

margen N° 120 – marzo de 2026

Impacto del factor socioeconómico en el proceso de salud, enfermedad, atención y cuidado de las personas con Artritis Reumatoidea: una actualización bibliográfica

Por Camila Calvo

Camila Calvo. Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA). Residente de tercer año del programa de Residencia de Terapia Ocupacional en el Instituto de Rehabilitación Psicofísica del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Introducción

La presente actualización bibliográfica surge a partir de la experiencia de rotación dentro del programa de residencias del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de septiembre de 2024 a marzo de 2025, por el dispositivo de consultorios externos de Terapia Ocupacional en el área de Reumatología del Instituto de Rehabilitación Psicofísica de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

A lo largo de la misma tuve la oportunidad de acompañar el proceso de salud de personas con diferentes enfermedades reumáticas, siendo la Artritis Reumatoidea (AR) la de mayor incidencia. En la mayoría de los casos, durante el transcurso de la atención sanitaria de cada persona se observaron barreras de índole socioeconómica.

Durante las entrevistas iniciales, al indagar sobre la historia personal y ocupacional de los pacientes, se identificaron problemáticas tales como: diagnósticos tardíos debido a la falta de acceso a los servicios de salud y dificultad para acceder a la medicación necesaria, al equipamiento prescrito y a las citas con especialistas. La asistencia a todas las terapias se veía obstaculizada por la falta de recursos para el transporte, así como la pérdida económica por faltar al trabajo. Se verificaron además dificultades para acceder al equipamiento ortésico y a los productos de apoyo necesarios para facilitar el desempeño de actividades.

Como Terapeuta Ocupacional considero menester tener una mirada integral al momento de intervenir y acompañar cada proceso de salud, atendiendo no sólo los aspectos físicos, psíquicos y emocionales propios de la persona sino también aquellos de índole socioeconómica que atraviesan al conjunto de la sociedad en la que se insertan los usuarios del servicio de salud y que inevitablemente repercuten en el desarrollo de la enfermedad.

A partir de esto surgió la necesidad de investigar la existencia de bibliografía latinoamericana que aborde la temática respecto a cómo se relacionan los factores socioeconómicos con el proceso de salud, enfermedad, atención, cuidado de las personas con Artritis Reumatoidea y qué recomendaciones proponen los autores en relación a la problemática planteada.

Objetivo

- Profundizar el conocimiento sobre las relaciones existentes entre los factores socioeconómicos con el proceso de salud, enfermedad, atención, cuidado de las personas con AR.
- Releva recomendaciones en relación a la problemática planteada.

Marco teórico

La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad reumática crónica de origen desconocido que se distingue por causar inflamación en múltiples articulaciones, tanto pequeñas como grandes, de manera simétrica; y en ocasiones, puede presentar un compromiso sistémico (de Reumatología, 2008). Su progresión puede limitar la capacidad de las personas para realizar las actividades de la vida diaria, incluyendo el trabajo (Secco et al., 2020).

Según el Grupo de Estudio de Artritis Reumatoidea (2008) y la información actualmente disponible, si bien la AR no se clasifica como una enfermedad "mortal," debe considerarse una condición seria que impacta profundamente tanto la calidad de vida como la existencia del individuo. Aunque los efectos "destructivos" de la enfermedad suelen manifestarse claramente para la persona aproximadamente cinco años después de su inicio, el proceso comienza de forma lenta y temprana. Este periodo inicial representa una valiosa oportunidad para intervenir y mejorar el pronóstico.

La AR no solo impacta en la esfera física, sino también en las dimensiones psíquicas, emocionales y sociales del individuo. La combinación de dificultades financieras y la carga de los tratamientos afecta profundamente la salud mental de las personas con AR. La bibliografía consultada coincide en señalar que, debido a su importante impacto en la calidad de vida, es esencial adoptar un enfoque interdisciplinario que no solo contemple los aspectos biológicos, físicos, psíquicos y emocionales de la persona, sino también aquellos relacionados con su situación socioeconómica.

Como señalan De La Guardia Gutiérrez & Ruvalcaba Ledezma (2020), la salud abarca aspectos subjetivos (bienestar físico, mental y social), objetivos (capacidad de funcionamiento) y aspectos sociales (adaptación y trabajo socialmente productivo). El reconocimiento de estos aspectos da cuenta de la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud.

En 1970 se introdujo el concepto de “determinantes de la salud”, el cual amplía el enfoque al incluir no sólo los factores sociales sino también los económicos, ambientales, biológicos, conductuales, laborales y culturales (Acevedo, Martínez y Utz, 2013). Villar Aguirre (2011) los define como el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que influyen directamente en el bienestar y la salud de los individuos o de las poblaciones en general y los divide en dos grandes grupos:

- Los que están bajo la responsabilidad multisectorial del estado, que incluyen factores económicos, sociales y políticos.
- Aquellos bajo la responsabilidad del sector salud, que abarcan la vigilancia y control en algunos casos, así como la promoción y acción directa en otros, todo en beneficio de la salud de la población: los relacionados con los estilos de vida; los llamados factores

ambientales; los factores relacionados con los aspectos genéticos y biológicos de la población; y por último, los relacionados con la atención sanitaria.

El presente trabajo se focalizará en los factores socioeconómicos, incluidos en los determinantes del primer grupo.

Metodología

A pesar de los esfuerzos por recabar artículos de origen latinoamericano, la disponibilidad de bibliografía fue limitada. En consecuencia, en esta revisión se incluyeron artículos provenientes de Latinoamérica, América del Norte y Europa. Se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos publicados a través de diversas bases de datos. Para ello se establecieron los siguientes DEC: “Enfermedades reumáticas”, “Factores socioeconómicos”, “Determinantes de la salud”, “Artritis Reumatoidea”, “Acceso a tratamiento reumatológico”, “Latinoamérica”.

Los buscadores utilizados fueron PubMed, Lilacs, Scielo y Google Académico. También se realizó una búsqueda en las revistas de Terapia Ocupacional de Argentina, Chile y Galicia y la Revista de Neurología de formación online. A su vez, las referencias incluidas en los artículos publicados encontrados a través de estas búsquedas sirvieron como fuente adicional para identificar otros ensayos clínicos.

Al momento de seleccionar la bibliografía a incluir, se realizó una primera selección a través de la lectura del título y resumen de cada artículo. Posteriormente se realizó una lectura profunda de los artículos seleccionados para realizar el fichaje correspondiente.

Para este rastreo del arte se establecieron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

1. Artículos publicados entre los años 2012 y 2024.
2. Artículos escritos o traducidos al español, inglés y/o portugués.
3. Artículos que aborden el impacto de los factores socioeconómicos en el proceso de salud de personas con AR

Criterios de exclusión:

1. Artículos con bajo nivel de confiabilidad metodológica.
2. Publicaciones que no sean investigaciones.

Una vez completado el fichaje, se identificaron ejes comunes en los textos en relación con los objetivos de la revisión actual. Se creó una tabla en Excel en la que se registró la información de cada artículo y se detallaron los objetivos, métodos y resultados obtenidos de los mismos.

Se recabaron un total de treinta publicaciones que fueron analizadas teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. Seis de los artículos no hacían

referencia a la influencia de los factores socioeconómicos; ocho, si bien mencionaban los factores socioeconómicos, no describían el impacto de éstos en el proceso de salud de las personas con AR; y cuatro tenían baja fiabilidad metodológica. Por lo expuesto anteriormente, los mismos fueron excluidos para el análisis, conformándose una muestra de 12 artículos.

Desarrollo

En lo referido al origen de los artículos incluidos, cinco corresponden a producciones latinoamericanas: dos de Brasil (Gomes & Peres, 2012, Gomes, *et al.*, 2018); uno de Colombia (Gómez-Ramírez & Gómez-Ramírez, 2017), uno de Chile (Alarcón *et al.*, 2015) y uno que incluía en su estudio a poblaciones de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, México, Panamá, Perú, Uruguay y Venezuela (Massardo *et al.*, 2012); cuatro a producciones europeas: Serbia (Lapčević *et al.*, 2017), Rumania (Codreanu, Popescu & Mogoşan, 2018), Países Bajos (Roodenrijs *et al.*, 2021), Reino Unido (Adas *et al.*, 2024) y tres a América del Norte (Molina *et al.*, 2015, Izadi *et al.*, 2021 y Margaretten *et al.*, 2011).

Ocho publicaciones corresponden a estudios poblacionales transversales (Gomes & Peres, 2012, Gomes, *et al.*, 2018, Lapčević *et al.*, 2017, Roodenrijs *et al.*, 2021, Adas *et al.*, 2024, Alarcón *et al.*, 2015, Molina *et al.*, 2015; dos son estudios de cohorte prospectivo (Massardo *et al.*, 2012, Gómez-Ramírez & Gómez-Ramírez, 2017) y uno es un estudio observacional de cohorte retrospectivo (Margaretten *et al.*, 2011).

Un texto fue descargado en español (Molina *et al.*, 2015), dos fueron descargados en portugués y traducidos al español (Gomes & Peres, 2012, Gomes, *et al.*, 2018) mientras que el resto fueron descargados en inglés y traducidos al español (Codreanu, Popescu & Mogoşan, 2018, Lapčević *et al.*, 2017, Roodenrijs *et al.*, 2021, Adas *et al.*, 2024, Gómez-Ramírez & Gómez-Ramírez, 2017, Izadi *et al.*, 2021, Margaretten *et al.*, 2011, Massardo *et al.*, 2012, Alarcón *et al.*, 2015).

Todos buscan analizar el impacto de los factores socioeconómicos en el desarrollo de la Artritis Reumatoidea.

A continuación se realizará un análisis comparativo de la bibliografía. En primer lugar se comparará la terminología “factores socioeconómicos” utilizada por cada autor. Luego se abordará la relación de los factores socioeconómicos con el proceso de salud, enfermedad, atención, cuidado de las personas con AR, en relación al acceso a la salud (medicamentos, atención médica y terapéutica) y al impacto en la salud integral. Por último, se expondrán las sugerencias de los autores en relación a la problemática planteada.

Factores socio-económicos: definiciones y mediciones

Adas *et al.* (2024), Margaretten *et al.* (2011) y Lapčević *et al.* (2017) no realizan una distinción clara entre las variables analizadas, lo que genera confusión respecto a qué consideran como variables “socioeconómicas” y “sociodemográficas”. En sus estudios agrupan aspectos como la edad, el sexo, el estado civil, el género, la etnia, la situación laboral y los ingresos, sin establecer categorías específicas.

Por el contrario, otros autores como Gomes y Peres (2012), Gomes *et al.* (2018), Roodenrijs *et*

al. (2021), Molina *et al.* (2015), Rodenrijs *et al.* (2021), Massardo *et al.* (2012) y Alarcón *et al.* (2015) definen las variables socioeconómicas de manera más precisa, incluyendo específicamente el ingreso familiar mensual y/o el nivel de educación.

Por su parte, Gómez-Ramírez y Gómez-Ramírez (2017) son los únicos que hacen referencia a variables socioeconómicas y demográficas. En las primeras incluyen el nivel educativo y la ocupación, mientras que en las segundas consideran la edad y el género. Además, incorporan como una variable independiente la “seguridad social”, que abarca aspectos como el tipo de acceso a la misma (régimen contributivo, subsidiado, etc.), las dificultades con las entidades promotoras de salud y factores específicos relacionados con el acceso al tratamiento de enfermedades.

A su vez, tres investigaciones latinoamericanas (Gómez-Ramírez & Gómez-Ramírez, 2017; Massardo *et al.*, 2012; Alarcón *et al.*, 2015) y una de América del Norte (Izadi *et al.*, 2021) utilizan mediciones específicas para determinar el nivel socioeconómico de las poblaciones estudiadas. Aunque cada estudio aborda diferentes contextos geográficos, todos coinciden en la importancia de variables como la ocupación, el nivel educativo, la principal fuente de ingresos, las características de la vivienda, la calidad del barrio y la posesión de bienes. Sin embargo, las diferencias radican en la manera en que se ponderan o combinan estos factores, lo que puede reflejar variaciones en la interpretación del nivel socioeconómico en cada región.

El estudio de origen rumano realizado por Codreanu, Popescu & Mogoşan (2018) también se refiere a factores socioeconómicos a nivel comunitario, pero en relación al número de reumatólogos por condado, número de médicos cada 1.000 habitantes por condado y PIB per cápita.

Como se puede observar, la mayoría de los autores coinciden en el nivel de educación como medición del nivel socioeconómico.

Es importante destacar que no todos realizan una evaluación individual de la situación económica y social. Las investigaciones realizadas por Codreanu, Popescu & Mogoşan (2018), Gómez-Ramírez & Gómez-Ramírez (2017), Izadi *et al.* (2021) y Massardo *et al.* (2012) evalúan el nivel socioeconómico de la comunidad en la que se inserta la persona que está siendo evaluada, lo que dificulta conocer con claridad la situación en la que se encuentra la persona, independientemente del lugar de residencia. Por su parte, Izadi *et al.* (2021) señala que aunque el estatus socioeconómico comunitario es un buen indicador del nivel socioeconómico individual, no es completamente exacto.

Factores socio-económicos, como determinantes de la salud y su influencia en el proceso de salud, enfermedad, atención, cuidado de las personas con Artritis Reumatoidea

Acceso a la salud

Tanto escritos de producción latinoamericana (Gomes & Peres, 2012, Gómez-Ramírez & Gómez-Ramírez, 2017, Massardo *et al.*, 2012) como aquellos de origen europeo o norteamericanos (Molina *et al.*, 2015, Codreanu, Popescu & Mogoşan, 2018, Lapčević *et al.*, 2017) coinciden que un nivel socioeconómico bajo y una consecuente falta de acceso al sistema de salud constituyen importantes factores de riesgo para un mal pronóstico de AR.

Molina *et al.* (2015) analizan la asociación del nivel socioeconómico con los retrasos en el tratamiento de personas estadounidenses y señalan que aquellas con un nivel socioeconómico más bajo experimentaron demoras significativamente mayores entre el

inicio de los síntomas y el diagnóstico de AR, entre el diagnóstico de AR y el inicio del tratamiento con fármacos y entre el diagnóstico de AR y la primera consulta con un reumatólogo, en comparación con estratos sociales media y alta. Esto se condice con lo detectado en la clínica, donde los servicios de atención pública no cuentan con el personal suficiente para responder a la gran demanda, generando largas listas de espera. Además, la mayoría de las personas que acuden a estos servicios no cuentan con cobertura médica, por lo que enfrentan mayores dificultades para acceder a los fármacos necesarios, requiriendo la ayuda del Estado para obtenerlos.

Gomes y Peres (2012) investigaron la desigualdades socioeconómicas y demográficas como factores de riesgo de Artritis Autoinformada (reportada por los propios pacientes) en Brasil y encontraron que su prevalencia se relaciona con el acceso y la utilización de los servicios de salud: aquellos con mejor acceso a la atención médica tienen más probabilidades de recibir un diagnóstico precoz.

El estudio de origen rumano de Codreanu, Popescu & Mogoșan (2018) indica que la falta de profesionales especializados en reumatología crea barreras significativas para el acceso a la terapia farmacológica, además de largos tiempos de espera para las consultas médicas y dificultades para viajar debido a las grandes distancias hasta los centros clínicos de reumatología, que por lo general se encuentran centralizados en los centros urbanos. Según su investigación, las zonas rurales no brindan oportunidades terapéuticas equitativas para las personas con AR en comparación con otras áreas del país estudiado. Aquellas que residen en áreas urbanas y en condados o regiones con altos estándares de vida tienen más probabilidades de recibir tratamiento farmacológico a nivel local que quienes viven en áreas rurales o más desfavorecidas.

Massardo *et al.* (2012) indican que en América Latina la atención médica para enfermedades crónicas autoinmunes, como la AR, compite con un presupuesto destinado a combatir la pobreza, la falta de educación y otras prioridades de salud. Esto podría explicar por qué solo el 56% de los individuos que participaron de su estudio tienen acceso a una cobertura médica completa.

Por su parte, Gómez-Ramírez & Gómez-Ramírez (2017) revelaron en su estudio que el 55% de los participantes refirieron tener algún tipo de dificultad para el acceso a los servicios de salud en Colombia. Mencionan como principales barreras los trámites excesivos para la atención especializada, como así también los largos tiempos de espera para la cita con el especialista.

Por otro lado, Gomes, *et al.* (2018) y Lapčević *et al.* (2017) son los únicos que destacan el nivel de estudios como factor directo para acceder a un diagnóstico precoz. Ambos señalan que aquellos individuos con menor cantidad de años de estudio recibieron un diagnóstico más tardío en su investigación. Lapčević *et al.* (2017) refiere que esto podría estar relacionado con un menor nivel de escolaridad e ingresos, lo que conduce a un mayor uso del sistema público de salud y, en consecuencia, a tiempos de espera más largos para consultar con un especialista.

Impacto en la salud integral

Luego del análisis de los escritos se puede identificar que las producciones latinoamericanas hacen mayor referencia al impacto físico, mientras que las producciones

de América del Norte y Europa se centran principalmente en el impacto sobre la salud mental, o bien en ambos aspectos.

Esta diferencia podría explicarse por el nivel de desarrollo socioeconómico entre las distintas regiones. En muchos países de América Latina, el acceso a servicios de salud es limitado y la atención médica tiende a enfocarse en el abordaje de las necesidades físicas inmediatas y evidentes. La prevalencia de condiciones socioeconómicas desfavorables, como el desempleo, hace que los problemas físicos sean más urgentes y visibles para la población. Además, como se evidencia en la práctica clínica, las limitaciones económicas pueden restringir el acceso a tratamientos de salud mental, ya que en muchos casos, las personas deben elegir entre un tratamiento u otro.

En contraste, en Europa y América del Norte los sistemas de salud suelen contar con más recursos y acceso a una amplia gama de servicios, incluyendo apoyo psicológico y psiquiátrico. Esto facilita una atención integral que abarca tanto la salud física como la mental.

Lapčević et al. (2017) investigaron en Serbia cómo los factores socioeconómicos y terapéuticos tienen directa incidencia en la fatiga, ansiedad y depresión en personas con AR. Identificaron que la alta fatiga está principalmente relacionada con la necesidad de ayuda y cuidado por parte de otras personas. En cuanto a la ansiedad, los jubilados y amas de casa son los grupos con mayores niveles, destacando que las amas de casa con AR leve experimentan más ansiedad, incluso cuando reciben apoyo de sus cónyuges. Este fenómeno parece vincularse al tiempo que pasan en casa y a una relación inversa entre la gravedad de la AR y el apoyo recibido. En términos de depresión, los autores señalan que ser jubilado o desempleado, así como los altos gastos en rehabilitación (como el uso de taxis y fisioterapeutas), son predictores importantes.

Por otro lado, la investigación de Adas *et al.* (2024), realizada en la población británica junto con estudios previos como los de Izadi et al. (2021) en la comunidad estadounidense, refuerzan la idea de que la depresión en pacientes con AR está fuertemente influenciada por el nivel socioeconómico. Factores como el aislamiento social, la discapacidad, las condiciones de vida inadecuadas y el ausentismo laboral son determinantes clave, especialmente en contextos de bajos ingresos familiares y alta pobreza.

Además, Margaretten et al. (2011) encontraron que la depresión aumenta a medida que progresa el deterioro funcional y que los individuos estadounidenses con bajo nivel socioeconómico tienen mayor probabilidad de desarrollar depresión, incluso cuando su discapacidad no sea más grave.

Molina et al. (2015) también señalan que en Norteamérica, las personas de bajos recursos, con poca educación e ingresos limitados experimentan retrasos en el tratamiento y en la consulta con especialistas, lo que empeora sus resultados clínicos.

En concordancia, dentro de las producciones latinoamericanas incluidas en esta actualización, Alarcón et al. (2015) señalan que, según los resultados de su estudio con población chilena, las personas con nivel socioeconómico bajo tienen casi cuatro veces más probabilidades de sufrir discapacidad que aquellas con estatus socioeconómico más alto. Massardo et al. (2012) sostienen que las disparidades en el acceso a la atención médica en Latinoamérica podrían explicar por qué las personas de nivel socioeconómico bajo o medio-bajo presentaban una enfermedad más activa según el DAS28 y peores puntuaciones en el

HAQ al inicio del estudio. Especulan que las personas en peor condición física podrían trabajar en empleos manuales e informales y depender de su salud física para ganarse la vida. Esto implica que el impacto de una Artritis Reumatoidea más activa sea más grave para este grupo menos favorecido.

Recomendaciones a la problemática planteada

Luego de haber analizado los textos, se puede observar una clara diferencia entre las propuestas de los autores latinoamericanos y las sugeridas por aquellos provenientes de América del Norte y Europa. Mientras que los primeros (Gomes & Peres, 2012; Gomes et al., 2018; Gómez-Ramírez & Gómez-Ramírez, 2017; Massardo et al., 2012; y Alarcón et al., 2015) alertan sobre la necesidad de ampliar el sistema de salud para que la atención sanitaria llegue a más poblaciones —señalando la falta de acceso como una de las principales barreras identificadas—, los segundos (Lapčević et al., 2017; Roodenrijs et al., 2021; Adas et al., 2024; Molina et al., 2015; Izadi et al., 2021; y Margaretten et al., 2011) proponen acciones centradas principalmente en el ámbito de la consulta médica, como considerar en la práctica diaria los factores que contribuyen al estado de la enfermedad de la persona con AR, con el fin de adaptar aún más las estrategias terapéuticas a cada individuo.

Lo anterior se relaciona con la definición que Villar Aguirre (2011) propone sobre los determinantes de la salud, en la que plantea una división entre los que están bajo la responsabilidad multisectorial del Estado (económicos, sociales y políticos) y aquellos bajo la responsabilidad del sector salud (vigilancia y control, promoción y acción directa). De ese modo podríamos asociar las sugerencias planteadas en los artículos latinoamericanos con el aumento de la responsabilidad del Estado y a los artículos provenientes de América del Norte y Europa con la responsabilidad propia de los equipos de salud.

En relación con lo expuesto anteriormente, Gomes & Peres (2012), Gómez-Ramírez & Gómez-Ramírez (2017) y Massardo *et al.*, (2012) destacan la importancia de ampliar los alcances del sistema de salud a toda la población. Gomes & Peres (2012) sugiere implementar políticas públicas que incrementen el acceso a los servicios de salud en la atención primaria de Brasil, permitiendo un diagnóstico temprano y, cuando sea necesario, en la atención secundaria con un especialista. También enfatizan la necesidad de estrategias integradas y sostenibles para prevenir y controlar estas enfermedades, basadas en factores de riesgo modificables como la educación y la obesidad.

Por otro lado, Gómez-Ramírez & Gómez-Ramírez (2017) ponen énfasis en la necesidad de un cambio en el modelo de atención del sistema de salud colombiano. Proponen dar prioridad al tratamiento especializado sin distinciones por capacidad de pago o nivel socioeconómico. De este modo, un mayor número de personas podría beneficiarse de la eficacia farmacológica, la prevención de complicaciones y las medidas que contrarrestan el daño articular que ocurre cuando no se cuenta con un esquema de seguimiento y atención estructurado.

Massardo *et al.* (2012) mencionan como posible abordaje la creación de clínicas de artritis temprana en todo Latinoamérica con acceso a medicamentos, a fin de que “una terapia temprana agresiva resulte en una mejor atención al paciente y una mejora en los costos y beneficios para la sociedad” (p. 8).

Por otro lado, Gomes & Peres, (2012), Gomes, *et al.* (2018), Lapčević *et al.* (2017), Molina *et al.* (2015), Izadi *et al.* (2021) y Alarcón *et al.* (2015) coinciden en la importancia de continuar investigando la temática, para comprender mejor las interacciones entre el nivel socioeconómico y

los resultados de la enfermedad en la AR, con el fin de agilizar el acceso a la atención, reforzando la importancia del diagnóstico precoz. Lapčević *et al.* (2017) proponen a su vez incluir en futuras investigaciones la evaluación de los impactos psicosociales, socioeconómicos y de la terapia, junto con la actividad de la Artritis Reumatoidea y la inflamación en la aparición de niveles elevados de depresión, fatiga y ansiedad.

Así mismo, Gomes, *et al.* (2018), Roodenrijs *et al.* (2021), Adas *et al.* (2024) y Margaretten *et al.* (2011) sugieren que identificar en la práctica diaria factores socioeconómicos adversos que podrían retrasar el diagnóstico precoz de la AR o impactar negativamente en la salud física y mental de los pacientes podría promover la adopción de intervenciones según las características y necesidades individuales y aumentar las posibilidades de mejores resultados para la persona.

En relación, Margaretten *et al.* (2011) subrayan la importancia de reconocer la diversidad de efectos psicológicos en los pacientes con AR. Afirman que, al identificar que una población vulnerable tiene un mayor riesgo de depresión, se puede enfocar el tratamiento para incluir la prevención de las limitaciones funcionales y la depresión en estos pacientes susceptibles. Señalan que “Un programa de tratamiento que incluya apoyo psicológico dirigido a pacientes con bajo nivel socioeconómico puede mejorar las desigualdades en materia de salud en esta población vulnerable” (p.6)

El artículo de Codreanu, Popescu & Mogoșan (2018) es el único que no propone nada al respecto.

Discusión

Tal como se desarrolló a lo largo de este trabajo, los factores socioeconómicos tienen un impacto considerable en el proceso de salud, enfermedad, atención y cuidado de las personas con Artritis Reumatoidea. Los diferentes estudios reflejan la relación que hay entre factores socioeconómicos (como el nivel de educación, los ingresos mensuales o el acceso a los servicios de salud y medicamentos) y el proceso de salud de las personas.

Los autores coinciden en que un nivel socioeconómico bajo, relacionado principalmente a un menor nivel educativo y bajos ingresos, constituye un factor de riesgo importante para la AR, debido a la limitada accesibilidad a diagnósticos tempranos y tratamientos adecuados. La escasez de profesionales especializados y la centralización de servicios en áreas urbanas exacerban las disparidades, dificultando la atención necesaria para personas en contextos rurales o desfavorecidos.

A su vez, se destaca que no solo el nivel socioeconómico de la comunidad sino también las características sociodemográficas individuales (edad, género, estado civil), afectan el acceso a servicios de salud.

Aunque el propósito del presente escrito era explorar la literatura latinoamericana sobre el tema y conocer sugerencias para la problemática planteada, la escasez de tales estudios hizo que fuera necesario incluir investigaciones de América del Norte y Europa.

Si bien la terminología utilizada por los autores para referirse a los factores socioeconómicos no varía mucho entre uno y otro, sí se pueden observar diferencias en relación a las recomendaciones planteadas para abordar el problema entre los escritos latinoamericanos y el resto.

¿De qué manera el contexto social y económico de estas regiones influye en dichas

recomendaciones?

Como se mencionó anteriormente -y retomando el concepto de determinantes de la salud propuesto por Villar Aguirre (2011)- en los estudios analizados hemos identificado que los autores latinoamericanos destacan la necesidad de ampliar el sistema de salud para garantizar el acceso a más poblaciones, enfocándose en la falta de acceso como una barrera principal. En contraste, los autores de América del Norte y Europa sugieren acciones centradas en la consulta médica, considerando factores individuales de las personas para adaptar las estrategias terapéuticas.

Esta diferencia se encuentra en estrecha relación con el nivel de desarrollo de las diferentes regiones del mundo. Como señala la Organización Mundial de la Salud (2021), la distribución desigual resulta en significativas diferencias en salud entre los países desarrollados y los que están en vías de desarrollo. No es novedoso que los países de regiones más desfavorecidas o en desarrollo experimentan impactos más significativos en los procesos de salud de la población, en comparación con las regiones de economías más desarrolladas.

En Latinoamérica, los servicios de salud pública son cada vez más escasos, a la vez que hay cada vez más poblaciones en situación de vulnerabilidad social. Según el informe de la OMS (2021), más de 4.500 millones de personas en el mundo, es decir, más de la mitad de la población global, carecen de acceso a servicios de salud básicos. Además, 2.000 millones de personas enfrentan serios desafíos financieros debido a que deben cubrir una parte significativa de los costos de salud de su propio bolsillo. En América Latina y el Caribe, en 2021 se destinó un 4,5% del producto interior bruto (PIB) cuando se proyectaba por lo menos un 6,0%.

De acuerdo al informe conjunto de octubre de 2024 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), las contribuciones directas, es decir los pagos provenientes de los bolsillos de propios usuarios, representaron el 28%. En 14 países, estos pagos superaron el 30% de la inversión nacional en salud. Cuba tuvo la mayor cobertura pública y el menor gasto de bolsillo (8,4%), mientras que en Guatemala, los hogares asumieron más del 60% de los gastos en salud. En Argentina y Brasil, más del 22% de los recursos familiares se destinaron a la salud. La OPS y la CEPAL afirman que estas cifras “resultan preocupantes ya que los gastos de bolsillo reproducen las desigualdades en acceso y calidad de la atención y pueden traducirse en gastos catastróficos o empobrecedores” (OPS y CEPAL, 2024).

Por su parte, la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) en Argentina sostiene que la crisis del sistema sanitario público se ha intensificado en 2024. Atribuyen esta situación a las "doctrinas neoliberales" que han reducido el sistema público a través de recortes y privatizaciones, beneficiando al sector privado (FADSP, 2024).

Dado que los factores sociales, económicos y políticos actúan como determinantes de la salud —muchos de los cuales están vinculados a la responsabilidad de los organismos públicos (Villar Aguirre, 2011)—, ¿qué podemos hacer como profesionales de la salud considerando que la problemática requiere soluciones profundas que van más allá del alcance de la atención en el consultorio?

En primer lugar, considero importante identificar desde qué modelo nos posicionamos como agentes de salud para acompañar los diferentes procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado. Como se expuso en apartados anteriores, las enfermedades reumáticas impactan al individuo en las áreas física, cognitiva, emocional y conductual desde el diagnóstico, causando problemas de diversa índole que afectan el desempeño en actividades diarias, como el cuidado personal y el

trabajo, lo que altera tanto la independencia económica como los roles sociales de la persona. Por lo tanto, como señala Mateos (2019), pararnos desde un enfoque biopsicosocial permite entender que la modificación en una dimensión puede producir alteraciones en las demás.

Es fundamental adoptar una perspectiva de derechos, comunitaria e integral en nuestra práctica. Solo de este modo será posible introducir pequeños cambios en la atención clínica diaria, con el propósito de brindar intervenciones lo más completas posible y adecuadas al contexto particular de cada persona. Es menester reflexionar sobre el contexto político, económico y social actual, cómo impacta en el entorno en el que nos desenvolvemos y en el proceso de salud de las personas que acuden al consultorio / servicio de salud. En relación a lo último, es factible preguntarse:

¿Cuáles son las expectativas y demandas actuales de y hacia las personas respecto a su tratamiento y cómo pueden enfrentar dichas expectativas con las herramientas económicas, educativas, sociales y vinculares disponibles? Además, ¿se tiene en cuenta la situación socioeconómica, psíquica-emocional, sus creencias, valores y cultura al planificar las intervenciones?

Dado que las personas con AR enfrentan procesos de salud prolongados, en los cuales las características de la enfermedad evolucionan junto con el contexto social y económico en el que se encuentran, considero fundamental —desde mi visión como Terapista Ocupacional en particular y como profesional de la salud en general— abordar la autogestión y el cuidado de la salud, así como los factores que pueden interferir en estos aspectos. Estos temas deben ser considerados como un área transversal a abordar en todo tratamiento. Resulta primordial fomentar la capacidad de las personas para gestionar su propia salud, proporcionando herramientas y recursos que les permitan enfrentar los cambios en su condición y en su entorno de manera efectiva; esto incluye la educación sobre la enfermedad, el desarrollo de habilidades de autocuidado y la promoción de hábitos de vida saludables.

Además, debemos trabajar en colaboración con las personas para identificar sus necesidades individuales y ofrecer apoyo emocional y social que les ayude a sobrellevar los desafíos que plantea la enfermedad. La creación de redes de apoyo entre usuarios, familiares y profesionales de salud puede ser una estrategia clave para compartir experiencias, conocimientos y proporcionar un soporte mutuo.

Asimismo, al planificar nuestras intervenciones es importante que tengamos en cuenta factores como el acceso a recursos económicos, educativos y sociales. Brindar información sobre diversos organismos que les permitan acceder a dichos recursos según sus necesidades, involucrar a la comunidad en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y fomentar que tanto profesionales como usuarios del sistema de salud se informen sobre el contexto político y social y participen en la defensa de políticas de salud que promuevan el acceso equitativo a servicios de calidad para todos los ciudadanos, son acciones importantes que se podrían llevar a cabo en pos de hacer frente a la problemática.

Las movilizaciones y acciones colectivas de profesionales de la salud, usuarios, familias y población en general, ante las acciones gubernamentales que vulneran los derechos humanos, hacen visible la problemática y el reclamo y subrayan la necesidad de una defensa activa de la salud pública. La participación ciudadana y el compromiso político son esenciales para asegurar la mejora y sostenibilidad del sistema de salud pública.

Como señala la OMS (2014, p.1), la salud pública es considerada un derecho humano

fundamental. Su constitución establece que "el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social".

Conclusión

Por todo lo expuesto hasta aquí, ha quedado demostrado el gran impacto que tienen los factores socioeconómicos —determinantes sociales de la salud— en los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado de las personas con Artritis Reumatoidea. Esto guarda estrecha relación con lo referido por la mayoría de los estudios analizados.

Si bien el objetivo inicial del presente escrito era revisar la literatura latinoamericana sobre el tema y obtener sugerencias para la problemática planteada, la falta de estudios en dicha región obligó a incorporar investigaciones de América del Norte y Europa. Considero relevante invitar a ahondar sobre la temática y promover investigaciones que aborden el contexto latinoamericano.

Debido a que varios de los artículos seleccionados estaban en inglés o portugués, reconozco como una limitación de este trabajo mi dificultad para comprender algunos términos y conceptos, lo cual podría haber afectado la transmisión de esa información en el escrito.

Como se describió previamente, las diferencias entre las producciones de América Latina y las de Europa y América del Norte —en cuanto a la terminología utilizada para referirse a los factores socioeconómicos, el enfoque de sus investigaciones (ya sea en el impacto en la salud física, mental o ambas) y las recomendaciones planteadas por los autores para abordar la problemática— responden al nivel de desarrollo socioeconómico de cada región.

Dado que las personas con Artritis Reumatoidea atraviesan procesos de salud prolongados, en los que las características de la enfermedad cambian junto con el entorno social y económico, considero esencial reflexionar sobre el contexto político, económico y social actual y cómo éste impacta en el ámbito en el que nos desenvolvemos y en el proceso de salud de las personas que acuden a nuestros consultorios o servicios de salud.

Resulta necesario concientizar tanto a los usuarios como a los profesionales de la salud sobre la importancia de asumir un rol activo en la mejora de las condiciones de los servicios de salud pública en el contexto socioeconómico actual.

Como se mencionó anteriormente, es imprescindible exigir a los organismos gubernamentales que asuman su responsabilidad y garanticen el acceso a servicios de salud integral para toda la comunidad y promover una actitud activa por parte de los usuarios y profesionales del sistema de salud con el fin de abogar por mejoras en los servicios de salud pública. Esto implica luchar por mejores condiciones y asegurar que se cumplan los derechos de acceso a una atención sanitaria completa y de calidad, disminuyendo así el impacto que guardan los factores socioeconómicos en el proceso de salud, enfermedad, atención y cuidado de las personas con Artritis Reumatoidea.

Referencias bibliográficas

- Acevedo, G., Martínez, D. & Utz, A. M. L. (2013). *Manual de Medicina Preventiva y Social I*. Cátedra de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

- Adas, M., Dey, M., Norton, S., Lempp, H., Buch, M. H., Cope, A., Galloway, J. & Nikiphorou, E. (2024). What role do socioeconomic and clinical factors play in disease activity states in rheumatoid arthritis? Data from a large UK early inflammatory arthritis audit. *BMJ Journals*, 10(3). <https://rmdopen.bmj.com/content/10/3/e004180>
- Alarcón, A. M., Muñoz, S., Kaufman, J. S., Martínez, C., Riedemann, P. & Kaliski, S. (2015). Contribution of ethnic group and socioeconomic status to degree of disability in rheumatoid arthritis in Chilean patients. *Rheumatolog International*, 35, 685-689. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25178741/>
- Codreanu, C., Popescu, C. C. & Mogoșan, C. (2018). Area of residence and socioeconomic factors reduce access to biologics for rheumatoid arthritis patients in Romania. *BioMed Research International*, 2018(1), 7458361. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29854787/>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2024). *La urgencia de invertir en los sistemas de salud en América Latina y el Caribe para reducir la desigualdad y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Informe Especial)*. CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/80763-la-urgencia-invertir-sistemas-salud-america-latina-caribe-reducir-la-desigualdad>
- De La Guardia Gutiérrez M.A, Ruvalcaba Ledezma, J.C. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*. 5(1):81-90. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2529-850X2020000100081&script=sci_arttext
- Grupo de Estudio de Artritis Reumatoidea (2008). Actualización de las guías de práctica clínica en el tratamiento de la artritis reumatoidea. Sociedad Argentina de Reumatología. *Rev. Argent. Reumatol.*, 5-9. https://www.reumatologia.org.ar/recursos/guias_sar_2008.pdf
- Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP). (2024). Balance Sanitario del Año 2024. <https://fadsp.es/wp-content/uploads/2025/01/BALANCE-FADSP-2024.pdf>
- Gomes, R. K. S., Linhares, A. C. D., & Lersch, L. S. (2018). Prevalence and factors associated with diagnosis of early rheumatoid arthritis in the south of Brazil. *Impacto del factor socioeconómico en el proceso de salud, enfermedad, atención y cuidado de las personas con AR. Brazil. Advances in Rheumatology*, 58, 35. <https://link.springer.com/article/10.1186/s42358-018-0034-8>
- Gomes, R. S., & Peres, K. G. (2012). Desigualdades socioeconômicas e demográficas como fatores de riesgo para a artrite autorreferida: estudo de base populacional em adultos no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 28, 1506-1516. <https://www.scielo.org/pdf/csp/2012.v28n8/1506-1516/pt>
- Gómez-Ramírez, O. J., & Gómez-Ramírez, A. P. (2017). Calidad de vida, nivel de salud percibido y factores sociodemográficos en personas con artritis reumatoide. *Aquichan*, 17(2), 150-161. DOI: 10.5294/aqui.2017.17.2.4. https://www.researchgate.net/publication/317553181_Calidad_de_vida_nivel_de_salud_percibido_y_factores_sociodemograficos_en_personas_con_artritis_reumatoide

- Izadi, Z., Li, J., Evans, M., Hammam, N., Katz, P., Ogdie, A.,... & Schmajuk, G. (2021). Socioeconomic disparities in functional status in a national sample of patients with rheumatoid arthritis. *JAMA Network Open*, 4(8), e2119400-e2119400. <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2782666>
- Lapčević, M., Vuković, M., Gvozdenović, B. S., Mioljević, V., & Marjanović, S. (2017). Socioeconomic and therapy factor influence on self-reported fatigue, anxiety and depression in rheumatoid arthritis patients. *Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition)*, 57(6), 545-556. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255502117300135>
- Margaretten, M., Barton, J., Julian, L., Katz, P., Trupin, L., Tonner, C.,... & Yelin, E. (2011). Socioeconomic determinants of disability and depression in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research*, 63(2), 240-246. <https://acrjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/acr.20345>
- Massardo, L., Pons-Estel, B. A., Wojdyla, D., Cardiel, M. H., Galarza-Maldonado, C. M., Sacnun, M. P.,... & Furst, D. E. (2012). Early rheumatoid arthritis in Latin America: low socioeconomic status related to high disease activity at baseline. *Arthritis Care & Research*, 64(8), 1135-1143. <https://acrjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/acr.21680>
- Mateos, L. (2019). Psychosocial aspects of rheumatic and musculoskeletal diseases. *Reumatología Clínica*, 16(1), 1-2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30846261/>
- Molina, E., Del Rincon, I., Restrepo, J. F., Battafarano, D. F., & Escalante, A. (2015). Association of socioeconomic status with treatment delays, disease activity, joint damage, and disability in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research*, 67(7), 940-946. <https://acrjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/acr.22542>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
- (OMS) (2021). *Determinantes sociales de la salud: informe del Director General*. Consejo Ejecutivo, EB148/24. <https://iris.who.int/handle/10665/359799>
- Roodenrys, N. M., van der Goes, M. C., Welsing, P. M., Tekstra, J., Laféber, F. P., Jacobs, J. W. & van Laar, J. M. (2021). Difficult-to-treat rheumatoid arthritis: contributing factors and burden of disease. *Rheumatology*, 60(8), p. 3778-3788. <https://academic.oup.com/rheumatology/article/60/8/3778/6040764>
- Secco, A., Alfie, V., Espinola, N. & Bardach, A. (2020). Epidemiología, uso de recursos y costos de la artritis reumatoidea en Argentina. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37, 532-540. <https://www.scielo.org/article/rpmpesp/2020.v37n3/532-540/>
- Villar Aguirre, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Médica Peruana*, 28(4), 237-241. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172011000400011&script=sci_arttext&tlng=en