

Daños a la salud en Zacatecas asociados con la estratificación socioeconómica: un enfoque bioético

PSS. J. Manuel Noriega Maldonado¹

Dra. Adriana Noriega Maldonado²

¹Pasante de Servicio Social, Unidad Académica de Economía

²Docente TC Unidad Académica de Enfermería

Universidad Autónoma de Zacatecas

Contacto: adriana.noriega@uaz.edu.mx

Introducción

En el área de la Salud pública desde una perspectiva socio-sanitaria se ha analizado la relación que tienen la desigualdad socioeconómica y/o la pobreza con la salud, la enfermedad y la atención a la salud. Con esta óptica se han ido desarrollando algunos planteamientos teóricos sobre las brechas y desigualdades en salud, es así que empíricamente se habla de “enfermedades de los pobres y de los ricos”, que por algunos años buscan encontrar su explicación a partir del enfoque del “estilo de vida”, de ahí parte la premisa de que las conductas no adecuadas pueden explicar las enfermedades crónico degenerativas y las infectocontagiosas, aunque la evidencia sobre esto no es suficientemente clara.

Las estadísticas de mortalidad y morbilidad, aunque sirven de apoyo, tienen una limitante cuando se usan de manera aislada, pues dan la impresión de que la población es homogénea y que no existen diferencias en salud y enfermedad entre los diferentes grupos sociales. En el siguiente cuadro se presentan las diez principales causas de mortalidad general, para Zacatecas durante el año 2022, para representarlas como los principales daños a la salud en Zacatecas.

Tabla 1. MORTALIDAD GENERAL POR CAUSAS, ZACATECAS 2021

Mortalidad General, causas 2021		Total defunciones
1	Enfermedades del corazón	2,835
2	COVID-19	2,161
3	Agresiones	1,510
4	Diabetes mellitus	1,502
5	Tumores malignos	1,255
6	Accidentes	702
7	Influenza y neumonía	611
8	Enfermedades cerebrovasculares	497
9	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	385
10	Enfermedades del hígado	363

Fuente: INEGI, Principales causas de mortalidad por residencia, Tabulados básicos Zacatecas 2022.

El enfoque de la epidemiología social permite documentar el amplio espectro de los determinantes de salud, desde el nivel micro en que operan los factores biológicos individuales hasta los niveles macro que expresan las condiciones sociales en que viven las poblaciones. Y su preocupación principal es estudiar cómo la sociedad y las diferentes formas de organización social influyen la salud y el bienestar de los individuos y poblaciones. Estudia la frecuencia, distribución y los determinantes sociales de los estados de salud en la población, enriquece al enfoque epidemiológico tradicional, pero

también implica desafíos metodológicos (unida.org, 2002).

Las distintas formas de organización social influyen en otros factores, como, por ejemplo, características de una localidad y de las familias, a su vez, estos influyen en la conducta, la biología y la subjetividad de los sujetos, por lo tanto, los procesos biológicos y psíquicos están subordinados a los procesos sociales (Laurel, 1994). Es así pues que las características del hogar, la unidad que agrupa a los individuos, nos ofrecen una mirada general de las condiciones de vida

asociadas a la salud de la población. En ese sentido, la información que existe sobre las características de Zacatecas y de sus familias se ha recabado en la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT), que destaca lo siguiente para el tema que nos ocupa:

Características generales de los hogares visitados e indicadores como protección en salud, escolaridad y analfabetismo, entre otros. Fueron 1,484 hogares, que representan a un total de 414,580 hogares. Los hogares visitados habitaban 5,202 individuos que representaron a 1,628,467 habitantes. 47.7 % de la población fueron hombres y 52.3% mujeres. En lo referente al nivel socioeconómico, la mayor proporción de la población se concentró en los quintiles IV y V, es decir, en los niveles socioeconómicos medio alto y alto, agrupando 44.6% de la población de la entidad. Y en los quintiles I y II a los individuos más pobres con un 34.6% de la población. En lo que se refiere a indicadores educativos, la asistencia a la escuela y nivel máximo de estudios alcanzado identificó que 97.4% de los niños de 6 a 14 años asistía a la escuela, en tanto que entre los de 15 a 24 años bajaba a 39.9%. El promedio de años completos de escolaridad en los individuos de 15 años o más en la entidad fue de 8.9 años, 6.0%. En ese sentido, mientras la población analfabeta de 15 años o más tenía una proporción de 5.9% en el país, en el estado ese porcentaje fue de 4.7 por ciento (INSP, 2018).

Lo referente a la protección a la salud, en Zacatecas, 14.5% de la población equivalente a 236,928 personas, no contaban con protección en salud, por lo que el gasto en salud para 2018 revela que los hogares de Zacatecas gastaron en promedio 630.73 pesos mensuales en rubros como medicamentos, cuidados médicos, u hospitalizaciones. Esto representa un gasto en salud per cápita de 249.98 pesos, ello supone gastos para las familias y en ocasiones gastos catastróficos cuando la situación de salud es grave.

Algunos indicadores de interés para el tema son los de bienestar por entidad federativa, desarrollados por la OCDE y entidades federativas, en el marco de la iniciativa: Índice para una vida mejor, midiendo el bienestar y el progreso (Better Life Index), que tienen como propósito medir la evolución de las entidades federativas en el tiempo y compararse entre sí mismas, con lo que se podrá dar seguimiento a las condiciones de bienestar de los ciudadanos en las entidades federativas (INEGI, 2020).

En Zacatecas, 49.7% de los individuos se encuentran en condiciones de pobreza, otros indicadores de carencias sociales como sería la falta de un trabajo formal fueron de 61.5%, lo que se refiere a la carencia de acceso a servicios de salud, se identificó a un 23.8%, considerablemente alta con relación a lo reportado en la ENSANUT 2012 con un 18.5%, ver en el cuadro siguiente.

Tabla 2. FRECUENCIA DE PORCENTAJES PARA DIMENSIONES DE BIENESTAR, ZACATECAS 2022

Dimensiones de bienestar para Zacatecas, INEGI 2022	Porcentajes
Vivienda	
• Viviendas con techos de materiales resistentes	85.8
Ingresos	
• Población en situación de pobreza	45.8
• Población en situación de pobreza extrema	3.9
Empleo	
• Tasa de informalidad laboral	61.5
• Tasa de participación económica	57.6
Accesibilidad a servicios	
• Acceso a servicios de salud	76.2
• Hogares con acceso a banda ancha	67.4
• Viviendas con acceso a servicios básicos	93.8
Seguridad	
• Percepción de la inseguridad	43.7
Educación	
• Años promedio de escolaridad	9.2
Salud	
• Esperanza de vida al nacer	75.5
• Tasa de obesidad	34.1
• Tasa de mortalidad infantil (defunciones de menores de 1 año por cada mil nacidos vivos)	17.3
• Razón de mortalidad materna (defunciones de mujeres por cada 100 mil nacidos vivos)	35.9

Fuente: Elaborado a partir de indicadores de bienestar por entidad federativa INEGI.

La estratificación socioeconómica es un eje importante en la conformación de los grupos sociales, esto es, la discrepancia que existe entre individuos y grupos de una sociedad, derivadas del acceso diferente a la riqueza material y al poder que de ella deriva; cuando se pertenece a estratos

bajos implica mayor exposición a factores de riesgo para enfermar y morir, así como a menos oportunidades para el desarrollo del potencial humano (Bronfman & Tuiran, 1984).

Los recursos y bienes materiales y sociales, incluidos ingreso, riqueza y nivel educativo; son los indicadores más usados para medir el nivel o condición (status) de un individuo dentro de una jerarquía social, que generalmente se evalúa con la proporción al acceso y consumo de bienes, servicios y conocimientos, a su vez vinculados con el ingreso y el nivel de instrucción. Así la clase social está determinada por las formas de propiedad y trabajo de una sociedad, y sus relaciones con los medios de producción, distribución y consumo de bienes, servicios e información. El concepto de clase social se reduce entonces a la ubicación estructural de las personas dentro de la economía como propietarios o no de capital, tierras y otras formas de inversión socioeconómica. La clase no es una propiedad a priori de cada ser humano, sino una relación social creada por las sociedades (Krieger, 2000).

Así, se tiene que para Zacatecas la población en situación de pobreza representa un 45.8% y pobreza extrema de un 3.9%, que encarnaría a 729,959.4 personas con pocos ingresos, menor nivel de instrucción, menor consumo de bienes, situaciones que perpetúan el círculo de la pobreza, aunque un porcentaje considerable tiene acceso a los servicios de salud 76,2%, el 23.8% no lo tienen y ello los pone en una situación poco favorable, pues el acceso a servicios como lo es el de la salud impactan en el desarrollo humano, tal situación se ve

reflejada en la disminución de la esperanza de vida al nacer en Zacatecas y las tasas de mortalidad materno-infantil.

Enfoque bioético

El tema se centra en sí son las necesidades en salud, algo biológico e inherente a todos los seres humanos, sin distinción y, por tanto, universales, o si esto cambia entre estratos socioeconómicos, de acuerdo con las realidades de cada individuo y de cada sociedad. El cuestionamiento: ¿Es entonces una necesidad biológica o una necesidad social?, se puede decir que ambas dimensiones están presentes en una relación dialéctica indivisible, a pesar de lo cual, casi todos los autores proponen dos niveles de necesidades en los seres humanos.

Las primeras, llamadas necesidades básicas o también denominadas “naturales” o “esenciales”, como: alimentación, vivienda adecuada, vestimenta protectora, agua potable, saneamiento ambiental, transporte público, educación pública, servicios de salud para todos.

Las segundas, llamadas necesidades sociales o culturales, que en última instancia son reflejo del desarrollo social y moral de los individuos en pleno ejercicio de los derechos económicos, políticos y sociales (Tealdi, 2008).

La salud se considera como un “estado” dinámico que para ser alcanzado requiere satisfacer varias necesidades y que es calificada como algo valioso. Se coloca, así como un bien “necesario”, como un valor y fundamento de un deber del Estado de protección. La salud como derecho humano debe estar relacionada de forma indivisible con el pleno ejercicio de otros derechos que resguardan necesidades humanas (como el derecho a la educación, al empleo, a la vivienda, al medio ambiente adecuado, etc.) y que solo pueden ser ejercidos en un sistema que asegure su plena vigencia.

Por tanto, las necesidades básicas inherentes a la condición biológica del ser humano, y las más complejas, como son las necesidades sociales, afectivas y religiosas, se desarrollan y han cambiado a través de la evolución social y cultural de la especie humana. Y desde el punto de vista del desarrollo humano, la satisfacción de las necesidades permitiría entonces el desarrollo pleno de capacidades humanas. Así, la condición muy particular en salud, se vincula con la noción de dignidad, fundamento de los Derechos humanos y, por lo tanto, exigibles como garantías constitucionales (Tealdi, 2008).

Desde esta triple perspectiva, *Los daños a la Salud—Estratificación socioeconómica—Perspectiva bioética, apuntan hacia una carencia—potencia* cuya satisfacción promueve el desarrollo de un estado de bienestar integral de los seres

humanos. No así, la cantidad de recursos sanitarios necesarios para satisfacerlas, sino a una medida del bienestar humano que pone de manifiesto la vigencia de los Derechos humanos y, dentro de ellos, del derecho a la salud.

La Bioética de protección, reconoce las necesidades reales de seres humanos existentes, para quienes no hay consuelo en la filosofía, sino en la asistencia. La bioética de protección es concreta y específica; concreta porque atiende a individuos reales que sufren faltas de empoderamiento que son visibles, y específica porque cada privación es identificable y distinguible, como lo han de ser los cuidados y el apoyo. Las acciones terapéuticas son, por tanto, protecciones específicas y concretas, sea en lo social o en lo individual. La bioética de protección reconoce que los seres humanos son diversos en su dotación natural y material, así como en su empoderamiento, es preciso desarrollar un pensamiento moral para el estado de desigualdad en que la humanidad siempre ha vivido (Tealdi, 2008).

Conclusiones

La bioética de protección ve cómo cada persona, cada grupo o comunidad y cada nación se enfrentan y se relacionan con otros participantes y contrapartes débiles que requieren apoyo y resguardo. La protección se busca en el terreno de las realidades personales y sociales, no tiene la intención de reemplazar las bioéticas basadas en justicia, pero sí de proponer una transformación, que vaya de la oportunidad a la acción. Los inmaduros, los mentalmente incompetentes, los socialmente desaventajados requieren acciones protectoras para llegar a igualarse con los demás o, si ello no es posible, de recibir el cobijo para vivir sin penurias y con algunas satisfacciones. Aquella parte de la humanidad que ha logrado alcanzar el empoderamiento político y social, que puede negociar exitosamente la cobertura de sus necesidades y la satisfacción de sus deseos, no requiere una bioética de protección, sino la evitación de discriminaciones y el respeto de la igualdad.

El discurso explícito de la bioética de protección se rescata por la dominación mundial del neoliberalismo, la globalización y la profundización de desigualdades sociales, económicas y de empoderamiento. La bioética de protección pretende generar una agenda moral consciente de que los anhelos de igualdad y autonomía caminen para apoyar a los que más lo necesitan, que les permita emprender el camino hacia la equidad y la justicia. El reconocimiento de la protección como una ética para la desigualdad ayudaría a dejar de lado la indiferencia por solo metas de justicia y de autonomía, tanto como al insensible ordenamiento social liberal, donde se supone, falazmente, la igualdad de oportunidades para todos.

Bibliografía

- Bronfman, M., & Tuiran, R. (1984). La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez. *Cuad Med Soc*, 53-75.
- INEGI. (2020). *Indicadores de bienestar por entidad federativa*. (INEGI, Editor) Recuperado el 3 de abril de 2023, de Inegi.org: <https://www.inegi.org.mx/app/bienestar/?ag=07000032>
- INSP. (2018). *ENSANUT, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición por Entidad Federativa*. Obtenido de encuestas.insp.mx: https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/Resultado_Entidad_Zacatecas.pdf
- Krieger, N. (2000). *Salud Pública de la Universidad de Harvard*. Obtenido de unida.org: http://www.unida.org.ar/Bibliografia/documentos/Salud%20Comunitaria/glosario_epidemiologia_social.pdf
- Laurel, A. (1994). *sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Tealdi, J. C. (2008). *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. bogota: UNESCO.
- unida.org. (2002). *Introducción a la epidemiología social*. Boletín epidemiológico, vol 23, No.2, Junio 2002. Retrieved from <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>.

CiNTeB

Ciencia Nutrición Terapéutica Bioética