

5. Oltmanns KM, Fehm HL, Peters A. Chronic fentanyl application induces adrenocortical insufficiency. *J Intern Med.* 2005;257:478–80.

Irene Gonzalvo Gómez*, Victoria Ortiz Bescós, Sandra Luz Miguel y Carlos Isanta Pomar

Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Miralbueno-Garrapinillos, Sector Zaragoza 3, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: igonzalvo03@gmail.com (I. Gonzalvo Gómez).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.021>
0212-6567/

© 2019 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Pobreza y autopercepción de salud: contraste entre pobreza multidimensional y pobreza por ingresos



Poverty and Self-perceived health: Contrast between multidimensional poverty and income poverty

Sr. Director:

Es ampliamente reconocido que pobreza y salud se encuentran estrechamente relacionados, siendo ambos conceptos complejos en interactuantes¹. En la mayoría de los países las personas en situación de pobreza tienden a presentar peores resultados en diferentes *outcomes* de salud, en comparación con el resto de la población².

Si bien esta problemática ha sido discutida en la literatura desde hace años, es importante considerar que muchos de los conceptos asociados a esta han ido cambiando a lo largo del tiempo, ya sean los cambios en la esperanza de vida y los patrones de enfermedad por el lado de la salud, o los nuevos patrones de consumo, composiciones de hogar y economías de mercado por el lado de la pobreza. Particularmente, hoy en día es aceptado que la pobreza es un fenómeno más complejo que la sola falta de ingresos^{1,3}, llevando a múltiples países a revisar sus estimaciones de pobreza³ y a considerar nuevas formas de medición y conceptualización como, pobreza multidimensional, subjetiva y relativa, por nombrar solo algunas. Es por tanto que se vuelve fundamental el analizar cómo estos cambios individuales han repercutido en la relación entre ambas.

Dicha inquietud ha sido recogida por algunos autores, afirmando que la fuerza de asociación entre pobreza y salud puede variar según como la pobreza sea medida^{2,4-6}, tomado fuerza en el último tiempo el análisis de la llamada pobreza multidimensional. Así autores como Oshio y Kan (2014), por ejemplo, han propuesto que una medida compuesta de pobreza es más útil para identificar a individuos con problemas de salud que una unidimensional².

Pese a que reducir la pobreza se asocia directamente con mejoras en la salud y en el desarrollo social. Y pese

a que reducir la pobreza a nivel mundial es una meta de desarrollo sostenible (ODS), aún se habla de estas como un concepto general, dejando de lado los tratamientos y las necesidades específicas de cada una. Esta insuficiencia se refuerza al ligarlo con temas de salud.

En Chile, en 2013 se insertaron 2 nuevas mediciones de pobreza, la pobreza multidimensional y la pobreza por ingresos «nueva metodología». La primera considera las privaciones en diferentes áreas (dimensiones) como *proxy* de satisfacción de necesidades básicas, mientras que la segunda considera a los ingresos por persona el equivalente del hogar como tal¹. En un análisis para Chile hemos encontrado diferencias significativas en los diferentes niveles de autopercepción de salud según como sea medida la pobreza, esto de manera cruda y estratificada por sexo y edad (tabla 1). En general aquellos en situación de pobreza multidimensional presentaron peores resultados de autopercepción de salud, en comparación con aquellos que se encontraban en situación de pobreza por ingresos, aunque esto puede variar por tramos de edad.

Ante estos antecedentes creemos que es necesario analizar la incorporación de diversas formas de medición de la pobreza en el mundo, considerando las características propias de cada medición de pobreza, y utilizando los métodos estadísticos apropiados según la naturaleza de las variables, así como la pertinencia social y cultural de cada forma de medir pobreza. Específicamente, en cuanto a la pobreza multidimensional, la Oxford Poverty & Human Development Initiative (OPHI) y la Red Multidimensional de Pobreza (MPPN) aun trabajan para que una medida integrada de pobreza multidimensional sea considerada explícitamente dentro los ODS. Desde nuestro análisis para el mundo, y en particular para Chile, nos parece una propuesta relevante para el sector salud, y para la monitorización de objetivos de desarrollo a nivel mundial, que requiere de mayor debate en el ambiente académico y público en cualquier país de la región.

Financiación

Proyecto Interfacultad Medicina Psicología 2016 Universidad del Desarrollo y proyecto Fondecyt N.º 11130042 Conicyt, Gobierno de Chile.

Tabla 1 Autopercepción de salud en personas en situación de pobreza, multidimensional y por ingresos según sexo y edad

	Pobres por ingresos (NM)			Pobres multidimensionales		
	Mala	Regular	Buena	Mala	Regular	Buena
Total						
Cantidad	77.876	837.604	1.543.012	132.168	1.233.854	2.108.271
Porcentaje	3,2	34,1	62,8	3,8 ^a	35,5 ^a	60,7 ^a
IC 95%	2,87-3,49	32,99-35,17	61,62-63,89	3,46-4,18	34,35-36,70	59,42-61,93
Sexo						
Varón, %	2,77	30,98	66,25	3,46 ^a	32,77 ^a	63,77 ^a
Mujer, %	3,49	36,61	59,90	4,13 ^a	38,12 ^a	57,75 ^a
Edad						
0-10, %	1,57	18,51	79,92	2,18 ^a	17,26 ^a	80,56 ^a
11-20, %	1,44	19,98	78,58	1,45	19,27 ^a	79,28 ^a
21-30, %	1,76	29,30	68,94	1,62 ^a	25,80 ^a	72,58 ^a
31-40, %	2,79	38,90	58,31	2,37 ^a	37,10 ^a	60,54 ^a
41-50, %	4,78	47,63	47,58	5,84 ^a	49,15 ^a	45,01 ^a
51-60, %	7,75	60,31	31,93	6,83 ^a	54,65 ^a	38,53 ^a
61-70, %	8,03	62,83	29,14	7,74 ^a	61,86 ^a	30,40 ^a
71-80, %	6,59	68,71	24,70	7,29 ^a	64,34 ^a	28,37 ^a
81 o más, %	7,93	75,38	16,69	13,43 ^a	61,26 ^a	25,31 ^a

NM: Nueva Metodología, según Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2013.

^a Las diferencias en autopercepción de salud entre pobres multidimensionales y pobres por ingresos son estadísticamente significativas con $\alpha = 0,05$.

Agradecimientos

A los participantes en la encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) en su versión 2013.

Bibliografía

1. Flaño J, Riosco A, Baranda B. Salud y Pobreza en Chile. En: Cabieses B, Bernaldes M, Obach A, Pedrero V, editores. Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile. Santiago, Chile: Grupos Específicos; 2016. p. 260–87.
2. Oshio T, Kan M. Multidimensional poverty and health: Evidence from a nationwide survey in Japan. *Int J Equity Health*. 2014;13:128.
3. Alkire S, Foster J, Seth S, Santos ME, Roche JM, Ballon P. Multidimensional poverty measurement and analysis. Oxford: Oxford University Press; 2015.
4. Manor O, Matthews S, Power C. Comparing measures of health inequality. *Soc Sci MedV* 45. 1997:761–71.
5. Mather T, Banks E, Joshy G, Bauman A, Phongsavan P, Korda RJ. Variation in health inequalities according to measures of socioeconomic status and age. *Aust N Z J Public Health*. 2014;38:436–40.

6. Saito M, Kondo K, Kondo N, Abe A, Ojima T, Suzuki K. Relative deprivation, poverty, and subjective health: JAGES cross-sectional study. *PLoS One*. 2014;9:e111169.

Marcela Oyarte Galvez^{a,b,*}, Báltica Cabiesses Valdés^{a,c} y Victor Pedrero Castillo^a

^a Programa de Estudios Sociales, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

^b Subdepartamento de Estudios, Departamento de Asuntos Científicos, Instituto de Salud Pública de Chile, Región Metropolitana, Chile

^c Department of Health Sciences, University of York, York, Reino Unido

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mdoyarte@uc.cl (M. Oyarte Galvez).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.07.013>
0212-6567/

© 2019 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Mitos y realidades en torno al tratamiento del dolor crónico no oncológico. ¿Son los ancianos diferentes?



Myths and realities around the treatment of chronic non-cancer pain. Are the elderly different?

Sr. Editor:

Como se expone en el artículo «Haciendo equilibrios entre los riesgos y beneficios del tratamiento farmacológico en demencia, dolor crónico y anticoagulación en personas mayores»¹ no hay estudios específicos de la efectividad de los tratamientos en dolor crónico no oncológico (DCNO) en ancianos. A falta de ellos lo más práctico sería asimilarlos a la población general, considerando sus particularidades. El objetivo terapéutico es mejorar la funcionalidad física,