objetivo es identificar factores o características que contribuyen a la aparición de enfermedades cardiovasculares en un grupo numeroso de participantes que no tienen ningún síntoma significativo de estas enfermedades. A partir de él se identificaron factores tales como los altas concentraciones de colesterol relacionado con la alimentación, la edad, la obesidad e inactividad física así como el consumo de tabaco.² Este estudio que dura hasta nuestros días constituye una

casuística impresionante que incluye dentro de sus variables a este grupo de factores determinantes de la enfermedad cardiovascular. Este resultado adquiere fundamental importancia para el estudio de la MSC, en el entendido de que la mitad de las muertes cardiovasculares son súbitas.

El estudio PRISMA sobre incidencia de muerte súbita, realizado en 20 ciudades argentinas, encuentra entre sus determinantes la edad avanzada, el sexo, las muertes extrahospitalarias y el tabaquismo como factor de riesgo.⁵ Por otro lado, el estudio poblacional de la MSC extrahospitalaria en Vizcaya, España,⁶ encuentra un grupo de factores asociados a la ocurrencia de MSC extrahospitalaria tales como el sexo con predominio en el masculino, la edad avanzada, el consumo de drogas, esencialmente alcohol etílico y cocaína, y encuentra además entre los principales factores de riesgo la obesidad, la hipertensión arterial y el tabaquismo.

De especial interés resulta el estudio sobre el nivel socioeconómico y la incidencia de MSC de *Reinier* y otros publicado en la Revista Canadiense de Medicina en el 2011. Se trata del estudio realizado en siete ciudades: cuatro de los EE. UU. (Dallas, Pittsburgh, Portland, y Seattle-King County) y tres en Canadá (Ottawa, Toronto y Vancouver).⁷ En él se aprecia mayor incidencia de MSC en áreas de bajo nivel socioeconómico, con una fuerte asociación entre las personas mayores de 65 años, sobre todo en EE. UU. Como resultado de este estudio se concluyó que los individuos de menor estatus socioeconómico poseían mayor carga de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular y se retrasaban en la búsqueda de atención hospitalaria por infarto agudo de miocardio (IAM).⁷ De manera que la MSC puede ocurrir en cualquier familia, aunque está presente con más frecuencia en familias con bajos recursos económicos o en familias con algún tipo de dificultad social o emocional.

Hay que considerar que no solo en los resultados de las investigaciones médicas se expresan tales correlaciones, sino que también en el Informe de la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, firmado en Rio de Janeiro, el 21 de octubre de 2011, se expresa la determinación de lograr equidad social y sanitaria mediante la actuación sobre los determinantes sociales de la salud a partir del supuesto de que las iniquidades en materia de salud se deben a las condiciones de la sociedad en la que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece; las cuales se conocen como determinantes sociales de la salud.⁹ Resulta lapidario el Editorial de *J. Scotten* del 23 de Mayo de 2005 en el *New York Times*, a propósito de la historia de tres neoyorquinos de diferentes estratos sociales, que solo tuvieron en común presentar una enfermedad coronaria aguda: "[...] un ataque cardíaco es una ventana para evaluar los efectos de la clase social en la atención diferenciada de salud", aseveró. A pesar de lo irracional que resulta, en cada caso "la solución médica al episodio coronario" no estuvo en relación con el número de vasos coronarios comprometidos, la situación hemodinámica del paciente ni las enfermedades concomitantes al momento de ocurrir el evento, todo lo contrario, fue la condición social de las víctimas la que determinó el tiempo que medió en la atención de urgencia, nivel de cobertura hospitalaria ofrecida, costos, tipo de terapia y rehabilitación recibida. Posterior al cuadro coronario agudo, el pronóstico y la calidad de vida de los tres pacientes, nunca fue la misma.¹⁰

A partir de lo planteado, en el referido Informe se argumenta la necesidad de la actuación sobre los determinantes sociales de la salud tanto dentro de los países como a escala mundial. En este sentido la Conferencia expreso además el propósito de que la actuación sobre los determinantes sociales de la salud sean adaptados a los contextos nacionales y subnacionales de cada país y de cada región.

Aun manteniendo un enfoque tradicional (positivista) en el estudio de los factores de riesgo, la AHA considera entre los principales factores de riesgo de las enfermedades del corazón son la edad avanzada, la pertenencia al sexo masculino, el tabaquismo, la obesidad y el sedentarismo, así como la inactividad física.

Dentro de estos factores de riesgo aparecidos en la literatura, podemos encontrar factores individuales (que dependen de los estilos de vida de los individuos) que constituyen riesgo para enfermar, así como otros factores de carácter macrosocial o grupal (que actúan como determinantes para los individuos inmersos en ellos) con mayor probabilidad de desarrollarla, todo lo cual es válido también para la ocurrencia de la MSC.

Factores individuales

Uno de los factores que participai en la determinación de la MSC es la edad. Se sabe que en general la probabilidad de ser objeto de una MSC aumenta con la edad, sobre todo a partir de los 45 a 50 años. No obstante, en los estudios del llamado "Síndrome de Muerte Súbita del lactante (SMSL)", se considera que el riesgo para un niño de una madre menor de 19 años, que tiene un hijo anterior es de 18 veces mayor que el de la población general, ya que los segundos o terceros hermanos tienen mayor riesgo de padecer MS que el primogénito. La multiparidad en edades tempranas de la vida es uno de los marcadores de riesgo más importantes entre cualquiera de los otros factores que evalúan riesgo,¹¹ en este grupo de edades.

A pesar de que una de las manifestaciones más dramáticas de la MSC lo constituye el SMSL por el impacto emocional que provoca, hay que decir que la mayoría de las investigaciones aparecidas en la literatura destacan como uno de los factores de riesgo de padecer ECV y, en consecuencia, la ocurrencia de MSC lo constituye la edad avanzada.^{6,8,12}

Otro factor vinculado a la MSC lo constituye el sexo masculino. Se sabe que los hombres tienen una probabilidad mayor de morir por MSC que la mujer (relación 7:1 con respecto a las mujeres) debido a la protección estrogénica que tiene la mujer durante la etapa fértil de su vida, relación que va descendiendo hasta 2:1 aproximadamente a partir de los 65 años.^{1,3,6}

También son factores de riesgo individuales de MSC la alimentación o la dieta utilizada, la obesidad y el tabaquismo.¹³ En nuestros días es común encontrar personas que someten su organismo a dietas excesivas motivadas por razones de moda, de presunción o factores de otra índole no esencialmente obligatorios, lo que conduce a un grave adelgazamiento, que puede estar acompañada, en el peor de los casos, de un exceso de ejercicio. En cualquier caso, el control de minerales en el organismo, especialmente sodio y potasio, son importantes, en tanto los cambios electrolíticos son los que llegan a producir la muerte, porque algunos minerales como los mencionados son imprescindibles para el buen funcionamiento del corazón. Y si por otro lado tenemos en cuenta el hecho de que la alimentación es uno de los factores de mayor influencia en la formación de placas de ateromas en la luz arterial, y por lo tanto constituyen causa de enfermedad aterosclerótica, ella influye de manera determinantes en la posibilidad de ocurrencia de una MSC de origen aterosclerótico. De modo que, de manera general, la dieta utilizada se reconoce como uno de los factores que puede tener una incidencia mayor o menor en la posible aparición de ECV,¹³ o a la postre ocurrencia de MSC.^{6,12,14}

La obesidad es considerada por *Zipes* uno de los factores de riesgo estándar de la MSC,¹⁵ y así aparece también reconocido por la AHA,⁸ a partir de su impacto sobre la enfermedad arterial coronaria. Incluso es importante desde el punto de vista epidemiológico el hecho de que la misma aparece entre los posibles factores de riesgo cardiovasculares susceptibles de ser modificados.^{15,16}

El hábito de fumar puede conducir al desenlace fatal súbito por aumento de la agregación plaquetaria, descenso del umbral de fibrilación miocárdica, aceleración de la frecuencia cardíaca, inducción de un espasmo coronario, incremento transitorio de tensión arterial y aumento de la liberación de catecolaminas.¹⁴ Puede decirse que las personas fumadoras tienen un mayor riesgo de presentar una MSC³ y se ha estimado que los fumadores tienen 2,5 veces más riesgo de MSC que los no fumadores.¹

El consumo de alcohol etílico u otras drogas de abuso, se señalan frecuentemente en la literatura como otro de los factores de riesgo individuales que pueden ser responsables de MSC. Así, *Morentin* y *Covadonga* señalan que el 27 % de los sujetos habían consumido en las horas previas alcohol etílico o drogas de abuso, entre estas, la cocaína es la más frecuente.⁶ De modo que el consumo de drogas así como de determinados fármacos puede desencadenar la aparición de MSC como expresan también *Marrugat* y otros.¹

El estrés es otro de los factores de riesgo individuales de MSC. *González-Zobl*,¹⁷ y otros señalan al estrés familiar, laboral o financiero como factores de riesgo relacionados al IAM, y por consecuencia a la MSC. Así, también *Bayés de Luna* y otros encuentran al estrés como una de las circunstancias de ocurrencia de la MSC.¹⁸ Hay que señalar que el estrés en tanto factor de riesgo individual constituye un constructo mucho más complejo que la mayoría de los factores de riesgo señalados anteriormente. Pueden encontrarse múltiples factores (que en sí mismo pueden constituirse también en factores de riesgo) que pueden ser generadores de estrés o estresores. Tales pueden ser los casos de determinadas circunstancias críticas familiares, la pérdida de familiares o amigos muy allegados, el sometimiento durante tiempo prolongado a condiciones de internamiento penitenciario, la pérdida del vínculo laboral, entre muchas otras.

El color de la piel es otro de los factores de riesgo diferenciales que ha comenzado a aparecer en la literatura vinculado a la mortalidad humana, especialmente en Cuba. Algunos estudios se refieren a diferenciales étnicos en los países americanos con su historia de colonialismo e integración de culturas. Cuba posee quizás una historia que la marca peculiarmente en cuanto a la composición de su población se refiere, ya que al desaparecer literalmente toda su población aborigen, quedaron solo algunos elementos de aquella cultura prehispánica, de ahí que la composición de su población actual se construyó a partir de la mezcla de culturas poscolonización con predominio de influencias hispánicas y africanas, en lo fundamental, aunque no reducidas solo a ellas. En este sentido, en la valoración de diferenciales de mortalidad y de manifestación de diferentes tipos de enfermedades, el color de la piel adquiere en Cuba una significación especial a partir de la inercia de desigualdades históricas recurrentes.

Albizu-Campos,¹⁹ se refiere al color de la piel como diferencial de la capacidad de supervivencia de la población cubana. El estudio identifica diferenciales entre 2 y 5 años en la esperanza de vida, en dependencia del sexo, la edad y la distribución espacial entre la población blanca y no blanca. En este mismo sentido, *Alfonso León*²⁰ plantea que no es posible eludir el hecho de que la aproximación a la problemática de los riesgos de salud según color de la piel, trae consigo el reconocimiento de una carga cultural, económica e incluso de ética social, vinculada a este atributo externo que no puede ser fácilmente superada. En un estudio más específico a nivel

subnacional *Cabrera Marrero*,²¹ señala que queda demostrado que, efectivamente, el color de la piel es un marcador diferencial en la manera de morir de los cubanos. Estos hallazgos ponen de manifiesto la necesidad de atender a las diferencias de la mortalidad de la población según el color de la piel.

Un primer acercamiento a la relación entre enfermedades cardiovasculares y color de la piel podemos encontrarlo en el trabajo de *Orduñez*²² y otros sobre prevalencia de hipertensión arterial (HTA) en personas negras y blancas en Cuba, donde encuentran diferenciales de hipertensión raciales (entiéndase por color de la piel) y —aunque existen pruebas consistentes en una disminución de la brecha de incidencia entre negros y blancos comparado con los EE. UU., como resultado quizás de la política persistentemente implementada de integración social ejercida desde el triunfo de la revolución en 1959 en Cuba— sí se descubre una “inexplicable” característica resultante de los efectos del género, específicamente el riesgo de hipertensión en mujeres negras. Siendo la HTA uno de los factores de riesgo de MSC con predominio en mujeres, podemos afirmar que el hecho de ser mujer y negra constituye expresión de vulnerabilidad para la posible ocurrencia de MSC en Cuba.

En lo que a la MSC se refiere en general y en Cuba en particular, no existen abundantes indagaciones en la literatura acerca de los diferenciales existentes según color de la piel. No obstante, *Ochoa Montes*, en una casuística general de 1 000 casos encuentra que:

La mayor mortalidad súbita en relación con el sexo y color de piel por habitantes de la población estudiada se registró en hombres negros con una tasa de 70,7 por 100 000 habitantes, con predominio de los fallecidos de más de 45 años (186,5 por 100 000 habitantes) [...] En mujeres la presentación del deceso súbito fue similar, si bien por número de eventos las mujeres blancas fueron las más afectadas, lo cual se explica por la distribución demográfica de la población estudiada. Sin embargo, en relación con el color de la piel, las mujeres negras alcanzaron una tasa de mortalidad de 76,0 por 100 000 habitantes, superior a los hombres para igual color de piel, destacándose las mayores de 45 años (174,8 por 100 000 habitantes).³

Este resultado, reafirma los hallazgos sobre diferenciales de mortalidad general según color de la piel, para el caso específico del estudio de la MSC.

Factores grupales o macrosociales

Si bien el estado de salud de cada persona en determinado momento de su vida depende de la edad, el sexo, el color de la piel, si fuma o no, el nivel de consumo de alcohol, el uso o abuso de fármacos y drogas, la exposición a determinadas condiciones de estrés y situaciones de adversidad, el ser obeso y llevar una vida sedentaria, sus hábitos alimentarios, o el sometimiento a ejercicio intenso; hay que decir que su expresión en los procesos biológicos del organismo transita a través de la determinación que ejerce el grupo y el contexto social en que vive el individuo sobre sus características y acciones personales. Se trata de la influencia que tiene sobre los individuos, la cultura y la psicología del grupo social y de la sociedad en que está inmerso el individuo.

De modo que, en este nivel de análisis, la lógica hace pensar en la idea de que las personas viven, enferman y mueren a partir de las condiciones mismas en que desarrollan su vida. Para el estudio del papel que los factores sociales puedan tener sobre la ocurrencia de MSC resulta de especial interés el trabajo desarrollado por *González-Zobl*,¹⁷ y otros donde analizan en 1 369 casos y controles la relación entre

la posición socioeconómica y sus diferentes indicadores y el riesgo de IAM. se concluye que existe relación entre la posición socioeconómica y el riesgo de IAM. Así también, se determina el hecho de que el grupo de población con nivel de estudios primarios presenta mayor riesgo de IAM independientemente de los factores de riesgo cardiovasculares y de la clase social basada en la ocupación. Estas enfermedades comienzan a desarrollarse desde la infancia, y pueden, en la edad adulta, presentarse de manera súbita con un paro cardiorrespiratorio, como primer, único y último síntoma, produciendo un impacto negativo en nuestras sociedades en el ámbito personal, familiar, laboral, económico y social.¹⁷ Si tenemos en cuenta que una buena parte de las MSC ocurren por IAM podemos encontrar una correlación directa entre el nivel de estudios y la posibilidad de ocurrencia de una MSC. El resultado de varias investigaciones^{13,18,23} de este tipo conduce a la idea de que el nivel de estudios actúa como un marcador inversamente proporcional a la ocurrencia de IAM y en consecuencia de una posible MSC.

En este mismo sentido y analizando los determinantes de las enfermedades cardiovasculares establecidos por la AHA, *Manderbacka y Elovainio*,²⁴ refieren que uno de los factores que contribuyen a producir un aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular más estudiados y que no se incluye en la relación de la AHA es la posición socioeconómica baja, que se refleja en los ingresos, la ocupación, el nivel de estudios u otros recursos.

Al mismo tiempo *Santos Padrón*,²³ afirma que los principales factores determinantes de la salud, no se relacionan directamente con los sistemas sanitarios, sino con el ingreso económico, la educación, los derechos humanos y el acceso a servicios básicos, la situación ambiental, entre otros. De modo que parece ser un buen punto de partida dirigir la indagación de los determinantes sociales de la salud a las condiciones sociales mismas en que las personas desenvuelven su vida y que participan finalmente en sus modos de enfermar y de morir.

Al mismo tiempo hay que tener en cuenta que esos condicionantes grupales o sociales no son homogéneos, de modo que la manera de vivir, enfermar y morir de los seres humanos, es la resultante de un variado conjunto de desigualdades.²⁵ Si tales situaciones de desigualdad se acompañan en nuestros países de "políticas de choque" que en América Latina laceran a una buena parte de la población y excluyen de toda opción a los grupos más vulnerables,²⁶ entonces estas desigualdades se profundizan y se abre más la brecha de enfermedad y muerte entre unos grupos sociales y otros.

DISCUSIÓN

En un esfuerzo de síntesis por integrar lo hasta aquí tratado, y acercándonos a la influencia de estos factores sobre la MSC, acudimos a la clasificación de *Corsiglia* de los "factores de riesgo" en modificables, no modificables y contribuyentes. Según él, los modificables son el hábito de fumar, la hipertensión arterial, el colesterol aumentado, el sedentarismo, por otro lado, los factores no modificables lo constituyen la herencia, la genética, la raza (origen étnico) y la edad y; los factores contribuyentes lo constituyen aquellos tales como la diabetes, la obesidad y el estrés emocional, el cual puede precipitar eventos cardíacos en personas predisuestas.²⁷ Un factor de riesgo significa siempre el sometimiento a determinada situación de vulnerabilidad y, como quiera que los factores grupales o sociales se encuentran en el nivel macro, son más difícilmente modificables, lo que significa que su influencia sobre los individuos es de carácter predisponente o, contribuyente, para el caso de la clasificación de *Corsiglia*. Siguiendo esta misma lógica y en un sentido social pudiéramos plantear que, una baja posición en la organización social, la no existencia

de apoyo social, la situación socioeconómica baja, la exclusión social y la iniquidad, el estatus marital de soledad o aislamiento, una situación laboral desfavorable, entre otros, a través de una cadena de múltiples determinaciones socioculturales y sociopsicológicas y en determinados contextos, pudieran constituir también factores de riesgo contribuyentes a la ocurrencia de una posible MSC.

Sin embargo, existe un enfoque para el análisis de la determinación de la salud que va más allá de aquel basado en los factores de riesgo. El enfoque de riesgo tiene cierta tendencia a quedarse en el análisis de las condiciones que producen o pueden producir la enfermedad. Con el estudio de las iniquidades como determinantes sociales en salud, opinión con la que concordamos, lo que se busca es establecer aquellos elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad y que tienen un efecto directo en la distribución de los problemas o de los factores protectores de la salud, lo cual impone el manejo de la determinación de la salud desde un enfoque esencialmente diferente a la tradicional perspectiva de factores de riesgo.²⁸

Otro factor a este nivel que constituye posible daño a la salud son las circunstancias generadoras de estrés. En el plano individual o en las relaciones de grupo los contextos pueden generar situaciones estresantes, de modo que la posición socioeconómica de un individuo, a su vez, afecta a sus circunstancias materiales, como el alojamiento, el potencial de consumo y el entorno físico, así como a las circunstancias sociales y psicológicas, como los factores de estrés psicosociales, las situaciones de vida estresantes y el nivel de apoyo social.^{17,18} De modo que las condiciones sociales (organización social, apoyo social, aspectos socioeconómicos, estatus marital, rol laboral, género y otras) pueden estar implicadas tanto en el origen como en las consecuencias de las experiencias estresantes. Si bien, las condiciones sociales pueden ser generadoras de estrés, al mismo tiempo y, a través de él, puede producir afectaciones a la salud, a la calidad de vida y hasta en la determinación o no de una adecuada longevidad satisfactoria.²⁹ Aquí debe buscarse el origen de una cadena de relaciones causales que culmina (en el caso que nos ocupa) en una posible situación de salud insatisfactoria o en una muerte inesperada.

La integración de todo el cúmulo de factores analizados hasta aquí pueden conducir a una situación de exclusión social. La exclusión social, en tanto ausencia de oportunidades para todos¹⁰ es el resultado de condiciones sociales limitantes, con pobre o casi ningún acceso a la salud, que en el caso que nos ocupa, en la circunstancia de un hecho repentino, la probabilidad de supervivencia se hace casi nula. Se trata de lo que es dado en llamar "exclusión en salud" resultante de las condiciones anteriormente dibujadas. Para enfrentar situaciones de este tipo en nuestros países latinoamericanos con una historia secular de explotación y sometimiento económico, son conocidos los casos en que la voluntad política del estado han desarrollado políticas sociales que incluyen no solo la atención a la salud, sino también políticas educativas, de vivienda y de alimentación,³⁰ son bien conocidos los casos de Cuba, Venezuela, y más recientemente Brasil con el Programa "*mais médicos*".

De modo que, otro aspecto que ejerce influencia en la determinación de la salud (o de la enfermedad) dentro de lo cual se incluye la posibilidad de ocurrencia de una MSC, son las políticas sociales y de salud relacionadas con el acceso a los servicios de salud. Existen acciones paliativas del Estado para enfrentar la ausencia de asistencia en determinados lugares apartados de difícil acceso al personal médico y paramédico. Tal es el caso del llamado Tren Sanitario y de Desarrollo Social "Ramón Carrillo",³¹ formado por nueve vagones dotados de consultorios a cargo de equipos de

especialistas en la atención primaria de la salud y el asesoramiento en políticas sociales, el cual realiza un recorrido anual de servicio a comunidades alejadas de los centros urbanos de Argentina. Pero soluciones de este tipo son limitadas y muchas veces ineficiente como ocurre en el caso de la posibilidad de ocurrencia de MSC.

La aplicación de una política sanitaria eficiente en correspondencia con un problema de salud tal como lo es la posibilidad de ocurrencia de una MSC debe ser concebida de manera integral en tanto política sociosanitaria con carácter intersectorial, es decir, una política mediante la cual se busque la coordinación de dos políticas sectoriales, la política sanitaria dirigida esencialmente a la curación, rehabilitación, prevención y la promoción de la salud; y la política de servicios sociales, que atienda los problemas sociales que influyen en la determinación de la salud y que incluye la educación, la vivienda, las condiciones y garantía de puestos de trabajo con una remuneración que cubra los elementos fundamentales del costo de la vida, la seguridad social, entre otras. Es necesario diseñar e implementar una política sociosanitaria y, no basta con la acción de la política sanitaria, por un lado, y de la política de servicios sociales, por otro.

En la literatura médica comienzan a aparecer cada vez más, trabajos dedicados al estudio de los determinantes sociales de las enfermedades y en particular de la MSC. Dentro de estos estudios aparecen indagaciones que ponen de manifiesto las características e impacto que los factores sociodemográficos producen sobre la salud de las personas incluyendo también la MSC.

Gran parte de los datos actuales sobre incidencia de la MSC proceden de estudios epidemiológicos retrospectivos que utilizan como fuentes para la recogida de la información la revisión de historias clínicas y certificados médicos de defunción,⁶ documentos en los cuales no se recogen la mayoría de las variables sociodemográficas estudiadas en el fallecido.

La limitante anterior, identificada por el GIMUS, ha sido resuelta con la aplicación de un método más profundo y selectivo de obtención de la información, basado en una de las conocidas autopsias alternativas, la "autopsia verbal", una técnica para la recogida de la información a través de la entrevista realizada a familiares allegados del fallecido y al médico tratante del enfermo.⁵

El análisis de los factores sociales que participan como determinantes de la salud de las personas sugiere que los mismos pueden ser clasificados para su estudio y manejo en la intervención comunitaria, en factores individuales y factores grupales o macrosociales, los cuales en el caso que nos ocupa, pueden constituir riesgo para desarrollar ECV y conducir con mayor probabilidad a desarrollar MSC. Los factores individuales dependen casi siempre (excepto los genéticos) de los estilos de vida de las personas y, los grupales o sociales, de la posición de clase, de la cultura familiar, del colectivo laboral, del grupo de amigos y hasta de la cultura del medio social en que vivimos. La identificación de los principales determinantes sociodemográficos en la muerte súbita cardiovascular, constituye un hecho de primera prioridad para el trabajo epidemiológico de prevención y para la promoción de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marrugat J, Elosua R, Gil M. Muerte súbita (I). Epidemiología de la muerte súbita cardíaca en España. Rev Esp Cardiol. 1999;52(9):717-25.

2. Kannel WB, Thomas HE Jr. Sudden coronary death: The Framingham study. *Ann NY Acad Sc.* 1982;382(1): 3-21.
3. Ochoa Montes LA. Muerte súbita cardíaca. Estudio en comunidades de Arroyo Naranjo en el período 2000-2010 [tesis]. La Habana: Centro de Investigaciones y Referencias de Aterosclerosis de La Habana (CIRAH); 2012 [citado 10 Ener 2015]. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/639/>
4. Fernández RM, Thielmann K, Bormey Quiñones MB. Determinantes individuales y sociales de salud en la medicina familiar. *Rev Cubana Salud Pública* 2012 [citado 10 Ener 2015]; 38(3): 484-90. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000300014&lng=es
5. Muratore C, Belziti C, Gant López J, di toro D, Mulassi A, Corte M, et al. Incidencia y variables asociadas con la muerte súbita en una población general. Subanálisis del estudio PRISMA. *Rev Argentina Cardiol.* 2006; 74(6): 441-6.
6. Morentin B, Covadonga A. Estudio poblacional de la muerte súbita cardiovascular extrahospitalaria: incidencia y causas de muerte en adultos de edad mediana. *Rev Esp Cardiol.* 2011;64(1): 28-34.
7. Reinier K, Thomas E, Andrusiek DL, Aufderheide TP, Brooks SC, Callaway CW, et al. Socioeconomic status and incidence of sudden cardiac arrest. *CMAJ.* 2011; 183(15): 1705-12.
8. American Heart Association. Coronary Artery Disease- Coronary Heart Disease. Washington, D. C.: AHA; 2014 [citado 10 Ener 2015]. Disponible en: http://www.heart.org/HEART_ORG/Conditions/More/MyHeart_and_Stroke_News/Coronary-Artery-Disease---Coronary-Heart-DiseaseUCM436416Article.jsp
9. Organización Mundial de la Salud. 65.ª Asamblea Mundial de la Salud. Punto 13.6 del orden del día provisional A65/16, 22 de marzo de 2012 Determinantes sociales de la salud: resultados de la Conferencia Mundial sobre los determinantes sociales de la salud (Río de Janeiro, Brasil, octubre de 2011). Informe de la Secretaría. Ginebra: OMS; 2011.
10. Ochoa Montes LA. Exclusión social y muerte súbita cardíaca. *Rev Cubana Salud Pública.* 2010 [citado 10 Ener 2015]; 36(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662010_000300012&script=sci_arttext
11. Navari CA. Síndrome de muerte súbita del lactante. *Cuad Med Forense.* 2003; (2): 45-57.
12. Zheng ZJ, Croft JB, Giles WH, Mensah GA. Sudden cardiac death in the United States, 1989 to 1998. *Circulation.* 2001; 104(18): 2.158-63.
13. Zhang S. Sudden Cardiac Death in China. *PACE.* 2009; 32(9): 1159-62.
14. Toro Martínez E. Muerte súbita inducida por antipsicóticos: aspectos farmacológicos y médico-legales. *Rev Argentina Clín Neuropsiquiátrica.* 2004 [citado 10 Ener 2015]; 12(2). Disponible en: <http://www.alcmeon.com.ar/11/42/07ToroMartinez.htm>

15. Zipes DP. Epidemiología y mecanismos de la muerte súbita cardiovascular. Rev Canad Cardiol. 2005;21(Supl A): 37A-40A.
16. Vigo-Ramos J. Muerte súbita y emergencias cardiovasculares: Problemática actual. Rev Peruana Med Exp Salud Pública. 2008;25(2):233-6.
17. González-Zobl G, Graua M, Muñoz MA, Martí R, Sanza H, Salaf J, et al. Posición socioeconómica e infarto agudo de miocardio. Estudio caso-control de base poblacional. Rev Esp Cardiol. 2010;63(9):1045-53.
18. Bayés de Luna A, Kotzeva A, Goldwasser D, Subirana M, Puig MT, Bayés-Genis T, et al. Relevancia de la muerte súbita cardíaca. Arch Cardiol Méx. 2007;77(Supl 4):123-8.
19. Albizu-Campos Espiñeira JC. Contrapunteo cubano de la muerte y el color. Rev Novedades Población. 2008;4(7):112-6.
20. Alfonso León A. Las respuestas de salud en la tercera edad. Rev Novedades Población. 2010;6(11):1-17 .
21. Cabrera Marrero F. El color de la piel como diferencial ante el riesgo de muerte en el oriente de Cuba. Rev Novedades en Población. 2013;9(17):95-115.
22. Ordúñez P, Kaufman JS, Benet M, Morejon A, Silva LC, Shoham DA, et al. Blacks and whites in the Cuba have equal prevalence of hypertension: confirmation from a new population survey. *BMC Public Health*. 2013 [citado 10 Ene 2015];13(169):1-6. Disponible en: <http://www.Biomedcentral.com/1471-2458/13/169>
23. Santos Padrón H. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. Rev Cubana Salud Pública. 2011 [citada 10 Ene 2015];37(2):136-44. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662011000200007&script=sci_arttext
24. Manderbacka K, Elovainio M. La complejidad de la asociación entre posición socioeconómica e infarto agudo de miocardio. Rev Esp Cardiol. 2010;63(9):1045-53.
25. Díaz-Perera Fernández GM. Acercamiento metodológico al estudio de los determinantes contextuales de las enfermedades consecuentes de la aterosclerosis y sus factores de riesgo [tesis]. La Habana, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, 2012. [citado 10 Ene 2015]. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/view/year/2012.html>
26. Martín Fernández C, Perera Pérez M, Díaz Pérez M, Milán Acosta G. Representaciones sociales de la vida cotidiana en Cuba. Rev Cubana Psicol. 2001;18(1):34-45.
27. Corsiglia D, Fontana JJ. Muerte súbita. Cadena de sobrevivida. Rev Méd La Plata. 2001;35(1):1-9.
28. Garriga Y, Navarro J, Saumell A, Serviat T, León de la Hoz J, García S. Determinantes de la salud: el rol de la inequidad en salud. INFODIR. 2012 [citado 10 Ene 2015];(15). Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/infdir/n1512/infdir07212.htm>

29. Sandín B. El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. Rev Internac Psicol Clín Salud. 2003;3(1): 141-57.
30. Uharte Pozas LM. Política de salud y democracia social. Rev Venezolana Economía Ciencias Soc. 2007;13(3):69-86.
31. Ministerio de Salud de la nación Argentina. Comienza el recorrido anual del Tren Sanitario y de Desarrollo Social "Ramón Carrillo". Buenos Aires (República Argentina): Ministerio de Salud; 16 de Marzo de 2014 [citado 10 Ener 2015] Información Pública y Comunicación. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/prensa/index.php/noticias/noticias-de-la-semana/1872-comienza-el-recorrido-anual-del-tren-sanitario-y-de-desarrollo-social-ramon-carrillo>

Recibido: 24 de enero de 2015.
Aprobado: 16 de abril de 2015.

Rafael Araujo González. Centro de Estudios Demográficos de la Universidad de la Habana (CEDEM). Calle 41 e/ 20 y 22. No. 2003. Playa 10300. La Habana, Cuba.
Dirección electrónica: araujo@cedem.uh.cu
Dirección electrónica del grupo cubano de investigación en muerte súbita (GIMUS): gemuertesubita@infomed.sld.cu