

La pobreza enferma y también mata: es hora de que la tengamos en consideración

Poverty makes people sick and also kills them: it is time to take it into consideration

Si una sociedad libre no puede ayudar a sus muchos pobres, tampoco podrá salvar a sus pocos ricos.

JOHN FITZGERALD KENNEDY

INTRODUCCIÓN

En estos últimos tiempos, parece haberse dejado de lado un hecho elemental conocido hace mucho tiempo: que la pobreza enferma y aun mata a las personas que la padecen.

Sin embargo, es conocida la conclusión en su momento de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud (Comisión on Macroeconomics and Health), dirigida por el conocido economista Jeffrey Sachs, que termina diciendo “Los encadenamientos de salud a la reducción de la pobreza y el crecimiento económico a largo plazo son poderosos, mucho más fuerte de lo que en general se comprende”.

En un reciente comentario, Richard Horton dice: “Sachs argumentó que los pobres eran más proclives a las enfermedades y que era menos probable que buscaran cuidado médico, aun cuando esa atención fuera necesaria de manera urgente. La pobreza subyace como la raíz de todos los males. Atacar la pobreza fue el camino para desarrollar progreso... Las modas han cambiado. Ahora estamos movilizados por la cobertura universal de salud, la seguridad de la salud global, y la emergencia climática... Aun golpear con fuerza a la pobreza permanece como el requisito para vidas florecientes y sustentables. Desalentadoramente, la salud global y sus líderes han juzgado que la pobreza es una idea de ayer”. (1)

En la Argentina, “en el inicio de este año volvió a aumentar la pobreza. Una estimación señala que ascendió al 34,1% de la población... Un año atrás la pobreza se ubicaba en el 25,5%. En tanto, la indigencia trepó al 7,9%, contra un 4,9% del primer trimestre de 2018...

Esto significa que, sobre una población urbana de 40.500.000 personas, hay 13.800.000 pobres, con un aumento en 12 meses de 3.600.000 nuevos pobres.

De esos totales, los indigentes urbanos suman 2.900.000, con un incremento de casi un millón de nuevos indigentes.

Si se proyectan a toda la población, incluyendo el sector rural, hay poco más de 15 millones de pobres, de los cuales 3,5 millones son indigentes”. (2)

Es importante tener en consideración la pobreza. “Esta actitud de indiferencia, porque eso es lo que es, es indefendible. Al comienzo de este mes, UNDP

y la Iniciativa de Oxford de la Pobreza y el desarrollo Humano (Oxford Poverty and Human Development Initiative) publicó una nueva investigación en la que indica que 1300 millones de personas son “pobres multidimensionales”. (1)

Ser pobres multidimensionales significa que la pobreza se expresa en lo que llamamos estándar de vida, que es ausencia de poder comprar hasta los alimentos, más aún un techo que les permita tener combustibles para cocinar, agua corriente y sanitarios adecuados.

En el año 2018, el Banco Mundial (World Bank) publicó su versión de las tendencias de la pobreza global (*Piecing Together the Poverty Puzzle*). Y concluyó que “la lucha contra la pobreza extrema está lejos de haber terminado”.

En el mundo, lo que es más terrible, los niños son más pobres que los adultos, la mitad están por debajo de los 18 años, lo mismo que en la Argentina actual; y un tercio, por debajo de los 10 años.

Existen grandes variaciones de la pobreza dentro de los mismos países, que pueden ser inmensas, como, por ejemplo, entre extremos varía entre el 6% y el 96%.

La conclusión final de Richard Horton (director del *The Lancet*) es un nuevo llamado de atención.

“La pobreza no es un estado económico. Es una enfermedad insidiosa del alma humana. La pobreza consume vidas, erosiona los recursos mentales, disminuye las capacidades cognitivas y destruye las posibilidades de vida. La salud universal nunca será lograda a menos que y hasta que la pobreza sea erradicada. Cuán trágico es que nuestros líderes de la salud global hayan olvidado esta lección”. (1)

EL HAMBRE PERSISTE Y PARECE QUE SEGUIRÁ PERSISTIENDO

La Organización de Alimentos y Agricultura (Food and Agriculture Organization, FAO), este año agregó a la inseguridad alimentaria, que llama grave cuando las personas han tenido hambre, la inseguridad alimentaria moderada cuando la gente ha reducido la cantidad o la calidad de los alimentos por razones económicas, situación muy común en la Argentina actual. La comunicación de la FAO estima que aproximadamente 2000 millones de personas no tienen acceso regular a un alimento nutritivo y suficiente; al mismo tiempo, la obesidad está creciendo rápidamente en todo el mundo.

A pesar de los progresos hechos en décadas previas, desde el año 2015 la prevalencia de la desnutrición se ha aplanado y es francamente alta en el África Subsahariana y Asia. (3)

El 18 julio de este año, la FAO y sus acompañantes de las Naciones Unidas publicaron su comunicación anual *El Estado de la Seguridad de los Alimentos y la Nutrición en el Mundo (The State of Food Security and Nutrition in the World)*. Siguiendo la tendencia de las dos comunicaciones previas, los resultados puntualizan la improbabilidad de lograr el objetivo establecido en el año 2015 de erradicar el hambre y la malnutrición para el 2030, y asegurar alimentos nutritivos para todos. (el punto 2 del Objetivo de Desarrollo Sustentable).

Muestran cómo hay una relación inversa entre el 2011 y el 2017 entre la desaceleración económica y el aumento del hambre y la desnutrición. En el 84% de los países, la mayoría de África y Asia, donde la desnutrición se incrementó se observó una desaceleración o directamente un descenso económico. También la mayor desigualdad estaba asociada con la probabilidad aumentada de inseguridad alimentaria grave, o sea, en otras palabras, verdadero hambre. Y como dice el editorial de *Lancet*: “Aunque damos la bienvenida al monitoreo de los problemas de inseguridad alimentaria y nutrición, los cuales son claves para valorar el progreso, el monitoreo por sí mismo no es suficiente para manejar la situación. Si las políticas implementadas no son efectivas, entonces debemos hacer un llamamiento por un compromiso político más fuerte y la cooperación internacional para resolver las raíces del problema; la pobreza y la desigualdad”. (3)

Si queremos mantener la esperanza de la abolición del hambre y la desnutrición en el 2030, debemos comprometernos como profesionales dedicados a la salud de la población; hacer pública esta situación y debatir las medidas concretas imprescindibles.

POLÍTICAS SOCIALES PERO, AL MISMO TIEMPO, POLÍTICAS PUNITIVAS

Nosrati y Marmot escriben: “...A través de toda Europa, un creciente número de gente vulnerable está siendo el objetivo de las autoridades públicas por las así llamadas conductas antisociales (*y en forma irónica agregan*) incluyendo aun la urgencia aparentemente inexplicable del irrepreensible impulso de dormir en el pavimento más bien que en la cama, o participar de los sufrimientos materiales de los ambientes abiertos.

(...) Las políticas sociales punitivas combinan el desmantelamiento del estado de bienestar con la expansión del estado penal y sus correlatos institucionales. Está asociado con la regulación de la pobreza y de la división social en el despertar de los *shocks* políticos o económicos, tales como recesión, declinación industrial o profundización de las desigualdades. La política social punitiva también refleja las preocupaciones cambiantes

del estado de ofrecer apoyo social para los pobres a suprimir sus inconvenientes de una presencia conspicua en la esfera pública...”.(4)

En las últimas décadas, la tasa de encarcelamiento ha subido varias veces en EE. UU. y prácticamente el doble en Europa. “Este recrudecimiento punitivo tiene una función que no es lineal del crimen, dado que las tasas de encarcelamiento son más de tres veces mayores en los lugares donde se concentran los desaventajados que en las otras comunidades con similar tasa de crímenes”. Y cuestionan nuestra actitud como profesionales de la salud: “...En otras palabras, ¿por qué tratar a la gente y enviarla de vuelta a las condiciones que hicieron que se enfermaran?”. (4)

Finalizan diciendo “...Por ejemplo, la finalización del hiperencarcelamiento es improbable que ayude a las sociedades más vulnerables, a menos que la prisión sea vista en el conjunto con otras instituciones sociales mayores, incluyendo las escuelas, los mercados de trabajo, y los sistemas de atención social y de salud. Más aún, uno no puede ayudar si no se da cuenta de que el intervencionismo redistributivo del estado en las clases más bajas de la estructura se enfrentan, en completo contraste, con el proteccionismo bienintencionado dirigido hacia las clases más altas (...) En breve, ofrecer un estado de bienestar a los más ricos mientras se toman medidas punitivas contra los pobres no es el medio de lograr la equidad en salud”.

EL ESTADO SOCIOECONÓMICO, PERO NO LOS FACTORES DE RIESGO DETERMINAN EL RIESGO CARDIOVASCULAR Y LA MORTALIDAD

El estudio PURE (Prospective Urban Rural Epidemiologic study) reclutó 154.169 adultos entre 35 y 70 años (367 comunidades urbanas y 302 rurales) en 5 países de bajos ingresos, 11 de ingresos medios y 4 de ingresos altos. Los participantes fueron seguidos por una media de 7,5 años. (5)

Los eventos cardiovasculares mayores (un compuesto de muertes cardiovasculares, ACV, infarto de miocardio, e insuficiencia cardíaca) fueron más comunes entre aquellos con bajos niveles de educación en todos los países estudiados con diferentes niveles de ingreso; pero mucho más notorio en los países de bajos ingresos. Después de los ajustes por la riqueza y otros factores, el bajo nivel de educación (hasta primario solamente) vs. alto nivel de educación (estudios terciarios) fue significativo y creciente; con un HR 1,23 IC 95% 0,96-1,58) para países de altos-ingresos, 1,59 (1,42-1,78) en los países de ingresos-medios, y 2,23 (1,79-2,77) en los países de bajos ingresos (p interacción < 0,0001).

Los mismos resultados se observaron con la mortalidad de todas las causas con HR de 1,50 (1,14-1,98) para los países de altos-ingresos, 1,80 (1,58-2,06) en los países de ingresos-medios, y 2,76 (2,29-3,31) en los países de bajos-ingresos (p interacción < 0,0001).

Sorprendentemente, esa franca diferencia de los resultados (casi el doble en los países de bajos ingresos) no se podía explicar por diferencias en los factores de riesgo. Porque, si bien siguiendo la regla clásica, los factores de riesgo decrecían cuando los niveles de educación aumentaban en países de ingresos altos. Se observó un comportamiento completamente inverso en los países de ingresos bajos, en los cuales se incrementaban los factores de riesgo cuando los niveles de educación aumentaban (p interacción $< 0,0001$).

La hipertensión y diabetes están entre los más importantes factores de riesgo de enfermedad cardiovascular y mortalidad y es bien conocido que su tratamiento y el de la prevención secundaria reducen las complicaciones.

Si bien el tratamiento no variaba según el nivel de educación en los países de ingresos altos, se encontró una consistente y significativa asociación inversa entre el nivel de educación y el tratamiento en los países de ingresos bajos y medios (p interacción $< 0,0001$).

La utilización de drogas hipoglucemiantes fue significativamente distinta; el 74,5%, en los países de ingresos altos; el 52,9%, en los de ingresos medios; y el 29,0%, en los bajos. En estos últimos, aquellos con mayor nivel de educación, el 38,0% estaban en tratamiento, pero solo el 23,1% con niveles de educación bajos (OR 0,43 IC 95% 0,34-0,54; p interacción $< 0,0001$).

La utilización de al menos una medicación para prevención secundaria fue del 77,3% en los países de ingresos altos; el 40,4%, en los de ingresos medios; y el 15,7%, en los bajos. Cuando existía menor nivel de educación en los países de ingresos altos, tenían mayor uso de prevención secundaria (OR 1,82, IC 95% 1,14-2,89), no existía variación en los de ingresos medios, y tenían menor uso en los de ingresos bajos (OR 0,26, IC 95% 0,17-0,42; p interacción $< 0,0001$). Aunque la gente con menor nivel de educación en países de ingresos bajos y medios tienen mayor incidencia y mortalidad de enfermedades cardiovasculares.

Existen marcadas diferencias entre aquellos con niveles de educación más altos y aquellos con más bajos en el tratamiento de hipertensión, diabetes, prevención secundaria y la tasa de mortalidad, como marcadores de manejo por debajo del estándar. Dada la prevalencia aumentada de enfermedad cardiovascular, diabetes e hipertensión en países de ingresos bajos y medios se enfatiza la importancia de una mejor atención y una mayor utilización de las terapias farmacológicas probadas.

¿CÓMO INTEGRAR LOS DETERMINANTES SOCIALES PARA DISMINUIR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES?

Una vez más Michael Marmot afirma que "...Los determinantes sociales son responsables de los patrones de distribución de la incapacidad y la mortalidad por enfermedades no transmisibles (ENT). Simplemente declararon (*se refiere a la OMS*) que los determinan-

tes sociales abarcan las '*causas de las causas*' de la desigualdad de salud: las condiciones desiguales en las cuales la gente nace, crece, vive, trabaja y envejece; y las desigualdades en poder, dinero y recursos que dan lugar". (6)

Los determinantes sociales dan forma y contribuyen a la distribución de los cuatro factores de riesgo principales de la conducta de las ENT –que son dieta no saludable, inactividad física, fumar tabaco y exceso de consumo de alcohol– y tres condiciones físicas que son de riesgo para las ENT–llamadas "presión arterial elevada", "obesidad" y "diabetes"–.

Es de fundamental importancia la desventaja socioeconómica en los años precoces, ya que afecta el desarrollo de partes del cerebro que contribuyen a la regulación y control de conductas y pensamientos. En relación con los factores de riesgo para las ENT, esto incluye los niveles de control cognitivo sobre la dieta y los niveles de actividad.

Oscar Wilde, ya en el año 1891, advierte sobre la inmoralidad de recomendar a los pobres el ahorro, como se sigue insistiendo en la actualidad: "Aconsejar economía a los pobres es a la vez grotesco e insultante. Es como aconsejar que coma menos al que se está muriendo de hambre". (7)

El sobrepeso, la obesidad y aún la dieta están determinadas de manera preponderante por su medio ambiente familiar, ya que se observa en niños de 5 años de edad.

En Inglaterra, entre niños de edad de 10/11 años, en 2017 la prevalencia de obesidad en los áreas más pobres fue del 26% comparada con el 11% en las áreas con menor pobreza. Las desigualdades siguen en aumento, porque no se puede resolver el problema de la obesidad sin resolver el problema de la desigualdad.

Los determinantes sociales que dirigen la brecha de obesidad necesitan ser abordados urgentemente.

Siempre se considera el nivel individual, pero los resultados con dietas y drogas no han sido promisorios. Se parte de la racionalidad que los individuos son libres de elegir lo que comen y cuánta actividad física deben hacer. La evidencia muestra que este argumento provee una explicación inadecuada para las diferencias en la distribución de la salud relacionada con las conductas.

A la inversa, las intervenciones para comer saludable dirigidas a cambios en la conducta individual, tales como consejos dietarios, tienen mayor beneficio para los individuos de posición socioeconómica más alta, por lo tanto tienden a incrementar las desigualdades... Las elecciones individuales están constreñidas por los factores sociales, medioambientales, económicos, políticos, y culturales. (6) La posición social provoca que se tomen elecciones desiguales. Existen muchas otras influencias en la elección del alimento. La ausencia de dinero es una de las importantes.

"Un similar patrón emerge en las comparaciones internacionales. En 18 países, el consumo de frutas y vegetales fue bajo en todos los países (promedio de 3,76 porciones en un día) pero más bajo en los países

de ingresos bajos (2,14 porciones en un día comparado con los países de altos ingresos (5,42 porciones). Tener los medios fue importante: en países de bajos ingresos el costo de 5 porciones de frutas y vegetales en un día representa casi el 52% del ingreso del hogar, comparado con el 18% en los países de ingresos medios bajos, 16% en países de ingresos medios altos, y 2% en países de ingresos altos (...), la evidencia disponible muestra que los grupos socioeconómicos bajos consumen menores cantidades de frutas y vegetales que los grupos más ricos. Tener los medios para una dieta saludable es un factor crítico para aquellos con ingresos bajos en todos los países". (6)

Con el alcohol, es bien conocido que los grupos socioeconómicos más bajos en países de ingresos bajos y medios son los que presentan mayor probabilidad de beber alcohol que los grupos socioeconómicos altos.

Integrando la acción a través de los sectores

"... Para lograr esto en el largo plazo se requieren acciones sobre otros objetivos del desarrollo sustentable, incluyendo abordar la pobreza y la desigualdad, y la acción sobre múltiples sectores mejora las condiciones a lo largo del curso de la vida.

Más de 10 años desde la comunicación final de la Comisión de la OMS sobre *Los Determinantes Sociales de la Salud*, que llama a la acción sobre los determinantes sociales para mejorar la salud de toda la población y abordar las desigualdades de la salud que continúan resonando alrededor del mundo. Para lograr progresos en el largo plazo sobre la prevención de las ENT, es necesario un enfoque completo del sistema para tratar con las *causas de las causas* de los factores de riesgo para las ENT y tomar un enfoque del curso de la vida para abordar las desigualdades sociales". (6)

CONCLUSIONES

El sistema actual de mercado mundial único, llamado globalización, y los grandes monopolios internacionales pasaron del sistema "fordista" de los tiempos cada vez más y más reducidos en la línea de montaje –caracterizado por Chaplin en una película famosa– a la fábrica principal y central de la compañía que ensambla piezas producidas con calidad total con nuevos sistemas digitalizados y robotizados y pocos trabajadores especializados –de sueldos altos con altas ganancias para las empresas–, destruidos en pocos años por la tensión y la responsabilidad en el manejo de las nuevas máquinas y a su vez una pléyade mucho más grande de trabajadores subsidiarios –muchas veces contratados de manera eventual por empresas contratistas–, descalificados y con salarios bajísimos en distintas partes del mundo; que suelen hacer rotar o son despedidos periódicamente. Estos trabajadores quedaron fuera de convenio, sin ninguna protección laboral y sin posibilidad de asociarse para su defensa con sus dispersos pares.

En esta situación socioeconómica, es conocido que los pobres tienen menor calidad y expectativa de vida y, en Argentina, en el último año, la pobreza subió del 25,5% a una estimación del 34,1% y la indigencia trepó del 4,9% al 7,9%, y se proyectan más de 15 millones de pobres, de los cuales 3,5 millones son indigentes.

En Argentina y en el mundo, entre el 2011 y el 2017, hay una relación inversa entre la desaceleración económica y el aumento del hambre y la desnutrición. En la mayoría de África y Asia, donde la desnutrición se incrementó se observó una desaceleración o directamente un descenso económico.

¿Por qué tiene esto importancia para los cardiólogos?, porque, contra lo que pregonamos, el estado socioeconómico representado por el nivel de educación, pero no así los factores de riesgo determinan el riesgo cardiovascular y la mortalidad.

En estudios bien diseñados, como el PURE, (5) en los países de ingresos bajos con respecto a los altos, los eventos cardiovasculares y la mortalidad aumentaban mucho más en los de bajo nivel de educación. Pero las diferencias en los resultados entre los grupos educacionales no fueron explicadas por las diferencias en los factores de riesgo, que se incrementaban cuando los niveles de educación aumentaban en los países de bajos ingresos.

A su vez, el tratamiento de la hipertensión, diabetes y la prevención secundaria era menor en los de menor nivel de educación en los países de bajos ingresos.

Son los determinantes sociales, como viene insistiendo Marmot, (6) los que contribuyen a la presencia de los factores de riesgo principales de las ENT; 4 de conducta: dieta no saludable, inactividad física, fumar y exceso de alcohol; y 3 condiciones de riesgo: presión arterial elevada, obesidad y diabetes. Mientras las desigualdades sociales sigan en aumento no se podrá mejorar el perfil de los factores de riesgo ni la mortalidad de las ENT.

La política social del Estado puede ir desde el apoyo social del Estado hasta una política punitiva para suprimir los inconvenientes que generan su presencia en espacios públicos. Pero afirmar que es un problema personal de ausencia de economizar lo suficiente o una predisposición a no trabajar es desconocer las causas que lo provocan y, por lo tanto, las posibles soluciones institucionales.

Queremos finalizar con una frase muy simple pero, a su vez, muy expresiva de Nelson Mandela: "La pobreza no es natural, es creada por el hombre y puede superarse y erradicarse mediante la acción de los seres humanos. Y erradicar la pobreza no es un acto de caridad, es un acto de justicia".

Dr. Hernán C. Doval

Director de la Revista Argentina de Cardiología

Bibliografía

1. Horton R. Offline: Global health's indifference to poverty must end. *Lancet* 2019;394:286. <http://doi.org/dbcr>
2. Clarín. La encuesta de Hogares ya anticipa un salto fuerte de la pobreza en el año. 3 de agosto 2019; 4-5.
3. Editorial. La desaceleración en erradicar el hambre. *Lancet* 2019;394:274. <http://doi.org/dbcs>
4. Nosrati E, Marmot M. Punitive social policy: an upstream determinant of health. *Lancet* 2019;394:376-77.
5. Rosengren A, Smyth A, Rangarajan S, Ramasundarahettige C, Bangdiwala SI, y col. Socioeconomic status and risk of cardiovascular disease in 20 low-income, middle-income, and high-income countries: the Prospective Urban Rural Epidemiologic (PURE) study. *Lancet* 2019;7:e748-e760. <http://doi.org/dbcv>
6. Marmot R, Bell R. Social Determinants and non-communicable disease: time for integrates action. *BMJ* 2019;365:Suppl 1:10-12.
7. Wilde O. El alma del hombre bajo el socialismo. Ensayo 1891. El viejo topo. De la version original de Oscar Wilde, *The soul of man under socialism*. *Fortnightly Review* (nueva serie) vol. 49;290:291-319. <http://doi.org/dbcw>