

# POBREZA Y ENFERMEDAD: EL CÍRCULO VICIOSO

POVERTY AND DISEASE: THE VICIOUS CIRCLE

Jhony A. De La Cruz -Vargas<sup>1,2,a,b,c</sup>, Lucy E. Correa-López<sup>2</sup>, Sonia Indacochea<sup>2</sup>

*“Existe suficiente evidencia disponible que nos permite afirmar que el mayor determinante del proceso salud-enfermedad en muchos lugares del mundo se llama pobreza”*

Se sabe que la pobreza y la mala salud son fenómenos interrelacionados. Los países pobres tienden a presentar deficientes indicadores en salud en relación a los países de mejores ingresos, y dentro de cada país las personas pobres tienen más problemas de salud que las no pobres. Esta asociación refleja una relación de causalidad que funciona en los dos sentidos: la pobreza genera mala salud, y la mala salud hace que la pobreza se perpetue (círculo vicioso pobreza-enfermedad)<sup>1</sup>.

Sin embargo, también refleja un consenso creciente de que las desigualdades entre los ricos y los pobres con respecto a los resultados en salud no son justas ni equitativas, no porque los pobres sean de algún modo más merecedores que los que tienen más dinero, sino porque estas desigualdades corresponden a las limitaciones y oportunidades muy diferentes que tienen unos y otros, y no a una tendencia de los dos grupos a hacer elecciones diferentes.

EDITORIAL

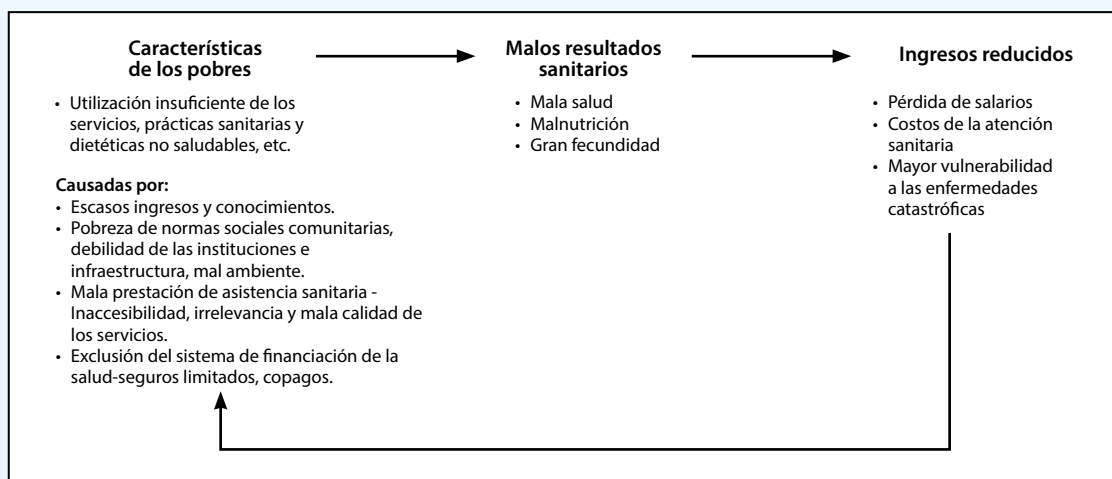


Figura 1. Ciclo de la salud y la pobreza.

En varios países dentro y fuera de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico), parece haber una aceptación de la idea de que tanto los pagos de bolsillo como los pagos destinados a los planes de protección deberían estar relacionados con los ingresos familiares, idea que ha sido defendida recientemente por la Organización Mundial de la Salud.

<sup>1</sup> Director General del INICIB, URP, Lima-Perú.

<sup>2</sup> Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, Universidad Ricardo Palma, Lima-Perú.

<sup>a</sup> Especialista en Oncología Médica.

<sup>b</sup> Maestría en Investigación Clínica.

<sup>c</sup> Doctorado en Medicina.

**Citar como:** Jhony A. De La Cruz -Vargas, Lucy E. Correa-López, Sonia Indacochea. Pobreza y enfermedad: El círculo vicioso [Editorial]. Rev. Fac. Med. Hum. 2018;18(3):7-10. (Julio 2018). DOI 10.25176/RFMH.v18.n3.1585

Journal home page: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH>

© Los autores. Este artículo es publicado por la Revista de la Facultad de Medicina Humana, Universidad Ricardo Palma. Este es un artículo de Open Access distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), que permite el uso no comercial, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original sea debidamente citadas. Para uso comercial, por favor póngase en contacto con [revista.medicina@urp.pe](mailto:revista.medicina@urp.pe)

Vale la pena destacar los siguientes hallazgos clave de la literatura sobre los datos empíricos. Primero, las desigualdades sanitarias son casi siempre en perjuicio de los pobres. Los pobres tienden a morir antes y a presentar mayores niveles de morbilidad que quienes tienen más dinero.

En América Latina las desigualdades entre los pobres y los no pobres con respecto a la salud de los niños parecen ser mayores que en otras partes del mundo en desarrollo, cualquiera que sea el indicador sanitario utilizado. Un ejemplo actual son los índices de anemia en niños en Perú y Latinoamérica. Las desigualdades socioeconómicas en el campo de la salud parecen estar aumentando, en vez de disminuir, y esto es cierto tanto para el mundo en desarrollo como para el mundo industrializado.

La incapacidad de los servicios de salud de los países en desarrollo para llegar a los pobres, a pesar de su mayor carga de enfermedad, no es únicamente una cuestión de quienes tienen más dinero usen sus mayores ingresos para comprar atención en el sector privado. Los pobres también reciben menos de los subsidios gubernamentales al sector de la salud. El sesgo a favor de los ricos es especialmente marcado en el sector hospitalario, que se beneficia de la mayor parte del gasto del gobierno.

Acceso limitado a medicinas para enfermedades cardiovasculares y cáncer en países de bajos y medianos ingresos: la pobreza está en el centro de la cuestión.



Las enfermedades no transmisibles (ENT) plantean una amenaza sustancial para muchos sistemas de salud, especialmente en países de bajos y medianos ingresos (PBMI), donde ya están sobreesigidos. En las últimas décadas, las muertes por ENT en los PBMI se han disparado, considerando que, en forma preocupante, una gran proporción de las muertes por ENT (29%) en países de bajos ingresos se producen en personas menores de 60 años en comparación con la proporción

en países de altos ingresos (13%). Lo anterior se ha atribuido a un acceso deficiente, en los países de bajos ingresos, a servicios de salud que sean efectivos y equitativos. La amenaza de ENT en los PBMI fue reconocida por la Reunión de Alto Nivel de la ONU en el año 2011, y ahora aparece en el Tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible en forma de reducir la mortalidad prematura por ENT en un tercio antes de 2030.

Globalmente las enfermedades cardiovasculares (ECV) y el cáncer (CA) son las principales causas de muertes por ENT.<sup>1</sup> Por lo tanto, las reducciones sustanciales en las ECV y el CA tendrán un impacto importante en la reducción de la carga global de las ENT a nivel mundial. La buena noticia es que ambos grupos de enfermedades pueden prevenirse abordando "Medicina de Estilo de Vida" con los factores clave de riesgo conductuales subyacentes, como la inactividad física, la dieta poco saludable, el consumo de tabaco y el uso nocivo del alcohol, a través de enfoques a toda la población. Entre las personas con alto riesgo de ECV y CA, la detección temprana y el tratamiento eficaz con asesoramiento y tratamientos adecuados y personalizados pueden reducir sustancialmente las muertes por estas enfermedades. En el modelo terapéutico, un problema serio para el tratamiento eficaz son las limitaciones económicas, accesibilidad y disponibilidad de los medicamentos en muchos países en desarrollo.

Los hallazgos actuales del estudio PURE (The Prospective Urban Rural Epidemiology ) tienen implicaciones importantes para la prevención y el tratamiento de las ECV. En el corazón del asunto está la distribución desigual de la riqueza entre y dentro de los países. Los países de altos ingresos han logrado reducir las muertes por ECV en más del 25% desde el año 2000.<sup>9</sup> Esta reducción se ha atribuido en gran parte a la introducción de políticas de intervención para reducir los factores de riesgo de ENT, estrategias para fortalecer los sistemas de salud en la atención primaria y la mejora de cuidados críticos con el enfoque de la atención a la detección temprana, el tratamiento y control oportuno. Por el contrario, las poblaciones en PBMI no se han beneficiado de los avances en la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular y en su tratamiento como se ve en los países de altos ingresos, principalmente debido a que no han sido ampliamente adoptadas las políticas destinadas a la reducción de factores de riesgo poblacional.

La experiencia brasileña, proporciona un buen ejemplo de un enfoque político exitoso para reducir la desigualdad en la atención preventiva y primaria, poniendo a disposición los tratamientos más comunes

libres en el punto de servicio para todos los ciudadanos. Los municipios más pobres de Brasil se han beneficiado particularmente del Programa de Estrategia de Salud Familiar del país, que se ha asociado con reducciones de muertes por ECV e ingresos hospitalarios. Estos y otros ejemplos podrían inspirar el desarrollo de nuevas iniciativas de prevención primaria y secundaria que ayuden a mitigar el aumento de la carga mundial de ENT.

Nivel socioeconómico: Pobreza como un factor de Riesgo.

56 millones de personas murieron en 2015, muchas de ellas prematuramente y la mayoría (71%) por enfermedades no transmisibles (ENT).

Recientemente la prestigiosa revista "The Lancet", publicó que la pobreza es un factor de riesgo para la salud. La Dra. Stringhini y col. demuestran que la pobreza acorta la vida similar a la obesidad o la hipertensión. El estudio prospectivo, fue llevado sobre una cohorte de 1,7 millones de personas.

*The Lancet* sostiene que "un estatus socioeconómico bajo es un indicador fuerte de morbilidad y mortalidad prematura a nivel mundial que, sin embargo, las estrategias sanitarias globales no lo incorporaron como un factor de riesgo modificable".

Los resultados fueron claros: los participantes más pobres tenían tasas de mortalidad más altas que los ricos. Exactamente, la pobreza estaba relacionada con una reducción de la esperanza de vida de más de dos años entre los 40 y los 85 años, similar al consumo de alcohol, la obesidad o la hipertensión.

El estudio de *The Lancet* es uno de los mayores realizados hasta la fecha para examinar la asociación entre el nivel socioeconómico y la mortalidad prematura y la primera investigación a gran escala para comparar directamente la importancia de las circunstancias socioeconómicas como determinantes de la salud con los seis principales factores de riesgo específicos en las estrategias globales de salud para la reducción de la mortalidad prematura.

Esto significa que "La pobreza no es solo una cuestión socioeconómica, es también un problema de salud de primer orden".

Cualquiera que sea el efecto exacto y el impacto del bajo rango social en la salud de las personas y las poblaciones, el mensaje clave de los autores es claro: el nivel socioeconómico merece consideración

junto con los factores de riesgo establecidos de 25 × 25 (reducción del 25% para el año 2025). De hecho, intervenir en el rango social en sí mismo abordará directa e indirectamente el desafío de Medicina de estilo de vida y hábitos no saludables.

Sin embargo, la fuerza de la evidencia del efecto del rango social sobre la mortalidad, como lo ejemplifica el estudio de Stringhini y sus colegas, ahora es imposible de ignorar. Además, los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU10, que han reemplazado a los OMS y se ejecutarán de 2016 a 2030, brindan una oportunidad para ir más allá de la meta 25 × 25 de la OMS y ubicar a los determinantes sociales directamente en el centro del desarrollo sostenible.

Lo que se necesita es una fuerte defensa de las profesiones de la salud, dirigida por médicos, para esta visión más amplia de los factores de riesgo. ¿Significa esto que ya no es suficiente para nosotros, como médicos, saber sobre medicina clínica y biología humana? ¿Debemos nosotros en las profesiones de la salud también convertirnos en expertos en macroeconomía y sociología? Esperemos que sí.

Finalmente el estudio sugiere que la pobreza (adversidad socioeconómica) debe incluirse como un factor de riesgo modificable en las estrategias locales y globales de salud, las políticas y la vigilancia de riesgos para la salud".

## CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

- Se conoce cada vez más sobre el alcance de las desigualdades sanitarias entre los pobres y los no pobres en los países en desarrollo y los factores determinantes de la salud.
- Estilo de vida, esperanza de vida y calidad de vida son inseparables en las personas y en las poblaciones. Son enormes las implicancias de Medicina de Estilo de Vida en salud pública, costos en salud y desarrollo social.
- Existe poca información sobre el impacto de los programas y las políticas en las desigualdades en el sector sanitario, hay una gran laguna en nuestro conocimiento sobre cual es la mejor forma de llegar a los pobres en el sector de la salud.
- Son necesarios nuevos enfoques e investigaciones en temas de salud y pobreza.

**Correspondencia:** Jhony A. De La Cruz Vargas

**Dirección:** INICIB, Facultad de Medicina Humana, Edificio I-208. 2do piso. Avenida Benavides 5440, Surco, Lima-Perú.

**Teléfono:** 708-0000 / **Anexo:** 6016

**Correo:** jhony.delacruz@urp.pe

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ki-moon, B. The Millennium Development Goals Report 2015. United Nations, New York; 2015
2. GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016; 388: 1459–1544
3. WHO. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. World Health Organization, Geneva; 2013
4. Stringhini, S, Carmeli, C, Jokela, M..., and for the LIFEPAH consortium. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1·7 million men and women. (published online Jan 31.)*Lancet*. 2017; [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32380-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32380-7)
5. Adler, N, Glymor, M, and Fielding, J. Addressing social determinants of health and health inequalities. *JAMA*. 2016; 316: 1641–1642
6. Marmot, M. The health gap: the challenge of an unequal world. Bloomsbury, London; 2015
7. Ki-moon, B. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. United Nations, New York; 2015
8. WHO. Global health estimates 2015: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015. World Health Organization, Geneva; 2017
9. Yusuf, S, Islam, S, Chow, CK et al. Use of secondary prevention drugs for cardiovascular disease in the community in high-income, middle-income, and low-income countries (the PURE study): a prospective epidemiological survey. *Lancet*. 2011; 378: 1231–1243
10. WHO. WHO Global Action Plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. ((accessed Jan 24, 2018).)World Health Organization, Geneva; 2013  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf)
11. Khatib, R, McKee, M, Shannon, H et al. Availability and affordability of cardiovascular disease medicines and their effect on use in high-income, middle-income, and low-income countries: an analysis of the PURE study data. *Lancet*. 2016; 387: 61–69
12. Macinko, J and Harris, MJ. Brazil's family health strategy—delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med*. 2015; 372: 2177–2181
13. Malu A. Reyna\_ Alvarez, Jhony A. De La Cruz\_Vargas, Martha Teliz Sanchez, Carlos Hernandez Giron, Nubia O. Blanco-Garcia, Agustin Santiago Moreno. Reproductive and sexual health as a reflection of inequity in indigenous women from the mountain region of Guerrero, Mexico. *Salud pública Méx vol.59 no.4 Cuernavaca jul./ago. 2017*  
<http://dx.doi.org/10.21149/8357>
14. Macinko, J and Harris, MJ. Brazil's family health strategy—delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med*. 2015; 372: 2177–2181
15. Adam Wagstaff. Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 11(5/6), 2002*

EDITORIAL

Indizado en:


<http://www.latindex.org/latindex/ficha?folio=14280>
