

REVISIÓN DE ALCANCERecibido: 7 de agosto de 2020
Aceptado: 26 de agosto de 2021
Publicado: 29 de noviembre de 2021**¿INFLUYE LA MOVILIDAD SOCIAL EN EL ESTADO DE SALUD?
UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA^(*)****Francisco Reyes-Santías (1), Bruno Casal (2), David Cantareron (3), Carla Blazquez (3), Adolfo Figueiras (4) y Marta Pascual (3)**(1) *Governance and Economics Research Network (GEN)*. Universidade de Vigo. Vigo. España.(2) *Governance and Economics Research Network (GEN)*. Universidade de A Coruña. A Coruña. España.(3) *Governance and Economics Research Network (GEN)*. Universidad de Cantabria. Santander. España.

(4) Universidad de Santiago de Compostela (USC). Santiago de Compostela. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

(*) Financiación: *H2020 Science with and for Society*, Award Number: 643576.**RESUMEN**

Fundamentos: En el debate sobre los determinantes de la variación de la clase social en la salud, se ha sugerido que la movilidad social y los factores asociados a ella desempeñan un papel importante en esta variación. La movilidad social describe los cambios o la estabilidad entre las posiciones de clase social. El objetivo de este trabajo fue identificar estudios sobre la asociación entre movilidad social y salud.

Métodos: Las bases de datos consultadas fueron *MEDLINE/PubMed*, *Cochrane*, *SciELO*, *CRD*. Las palabras clave utilizadas (en inglés), a través de la metodología *MeSH*, fueron: Salud (*MajorTerm*), Movilidad de clase, Movilidad vertical, Posición social, Factores socioeconómicos, Clase social, Condiciones sociales, Entorno social, Pobreza y Marginación social (*MeSHTerm*). El periodo de búsqueda fue de enero de 2010 a diciembre de 2019. La declaración de *STROBE* se ha utilizado para elaborar la lista de verificación. Finalmente, la evaluación de los estudios se ha realizado mediante una revisión sistemática cualitativa.

Resultados: La búsqueda identificó 1.092 estudios potencialmente relevantes. Tras el análisis, se retuvieron 376 estudios y se revisaron sus textos completos en profundidad, resultando un conjunto final de 42 estudios. De ellos, se identificaron 2 estudios sobre Movilidad de clase y Salud; también se identificaron 5 estudios sobre Pobreza y Salud, mostrando evidencia del efecto sobre la Salud por la Movilidad Social; 9 estudios sobre Clase Social y Salud, mostrando el efecto de la Movilidad Social sobre la Salud y 8 estudios que mostraron efecto de la Posición Social sobre la Salud.

Conclusiones: Las medidas de movilidad social transmiten información adicional a la de los índices de pobreza. Utilizar los índices de posición social y su impacto en las desigualdades en salud podría ser empíricamente útil. Se necesitan más estudios sobre esta cuestión.

Palabras clave: Salud, Pobreza, Movilidad social, Clase social, Factores socioeconómicos.

ABSTRACT**Does social mobility influence health status?
A systematic review**

Background: In the debate on the determinants of social class variation in health, it has been suggested that social mobility and associated factors play an important role in this variation. Social mobility describes changes or stability between social class positions. The aim of this paper was to identify studies on the association between social mobility and health.

Methods: The databases consulted were *MEDLINE/PubMed*, *Cochrane*, *SciELO*, *CRD*. The keywords used (in English), through the *MeSH* methodology, were: Health (*MajorTerm*), Class mobility, Vertical mobility, Social position, Socioeconomic factors, Social class, Social conditions, Social environment, Poverty and Social marginalisation (*MeSHTerm*). The search period was from January 2010 to December 2019. The *STROBE* statement has been used to develop the checklist. Finally, the evaluation of the studies has been carried out by means of a qualitative systematic review.

Results: The search identified 1,092 potentially relevant studies. After analysis, 376 studies were retained and their full texts were reviewed in depth, resulting in a final set of 42 studies. Of these, 2 studies were identified on Class Mobility and Health; 5 studies were also identified on Poverty and Health, showing evidence of effect on Health by Social Mobility; 9 studies on Social Class and Health, showing effect of Social Mobility on Health and 8 studies showing effect of Social Position on Health.

Conclusions: Social mobility measures convey additional information to that of poverty indices. Using indices of social position and their impact on health inequalities could be empirically useful. More research is needed on this issue.

Key words: Health, Poverty, Social mobility, Social class, Socioeconomic factors.

Correspondencia:
Francisco Reyes-Santías
Facultade de Ciencias Empresariais e Turismo
Universidade de Vigo
Campus As Lagoas, s/n
32004 Ourense, España
francisco.reyes@uvigo.es

Cita sugerida: Reyes-Santías F, Casal B, Cantareron D, Blazquez C, Figueiras A, Pascual M. ¿Influye la movilidad social en el estado de salud? Una revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*. 2021; 95: 29 de noviembre e202111187.

INTRODUCCIÓN

Los determinantes sociales de la salud son las condiciones económicas y sociales que influyen en las diferencias individuales y grupales del estado de salud. Son factores de riesgo que se encuentran en las condiciones de vida y de trabajo (como la distribución de los ingresos, la riqueza o la influencia social), más que en los factores individuales (como los factores de riesgo conductuales o la genética) que influyen en el riesgo de padecer una enfermedad o una lesión⁽¹⁾.

En el debate sobre los determinantes de la variación de la clase social en la salud, se ha sugerido que la movilidad social y los factores asociados a ella desempeñan un papel importante en esta variación^(2,3,4). La movilidad social describe los cambios o la estabilidad entre las posiciones de clase social⁽⁵⁾. La movilidad social intergeneracional describe el cambio de posiciones profesionales entre generaciones mientras que la movilidad social intrageneracional describe la movilidad dentro de la propia vida laboral de un individuo. La clase de origen se refiere a las condiciones de clase social durante la crianza, mientras que la clase de destino se refiere a la clase alcanzada por el individuo en un momento determinado de la vida adulta.

La movilidad social suele referirse a la movilidad vertical, que es el movimiento de individuos o grupos hacia arriba o hacia abajo de un nivel socioeconómico a otro. Un alto nivel de movilidad intergeneracional suele considerarse digno de elogio y puede verse como un signo de igualdad de oportunidades en una sociedad.

Sin embargo, la medida en que la movilidad social puede contribuir directamente al patrón general de salud es, aparentemente, bastante pequeña⁽⁶⁾. En cambio, la movilidad social puede influir de forma indirecta, ya que en este caso tanto la salud de los adultos como

el estatus social están determinados por un mismo factor asociado a la movilidad.

Esto también se denomina selección indirecta de la salud^(7,8,9). Dado que la jerarquía social se modifica a través de la movilidad social, es interesante reseñar que el papel de la propia movilidad social como determinante de la salud haya sido poco conceptualizado.

El objetivo de esta revisión bibliográfica fue identificar los estudios que han evaluado la asociación entre movilidad social y salud en diferentes poblaciones. La estructura del artículo se organiza como sigue. La sección 2 presenta la metodología utilizada para el análisis. En la siguiente sección se recopilan los resultados. Las dos últimas secciones presentan las principales conclusiones y las recomendaciones que se derivan de ellas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para identificar las evidencias publicadas más relevantes sobre la relación entre “*Salud*” y “*Movilidad de clase social*”, se utilizó el método de la revisión de alcance. A diferencia de otras revisiones sistemáticas, una revisión de alcance no incluye ni excluye estudios en función de sus diseños de investigación⁽⁵⁾.

No se incluyeron limitadores de búsqueda respecto de la ubicación geográfica del estudio ni de accesibilidad del texto no limitando la búsqueda a publicaciones *Open Access*. Se limitó la búsqueda a artículos publicados en inglés, bajo la consideración apuntada por Pilkington K *et al*⁽¹⁰⁾ de excluir idiomas diferentes del inglés no cambia la conclusión de la revisión sistemática excepto para la medicina alternativa, que no es objeto de este estudio.

Con respecto a la calidad metodológica de cada estudio incluido, hay controversia sobre cuál es la mejor forma de reflejar la calidad

metodológica de un estudio⁽¹¹⁾. Algunos autores proponen el uso de escalas de puntuación de calidad⁽¹²⁾. Otros autores abogan por la recogida y valoración de elementos metodológicos individuales de cada estudio, en lugar de usar las controvertidas escalas⁽¹³⁾.

Identificación de estudios. Se consultaron las siguientes bases de datos: *MEDLINE/PubMed*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Scientific Electronic Library Online (SciELO)* y *Centre for Reviews and Dissemination Database (University of York)*.

Para definir los términos de búsqueda se utilizó el método *MeSH*. Las palabras clave utilizadas (en inglés) estaban relacionadas con: (1) “*Health*” como *MajorTerm*; (2) “*Class mobility*”, “*Vertical mobility*”, “*Social position*”, “*Socioeconomic factors*”, “*Social class*”, “*Social conditions*”, “*Social environment*”, “*Poverty*” y “*Social marginalization*” como *MeSHTerm*; (3) “*Systematic reviews*”; y (4) “*Abstract*”. En cada base de datos, nuestra búsqueda abarcó el período comprendido entre enero de 2010 y diciembre de 2019 (tabla 1).

Selección y evaluación. Los artículos se seleccionaron en dos etapas. En primer lugar, se decidió seleccionar sólo los estudios publicados en inglés y, tras eliminar los registros duplicados, se analizaron las referencias obtenidas en la etapa de identificación a partir de los títulos y resúmenes. A continuación, se examinaron los textos completos de los artículos retenidos. Para ambas etapas, se utilizó como criterio de inclusión que estuvieran publicados en inglés. Se extrajeron y analizaron los datos de los artículos seleccionados tras la segunda etapa.

El proceso de análisis consistió, en primer lugar, en extraer toda la información posible para describir los estudios seleccionados. Este proceso se basó en la lista de verificación descriptiva para los artículos incluidos en un estudio

de alcance propuesta por Malo M y Robert E⁽¹⁴⁾: a) país donde se realizó el estudio; b) tema(s) de salud abordado(s); c) diseño de investigación utilizado; d) herramientas e instrumentos utilizados para medir los procesos de la investigación.

Análisis de datos finales. Una vez extraídos los datos, se analizó esta información para elaborar una imagen de los resultados clave de los estudios, en términos de estrategias utilizadas, análisis de procesos y tipos de uso medidos. Los datos se agruparon por temas y luego se describieron para su análisis cualitativo y se cuantificaron siempre que fue posible. Nuestro análisis de los diseños de investigación se guió por la lista de comprobación *STROBE*⁽⁶⁾. Estos análisis también proporcionaron una visión de los resultados clave de los estudios.

La síntesis de datos se ha realizado según el procedimiento para la meta-agregación de datos de la guía de JBI para revisiones sistemáticas de estudios cualitativos⁽¹⁵⁾. Se abordaron de este modo tres fases: 1) extracción de los hallazgos incluidos en los documentos seleccionados; 2) desarrollo de los resultados en temas a partir de los hallazgos similares; 3) unificación de los resultados en categorías temáticas. Los hallazgos se seleccionaron a través de la lectura crítica de los estudios seleccionados. Las categorías temáticas se agruparon en función de los conceptos definidos en los artículos revisados y han sido descritas mediante un consenso entre los autores en el proceso de revisión.

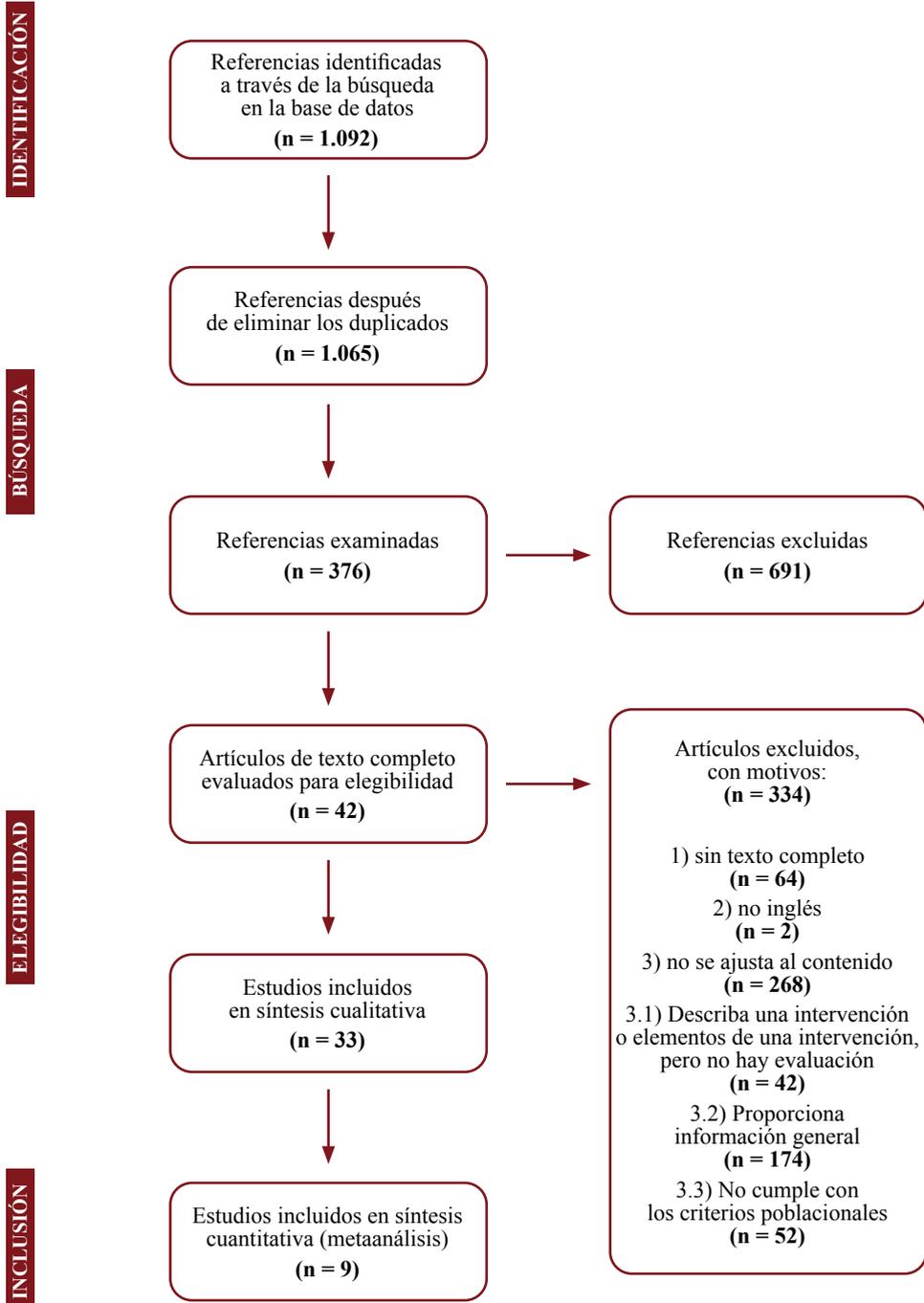
RESULTADOS

La búsqueda identificó 1.092 estudios potencialmente relevantes. Tras el análisis de los títulos y resúmenes, se identificaron 76 estudios y se revisaron en profundidad sus textos completos, lo que dio como resultado un conjunto final de 42 estudios. Se ha utilizado el diagrama de flujo (figura 1).

Tabla 1
Estrategia de búsqueda.

| Nº | Término de búsqueda |
|-------------------------|--|
| PubMed | |
| #1 | <i>Health</i> [Título / Resumen] |
| #2 | <i>Class mobility</i> [Título / Resumen] |
| #3 | <i>Poverty</i> [Título / Resumen] |
| #4 | <i>Social Class</i> [Título / Resumen] |
| #5 | <i>Social position</i> [Título / Resumen] |
| #6 | Límite a: artículo de revista; año de publicación ≥2010; Inglés; sujetos humanos, texto completo libre |
| Cochrane Library | |
| #1 | <i>Health</i> [Título / Resumen] |
| #2 | <i>Class mobility</i> [Título / Resumen] |
| #3 | <i>Poverty</i> [Título / Resumen] |
| #4 | <i>Social Class</i> [Título / Resumen] |
| #5 | <i>Social position</i> [Título / Resumen] |
| #6 | Límite a: artículo de revista; año de publicación ≥2010; Inglés; sujetos humanos, texto completo libre |
| SciELO | |
| #1 | <i>Health</i> [Título / Resumen] |
| #2 | <i>Class mobility</i> [Título / Resumen] |
| #3 | <i>Poverty</i> [Título / Resumen] |
| #4 | <i>Social Class</i> [Título / Resumen] |
| #5 | <i>Social position</i> [Título / Resumen] |
| #6 | Límite a: artículo de revista; año de publicación ≥2010; Inglés; sujetos humanos, texto completo libre |
| CRD (York) | |
| #1 | <i>Health</i> [Título / Resumen] |
| #2 | <i>Class mobility</i> [Título / Resumen] |
| #3 | <i>Poverty</i> [Título / Resumen] |
| #4 | <i>Social Class</i> [Título / Resumen] |
| #5 | <i>Social position</i> [Título / Resumen] |
| #6 | Límite a: artículo de revista; año de publicación ≥2010; Inglés; sujetos humanos, texto completo libre |

Figura 1
Diagrama de flujo del proceso de selección de artículos.



Análisis de resultados: En el **anexo I** se presenta el listado completo de las referencias obtenidas según la selección previamente definida, así como los elementos clave analizados y los resultados derivados de cada uno de ellos. La heterogeneidad de los estudios dificultó la síntesis de los resultados y la valoración del impacto de los factores considerados sobre los resultados. No obstante, dos tercios de los estudios revisados mostraron evidencia que sugiere un efecto sobre la salud por parte de la movilidad social y un tercio ha mostrado evidencia sobre la ausencia de efecto.

La evidencia analizada se reporta en los grupos de los diferentes *MeSHTerms* de búsqueda.

Dos tercios de los estudios revisados mostraron evidencias que sugieren un efecto sobre la salud por parte de la movilidad social y un tercio mostró evidencias sobre la ausencia de efecto. Además, el 78,5% de los estudios identificados en esta investigación expusieron una síntesis cualitativa en lugar de cuantitativa.

Además, las poblaciones de los estudios revisados pertenecían principalmente a grupos de inmigrantes, niños y personas mayores. Por lo tanto, las patologías en las que se centraron los trabajos revisados fueron: ECV, trastornos mentales, SIDA, diabetes, asma y alergias, cáncer gástrico, cáncer de mama e hipertensión.

La **tabla 2** expone los resultados de la clasificación de los artículos seleccionados con respecto a la metodología subyacente en cada artículo.

En relación con la evidencia que sugiere la presencia del efecto *Movilidad social sobre la Salud*, identificamos 2 estudios sobre Movilidad de clase y Salud.

Los autores de un estudio⁽¹⁶⁾ que resume 48 artículos revisados por pares sobre la mortalidad por todas las causas y por causas específicas,

encontraron que las tasas de mortalidad eran más altas entre los hombres cuyos trabajos paternos eran manuales. La movilidad social ascendente y descendente confería tasas de mortalidad intermedias. La mayor mortalidad antes de los 65 años estaba fuertemente asociada a una clase social baja en la edad adulta.

Por otro lado, una revisión sistemática y meta-análisis⁽⁴⁾ de estudios que evaluaron la asociación de la movilidad social en grupos de migrantes o de segunda generación con trastornos mentales comunes, encuentra que los migrantes a países de mayores ingresos que experimentaron movilidad descendente o subempleo fueron más propensos a dar positivo en trastornos mentales comunes, en relación con los migrantes que tuvieron movilidad ascendente o no experimentaron cambios en la posición socioeconómica.

También se identificaron 5 estudios sobre Pobreza y Salud, que muestran evidencia de un efecto sobre la Salud por parte de la movilidad social. Una revisión⁽¹⁷⁾ demostró que la mala salud materna, derivada de la exposición a factores ambientales nocivos y el peor acceso a la atención sanitaria, incluida la planificación familiar, suponen una clara desventaja para el futuro de los hijos.

Tabla 2
Número de estudios según tipo de análisis y por término de búsqueda.

| Estudios por término de búsqueda | Revisión | Revisión Sistemática | Meta-Análisis |
|----------------------------------|----------|----------------------|---------------|
| Movilidad Social | 4 | 1 | 1 |
| Pobreza | 9 | 3 | 0 |
| Clase Social | 2 | 7 | 2 |
| Posición Social | 1 | 5 | 0 |

Es más, una revisión sistemática⁽¹⁸⁾ señaló que un barrio económicamente deprimido implica una mayor probabilidad de parto prematuro y un tamaño reducido del bebé durante el periodo de gestación.

Una revisión⁽¹⁹⁾ de 165 artículos sobre ensayos clínicos para poblaciones minoritarias con bajos ingresos indicó un aumento de los estudios centrados en la selección de individuos de grupos minoritarios y bajos ingresos en la investigación clínica. La mayor parte de los artículos se centran en estudios sobre el tratamiento del cáncer, la obesidad y el sobrepeso y el SIDA.

Estudiando el mismo tema, una revisión de la literatura⁽²⁰⁾ basada en EE.UU., Canadá y Mozambique, demostró que los grupos desfavorecidos tuvieron un mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares y que otro gran grupo con mayor riesgo de sufrirlas son las personas que viven en los países de bajos y medios ingresos (PBMI). Al mismo tiempo, las enfermedades infecciosas y las muertes maternas/neonatales siguen siendo frecuentes, lo que produjo la llamada doble carga de enfermedades en los PIBM.

Por otra parte, un trabajo⁽²¹⁾ que revisó 20 artículos sobre cómo las condiciones de salud durante los primeros años de vida afectan al estado de salud en la edad adulta, evidenció una importante influencia en las enfermedades cardíacas y la diabetes de los parámetros de salud en las primeras etapas de la vida. Además, la investigación demostró la relación entre una mala nutrición durante la infancia y la diabetes, la correlación entre las enfermedades en la infancia y en la vida adulta, y la correlación negativa entre un nivel socioeconómico más bajo y la mortalidad en la edad adulta.

Identificamos también 9 estudios sobre *Clase Social y Salud*, que evaluaron el efecto de la movilidad social sobre la salud. Una

revisión⁽²²⁾ relacionada con la población residente en Portugal desde el año 2000, indicó una fuerte evidencia de las desigualdades en salud relacionadas con la educación y el género, principalmente para la obesidad, la salud autopercebida y la salud mental.

Se llevó a cabo una revisión sistemática⁽⁵⁾ para identificar todos los estudios publicados sobre el nivel socioeconómico (NSE) y la exposición a la contaminación atmosférica ambiental y se observó que la mayoría de los estudios norteamericanos han demostrado que las zonas donde habitan las comunidades de bajo nivel socioeconómico (NSE) experimentaron mayores concentraciones de contaminantes atmosféricos. Las investigaciones de Asia, África y otras partes del mundo señalaron una tendencia general similar a la de Norteamérica, pero las investigaciones en estas partes del mundo son limitadas.

En una revisión sistemática⁽²³⁾ de estudios que evaluaron la posición socioeconómica antes de los 18 años y la actividad física a la edad ≥ 18 años y se encontró una asociación significativa entre la posición socioeconómica en las primeras etapas de la vida y la actividad física durante la edad adulta.

Los autores de un estudio⁽²⁴⁾ resumieron los primeros resultados del JA-CHRODIS (*Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle*) en el contexto del 2º Programa de Salud de la UE 2008-2013 que se centró en la identificación de una población con multi-morbilidad que tiene una demanda asistencial alta o muy alta mostrando que el estatus socioeconómico supuso una fuente importante de inequidad sanitaria, ya que existió una correlación positiva robusta entre el estatus socioeconómico y la salud.

Los indicadores socioeconómicos también estuvieron estrechamente asociados a la

prevalencia de enfermedades crónicas y al gasto sanitario de los pacientes con morbilidad múltiple.

Otros autores⁽²⁵⁾ realizaron una revisión sistemática de los estudios sobre la eficacia de las intervenciones individuales, comunitarias y sociales en la reducción de las desigualdades socioeconómicas y su influencia en la obesidad entre los adultos encontrando que, a nivel individual, había pruebas de la eficacia de los programas de pérdida de peso adaptados a la atención primaria entre los grupos desfavorecidos.

Un artículo⁽²⁶⁾ evidenció que, con la excepción del tabaquismo, las enfermedades cardiovasculares y los factores de riesgo como la obesidad, la diabetes, los lípidos elevados y la hipertensión fueron, en general, más frecuentes entre los grupos de mayor nivel socioeconómico en la India.

Otro estudio⁽²⁷⁾ concluyó que el riesgo percibido de complicaciones relacionadas con la diabetes, la gravedad de la diabetes y la duración de la misma se asociaron significativa y negativamente con la calidad de vida.

Un artículo⁽²⁸⁾ describió la prevalencia actual y las tendencias temporales de la obesidad infantil en todo el mundo, así como la asociación entre la obesidad infantil y el estatus socioeconómico (SES), mostrando que la prevalencia fue más alta en los países occidentales e industrializados, pero siguió siendo baja en algunos países en desarrollo.

El objetivo principal de una revisión sistemática y meta-análisis⁽⁸⁾ de estudios en lengua inglesa fue evaluar la asociación de la movilidad social con los trastornos mentales comunes en los grupos de migrantes y de segunda generación, y sus resultados muestran que, en la mayoría de los estudios incluidos en la revisión, la movilidad social intrageneracional descendente

se asocia con la migración. El meta-análisis de efectos aleatorios (n=5.179) sugirió que los migrantes a países de ingresos más altos que experimentaron movilidad descendente o subempleo tenían más probabilidades de dar positivo en trastornos mentales comunes, en relación con los migrantes que tuvieron movilidad ascendente o no experimentaron cambios en la posición socioeconómica.

Identificamos 8 estudios que demostraron el efecto de la posición social sobre la salud. Una revisión sistemática⁽²⁹⁾ indicó evidencia que apoya que la vivienda insalubre o inadecuada y la falta de hogar estuvieron asociadas con la utilización diferencial de la atención del VIH, la reducción de la eficacia del tratamiento y los comportamientos de riesgo de transmisión del VIH.

Una revisión sistemática⁽³⁰⁾ aportó más pruebas de que las desigualdades en la tasa de mortalidad por posición socioeconómica persistieron en las edades más avanzadas, tanto para hombres como para mujeres, en todos los países analizados.

En otro estudio⁽³¹⁾ se estableció un análisis de cohorte para evaluar la equidad social en la enfermedad del cáncer (*Social Inequality in Cancer-SIC*) mediante la agrupación de datos prospectivos de varias cohortes existentes, mostrando la desigualdad social en la mortalidad por causa específica, la incidencia de la enfermedad coronaria y el cáncer de mama al comparar el nivel educativo bajo con el alto.

Igualmente, un estudio destinado a analizar los patrones globales y tendencias temporales basado en datos de registros de cáncer de alta calidad, encontró que las tasas de incidencia y mortalidad del cáncer de pulmón eran más altas en los países con mayor desarrollo socioeconómico⁽³²⁾.

Se realizó una revisión sistemática⁽³³⁾ para determinar hasta qué punto existen pruebas de

desigualdades similares en la salud subjetiva y el bienestar de las personas mayores en Europa. Una peor situación económica y posición social (SEP) se asoció con una peor salud y bienestar subjetivos. Las asociaciones tendían a ser más débiles en los grupos de mayor edad.

Otro artículo que desarrolló una revisión sistemática⁽³⁴⁾ mostró que una baja SEP se asoció con una mayor prevalencia de asma en el 63% de los estudios. Las investigaciones sobre alergias, sin embargo, mostraron una asociación positiva entre una mejor SEP y la enfermedad en el 66% de los estudios.

Algunos autores desarrollaron una revisión sistemática y un meta-análisis⁽³⁵⁾ y mostraron un mayor riesgo de cáncer gástrico entre las categorías más bajas de SEP en educación y ocupación.

En relación con el término de búsqueda *Movilidad* de clase, una revisión bibliográfica⁽³⁶⁾ señaló que las heterogeneidades en las desigualdades en salud y en las asociaciones entre los determinantes de la salud y la salud se consideraron durante mucho tiempo como una cuestión meramente técnica que implica posibles sesgos.

Aún más, una revisión sistemática de la literatura⁽³⁷⁾ basada en el Reino Unido evidenció que los modelos de movilidad social son corroborados sólo por algunos estudios y que la mayor parte de las evidencias publicadas sugieren poco o ningún efecto.

La búsqueda a través del término *Pobreza* mostró una revisión de artículos relacionados con Estados Unidos, Holanda y Canadá sobre los efectos en la salud de los niños (0-18 años) que crecen en barrios marginales o pobres⁽³⁸⁾ y señalaron que en el 60% de los estudios se confirmó que los niños que crecieron en

barrios marginales o pobres presentaron graves problemas de salud, aunque en muchos casos las conclusiones no se basaron en la estimación empírica de modelos formales.

Por otra parte, otra revisión de la literatura, realizando un Meta-análisis⁽³⁹⁾, encontró que no se detecta asociación entre el estatus educativo y la hipertensión, mientras que se observó una asociación positiva con los ingresos. Se encontró que el nivel educativo estaba inversamente asociado con la hipertensión en Asia oriental y, por otro lado, que los ingresos más altos, la riqueza del hogar o la clase social estaban positivamente asociados con la hipertensión en el sur de Asia, mientras que no se detectó ninguna asociación en Asia oriental y África.

No obstante, un estudio realizado en Finlandia, observó que las desventajas socioeconómicas del vecindario se asociaron con diferencias en los riesgos para la salud a lo largo de la vida, incluidos los factores de estilo de vida perjudiciales desde la infancia y la adolescencia y un peor metabolismo de la glucosa desde la edad adulta temprana⁽⁴⁰⁾.

En relación con el término de búsqueda *Clase social*, una revisión de la literatura⁽⁴¹⁾ con el objetivo de describir los hallazgos sobre la relación entre la posición socioeconómica SEP y el peso en la infancia-adolescencia encontró una relación inversa, el 18,7% de los estudios no encontró relación, y el 20,9% de los estudios encontró una relación que variaba en función de otra variable, como la edad, el sexo o el grupo étnico.

Se realizó un meta-análisis de intervenciones controladas aleatoriamente en el lugar de trabajo⁽²⁵⁾ con la conclusión de que no había diferencias estadísticamente significativas entre los trabajadores tanto de cuello blanco como de cuello azul para los resultados de salud considerados.

En relación con los estudios anteriores, una revisión⁽⁴²⁾ describió las tendencias temporales de las desigualdades en materia de salud y los compromisos para reducir las desigualdades en materia de salud que indicaron una reducción de la brecha entre los grupos más favorecidos y los más desfavorecidos en algunos indicadores de salud, como la esperanza de vida, pero un aumento de la brecha en otros, como la prevalencia de la diabetes.

Por último, no hubo pruebas de la influencia de la posición social en la salud según un estudio⁽³³⁾ que examinó en Dinamarca el efecto combinado y la interacción entre la posición socioeconómica, la educación, el tabaquismo y la hipertensión en la incidencia de ictus isquémico y hemorrágico mediante el uso del modelo de riesgos aditivos. El tabaquismo y la hipertensión actuales fueron más frecuentes entre las personas con un nivel educativo bajo. La educación baja frente a la alta se asoció con una mayor incidencia de ictus isquémico, pero no hemorrágico. No hubo pruebas claras de interacción entre el bajo nivel educativo y la hipertensión. La evidencia apoya la conclusión de que la reducción del tabaquismo en las personas con una posición socioeconómica baja y en aquellas con hipertensión podría reducir potencialmente la incidencia de ictus por desigualdad social.

En ese sentido, otro artículo presentó una revisión rápida⁽⁴³⁾ para analizar las medidas individuales de la posición socioeconómica (PSE) en los resultados del cáncer infantil en la edad adulta. Los estudios revisados documentaron que los individuos que experimentaron circunstancias socioeconómicas más pobres durante la infancia tuvieron un mayor riesgo de mortalidad general, independientemente de la posición socioeconómica en la edad adulta, aunque la mortalidad por cáncer de mama se relacionó de manera inconsistente con la SEP en la

infancia, así como las asociaciones con el cáncer de próstata.

DISCUSIÓN

En una revisión, el propósito de la síntesis es analizar los datos. Existen diversos métodos de síntesis y el empleado en este estudio ha sido un método de síntesis cualitativa, que implica el análisis de datos para generar categorías, temas, construcciones o teorías como resultados; presentando la evidencia en forma descriptiva, sin análisis estadístico. Una síntesis cualitativa implica un enfoque cualitativo e integra estudios de diferentes contextos. Se ha demostrado que las síntesis cualitativas son especialmente útiles para detectar vacíos de investigación en ciertas áreas; informar el desarrollo de estudios primarios; y proporcionar evidencia para el desarrollo, implementación y evaluación de intervenciones⁽⁴⁾.

La movilidad social también puede referirse a la movilidad entre y dentro de las generaciones, entre las clases sociales, y dentro y fuera del mercado laboral. Además, la “hipótesis de la deriva social” parte de la idea de que los individuos con mala salud están abocados a la movilidad descendente. La mala salud puede ser una importante limitación para la movilidad social. Por otro lado, la buena salud puede “provocar” la movilidad ascendente⁽²⁵⁾.

La salud de una persona puede mejorar o empeorar conjuntamente con los cambios de clase social^(37,42). Los individuos que cambian de posición social poseen los atributos de salud de la clase que dejaron, así como los atributos de salud de la clase a la que se incorporan.

Además, las personas que se desplazan fuera del mercado laboral suelen tener peor salud que las que permanecen en él⁽³³⁾. Los individuos socialmente móviles también pueden cambiar

sus hábitos de vida^(43,45) y ajustar sus comportamientos a la clase a la que se incorporan⁽⁴⁶⁾.

Otros investigadores han argumentado que la movilidad relacionada con la salud más bien limita las desigualdades en materia de salud, ya que los individuos con movilidad ascendente tienden a tener una peor salud que los de la clase a la que se unen, mientras que los individuos con movilidad descendente tienden a tener una mejor salud que los de la clase a la que se unen, lo que conduce a una disminución de las cifras que informan de las desigualdades en materia de salud^(47,48).

La presente revisión señala que la movilidad de clase estaba asociada a la salud en el sentido de que una baja capacidad cognitiva en la infancia estaba fuertemente asociada a una mayor mortalidad antes de los 65 años, pero las pruebas generales sugerían un efecto escaso o nulo de la movilidad social sobre la salud.

En relación con el término *Pobreza*, nuestra revisión encuentra un estudio que niega que los niños que crecen en barrios marginales o pobres presenten graves problemas de salud, aunque en muchos casos las conclusiones no se basan en la estimación empírica de modelos formales.

Un estudio⁽⁴⁸⁾ examinó si la movilidad social autodeclarada entre 419 mujeres latinas inmigrantes está asociada con la satisfacción con la atención sanitaria. También se examinó la asociación entre la movilidad social y la salud autopercebida, la calidad de la atención y la desconfianza hacia la asistencia médica y se observó que la movilidad social percibida puede predecir de forma diferencial la satisfacción de las inmigrantes latinas con el sistema de atención sanitaria, incluida su confianza en las instituciones médicas estadounidenses. Los autores concluyen que la movilidad social percibida es un elemento importante a la hora de explorar

las experiencias de las inmigrantes latinas con la atención sanitaria en Estados Unidos.

Debido a que no se sabe si la movilidad de clase autopercebida, una medida altamente correlacionada con la clase social de facto de un individuo y las experiencias de movilidad pasadas, afecta a la salud autopercebida, un estudio⁽⁴⁹⁾ intenta llenar el vacío examinando cómo la percepción de la movilidad de clase se asocia con la salud autopercebida. Utilizando ocho oleadas de datos de la *Encuesta Social General de China* que abarcan los años 2005 a 2015, los autores realizaron un análisis a nivel micro (individual) y macro (provincial). El estudio sugiere que tanto a nivel individual como provincial, la percepción de experimentar movilidad descendente se asoció con una salud autovalorada significativamente menor tanto en las zonas rurales como en las urbanas, en comparación con los que se consideran ascendentes o inmóviles.

Otro estudio⁽⁵⁰⁾ muestra que, en comparación con los descendientes con ocupación no manual, los descendientes con ocupación manual se asociaron con una peor Salud en los adultos mayores (-0,14; IC95%: -0,28;0,00). En los análisis estratificados, la clase social de los hijos sólo se asoció con la Salud de los adultos mayores entre los que vivían geográficamente cerca. La frecuencia de contacto entre los hijos y los adultos mayores no modificó las asociaciones.

Además, una revisión de la literatura⁽⁵¹⁾ muestra que algunos de los desarrollos más importantes en el estudio psicológico de la clase social y la movilidad social que hablan de las preocupaciones de larga data de los geógrafos y sociólogos de la salud con respecto a cómo la posición social, las percepciones, las comparaciones sociales y las identidades basadas en la clase repercuten en la salud y el bienestar.

Con respecto a las limitaciones del presente estudio, existe un sesgo de literatura publicada⁽⁵²⁾. Las búsquedas de artículos no han incluido fuentes de literatura gris. La intención de los autores es completar este estudio en una próxima publicación con una Revisión Sistemática Mixta, que combine la Revisión Sistemática Cualitativa y la Cuantitativa.

CONCLUSIONES

La heterogeneidad de los estudios revisados dificultó la síntesis de los resultados y la evaluación del impacto de los factores considerados en los resultados. Sin embargo, las conclusiones empíricas sobre este tema podrían resumirse como sigue.

Las implicaciones sociales y de política sanitaria de los diversos trabajos indican que las medidas de intervención y prevención deberían aplicarse en una fase temprana de la vida para resistir la acumulación de circunstancias sociales adversas, si es posible.

Por último, nuestros resultados dejan claro que las medidas de movilidad social transmiten información adicional a la contenida en los índices de pobreza. En consecuencia, el uso de los índices de posición social y su impacto en las desigualdades en salud podría ser empíricamente útil. En definitiva, se necesitan más pruebas sobre este tema.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

FRS concibió el estudio, su diseño, realizó parte de la revisión de la literatura y coordinó la redacción del manuscrito; BC realizó parte de la revisión de la literatura y ayudó a redactar el manuscrito; DC participó en el diseño del estudio, realizó parte de la revisión de la literatura y ayudó a redactar el manuscrito; CB realizó parte de la revisión de la literatura y ayudó a

redactar el manuscrito; AF realizó parte de la revisión de la literatura y ayudó a redactar el manuscrito; MP realizó parte de la revisión de la literatura y ayudó a redactar el manuscrito. Todos los autores leyeron y aprobaron el manuscrito final.

BIBLIOGRAFÍA

1. Solar O, Irwin A. Social determinants, political contexts and civil society action: a historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health. *Health Promotion Journal of Australia*, 2006, 17(3):180-185.
2. World Health Organization. Commission on social determinants of health: note by the Secretariat. Geneva, World Health Organization (document number: EB115/35), 2004.
3. Sartorius, N.: The Meanings of Health and its Promotion; *Croatian Medical Journal*, 2006 Aug; 47(4): 662–664.
4. Tiikkaja, Sanna; Social mobility in relation to Cardiovascular and Psychiatric Health, Department of Medical Epidemiology and Biostatistics, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden, 2013.
5. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: Towards a Methodological Framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8:19–32. doi: 10.1080/1364557032000119616.
6. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol*. 2008 Apr;61(4):344-9. PMID: 18313558.
7. Gruer L, Hart CL, Watt GC. After 50 years and 200 papers, what can the Midspan cohort studies tell us about our mortality? *Public Health*. 2015 Aug 5. pii: S0033-3506(15)00260-7. doi: 10.1016/j.puhe.2015.06.017.
8. Das-Munshi J, Leavey G, Stansfeld SA, Prince MJ. Migration, social mobility and common mental disorders: critical review of the literature and meta-analysis. *Ethn Health*.

- 2012;17(1-2):17-53. doi: 10.1080/13557858.2011.632816. Epub 2011 Nov 10.
9. Aizer A, Currie J. The intergenerational transmission of inequality: maternal disadvantage and health at birth. *Science*. 2014 May 23;344(6186):856-61. doi: 10.1126/science.1251872.
10. Pilkington K, Boshnakova A, Clarke M, Richardson J. “No language restrictions” in database searches: what does this really mean? *J Altern Complement Med*. 2005 Feb;11(1):205-7.
11. Moher D, Jadad AR, Tugwell P. Assessing the quality of randomized controlled trials. Current issues and future directions. *Int J Technol Assess Health Care*. 12 (1996), pp. 195-208.
12. Moher D, Jadad AR, Nichol G, Penman M, Tugwell P, Walsh S. Assessing the quality of randomized controlled trials: an annotated bibliography of scales and checklists. *Control Clin Trials*. 16 (1995), pp. 62-73
13. Jüni P, Altman DG, Egger M. Systematic reviews in health care: Assessing the quality of controlled clinical trials. *BMJ*. 2001 Jul 7;323(7303):42-6.
14. Malo M, Robert E. Proposition: canevas pour une Scoping Study. 2011. Available: <http://equiperenard.ca/fr/grille-danalys?e.html>
15. Lockwood C, Porrit K, Munn Z, Rittenmeyer L, Salmond S, Bjerrum M *et al* Chapter 2: Systematic reviews of qualitative evidence. In: Aromataris E, Munn Z, editors. *Joanna Briggs Institute Reviewer’s Manual*. The Joanna Briggs Institute; 2017.
16. Power C *et al*. “Health in Childhood and Social Inequalities in Health in Young Adults.” *Journal of the Royal Statistical Society. Series A (Statistics in Society)*, vol. 153, no. 1, [Wiley, Royal Statistical Society], 1990, pp. 17–28,
17. Wilkinson RG. (1986c), ‘Occupational class, selection and inequalities in health: a reply to Raymond Illsley’, *Quarterly Journal of Social Affairs*, 2 (4), 415–422.
18. Macintyre S, West P. (1991a). Lack of class variation in health in adolescence: an artefact of an occupational measure of social class? *Social Science and Medicine*.
19. Lundberg O. Causal explanations for class inequality in health—an empirical analysis. *Soc Sci Med*. 1991;32(4):385-393.
20. Blane D, Smith GD, Bartley M. Social selection: what does it contribute to social class differences in health? *Sociology of Health & Illness* Vol. 15 No. 1 Volume 15, Issue 1, January 1993: 1-15
21. Davis K, Drey N, Gould D. What are scoping studies? A review of the nursing literature. *Int J Nurs Stud*. 2009;46:1386–1400.
22. Anderson S, Allen P, Peckham S, Goodwin N. Asking the right questions: scoping studies in the commissioning of research on the organisation and delivery of health services. *Health Res Policy Sys*. 2008;6:7. doi: 10.1186/1478-4505-6-7.
23. Juneau CE, Benmarhnia T, Poulin AA, Côté S, Potvin L. Socioeconomic position during childhood and physical activity during adulthood: a systematic review. *Int J Public Health*. 2015 Nov;60(7):799-813. doi: 10.1007/s00038-015-0710-y. Epub 2015 Aug 23.
24. Hillier-Brown FC, Bamba CL, Cairns JM, Kasim A, Moore HJ, Summerbell CD. A systematic review of the effectiveness of individual, community and societal-level interventions at reducing socio-economic inequalities in obesity among adults. *Int J Obes (Lond)*. 2014 Dec;38(12):1483-90. doi: 10.1038/ijo.2014.75. Epub 2014 May 12.
25. Montano D, Hoven H, Siegrist J. A meta-analysis of health effects of randomized controlled worksite interventions: does social stratification matter? *Scand J Work Environ Health*. 2014 May 1;40(3):230-4. doi: 10.5271/sjweh.3412.
26. Subramanian SV, Corsi DJ, Subramanyam MA, Smith GD. Jumping the gun: the problematic discourse on

- socioeconomic status and cardiovascular health in India. *Int J Epidemiol.* 2013 Oct;42(5):1410-26.
27. Scollan-Koliopoulos M, Bleich D, Rapp KJ, Wong P, Hofmann CJ, Raghuvanshi M. Health-related quality of life, disease severity, and anticipated trajectory of diabetes. *Diabetes Educ.* 2013 Jan-Feb;39(1):83-91. doi: 10.1177/0145721712467697. Epub 2012 Nov 21.
28. Wang Y, Lim H. The global childhood obesity epidemic and the association between socio-economic status and childhood obesity. *Int Rev Psychiatry.* 2012 Jun;24(3):176-88. doi: 10.3109/09540261.2012.688195.
29. Aidala AA, Wilson MG, Shubert V, Gogolishvili D, Globerman J, Rueda S, Bozack AK, Caban M, Rourke SB. Housing Status, Medical Care, and Health Outcomes Among People Living With HIV/AIDS: A Systematic Review. *Am J Public Health.* 2016 Jan;106(1):e1-e23. doi: 10.2105/AJPH.2015.302905.
30. Huisman M, Read S, Towriss CA, Deeg DJ, Grundy E. Socioeconomic inequalities in mortality rates in old age in the World Health Organization Europe region. *Epidemiol Rev.* 2013;35:84-97. doi: 10.1093/epirev/mxs010. Epub 2013 Feb 4.
31. Laba TL, Bleasel J, Brien JA, Cass A, Howard K, Peiris D, Redfern J, Salam A, Usherwood T, Jan S. Strategies to improve adherence to medications for cardiovascular diseases in socioeconomically disadvantaged populations: a systematic review. *Int J Cardiol.* 2013 Sep 10;167(6):2430-40. doi: 10.1016/j.ijcard.2013.01.049. Epub 2013 Feb 13.
32. Nordahl H *et al* (2013) Education and risk of coronary heart disease: assessment of mediation by behavioral risk factors using the additive hazards model, *European Journal of Epidemiology*, 28: 149-147.
33. Nordahl H *et al* (2014a) Combined effects of socioeconomic position, smoking, and hypertension on risk of ischemic and hemorrhagic stroke, *Stroke*, 45: 2582-2587.
34. Wong MCS, Lao XQ, Ho KF, Goggins WB, Tse SLA. Incidence and mortality of lung cancer: global trends and association with socioeconomic status. *Sci Rep.* 2017 Oct 30;7(1):14300.
35. Read S, Grundy E, Foverskov E. (2016) Socio-economic position and subjective health and well-being among older people in Europe: a systematic narrative review, *Aging & Mental Health*, 20 (5): 529-542.
36. Uphoff E, Cabieses B, Pinart M, Valdés M, Antó JM, Wright J. A systematic review of socioeconomic position in relation to asthma and allergic diseases. *Eur Respir J.* 2015 Aug;46(2):364-74. doi: 10.1183/09031936.00114514. Epub 2014 Dec 23. PMID: 25537562.
37. Niedzwiedz CL, Katikireddi SV, Pell JP, Mitchell R. Life course socio-economic position and quality of life in adulthood: a systematic review of life course models. *BMC Public Health.* 2012 Aug 9;12:628. doi: 10.1186/1471-2458-12-628.
38. Van Vuuren CL, Reijneveld SA, van der Wal MF, Verhoeff AP. Neighborhood socioeconomic deprivation characteristics in child (0-18 years) health studies: a review. *Health Place.* 2014 Sep;29:34-42. doi: 10.1016/j.healthplace.2014.05.010. Epub 2014 Jun 20.
39. Busingye D, Arabshahi S, Subasinghe AK, Evans RG, Riddell MA, Thrift AG. Do the socioeconomic and hypertension gradients in rural populations of low- and middle-income countries differ by geographical region? A systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol.* 2014 Oct;43(5):1563-77. doi: 10.1093/ije/dyu112. Epub 2014 May 26.
40. Kivimäki M, Vahtera J, Tabák AG, Halonen JI, Vineis P, Pentti J, Pahkala K, Rovio S, Viikari J, Kähönen M, Juonala M1, Ferrie JE, Stringhini S, Raitakari OT. Neighbourhood socioeconomic disadvantage, risk factors, and diabetes from childhood to middle age in the Young Finns Study: a cohort study. *Lancet Public Health.* 2018 Aug;3(8):e365-e373.
41. Barriuso L, Miqueleiz E, Albaladejo R, Villanueva R, Santos JM, Regidor E. Socioeconomic position and childhood-adolescent weight status in rich countries: a systematic

- review, 1990-2013. *BMC Pediatr.* 2015 Sep 21;15:129. doi: 10.1186/s12887-015-0443-3.
42. Bleich SN, Jarlenski MP, Bell CN, LaVeist TA. Health inequalities: trends, progress, and policy. *Annu Rev Public Health.* 2012 Apr;33:7-40. doi: 10.1146/annurev-publ-health-031811-124658. Epub 2012 Jan 6.
43. Vohra J, Marmot MG, Bauld L, Hiatt RA. (2015) Socioeconomic position in childhood and cancer in adulthood: a rapid-review, *Journal of Epidemiology & Community Health*, 0: 1-6, doi: 10.1136/jech-2015-206274.
44. Luz M, Letelier S, Manríquez JJ, Rada G. (2005). Medicina Basada en Evidencia Revisiones sistemáticas y metaanálisis: ¿son la mejor evidencia? *Rev Méd Chile*, 133, 246–249.
45. World Health Organization. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2010.
46. Marmot M. Status syndrome : how your social standing directly affects your health and life expectancy. London: Bloomsbury, 2004.
47. Gilman SE, Kawachi I, Fitzmaurice GM, Buka SL. Socioeconomic status in childhood and the lifetime risk of major depression. *Int J Epidemiol* 2002;31(2):359-367.
48. Manor O, Matthews S, Power C. Health selection: the role of inter- and intragenerational mobility on social inequalities in health. *Soc Sci Med* 2003;57(11):2217-2227.
49. Dahl E. Social mobility and health: cause or effect? *Brit Med J* 1996;313(7055):435-436.
50. Elstad JI. Health-related mobility, health inequalities and gradient constraint. Discussion and results from a Norwegian study. *Eur J Public Health* 2001;11(2):135-140.
51. Blane D, Harding S, Rosato M. Does social mobility affect the size of the socioeconomic mortality differential?: evidence from the Office for National Statistics Longitudinal Study. *J R Stat Soc Ser A Stat Soc* 1999;162(Pt. 1):59- 70.
52. Natal G. Assembling the Pieces of a Systematic Review: A Guide for Librarians. *J Med Libr Assoc.* 2018;106(3):393. doi:10.5195/jmla.2018.462.

Anexo I
Artículos seleccionados.

| Estudio | Años | Metodología | Resultados |
|---|-------------|---|--|
| MOBILIDAD DE CLASE (SOCIAL) | | | |
| Siegel M, Allanson P (2016) | 1978-2015 | Revisión bibliográfica. | La heterogeneidad en las desigualdades sanitarias y en las asociaciones entre los determinantes de la salud y la salud se han considerado durante mucho tiempo como una cuestión meramente técnica que implica posibles sesgos. |
| Gruer L, Hart CL, Watt GCM (2015) | 1978-2013 | Revisión bibliográfica. | Las tasas de mortalidad eran más elevadas entre los hombres cuyo primer trabajo paterno y el más reciente eran manuales. La movilidad social ascendente y descendente confirió tasas de mortalidad intermedias. |
| Niedzwiedz CL, Katikireddi SV, Pell JP, Mitchell R | 1980-2010 | Revisión sistemática de la literatura. | Los modelos de movilidad social encontraron evidencia en algunos estudios, pero la evidencia general sugirió un efecto escaso o nulo. |
| Das-Munshi J, Leavey G, Stansfeld SA, Prince MJ. | 1978-2010 | Revisión sistemática y meta-análisis. Se revisaron los enfoques de la operativa de la "movilidad social". | La movilidad intrageneracional descendente asociada a la migración puede estar relacionada con la vulnerabilidad a los trastornos mentales comunes en algunos grupos de inmigrantes. |
| De Francisco Shapovalova N, Donadel M, Jit M, Hutubessy R. | 1950- 2013 | Una búsqueda bibliográfica en varios idiomas a través de 5 bases de datos, utilizando una amplia lista de palabras clave para el período de 1950 a 2013. | En comparación con las economías de renta alta, los costes directos en los Países de Ingresos Bajos y Medios fueron menores y las pérdidas de productividad mayores. |
| Simadan D (2018) | 1991-2017 | Revisión bibliográfica. | Como sugieren las investigaciones sobre las hipótesis de la renta relativa y la privación relativa (Fu <i>et al.</i> , 2015; Mishra y Carlton, 2015; Walker y Smith, 2002), la satisfacción vital y el bienestar subjetivo pueden predecirse por la posición social en la localidad, y no por su posición en las estadísticas globales o nacionales. |
| Høj Jørgensen TS, Juul Nilsson C, Lunda R, Siersmae V, Fors S (2019) | 2002 y 2011 | Los autores estudian 1) cómo la clase social de los hijos adultos se asocia con la funcionalidad física entre los adultos mayores, 2) si la cercanía geográfica y la frecuencia de contacto con los hijos modifican la asociación, y 3) si la movilidad social intergeneracional de los hijos se asocia con la funcionalidad física de los adultos mayores. | El estudio apoya la evidencia de una relación entre el plano social y la funcionalidad física de los adultos mayores, donde la cercanía geográfica y la movilidad social son componentes importantes. En comparación con los hijos con ocupación no manual, los hijos con ocupación manual se asociaron con una peor funcionalidad física en los adultos mayores (-0,14; IC95%:-0,28; 0,00). |

| Anexo I (continuación) | | | |
|--|-------------|---|---|
| Artículos seleccionados. | | | |
| Estudio | Años | Metodología | Resultados |
| Fei Y, Guangye H, Yunsong C (2018) | 2005-2015 | Los autores examinan cómo la percepción de la movilidad de clase se asocia con la salud percibida. | Tanto a nivel individual como provincial, la percepción de experimentar una movilidad descendente se asoció con una salud percibida significativamente menor, tanto en las zonas rurales como en las urbanas, en comparación con los que se consideran ascendentes o inmóviles. |
| Mendoza S, Armbrister AN, Abraído-Lanza, AF (2018) | 1978-2010 | Los autores examinaron si la movilidad social autodeclarada entre 419 mujeres inmigrantes dominicanas está asociada con la satisfacción con la atención sanitaria y la asociación entre la movilidad social y la salud percibida, la calidad de la atención y la desconfianza en la atención sanitaria. | La movilidad social ascendente se asoció con un mayor número de años vividos en EE.UU., y la movilidad social descendente se asoció con más años de educación. |
| POBREZA | | | |
| Zhaohui C, Seburg EM, Sherwood NE, Faith MS, Ward DS | 2000-2014 | Se realizó una búsqueda en <i>PubMed</i> . Se calcularon las tasas de reclutamiento y retención de los estudios que incluían información relevante. | Las tasas de retención fueron más bajas en los estudios que se dirigían únicamente a hispanos o afroamericanos (frente a los de razas mixtas de afroamericanos, blancos y otros); contaban con la participación de niños y padres (frente a los niños solamente); se centraban en niños con sobrepeso u obesidad (frente a los niños en general). |
| Martins JD, Mascarenhas Andrade JO, Souza Freitas V, De Araújo TM | -2012 | Una revisión sistemática. Se incluyeron 21 artículos en el estudio. | Fuerte asociación entre el cáncer oral y la privación social; estatus socioeconómico e ingresos económicos; educación y ocupación. |
| Kamanda M, Sankoh O | 1998-2013 | Utilizando <i>Web of Science</i> , los autores registraron los estudios según: 1) resultados escolares; 2) si se utilizaron datos longitudinales; y 3) si se analizaron datos de más de un país. | Se encontraron 132 publicaciones relevantes para el acceso a estudios. |
| Yeates K, Lohfeld L, Sleeth J, Morales F, Rajkotia Y, Ogedegbe O. | 1990-2008 | Revisión bibliográfica. | Esta investigación ha demostrado que los grupos desfavorecidos tienen un mayor riesgo de sufrir una ECV. |

Anexo I (continuación)
Artículos seleccionados.

| Estudio | Años | Metodología | Resultados |
|---|-----------|---|---|
| Siron S, Dagenais C, Ridde V. | 2000-2013 | Los autores utilizaron el método de revisión de alcance y criterios de inclusión. Su análisis de los diseños de investigación se guió por la Herramienta de Evaluación de Métodos Mixtos (MMAT). | La revisión pone de manifiesto la gran diversidad de estrategias de transferencia utilizadas. |
| Nicholson LM, Schwirian PM, Groner (2015) | 2004-2014 | Revisión de la literatura de las bases de datos Medline, Psych INFO y PsycBSTRACTS. | Los resultados indicaron un aumento de los estudios centrados en la selección de individuos de grupos minoritarios (afroamericanos/negros = 42%, latinos/hispanos = 29%) y de bajos ingresos en la investigación clínica. |
| Van Vuuren CL, Reijneveld SA, Van der Wal MF, Verhoeff AP (2014) | 2004-2013 | Revisión de artículos incluidos en Embase, Medilíne, Psychinfo y Social Abstracty Social Abstract sobre los efectos en la salud de los niños (0-18 años) que crecen en barrios marginales o pobres. | En el 60% de los estudios se confirma que los niños que crecen en barrios marginales o pobres presentan graves problemas de salud. Sin embargo, en muchos casos las conclusiones no se basan en la estimación empírica de modelos formales. |
| Busingye D, Arabshahi S, Subasinghe AK, Evans RG, Riddell MA, Thrift AG (2014) | 1982-2011 | Una revisión de los artículos (en español, inglés, portugués y francés) de <i>PubMed</i> , <i>WOS</i> y <i>Scopus</i> y <i>EMBASE</i> . El metanálisis se realizó mediante un modelo de efectos aleatorios. | No se detectó ninguna asociación entre el nivel educativo y la hipertensión, mientras que se observó una asociación positiva con los ingresos. El nivel educativo se asoció de forma inversa a la hipertensión en Asia oriental, pero de forma positiva en Asia meridional. Los ingresos más altos, el equipamiento del hogar o la clase social se asociaron positivamente con la hipertensión en el sur de Asia, mientras que no se detectó ninguna asociación en el este de Asia y en África. |
| Aizer A, Currie J. (2014) | 1999-2011 | Este artículo analiza la transmisión intergeneracional de la desigualdad, teniendo en cuenta las desventajas maternas y de salud al nacer. | Los resultados demuestran que la mala salud de la madre, derivada de la exposición a factores ambientales nocivos; el peor acceso a la atención sanitaria, incluida la planificación familiar, implica una clara desventaja para el futuro de los niños. |
| Vos AA, Posthumus AG, Bonsel GJ, Steegers EA, Denktas S (2014) | 1999-2012 | Una revisión sistemática, basada en <i>Medline</i> , <i>Embase</i> y <i>Web of Science</i> . | Residir en un barrio económicamente deprimido implica una mayor probabilidad de parto prematuro y un menor tamaño del bebé durante el periodo de gestación. |

| Anexo I (continuación) | | | |
|--|-------------|--|--|
| Artículos seleccionados. | | | |
| Estudio | Años | Metodología | Resultados |
| Hillier-Brown FC, Bambra CL, Cairns JM, Kasim A, Moore HJ, Summerbell CD (2014) | 1985-2012 | Revisión sistemática. | Las dietas y/o la actividad física de los niños de 0 a 18 años son fundamentales para reducir la incidencia de la obesidad. |
| Subramanian SV, Corsi DJ, Subramanyam MA, Smith GD (2013) | 1980-2009 | Revisión de la evidencia empírica sobre la relación entre el estatus socioeconómico y la salud cardiovascular en la India. | Con la excepción del tabaquismo, las enfermedades cardiovasculares y los factores de riesgo como la obesidad, la diabetes, los lípidos elevados y la hipertensión son, en general, más frecuentes entre los grupos de mayor nivel socioeconómico en la India. |
| McEniry M. (2013) | 2005-2011 | Revisión de 20 artículos sobre cómo las condiciones de salud durante los primeros años de vida afectan al estado de salud en la edad adulta. | Las investigaciones demuestran la relación entre una mala alimentación durante la infancia y la diabetes, la correlación entre las enfermedades en la infancia y en la vida adulta, y la correlación negativa entre un nivel socioeconómico más bajo y la mortalidad adulta. |
| CLASE SOCIAL | | | |
| Campos-Matos I, Russo G, Perelman J. | 2000-2015 | Las directrices PRISMA y la búsqueda de estudios en <i>Scopus</i> , <i>Web of Science</i> y <i>PubMed</i> . Los autores realizaron una descripción cualitativa de los resultados. | Existe evidencia de las desigualdades en Salud relacionadas con la educación y el género, principalmente en lo que respecta a la obesidad, la salud autocualificada y la salud mental. |
| Barriuso L, Miqueleiz E, Albaladejo R, Villanueva R, Santos JM, Regidor E. | 1990-2013 | Revisión de la literatura en bases de datos: <i>PubMed</i> ; <i>Web of Knowledge</i> (WOK); <i>PsycINFO</i> ; <i>Global Health</i> ; y <i>Embase</i> . Un total de 158 artículos cumplieron los criterios de inclusión y presentaron 134 análisis bivariados y 90 multivariados. | El 60,4 % de los estudios encontró una relación inversa, el 18,7 % de los estudios no encontró relación, y el 20,9 % de los estudios encontró una relación que variaba en función de otra variable, como la edad, el sexo o el grupo étnico. |
| Hajat A, Hsia C, O'Neill MS. | 2005-2015 | Se realizó una revisión sistemática para identificar todos los estudios publicados sobre el estatus socioeconómico y la exposición a la contaminación atmosférica. | Las comunidades de bajo estatus socioeconómico en Norteamérica experimentan mayores concentraciones de contaminantes atmosféricos criterio, mientras que la investigación europea muestra resultados más transversales. Las investigaciones realizadas en Asia, África y otras partes del mundo han mostrado una tendencia general similar a la de Norteamérica, pero las investigaciones en estas partes del mundo son limitadas. |

Anexo I (continuación)
Artículos seleccionados.

| Estudio | Años | Metodología | Resultados |
|---|-----------|--|--|
| Juneau CE, Benmarhnia T, Poulin AA, Côté S, Potvin L. | 1947-2014 | Revisión sistemática: <i>Medline</i> y <i>EMBASE</i> . | Asociación significativa entre la posición socioeconómica al principio de la vida y la actividad física durante la edad adulta. |
| Onder G, Palmer K, Navickas R, Jurevičienė E, Mammarella F, Strandzheva M, Mannucci P, Pecorelli S, Marengoni A. | 2000-2015 | Los autores resumen los primeros resultados de la JA-CHRODIS (Acción Conjunta sobre Enfermedades Crónicas y Promoción del Envejecimiento Saludable a lo largo del Ciclo de Vida) en el contexto del 2º Programa de Salud de la UE 2008-2013. | El estatus socioeconómico es una fuente importante de inequidad sanitaria, ya que existe una sólida correlación positiva entre el estatus socioeconómico y la salud. |
| Busingye D, Arabshahi S, Subasinghe AK, Evans RG, Riddell MA, Thrift AG. | 1982-2011 | Revisión sistemática. | En general, no se detectó ninguna asociación entre el nivel educativo y la hipertensión, mientras que se observó una asociación positiva con los ingresos. El nivel educativo se asoció de forma inversa a la hipertensión en Asia oriental. |
| Hillier-Brown FC, Bambra CL, Cairns JM, Kasim A, Moore HJ, Summerbell CD. | 1986-2012 | Revisión sistemática. | Existe evidencia de la eficacia de los programas de pérdida de peso adaptados a la atención primaria entre los grupos desfavorecidos. |
| Montano D, Hoven H, Siegrist J. | 1985-2012 | Meta-análisis. | No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las clases ocupacionales para los resultados de salud considerados. |
| Subramanian SV, Corsi DJ, Subramanyam MA, Smith GD. | 1980-2012 | Revisión sistemática (base de datos <i>MEDLINE</i>). | Los FRCV/CV son más frecuentes entre los grupos de alto nivel socioeconómico en la India que entre los grupos de bajo nivel socioeconómico. |
| Scollan-Koliopoulos M, Bleich D, Rapp KJ, Wong P, Hofmann CJ, Raghuvanshi M. | 2013 | El propósito de este estudio fue encuestar a adultos urbanos, de muy bajos ingresos, hospitalizados con diabetes, sobre la gravedad de la enfermedad, la trayectoria prevista de la misma y la calidad de vida relacionada con la salud percibida. | El riesgo percibido de complicaciones relacionadas con la diabetes, la gravedad de la diabetes y la duración de la misma se asociaron significativamente y negativamente con la calidad de vida relacionada con la salud. |

| Anexo I (continuación) Artículos seleccionados. | | | |
|--|-------------|---|---|
| Estudio | Años | Metodología | Resultados |
| Wang Y, Lim H. | 1991-2011 | Este artículo describe la prevalencia actual y las tendencias temporales de la obesidad infantil en todo el mundo, así como la asociación entre la obesidad infantil y el estatus socioeconómico (SES). La obesidad infantil se ha convertido en una crisis de salud pública mundial. | La prevalencia es mayor en los países occidentales e industrializados, pero sigue siendo baja en algunos países en desarrollo. Los grupos de nivel socioeconómico con mayor acceso a dietas hipercalóricas tienen mayor riesgo de ser obesos que sus homólogos. |
| Sewell JL, Velayos FS. | 2010-2011 | Revisión sistemática. | Varios estudios identificaron disparidades basadas en la raza y el nivel socioeconómico en los resultados de la EII, incluidas las tasas de mortalidad intrahospitalaria y la calidad de vida relacionada con la salud. |
| Bleich SN, Jarlenski MP, Bell CN, LaVeist TA. | 1980-2007 | Revisión sistemática. | Los datos de la tendencia temporal en Estados Unidos indican una reducción de la diferencia entre los grupos más favorecidos y los más desfavorecidos en algunos indicadores de salud, como la esperanza de vida, pero un aumento de la diferencia en otros, como la prevalencia de la diabetes. |
| Das-Munshi J, Leavey G, Stansfeld SA, Prince MJ. | 1999-2011 | Revisión sistemática y metanálisis | El meta-análisis de efectos aleatorios sugirió que los emigrantes a países de ingresos más altos que experimentaron movilidad descendente o subempleo tenían más probabilidades de dar positivo en la detección de trastornos mentales comunes, en relación con los emigrantes que tuvieron movilidad ascendente o no experimentaron cambios en su posición socioeconómica. |
| POSICIÓN SOCIAL | | | |
| Aidala <i>et al</i> (2016) | 1996-2014 | Revisión sistemática. | La vivienda inadecuada y la falta de hogar se asocian con una utilización diferencial de la atención al VIH, una menor eficacia del tratamiento y comportamientos de riesgo de transmisión del VIH. La mejora de la vivienda parece mejorar el acceso y la adherencia al tratamiento, así como los resultados clínicos y de otro tipo. |
| Huisman <i>et al</i> (2013) | 1995-2011 | Revisión sistemática. | Se ha demostrado que las desigualdades en la tasa de mortalidad por posición socioeconómica persisten en las edades más avanzadas, tanto para los hombres como para las mujeres, en todos los países analizados. |
| Wong <i>et al</i> (2017) | 1963-2013 | Análisis de regresión para examinar las tendencias de incidencia y mortalidad. | Se comprobó que los países con mayores niveles de Índice de Desarrollo Humano registraron una mayor incidencia y mortalidad por cáncer de pulmón. |

Anexo I (continuación)
Artículos seleccionados.

| Estudio | Años | Metodología | Resultados |
|------------------------------|---|--|---|
| Kivimäki et al (2018) | 1980-2012 | Estudio de cohortes. | Los individuos expuestos sistemáticamente a una alta desventaja socioeconómica tenían más probabilidades de ser obesos (<i>odds ratio</i> [OR] 1,44; IC del 95%: 1,01-2,06), de ser hipertensos (1,83; 1,14-2,93), de tener hígado graso (1,73; 1,11-2,71) y de padecer diabetes (3,71; 1,77-7,75), en comparación con los que estaban expuestos sistemáticamente a una baja desventaja socioeconómica. |
| Nordahl et al (2014a) | 14 años de seguimiento de 7 estudios de cohorte basados en la población | El estudio examina a 68643 hombres y mujeres de entre 30 y 70 años en Dinamarca en un estudio de cohorte agrupado, durante 14 años de seguimiento. | El tabaquismo y la hipertensión actuales eran más frecuentes entre las personas con un nivel educativo bajo. La educación baja frente a la alta se asoció con una mayor incidencia de ictus isquémico, pero no hemorrágico. Las pruebas apoyan la conclusión de que la reducción del tabaquismo en las personas con una posición socioeconómica baja y en las personas con hipertensión podría reducir potencialmente la incidencia de accidentes cerebrovasculares por desigualdad social. |
| Nordahl et al (2014b) | 1980-2011 | Estudio de cohortes. | Desigualdad social en la mortalidad por causas específicas, la incidencia de la enfermedad coronaria y el cáncer de mama al comparar el nivel educativo bajo con el alto y la proporción mediada por el tabaquismo, el alcohol, la actividad física y el IMC. |
| Read et al (2015) | 1995-2013 | Revisión sistemática. | Una peor situación socioeconómica se asoció a una peor salud y bienestar subjetivos. Las asociaciones variaron en función de los indicadores utilizados. Los resultados demuestran la importancia de las influencias sociales en la salud y el bienestar subjetivos posteriores. |
| Uphoff et al (2014) | Varios países | Revisión sistemática. | Una baja situación socioeconómica se asoció a una mayor prevalencia del asma en el 63% de los estudios. Las investigaciones sobre alergias, sin embargo, mostraron una asociación positiva entre una mayor SEP y la enfermedad en el 66% de los estudios. |
| Uthman et al (2013) | 1966-2013 | Revisión sistemática. | Los resultados, muestran un mayor riesgo de cáncer gástrico entre las categorías más bajas de la situación socioeconómica en cuanto a educación (RII=2,97; IC 95%: 1,923 a 4,58), ocupación (RII=4,33; IC 95%: 2,57 a 7,29). |
| Vohra et al (2015) | 1996-2012 | Revisión de un total de 2.437 resúmenes. | Los individuos que experimentan circunstancias socioeconómicas más pobres durante la infancia tienen un mayor riesgo de mortalidad general, independientemente de su posición socioeconómica de adultos. |