

ENFERMEDADES DE LA POBREZA

Acad. Jorge Daniel Lemus

Director Científico – Instituto de Investigaciones
Epidemiológicas

“La OMS sostiene que el asesino, el verdugo más eficaz y despiadado y también la causa de mayor sufrimiento en esta tierra, es la miseria. La pobreza es la más cruel de las dolencias. La pobreza es la causa principal de muerte en el planeta y la creciente diferencia entre ricos y pobres una amenaza a la salud mundial”

La pobreza y la mala salud están interrelacionadas. Los países pobres tienden a presentar peores resultados sanitarios que los más pudientes y, dentro de cada país, las personas pobres tienen más problemas de salud que las acomodadas. La asociación entre la pobreza y la mala salud refleja una relación de causalidad bidireccional. La enfermedad o la fecundidad excesivamente alta pueden tener un considerable efecto en los ingresos familiares y marcar incluso la diferencia entre estar por encima o por debajo de la línea de pobreza. Además, la mala salud se asocia frecuentemente a considerables costos de atención sanitaria. Pero la pobreza y los bajos ingresos también son causa de mala salud. Los países pobres y las personas pobres sufren múltiples privaciones que se expresan en altos niveles de mala salud. De este modo, las personas pobres se ven atrapadas en un círculo vicioso: la pobreza engendra mala salud y la mala salud mantiene la pobreza (Wagstaff, 2002).

Aproximadamente el 20% de la población mundial, o sea 1.300 millones de personas, viven en la pobreza absoluta, con ingresos inferiores a 1 dólar por día. La supervivencia con menos de 2 dólares por día es una realidad para casi la

mitad de la población mundial. Las cifras agregadas sobre el crecimiento económico enmascaran el hecho de que el número de personas que viven en la pobreza absoluta sigue aumentando. Aunque la pobreza no se puede definir en función de los ingresos solamente, las consiguientes desigualdades de los resultados sanitarios son marcadas. Por ejemplo, quienes viven en la pobreza absoluta tienen una probabilidad cinco veces mayor de morir antes de los cinco años de edad y 2,5 veces mayor de morir entre los 15 y los 59 años de edad que quienes pertenecen a grupos de ingresos más elevados. Las diferencias en la mortalidad materna son aún más dramáticas: a lo largo de la vida el riesgo de mortalidad durante el embarazo en algunas partes del África subsahariana, donde casi el 50% de la población vive en la pobreza absoluta, es de uno sobre 12, en comparación con uno sobre 4.000 en Europa.

La salud precaria es tanto una causa como una consecuencia de la pobreza. La enfermedad puede reducir las economías familiares, la capacidad del aprendizaje, la productividad y la calidad de la vida, con lo que crea o perpetúa la pobreza. A su vez, los pobres están expuestos a mayores riesgos personales y ambientales y peor nutridos y tienen menos posibilidades de acceso a la información y a la asistencia sanitaria. Por lo tanto, sus riesgos de morbilidad y discapacidad son mayores. La otra cara de la moneda, es decir, el hecho de que el mejoramiento de la salud puede prevenir la pobreza u ofrecer una vía para salir de ella, ha recibido menos atención. Los datos disponibles muestran que el mejoramiento de la salud genera mayor riqueza, distribuida de forma más equitativa, porque aumenta el capital humano y social y la productividad. Los niños sanos están en mejores condiciones de aprender, mientras que el adulto sano sostiene de la familia está en mejores condiciones de trabajar y mantener a su familia. La importancia de estas conclusiones es clara: pasar de un círculo vicioso a uno virtuoso significa concentrar los recursos en mejorar y proteger la salud de los pobres. (OMS, 1999)

Los más antiguos textos médicos ya relacionan la pobreza, la miseria y el hambre con la enfermedad y la pérdida de la salud. Buena prueba de ello es la estela de Unas en Saqqara... 2.500 años antes de Cristo, o la Estela del Hambre en la Isla del Sehel (Grimal, N.p. 72, 1996). Cuatro mil quinientos años después esta relación se mantiene incólume, pero habiendo crecido exponencialmente el número de pobres enfermos y de enfermos pobres, en tanto existe un círculo vicioso entre ambos problemas sociales.

La pobreza es uno de los determinantes de salud más trascendentes, junto a otros relacionados a ella, como bien los sintetizara Dahlgren y Whitehead en su conocido esquema publicado en 1991.

Pero si bien en cada paso de la historia de la medicina esta relación se mantiene siempre presente, es a mediados del siglo XIX cuando por primera vez comienza a ser tema tratado científicamente. **Edwin Chadwick** publica en 1842 su *Report on the Sanitary conditions of the labouring population of Great Britain* y sostiene que:

“Las desigualdades ante la muerte son muy acusadas:

a) según el área de residencia: entre áreas o pequeños centros rurales y las localidades de la Inglaterra industrial las diferencias en la duración de la vida son, para un mismo grupo socioprofesional, en torno de 2 a 1;

b) dentro de cada localidad es la población trabajadora quien tiene una menor esperanza de vida, poco más de la mitad que los sectores más acomodados.

Todo ello da como resultado una duración de la vida sorprendentemente corta entre la población trabajadora de las ciudades, en parte debida a la muy fuerte mortalidad en los primeros tramos de edad”.

Luego será **Rudolf Virchow**, paradójicamente considerado uno de los más prominentes patólogos del siglo XIX, quien da el primer paso hacia la medicina social con sus tres conceptos básicos y desde allí utilizados por diversos autores posteriores:

- “Más le temo a la pobreza que al bacilo de Koch”
- “La medicina es una ciencia social y la política no es otra cosa que medicina a gran escala”.
- “Los médicos debemos ser los abogados de los pobres”.

A pesar de los avances de la medicina y los sistemas de salud, tratando de asegurar accesibilidad, oportunidad, continuidad y calidad en la atención de los pobres, el célebre Informe Black vuelve a demostrarnos que esta meta está lejos de ser alcanzada;

“El Departamento de Salud y Seguridad Social (hoy Departamento de Salud) de Gran Bretaña publica el Black Report, desarrollado por un Comité de Expertos dirigido por Sir Douglas Black. Este Estudio resultó fundamental para demostrar que, a pesar de las mejoras desde la introducción del Servicio Nacional de Salud, había aún inequidades extendidas. La Clase Social V tenía una tasa de mortalidad doble que la I para los hombres, y esto no se había reducido como se esperaba. Más tarde el Whitehead Report (1987) y el Acheson Report (1998) llegarían a las mismas conclusiones”.

En Latinoamérica serán dos los textos clave para el abordaje de este tema, ambos del lado de la epidemiología; *Epidemiología sin Números* de Naomar D’Almeida Filho (1992) y *Epidemiología de la Desigualdad* de Victora y Col. (1992), que he tenido el honor de traducir al castellano y que generaron, junto a los aportes de Laurell, un verdadero camino hacia el abordaje de la pobreza como generadora de enfermedad y pérdida de la salud.

En nuestro país, con los antecedentes de Rawson, Penna, Wilde, Coni y otros, será el recién fallecido Académico Abraam Sonis, quien en forma directa abordó este tema en su libro *Salud, Medicina y Desarrollo Económico-social* (1964), verdaderamente anticipador de otros textos; *Epidemiología y Salud Comunitaria* (Lemus y Col., 2008) y *Salud Pública y Atención Primaria de Salud* (Lemus y Col. 2013).

Dirá **Sonis**: *“la observación de las causas de muerte más importantes de cada país permite, a simple vista, catalogar a un país según su grado de desarrollo, con un margen de error relativamente pequeño”... “es fácil comprender que con ingresos bajos, mala alimentación, analfabetismo, medio ambiente deficiente, falta de atención médica, etc., las enfermedades prevalentes deben ser distintas de las que se presentan en las áreas desarrolladas. La conjunción de los factores económicos, culturales y sanitarios da lugar a una patología que aparece como característica del subdesarrollo y que presenta semejanza con la que prevalecía en los países desarrollados hace 200 o 300 años, salvando las diferencias geográficas”.*

Sin lugar a dudas la pobreza y la enfermedad, a nivel internacional y nacional, han sido relacionadas por indicadores claros y contundentes. Veamos algunos ejemplos:

- Relaciones entre pobreza y Mortalidad – América, países seleccionados – Gasto Nacional de Salud como % del PBI/TMI – OMS, 2012.
- Relaciones entre pobreza y Mortalidad – Gasto Nacional de Salud como % del PBI/Tasa de Incidencia anual por Tuberculosis, OMS, 2010.
- Gasto per cápita en salud, por nivel de ingreso de país.

- Relaciones entre pobreza y mortalidad – Argentina – Cinco Provincias con mayor y menor NBI en relación a la Tasa de Mortalidad Infantil – OMS, 2014.

Las enfermedades infecciosas como las pulmonares, diarreicas, el VIH/Sida, la tuberculosis y el paludismo son las que cobran más vidas en esas naciones. Además, las complicaciones del embarazo y el parto juntas son aún una de las principales causas de defunción, ya que acaban con la vida de madres y lactantes.

En los países de bajos ingresos estas son las enfermedades que cobran más muertes, de acuerdo con datos de la OMS de 2004 (los más recientes).

- 1. Infecciones de las vías respiratorias inferiores: 2.94 millones de defunciones*
- 2. Enfermedad coronaria: 2.47 millones de defunciones*
- 3. Enfermedades diarreicas: 1.81 millones de defunciones*
- 4. VIH/Sida: 1.51 millones de defunciones*
- 5. Ictus y otras enfermedades cerebrovasculares: 1.48 millones de defunciones*
- 6. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: 0.94 millones de defunciones*
- 7. Tuberculosis: 0.91 millones de defunciones*
- 8. Trastornos neonatales: 0.9 millones de defunciones*
- 9. Malaria: 0.86 millones de defunciones*
- 10. Prematuridad y de bajo peso al nacer: 0.84 millones de defunciones*

Resalta que en los países más pobres el 36% de las defunciones son de menores de 15 años; para los países de medianos ingresos ese índice baja a 10% y en los de altos ingresos es de sólo 1%.

Cada año mueren más de 14 millones de individuos a causa de males infecciosos y parasitarios. Los más comunes son: el cólera y otras afecciones diarreicas epidémicas, dengue y dengue hemorrágico, dracunculosis (gusano de Guinea), enfermedad de Chagas, esquistosomiasis, filariasis linfática, helmintiasis transmitida por el suelo (ascariasis, anquilostomiasis y tricuriasis), leishmaniasis, lepra, oncocercosis, tracoma, tripanosomiasis africana humana (enfermedad del sueño) y úlcera de Buruli.

Muchos de estos males están relacionados con la desnutrición, la falta de acceso a atención médica y la falta de salubridad.

En tanto, 1,000 millones de personas padecen enfermedades tropicales desatendidas (ETD) como las antes mencionadas, pese a que éstas han sido erradicadas en muchas partes del planeta, de acuerdo con la OMS.

Las Naciones Unidas definen a la extrema pobreza -definición propuesta por un cura, Josep Wresinski, (citado por Parisí, 2003)- de la siguiente manera: "La precariedad es la ausencia de una o varias seguridades que permiten a las personas y familias el asumir sus responsabilidades elementales y gozar de sus derechos fundamentales. La inseguridad producida por esta precariedad puede ser más o menos extensa y tener consecuencias más o menos graves y definitivas. Se puede definir como pobreza de una manera más sencilla y no por eso menos preocupante, cuando un sueldo o su falta, no permite a un individuo cubrir las necesidades básicas (comida, vestimenta, combustible, alojamiento, etc.). "Es también una de las grandes responsables de las enfermedades mentales, del estrés, los suicidios, la depresión, la desintegración de la familia y las toxicomanías. La pobreza ejerce una influencia nefasta en todas las etapas de la vida humana, desde la concepción hasta la muerte. Conspira con las enfermedades más asesinas y más dolorosas para hacer miserable la existencia de todos los que la padecen", (Parisí, 2003).

La extrema pobreza -el "mayor asesino" del mundo y principal causa de enfermedad y sufrimiento- fue, no obstante, incluida sólo al final de la Clasificación

Internacional de Enfermedades con el código Z59,5, observa el informe en la cláusula de apertura de su sinopsis. Más de un quinto de los 5.600 millones de personas del mundo viven en condiciones de extrema pobreza, casi un tercio de los niños del planeta están desnutridos y la mitad de la población mundial carece de acceso regular a los medicamentos más esenciales, dice el informe de la OMS. "La pobreza ejerce su influencia destructiva en todos los estadios de la vida humana, desde el momento de la concepción hasta la muerte; conspira con las enfermedades más mortales y dolorosas para ocasionar una existencia miserable a todos los que la sufren."

Existen Cuatro prioridades contra la pobreza; las medidas para enfrentar esta crisis de la salud no son utópicas, sino alcanzables, siempre y cuando el mundo se preocupe lo suficiente y se provean los recursos necesarios. Estas serían:

- * Asegurar el "valor del dinero" utilizando los recursos disponibles lo más eficazmente posible y redirigiéndolos a quienes más lo necesitan.

- * La reducción de la pobreza mediante una salud mejor.

- * La política de salud que reclama una acción integrada e intersectorial para resolver todos los factores que determinan una mala salud, y reorientando la capacitación de los profesionales de la salud en el mismo sentido.

- * Fortalecimiento de las capacidades nacionales para aplicar medidas de emergencia y asistencia humanitaria en el sector de la salud.

"Si bien la expectativa de vida aumenta en la mayoría de los países desarrollados, en realidad se reduce en algunos de los más pobres. La expectativa de vida alcanza ahora los 78 años o más en países como Japón, Islandia y Suecia, y 76

años en Estados Unidos. Pero es tan baja como los 43 años en Uganda, y se calcula que disminuirá en Costa de Marfil, la República Central Africana, Congo, Uganda y Zambia en los próximos años. La creciente desigualdad es literalmente un asunto de vida o muerte para muchos millones de personas, ya que los pobres pagan el precio de la desigualdad social con su salud.

La mortalidad en la niñez sigue disminuyendo en todo el mundo. En 2009, se registraron más de 8 millones de defunciones de menores de 5 años — en comparación con las 12,4 millones de muertes en 1990— sin embargo, la neumonía y las enfermedades diarreicas son las dos principales causas de muerte entre los pequeños. Éstas son responsables respectivas del 18 y el 15% de las defunciones en este grupo de edad durante 2008.

Otro mal que afecta a los menores es la desnutrición. La OMS informa que en el mundo 115 millones de menores de cinco años presentan insuficiencia ponderal (están por debajo del peso considerado saludable) o desnutrición. Este factor provoca más de la mitad de las defunciones de los mismos, de acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Aunque las “enfermedades de los pobres” son atendidas y “curadas”, cuando los individuos regresan a la precariedad vuelven a enfermar, el 97% de las muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias (más de 13 millones de personas al año) se produce en los países en vías de desarrollo, por falta de acceso a medicamentos. (Nieto, 2011)

La prevalencia de problemas que se creían erradicados continúa debido al desinterés de grupos farmacéuticos poderosos de generar medicamentos ya que los pobres no representan un nicho de mercado atractivo. “Es inconcebible que en este momento afecciones como la de Chagas o la malaria tengan la incidencia que registran hoy”. (Welti, 2011)

Las enfermedades de la pobreza históricamente han sido transmisibles, pero paradójicamente los pobres empiezan a sufrir los embates de otro tipo de padecimientos debido a la transformación de su comportamiento, principalmente porque ahora consumen grandes cantidades de alimento chatarra, algo que antes no hacían. En muchos países se ha pasado de la desnutrición a la malnutrición. Al consumir estos productos, los individuos desarrollan obesidad, condición que lleva a enfermedades crónico-degenerativas que antes no se observaban entre este sector social, como el síndrome metabólico y la malnutrición.

Los especialistas coinciden en que dichas enfermedades reciben poca atención, ya que quienes las padecen carecen de influencia política. A esto se suma la falta de estadísticas confiables, lo que dificulta dar dirección a los esfuerzos por erradicarlas o simplemente dar una visión más real de cómo son las personas que las padecen. Otro concepto que merece su consideración es el de “Enfermedades Desatendidas”. Son patologías que afectan a millares de personas en todo el mundo, pero que no disponen de tratamientos eficaces o adecuados. En su mayoría se trata de enfermedades tropicales infecciosas que afectan fundamentalmente a la población más pobre, como por ejemplo la leishmaniasis, la enfermedad del sueño, la malaria y la enfermedad de Chagas, que generan un impacto devastador en la humanidad.

*Por otra parte se acuña el concepto de **Enfermedades huérfanas**.*

«Enfermedad huérfana» es un concepto más amplio que puede referirse tanto a una enfermedad rara como a una enfermedad común desatendida.

En el primer caso, la enfermedad es huérfana porque carece de interés comercial por el reducido número de enfermos; en el segundo, por no ser una prioridad de la salud pública o por hallarse confinada en regiones del planeta sin recursos económicos o con poco interés lucrativo.

Una enfermedad es «huérfana» porque no ha sido «adoptada» por la industria farmacéutica.

Los medicamentos destinados al tratamiento de las enfermedades huérfanas se denominan justamente “medicamentos huérfanos” (orphan drugs), esto es, medicamentos sin interés comercial.

- *Sin embargo este nuevo conocimiento no es posible revertirlo en herramientas terapéuticas para la población afectada. Por el contrario, estas enfermedades han sido sistemáticamente relegadas por los responsables de los programas de investigación, tanto del sector público como del sector privado.*
- *Esto se debe al hecho, de que las personas que sufren de enfermedades olvidadas son pobres y no representan un retorno lucrativo suficiente que justifique una inversión de la industria farmacéutica en investigación y desarrollo de nuevos medicamentos para estas enfermedades.*
- *Queda claro, por lo tanto, que la crisis de falta de medicamentos para las enfermedades olvidadas no alcanzó la actual proporción por falta de conocimiento científico, ni por la brecha que existe entre la investigación básica y la preclínica.*

En el caso de las enfermedades "extremamente olvidadas", como la enfermedad del sueño, la de Chagas y la leishmaniosis es diferente.

Estos pacientes son tan pobres que prácticamente no poseen ningún poder de compra, y ante eso, ninguna manipulación de las fuerzas de mercado logrará estimular los intereses de las empresas farmacéuticas.

Las Enfermedades Extremamente Olvidadas/Desatendidas, como la enfermedad del sueño, la de Chagas y la leishmaniosis, afectan exclusivamente a las poblaciones de los países en desarrollo.

Hablar de enfermedades "olvidadas", es hablar de personas "olvidadas", de seres humanos que como todos nosotros y nosotras, tienen el derecho fundamental a la salud.

El Premio Nobel de Medicina de este año es un excelente ejemplo del apoyo a las investigaciones sobre estas enfermedades de la pobreza y de los medicamentos necesarios para su tratamiento. Se reconoció los logros del irlandés William C. Campbell y del japonés Satoshi Omura en su lucha contra las enfermedades parasitarias, y por otro lado, de la médica china Youyou Tu, que descubrió una nueva droga contra la malaria. En el primer caso, el Avermectin que ha reducido radicalmente la incidencia de la llamada "ceguera de los ríos" y de la filariasis linfática o elefantiasis, además de otras patologías parasitarias, en el segundo, el Artemisinín, medicamento que ha reducido la mortalidad por la malaria.

Otro concepto a tener en cuenta, en este sentido, es el de Enfermedades Emergentes y Reemergentes.

Otro problema es la atención de la enfermedad en las poblaciones bajo la línea de pobreza. La Organización Mundial de la Salud ha expresado que los países deben mejorar la financiación de sus sistemas de salud para garantizar que el mayor número de personas posible tenga acceso a la atención sanitaria. En su informe anual sobre la salud en el mundo, que este año está dedicado a cómo se financian los sistemas médicos, dice que los servicios sanitarios distan de ser universales. La pobreza se caracteriza más bien por la privación o la falta de acceso a los medios a través de los cuales las personas pueden materializar plenamente su potencial humano. Por eso, la falta de acceso a la atención de salud, a la información o a un entorno que les permita llevar una vida sana forma parte, en sí misma, de la definición de pobreza. Este punto de vista queda patente en la importancia que se concede a la salud en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Es obvio que intentar solucionar la pobreza a través de la salud o centrarse en las necesidades sanitarias de los pobres requiere un examen minucioso de los

sistemas sanitarios desde la perspectiva tanto de la prestación de servicios como de las cuestiones políticas e institucionales generales que repercuten en su eficacia. Los valores de la salud para todos proporcionan una base común, si bien la expresión práctica de los sistemas de salud orientados por la atención primaria varían en función de las circunstancias nacionales.

Se pueden listar las enfermedades ligadas a la pobreza en la Argentina.

"A medida que las poblaciones envejecen, que más personas sufren enfermedades crónicas y que aparecen nuevos y más onerosos tratamientos, aumenta vertiginosamente el gasto en salud". Los Estados miembros de la OMS se comprometieron hace cinco años a crear sistemas de salud que fueran accesibles a todos y a garantizar que nadie sufriera dificultades financieras tratando de pagar por el cuidado de la salud. Cinco años después, en medio de una crisis financiera global y con una población envejecida, el mundo está muy lejos de haber alcanzado ese objetivo. La OMS estima que los gastos en salud y la imposibilidad que las personas trabajen enfermas cada año empujan a 100 millones de individuos a la pobreza".

Expresa Ruales (2014) que *"ningún país ha logrado una cobertura universal, un adecuado nivel de salud, con menos de 6% del gasto del PBI en salud; eso significa que hay que aumentar el gasto, pero también mejorar la eficiencia de ese gasto. El derecho a la salud no es sólo la atención de los enfermos, sino mantener a la gente sana, a no enfermarse, no morir de una enfermedad que puede ser tratada".*

Por último, para aquellos que todavía piensan que ante la enfermedad y la pérdida de salud, pobres y ricos, estamos en el mismo barco, deberían reflexionar sobre el hundimiento del Titanic; murió el 38,9% de los pasajeros de tercera clase, el

12,3% de los de segunda clase, y sólo el 9% de primera clase. Todos estamos en el mismo barco, pero los que se mueren son los menos favorecidos.