

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en **Ars Medica, revista de estudios médicos humanísticos**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

Medicamentos, pobreza y desigualdad

Dr. Jorge Jiménez de la Jara
Profesor Adjunto Asociado
Departamento de Salud Pública
Pontificia Universidad Católica de Chile

Resumen

Desde antiguo es sabido que la pobreza determina fuertemente la condición de salud de las personas y la pobreza es la gran preocupación de los gobiernos así como de los liderazgos espirituales. Todos proponen como tarea erradicar la pobreza como un elemento central de la justicia y el desarrollo de la humanidad. Los organismos académicos y multilaterales han buscado renovar el impulso solidario mediante estudios y propuestas estratégicas que tiendan a prevenir y erradicar las enfermedades. En esta línea, se han organizado estudios en torno a los llamados determinantes sociales de la enfermedad y desde ella se elaboran programas de intervención que puedan mitigar o reducir estas desigualdades. Una de las estrategias en desarrollo es la de dotar de medicamentos adecuados para combatir las enfermedades más dramáticas asociadas a la pobreza, como el sida, la malaria y la tuberculosis. Para ello no solo existen iniciativas intergubernamentales, sino que también filantrópicas de gran volumen. Paradójicamente, sin embargo, los análisis más profundos nos revelan que, junto con combatir la pobreza y sus consecuencias en salud, deben proponerse intervenciones que lleven a la persona humana al autocuidado de su cuerpo como bien de donación divina. Esto, ya que es tan profundo el impacto de los condicionantes de la salud ligados a lo social, que los medicamentos solo son una parte menor de las intervenciones de impacto final y es preciso vivir sanamente como primera tarea.

Palabras clave: pobreza; medicamentos; desigualdad; equidad.

La pobreza es una realidad lamentable, cuya presencia avergüenza a los que la observan y humilla a quienes la sufren. La pobreza como desafío y responsabilidad sigue provocando frases notables como la tan citada de SS Juan Pablo II: “Los pobres no pueden esperar” a la menos conocida pero cargada de evidencia de Johann Peter Frank, Protophysicus del Ducado de Mantua (1745-1821)¹: “*De populorum miseria, morborum genetrice*”, es decir, la miseria del pueblo genera enfermedades. Hecho que se puede comprobar hoy, cada día en un lugar de atención médica, en las calles de un barrio pobre, o en las cercanías de un servicio de urgencia hospitalario.

La pobreza es la motivación persistente de las agencias multilaterales, como Naciones Unidas y el Banco Mundial, o de filántropos exitosos de ayer o de hoy, como Rockefeller y Gates. Naciones Unidas ha fijado Metas del Milenio para disminuir la pobreza y sus consecuencias; el Banco Mundial usa como subtítulo de sus comunicaciones “Por un mundo sin pobreza”. Bill y Melinda Gates, después de haber creado una fortuna de 50.000 millones

de dólares con sus productos de informática y computación, deciden entregar todo su esfuerzo a la mejoría de la salud y la educación como los dos grandes aspectos de la pobreza.

La pobreza es estudiada por economistas, sociólogos, filósofos o médicos, generándose diversas metodologías e indicadores que sirven, como es habitual, para dimensionar el fenómeno, diferenciar sus causas, diseñar intervenciones de alivio y evaluar el impacto de las políticas en contra de la pobreza.

Jeffrey Sachs, destacado economista, generó una publicación en que demuestra que controlar la pobreza y sus consecuencias cuesta cifras menores en comparación con el producto bruto mundial². Sachs, a inicios de esta década, presidió una comisión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre macroeconomía y salud, cuya principal conclusión fue precisamente que es posible alcanzar mejores niveles de salud a una velocidad mayor que la del desarrollo económico, anticipando así beneficios sociales de impacto en el mejoramiento de las personas y sus capacidades para transformarse en agentes económicos activos y productivos³.

¹ Romero H. (1977). "Hitos fundamentales de la medicina social en Chile". En *Medicina Social en Chile*, Editorial Aconcagua, Santiago de Chile.

² Sachs J. (2005). *The end of poverty* Penguin Books, New York.

³ OMS: Investing in Health for economic development, Geneva, 2001.

La relación entre pobreza y salud es motivo no solo de preocupación, sino que también de estudios e investigaciones que buscan comprender mejor los mecanismos de esta interacción evidente. El objetivo final de las investigaciones es determinar los caminos a través de los cuales una característica de la pobreza, por ejemplo, la vivienda deficiente, el agua impura, la alimentación deficiente o los hábitos personales de las personas pobres, generan condiciones negativas que favorecen la aparición de enfermedades. Para destacar esta interrelación y promover su estudio científico, la OMS, nuevamente, estableció la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, cuyo lanzamiento ocurrió en Chile durante el mes de marzo de 2005⁴.

Esta iniciativa pretende no solo identificar las interrelaciones entre factores de pobreza y enfermedades, sino que también develar los misterios para permitir intervenciones preventivas o curativas. Existen asociaciones obvias entre salud y pobreza como las derivadas de la alimentación o de las condiciones de saneamiento. Sin embargo, existen otras asociaciones entre pobreza y salud aún más relevantes en un escenario de predominio de problemas de salud crónicos como son las que se establecen entre los determinantes psicosociales y las conductas tanto ante la salud (conductas de riesgo, conducta preventivas) como ante la enfermedad (consultar, adherir a tratamientos...). En este sentido, hay evidencia que muestra cómo los pobres poseen un perfil psicosocial adverso que los hace incurrir en mayores riesgos (ej.: mayor sedentarismo en personas pobres que presentan baja autoestima, menor apoyo social, mayor desesperanza y situación de vivienda urbana con inseguridad ciudadana y pocas facilidades para la actividad pedestre o al aire libre). Por otra parte, existe

un camino psiconeuroendocrino muy estudiado en la actualidad que vincula a los determinantes psicosociales con la aterosclerosis, cáncer y otras enfermedades crónicas.

En último término el mensaje de este concepto de determinantes sociales de la salud es el de medir las desigualdades entre los grupos de una comunidad y proponer políticas que las hagan tender a su disminución e idealmente a su eliminación. En el fondo esta idea implica la restauración de los antiguos conceptos de Rudolf Virchow, uno de los padres de la medicina social, quien decía que:

⁴ CSDH, Commission on Social Determinants of Health, ver http://www.who.int/social_determinants/en/.

“La medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina en grande”.

Con esta frase, Virchow proponía que la política en general debía tener una preferente dedicación a la solución de los problemas de salud.

Este artículo pretende reflexionar sobre los medicamentos como instrumento de equidad en salud y compararlos con otros mecanismos de efectividad en la búsqueda de mejorar las condiciones de salud relacionadas con la pobreza.

Distribución de las enfermedades y esfuerzo de investigación

Así como la riqueza y la pobreza se distribuyen desigualmente en el mundo, las enfermedades ligadas a lo social también presentan diferencias. En el extremo, el África subsahariana, la zona más pobre del mundo, concentra el 90% de los casos de sida del planeta y de otras enfermedades transmisibles, mientras que las zonas más poderosas tienen un patrón epidemiológico diverso, donde predominan las enfermedades crónicas no transmisibles, el cáncer y los accidentes. Los países en posiciones intermedias, como los de América Latina, tienen también menor proporción de enfermedades infecciosas y una creciente participación de las no transmisibles⁵.

Para entender la relación entre pobreza y grupos de enfermedades, un grupo de expertos las ha clasificado en tres categorías (Estudio Carga Global de Enfermedad (CGE), realizado por equipos de la OMS y el Banco Mundial)⁶:

Grupo I: enfermedades infecciosas, maternas, perinatales y nutricionales. Grupo II: enfermedades no transmisibles. Grupo III: lesiones, trauma y accidentes.

⁵ Disease Control Priorities Project, Global Burden of Disease and Risk Factors, World Bank, Oxford University Press, 2006.

⁶ López y cols (2006). Cap 3: “Global Burden of Disease and Risk Factors”, Oxford University Press.

Cada grupo tiene subcategorías, por ejemplo, enfermedades cardiovasculares y cáncer, son las mayores componentes del grupo II, mientras que las del grupo I, especialmente las infecciosas y materno-perinatales, son las que mayor participación tienen en países con tasas de mortalidad alta y las que por razones de sus determinantes se asocian con las condiciones de mayor pobreza. Estas últimas también son las que descienden a mayor velocidad por la efectividad de las intervenciones disponibles, constituyendo la llamada transición epidemiológica.

De acuerdo con el estudio citado, en el año 2001 las proporciones por causa de muerte de los distintos grupos según ingreso de los países era el reflejado en la tabla que sigue:

Tipo de Causa de muerte enfermedades	Países de ingreso bajo y medio	Países de ingreso alto	Mundo
Grupo I Infecciosas, maternas, perinatales y nutricionales	36,4	7,0	32,3
Grupo II No Transmisibles	53,8	87,0	58,5
Grupo III Lesiones, Trauma y Accidentes	9,8	6,0	9,2

Fuente: Cap. 3, Global Burden of Disease and Risk Factors, López et al., Oxford Univ. Press, 2006.

Como se ve en la tabla, para los países más pobres, el 36,4% de sus muertes es causada por las enfermedades más obviamente ligadas a su condición desmedrada, mientras que en aquellos de altos ingresos, esta proporción solo es del 7%. Esto no excluye que en los países pobres o medianos no existan las enfermedades del grupo II, no transmisibles o crónicas más ligadas a factores de riesgo como la dieta, los estilos de vida, el consumo de tabaco, entre otros predisponentes. Esta mezcla epidemiológica, como veremos en el caso de Chile, vuelve a tener, en su parte no transmisible, de nuevo una estrecha relación con los niveles relativos de pobreza al interior de sociedades medianamente desarrolladas. De hecho, en nuestro país, el peso de las enfermedades crónicas no transmisibles es del orden de un 50% sobre el total.

Esta desigual distribución de la carga de enfermedad entre ricos y pobres es acompañada por una no equitativa dedicación a la investigación médica entre las enfermedades que afectan a unos y a otros. Evaluaciones de CORHED⁷ dicen que el 80% de la investigación médica se realiza en las enfermedades que afectan solo al 20% de la población. De esta forma, los mecanismos de la enfermedad, los medicamentos y procedimientos que las mejoran, son estudiados y desarrollados en mayor porcentaje en los casos de patologías que afectan

primordialmente a los ciudadanos de los países más pudientes, en desmedro de las enfermedades ligadas a la pobreza.

Desigualdad de salud en Chile, 2003

En el caso de Chile, cuya positiva evolución demográfica y epidemiológica es motivo de alabanzas como el de un país en el cual se han superado los problemas de salud ligados a la pobreza más extrema, la situación, sin embargo, sigue mostrando desigualdades preocupantes y profundas.

En mortalidad Chile tiene evidencias de una desigual distribución si se analiza por nivel educacional, especialmente en el tramo de edad de 45 a 64 años, cuyo impacto es social y económicamente mayor. En efecto, la mortalidad general en ese tramo de edad, en hombres es de 6,1 por 100.000 si el nivel educativo es de 1 a 8 años de escolaridad, y de 2,4 si es de 13 o más años de estudios. En las mujeres las diferencias son aun más notorias, siendo de 8,6 por 100.000 en mujeres sin educación formal y de 1,4 para aquellas con 13 o más años de estudios⁸.

En morbilidad, la Encuesta Nacional de Salud del año 2003, realizada por el Ministerio de Salud de Chile, refleja en las patologías del adulto diferencias muy marcadas en los riesgos y enfermedades de tipo crónico al comparar por nivel educativo, reflejo de los niveles de ingreso socioeconómico⁹. Tales son los resultados obtenidos en este estudio en relación con tres condiciones típicas de la realidad, como son la hipertensión arterial, la diabetes y el llamado síndrome metabólico.

⁷ COHRED...<http://cohred.org/cohred/Home.action>.

⁸ MINSAL: Objetivos Sanitarios para Chile 2000-2010, pág. 240, Ministerio de Salud, Santiago de Chile, 2002.

Hipertensión arterial

Habitualmente se decía que la hipertensión afectaba a cerca del 20% de la población adulta. Este estudio arrojó cifras en general más altas, especialmente entre las personas de niveles socioeconómicos más bajos y de mayor edad. Es interesante señalar que un 60% de las personas a las que se les detectó presión arterial alta sabía de su condición, y de ellos solo un 36% se encontraba en tratamiento con fármacos y solo un tercio estaba con presiones normales.

Diabetes

Definida como una enfermedad metabólica que se mide a través de la presencia de glicemia sobre 110 mg/dl, la condición se observó en un 0,1% en menores de 44 años, para subir a un 9,4% en los mayores de 45 años y menores de 65, y de 15,2% en los mayores de esa edad.

Las personas de estrato económico bajo tienen casi nueve veces más diabetes que los de grupos altos.

En resumen, las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo, predominantes en el período actual, están presentes en porcentajes sensiblemente mayores en aquellas personas de niveles socioeconómicos más bajos. Esto crea una situación frente a la cual las políticas de salud deben ser orientadas con criterios de equidad, precisamente para dar cuenta de estas diferencias y sí contribuir a la justicia y la superación de la pobreza.

Enfermedades y acceso a medicamentos: inequidades y efectividad

Uno de los instrumentos privilegiados para resolver problemas de salud son los medicamentos, en especial aquellos que tienen un efecto duradero

⁹ MINSAL Encuesta Nacional de Salud 2003, en www.minsal.cl.

y logran controlar de manera permanente algunas enfermedades. Sin embargo, de nuevo vemos que las enfermedades que afectan mayormente a los segmentos pobres de la población, reciben poco énfasis en el desarrollo de medicamentos que resuelvan esas patologías. Algunas de estas enfermedades como la tuberculosis y la malaria tienen poca atención de los grandes centros farmacéuticos. Otras enfermedades como el SIDA/VIH, si bien son compartidas con el primer mundo, desarrollan medicamentos de alto costo que generan problemas derivados del mismo. O sea, en otra vertiente de la situación, de haber medicamentos para las enfermedades de los pobres, estos son de precios muy elevados, eventualmente inalcanzables.

Los medicamentos para controlar el sida, antiretrovirales (ARV), como los inhibidores de transcriptasa, sus análogos y los inhibidores de proteasa, se han desarrollado en la década del 90 y se recomienda usarlos en triple asociación. Es decir, los tres en régimen diario y a permanencia. Estas terapias ARV tienen un efecto extraordinariamente efectivo para retardar las consecuencias de la infección, llegando a una virtual detención de ella y la consecuente sobrevida de los enfermos por décadas. Sin embargo, la primera y mayor objeción a la estrategia fue su complejidad operacional y su alto costo. Todo esto, sin exponer ni discutir todas las estrategias preventivas de la enfermedad.

El costo inicial de estos tratamientos rondaba los US\$15.000 por paciente por año, es decir, algo como 7,5 millones de pesos anuales, o \$ 625.000 mensuales. Los elevados precios de estos mecanismos respondían, de acuerdo con el discurso habitual de las firmas de investigación y desarrollo farmacéutico, con el elevado costo de innovación, ensayo y producción de estos medicamentos. La urgencia de usar estos medicamentos en la pandemia que afecta a los países más pobres del mundo abrió un debate y una serie de acciones que transitaron por las rutas más diversas. En primer lugar, los gobiernos africanos, en conjunto con organizaciones solidarias internacionales, clamaron en diversos foros contra la injusticia y la falta de solidaridad de los países poderosos y las transnacionales farmacéuticas. En algunos países como Brasil y la India, compañías privadas y públicas iniciaron la producción de ARV sin respeto a las patentes, sencillamente copiando estas fórmulas. Se trataba de

salvar vidas, argumentaban, y frente a ellos las consideraciones de carácter legal o de protección de derechos de invención no tenían valor moral ni jurídico.

En Brasil, la fundación Oswaldo Cruz, creada para la investigación en enfermedades tropicales, se estableció la capacidad para investigar y desarrollar medicamentos antisida, llegando a la producción masiva y a su distribución gratuita por parte del gobierno, que la financiaba. Se estima que esta estrategia del gobierno brasileño fue uno de los pilares de la caída de los precios de los medicamentos antirretrovirales.

Otro fue el papel de las compañías farmacéuticas de la India, país en el cual la ley de patentes de 1970 estableció libertad de producción para los medicamentos sin pago a los propietarios intelectuales, salvo en la parte de los procesos productivos. Esto permitió que algunas industrias como CIPLA llegaran a rebajar el costo de los medicamentos contra el sida desde los 12.000 dólares anuales hasta cifras cercanas a los 600 dólares anuales por paciente por año, es decir, veinte veces menos¹⁰.

Toda la evidencia acumulada de que se podía rebajar altamente los costos de las terapias ARV para enfermos y portadores del virus VIH , además de la presión mundial generada por la opinión pública encabezada por conocidos cantantes *rock* como Bono, movieron a los gobiernos del G8 y a la industria farmacéutica internacional a ofrecer su colaboración. Así se estableció el Fondo Global contra SIDA, Malaria y TBC por Naciones Unidas, el Programa PEPFAR del gobierno norteamericano, más otros menores, todos sumando más de 20.000 millones dólares para este esfuerzo¹¹.

Enfermedades crónicas y medicamentos: otra realidad

En el caso de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo, existen también medicamentos que pueden ser usados para mantener la estabilidad de las enfermedades, evitar las complicaciones y controlar sus factores de riesgo. Tal es el caso de los medicamentos antihipertensivos y de hipolipemiantes, de alto consumo en el mundo actual. Aquí, nuevamente se presenta el conflicto del alto costo de aquellas medicinas desarrolladas en la gran industria farmacéutica frente a la opción de aquellos medicamentos desarrollados como genéricos, es decir, moléculas no protegidas por patente y de costo mucho más bajo.

¹⁰Gerster R. *Successes of the Indian Pharmaceutical industry*. En www.twinside.org ¹¹Fondo Global contra SIDA, Malaria y Tbc. : <http://www.theglobalfund.org/en/>.

La combinación más frecuente de factores de riesgo, hipertensión e hipercolesterolemia, tienen un tratamiento medicamentoso posible que, junto a la dieta y el ejercicio, puede ser mantenida bajo control y así evitar las complicaciones cardiovasculares. Una sencilla cotización en farmacia para controlar precios de venta a público da los datos consignados en la siguiente tabla:

Valores en pesos de medicamentos para tratamiento de 30 días (junio 2006)

Medicamento	Producto de marca	Similar o Equivalente
Antihipertensivo	15.000	12.000
Hipolipemiantes	24.000	10.000
Valor mensual total	39.000	22.000

La diferencia es del orden de \$ 17.000 cada mes, y \$ 204.000 por año, equivalente a un 56%.

Otro simple cálculo, basado en las cifras de prevalencia de ambas condiciones de riesgo, presentes en cerca de un 30% de la población chilena mayor de 17 años, según la encuesta ENS de 2003, nos lleva a decir que los mayores de 20 años son cerca de 5 millones de personas. El 30% de ellos son 1,5 millones, y si asumimos que el 30% se puede beneficiar de un tratamiento medicamentoso, estos son 450.000 personas. Si tomamos la versión menos costosa (\$ 22.000 mensuales o US\$40), nos daría un valor anual de \$ 259.000 o US\$480 por persona. Si multiplicamos esa cifra por los 450.00 personas teóricamente necesitadas, nos arroja un gasto país total anual de 116.550 millones de pesos o US\$215 millones. Una cifra impresionante, si se compara con el presupuesto anual del sector salud público de 1.893.537 millones de pesos equivalente a US\$3.500 millones anuales en el año 2006.

Este elevado costo equivalente a más del 6% del gasto público en salud es muy difícil de financiar. Por ello, es poco viable hacer equidad en este caso por la vía de los medicamentos, controlando así los factores de riesgo.

Existen dudas, además, sobre la adherencia a estos tratamientos y su efectividad en el largo plazo, razón por la cual se les recomienda solo en casos seleccionados.

En Chile, por lo tanto, dejando los medicamentos solo como una estrategia complementaria, la principal herramienta frente a las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo son las de la promoción de la salud. Es decir, dieta, hábitos de vida saludable y ejercicio, por una parte. Por la otra, atacar todos los elementos ligados a la pobreza y los determinantes sociales de ella.

En esta línea de trabajo, lo razonable es facilitar las intervenciones para el mejor desarrollo infantil¹² y todas aquellas que surjan desde la intersectorialidad para la promoción de la salud y la corrección de las desigualdades en salud derivadas de la pobreza.

Conclusiones

Estas reflexiones sobre enfermedades ligadas a la pobreza y su solución con medicamentos adecuados nos ha permitido observar que en aquellas situaciones de extrema pobreza, con enfermedades infecciosas como SIDA, TBC, Malaria y enfermedades materno-infantiles, es posible y necesario recurrir a los medicamentos de eficacia comprobada. Único requisito en este caso es el disponer de sistemas de salud que hagan llegar los medicamentos, vacunas y

otros instrumentos médicos, con cobertura y oportunidad adecuadas. Esta es la situación en los países extremadamente pobres.

En situaciones de carácter medio o avanzado de salud, como el caso de Chile, los problemas y las soluciones son diversos. Por una parte, el patrón epidemiológico indica que la principal causa de muerte es el conjunto de enfermedades cardiovasculares. Siendo estas determinadas fuertemente por factores ligados a la pobreza, la principal estrategia es luchar contra la pobreza. Disminuir al máximo los factores determinantes, como la obesidad, el tabaquismo, el sedentarismo y otros estilos de vida poco saludables.

Sin embargo, es posible plantearse una política de subsidio público para el uso de medicamentos, ya que en un porcentaje de casos los adultos

¹² “Consejo Asesor Presidencial para la reforma de las políticas de infancia”, junio 2006.

portadores de factores de riesgo, como hipertensión o dislipidemias, pueden beneficiarse con algunos de ellos. Una estrategia de medicamentos requerirá, sin embargo, estudios muy precisos de la costo-efectividad de los medicamentos, la capacidad del sistema de salud para pagarlos y la certeza de que los pacientes adhieran consistentemente en el tiempo a estas terapias.

La equidad en la pobreza y en la salud requieren, sin duda, un enfrentamiento integral que va más allá de la medicina.