



EDITORIAL

Fragilidad de la mujer posmenopáusica pobre

Frailty in the poor post-menopausal woman

La pobreza constituye un enorme problema social y sanitario en nuestra sociedad occidental y está considerada como el principal factor de riesgo para la salud en el mundo^{1,2}, cuya prevalencia, lejos de disminuir, va en aumento³.

La pobreza se ha relacionado con determinados hábitos y estilos de vida perjudiciales para la salud, como el consumo de alcohol⁴, de tabaco⁵, el sedentarismo⁶ y las drogadicciones⁷, y por otra parte con muchas enfermedades como las infecciones⁸, la obesidad^{6,9} o la hipertensión arterial¹⁰.

También se ha descrito una posible asociación entre la población económicamente más desfavorecida y una mayor severidad del infarto agudo de miocardio (IAM) en el momento del ingreso en el hospital¹¹, una mayor morbilidad¹² así como una menor utilización de los recursos sanitarios, tanto en el acceso a los servicios de urgencia y las unidades coronarias como en la realización de angiografías y cateterismos coronarios¹³. Como último ejemplo (y con ello no se completa la relación de enfermedades relacionadas con la pobreza), se ha publicado recientemente que la pobreza en sí misma constituye un factor de riesgo tanto para la osteoporosis como para las fracturas osteoporóticas¹⁴.

La relación entre pobreza y salud es tan evidente¹⁻³ que los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la OMS sitúan a la salud en el corazón del desarrollo y representan una serie de compromisos contraídos por gobiernos del mundo entero para contribuir con más ahínco a reducir la pobreza y el hambre. La pobreza no es un problema exclusivo de los países del Tercer Mundo y constituye un grave problema en España.

El Instituto Nacional de Estadística (INE) realizó por primera vez en el año 2004 la encuesta de condiciones de vida (ECV). Los primeros datos se dieron a conocer en diciembre de 2005 y en los mismos se comprobó que el 20,9% de y el 18,6% de los hombres estaban por debajo del umbral de pobreza relativa. Esta tasa es mayor en el caso de los hogares formados por ancianos, familias monoparentales (en ambos casos destacan las mujeres) y familias numerosas y ha aumentado sobre todo entre las mujeres³. La tasa de

pobreza relativa es el porcentaje de personas que está por debajo del umbral de pobreza, medido éste como el 60% de la mediana de los ingresos por unidad de consumo de las personas. La mediana es el valor que, ordenando a todos los individuos de menor a mayor ingreso, deja a una mitad de los mismos por debajo de dicho valor y a la otra mitad por encima. Por tanto, por tratarse de una medida relativa, su valor depende de cómo se distribuya la renta entre la población.

En la actualidad, el problema de la pobreza, lejos de solucionarse, es previsible que aumente a corto plazo. La actual crisis económica que azota tanto a nuestro país como al resto del mundo ha producido un notable incremento en el desempleo y producirá inexorablemente un incremento de la población que caiga por debajo del umbral de la pobreza. Así, recientemente, el INE ha publicado una nota de prensa con los resultados provisionales de la ECV de 2009 en la que, además de mantenerse la proporción de hogares cuyos ingresos están por debajo del umbral de pobreza, constató el empeoramiento de otras muchas variables, como por ejemplo el porcentaje de hogares que no tenía capacidad para afrontar gastos imprevistos, que en 2009 experimentó un aumento de 5,8 puntos respecto al año anterior, alcanzando el 33,9%, su valor más elevado de los últimos 4 años¹⁵.

Es previsible que las mujeres ancianas tristemente lideren el incremento de la pobreza. De hecho, en tan solo 10 años, la proporción de mujeres de 65 y más años que se encuentran por debajo del umbral de pobreza ha aumentado del 19% en el año 2000 al 29,5% en el año 2009^{15,16}. No tenemos datos que lo confirmen, pero la situación económica en nuestros días nos hace temer que este proceso continuará empeorando y, con ello, las ancianas quedarán expuestas a un mayor riesgo de enfermedades, tal y como comentábamos al principio de este editorial. Se está exacerbando el fenómeno de la «feminización de la pobreza», descrito por la Unesco hace algún tiempo¹⁷.

Por todo ello, en un momento crítico como es el actual, donde los recursos deben racionalizarse más que nunca, es muy importante llamar la atención a las autoridades

sanitarias para que establezcan entre sus prioridades la atención a este colectivo, especialmente sensible y frágil.

Bibliografía

1. Benoch J, Amable M. Las clases sociales y la pobreza. *Gac Sanit*. 2004;18 Suppl 1:16–23.
2. Declaración de Canarias. *Gac Sanit*. 2006;20:80–1.
3. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) Año 2006. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np478.pdf>.
4. Khan S, Murray RP, Barnes GE. A structural equation model of the effect of poverty and unemployment on alcohol abuse. *Addict Behav*. 2002;27:405–23.
5. González Enríquez J, Villar Álvarez F, Banegas Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Martín Moreno JM. Tendencia de la mortalidad atribuible al tabaquismo en España, 1978-1992: 600.000 muertes en 15 años. *Med Clin (Barc)*. 1997;109:577–82.
6. Gutiérrez-Fisac JL, Royo-Bordonadab MA, Rodríguez-Artalejo F. Riesgos asociados a la dieta occidental y al sedentarismo: la epidemia de obesidad. *Gac Sanit*. 2006;20 Suppl 1:48–54.
7. Meara E. Welfare reform, employment, and drug and alcohol use among low-income women. *Harv Rev Psychiatry*. 2006;14:223–32.
8. Ordobás Gavín M, Fernández Rodríguez S, Cañellas Llabrés S, Rodríguez Artalejo F. Prevalencia de infección tuberculosa y su relación con la clase social en niños de la Comunidad de Madrid. *An Pediatr (Barc)*. 2006;64:34–9.
9. Olson CM, Bove CF, Miller EO. Growing up poor: long-term implications for eating patterns and body weight. *Appetite*. 2007;49:198–207.
10. Ostchega Y, Hughes JP, Wright JD, McDowell MA, Louis T. Are demographic characteristics, health care access and utilization, and comorbid conditions associated with hypertension among US adults? *Am J Hypertens*. 2008;21:159–65.
11. Latour-Pérez J, Gutiérrez-Vicén T, López-Camps V, Bonastre-Mora J, Giner-Boix JS, Rodríguez-Serra M, et al. Socioeconomic status and severity of illness on admission in acute myocardial infarction patients. *Soc Sci Med*. 1996;43:1025–9.
12. Monteagudo-Piqueras O, Sarría-Santamera A. Diferencias entre varones y mujeres respecto a la mortalidad hospitalaria y la utilización de procedimientos en el infarto agudo de miocardio. *Gac Sanit*. 2006;20:77–8.
13. Alter DA, Naylor CD, Austin P, Tu JV. Effects of socioeconomic status on access to invasive cardiac procedures and on mortality after acute myocardial infarction. *N Engl J Med*. 1999;341:1359–67.
14. Navarro MC, Sosa M, Saavedra P, Lainez P, Marrero M, Torres M, et al. Poverty is a risk factor for osteoporotic fractures. *Osteoporos Int*. 2009;20:393–8.
15. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de condiciones de vida. Año 2009. Resultados provisionales [consultado 15/09/2010]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np589.pdf>.
16. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de condiciones de vida. Evolución (2004-2009) de la tasa de riesgo de pobreza por edad y sexo [consultado 15/09/2010]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?type=pcaxis&path=/t25/p453/provi/10/&file=00001.px>.
17. Moghadam VM. The feminization of poverty and women's human rights. *Social and Human Sciences Papers in Women Studies*. Unesco [consultado 2/08/2010]. Disponible en: http://portal.unesco.org/shs/en/files/8282/11313736811_Feminization_of_Poverty.pdf /Feminization%2Bof%2BPoverty.pdf.

M.C. Navarro Rodríguez^a y M. Sosa Henríquez^{b,*}

^a Grupo de investigación en Educación para la Salud, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España

^b Grupo de investigación en Osteoporosis y Metabolismo Mineral, Unidad Metabólica Ósea, Hospital Universitario Insular, Las Palmas de Gran Canaria, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: msosa@ono.com (M. Sosa Henríquez).

4 de agosto de 2010 28 de octubre de 2010