

ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES: EL DESAFÍO DEL SIGLO XXI

Adriana Moiso

1- Las enfermedades crónicas son el desafío del Siglo XXI

Las enfermedades crónicas (EC) son problemas de salud que requieren manejo durante años o decenios. Estas comparten cuestiones fundamentales [Cuadro 1.a].

Características de las Enfermedades Crónicas

- Son persistentes y requieren a través del tiempo algún nivel de manejo de atención de salud.
- Aumentan continuamente en todo el mundo, y ningún país es inmune a su repercusión.
- Desafían seriamente la eficacia y competencia de los sistemas de atención de salud actuales y prueban nuestra capacidad para organizar sistemas que satisfagan demandas inminentes.
- Engendran consecuencias económicas y sociales cada vez más graves en todo el mundo y amenazan los recursos de atención de salud de los distintos países.
- Pueden reducirse, pero sólo cuando los líderes de los gobiernos aceptan y aprueban los cambios y las innovaciones en la atención de salud.

Cuadro 1.a

El término “enfermedades crónicas” abarca las “enfermedades no transmisibles” tradicionales (vg. cardiopatía, diabetes, cáncer y asma), extendiéndose más allá de ellas, e incluye varias enfermedades transmisibles (VIH/SIDA).

Las exigencias que estas enfermedades generan en los pacientes, las familias y en el sistema de atención de salud son similares. Las estrategias de asistencia son equivalentes y eficaces para todas las enfermedades crónicas, haciéndolas parecer mucho más similares que diferentes. Las enfermedades crónicas, por consiguiente, incluyen:

- enfermedades no transmisibles.
- enfermedades transmisibles persistentes.
- trastornos mentales a largo plazo.
- deficiencias físicas o estructurales.

Las enfermedades crónicas no transmisibles se caracterizan típicamente por:

- ausencia de microorganismo causal.
- factores de riesgo múltiples.
- latencia prolongada.
- larga duración con períodos de remisión y recurrencia.
- importancia de factores del estilo de vida y del ambiente físico y social.
- consecuencias a largo plazo (minusvalías físicas y mentales).

Aunque las enfermedades crónicas no transmisibles están entre los problemas de salud más comunes y costosos, también están entre los más evitables.

Los ejemplos incluyen las enfermedades cardiovasculares (enfermedad del corazón y enfermedad cerebrovascular), cáncer, diabetes, artritis, asma, y enfermedad mental.

2.- Las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) generan un gran problema mundial

2.1.- Situación epidemiológica en el mundo

Las enfermedades no transmisibles representan la mayor carga de salud en los países industrializados y un problema que crece rápidamente en los países subdesarrollados. En la mayor parte del mundo desarrollado, tres de cada cuatro muertes se deben a enfermedades cardiovasculares, cáncer, accidentes y otras enfermedades crónicas tales como diabetes, hipertensión, enfermedad respiratoria crónica y osteoporosis, como principales problemas.

Las enfermedades crónicas están aumentando en todo el mundo, sin distinción de región o clase social. Las enfermedades no transmisibles tradicionales se pueden considerar como un ejemplo de este crecimiento exponencial. En el 2000, las enfermedades no transmisibles y los trastornos mentales representaron el 60% de la mortalidad total en el mundo y el 43% de la carga global de morbilidad. Esta carga aumentará a un 69% en el año 2020 y en especial en los países menos desarrollados.

Los países más pobres son los más afectados, ya que el 80% de las muertes por enfermedades crónicas se producen en los países de ingresos bajos y medios. Sólo un 20% de las muertes por enfermedades crónicas se producen en los países de altos ingresos, mientras que el 80% se registran en los países de ingresos bajos y medios, donde vive la mayor parte de la población mundial [Cuadro 2.1.a].

En China o India solamente, hay más defunciones atribuidas a las enfermedades cardiovasculares que en todos los países industrializados combinados. Estos países que experimentan el gran impacto de las enfermedades crónicas, siguen prestando especial atención a otras prioridades de salud como las enfermedades infecciosas agudas, desnutrición y la salud materna.

Carga de morbimortalidad por ENT

En el año 2000, el 77% del total de las muertes atribuibles por ENT ocurrió en los países en desarrollo. Los países con bajos o medianos ingresos dieron origen al 85% de la carga de enfermedad por ENT.

Cuadro 2.1.a

Las enfermedades crónicas no sólo serán la principal causa de discapacidad en todo el mundo en el año 2020, sino que también se convertirán en los problemas más costosos afrontados por los sistemas de atención de salud. En este sentido, plantean una amenaza para todos los países desde un punto de vista de salud y económico. Las enfermedades crónicas son interdependientes: se entrelazan con la pobreza. Complican la atención de salud en los países en desarrollo ya que estos enfrentan al mismo tiempo, programas inconclusos contra enfermedades infecciosas agudas, desnutrición y salud maternoinfantil.

2.2.- Situación epidemiológica en la República Argentina

En la República Argentina, las enfermedades cardiovasculares y los tumores constituyen las dos primeras causas de muerte. Luego de las enfermedades infecciosas, las causas externas (traumáticas), también no transmisibles, ocupan el cuarto lugar [Cuadro 2.2.a].

República Argentina. Tasas de mortalidad brutas y ajustadas por edad según grupos de causas (por 100.000 habitantes)

| Causas de Muerte | Tasa de mortalidad | |
|-----------------------|--------------------|---------------|
| | Tasa bruta | Tasa ajustada |
| Enf. Cardiovasculares | 249,55 | 234,24 |
| Tumores | 150,99 | 145,48 |
| Enf. Infecciosas | 107,57 | 73,1 |
| Causas externas | 49,26 | 48,59 |
| Todas las demás | 267,19 | 255,27 |

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores 2005. Buenos Aires; 2005. Elaboración sobre la base de datos del MSA y del INDEC (año 2003); clasificación CIE-10

Cuadro 2.2.a

Los Años de Vida Potencialmente Perdidos (A.V.P.P.) miden los años que han dejado de vivir los individuos fallecidos prematuramente. Las enfermedades no transmisibles también representan un importante problema en cuanto a los A.V.P.P., como así también por los costos, siempre crecientes de la atención del daño [Cuadro 2.2.b].

República Argentina. A.V.P.P. por E.N.T.

| |
|--|
| En el año 2003, las enfermedades cardiovasculares produjeron 94,68 años potenciales de vida perdidos (0-70 años) cada 10.000 habitantes en la República Argentina, 105,61 por tumores y 148,04 por causas externas. |
| (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores 2005. 2005) |

Cuadro 2.2.b

2.3.- Situación epidemiológica en la Provincia de Buenos Aires

La provincia de Buenos Aires, al igual que el país, presenta un patrón epidemiológico mixto, con aumento permanente de muertes por enfermedad crónica, pero con persistencia de un alto número de muertes por causa infecciosa, especialmente enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda y tuberculosis. Este patrón es similar al de América Latina, Europa Oriental y varios países asiáticos.

En el año 2003, las cinco principales causas de muerte para el total de las edades ("Lista Argentina IV" modificada) se aprecian en el cuadro 2.3.a.

Provincia de Buenos Aires. Número defunciones y tasas de mortalidad brutas según grupos de causas seleccionadas (por 100.000 habitantes). Año 2003

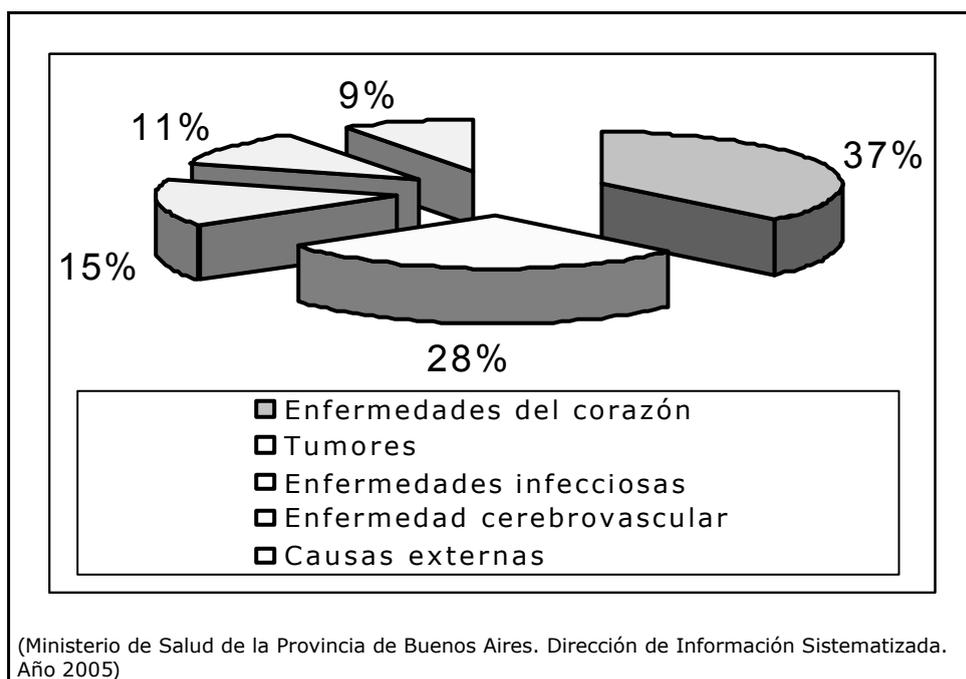
| Causas | Número de Defunciones | Tasa Bruta |
|----------------------------|-----------------------|------------|
| Enfermedades del corazón | 30425 | 210,1 |
| Tumores | 23002 | 158,9 |
| Enfermedades infecciosas | 12019 | 83,0 |
| Enfermedad cerebrovascular | 9061 | 62,6 |
| Causas externas | 7364 | 50,9 |

(Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Dirección de Información Sistematizada. Año 2005)

Cuadro 2.3.a

Las enfermedades no transmisibles constituyen la principal causa de morbimortalidad en la Provincia de Buenos Aires. Las dos principales causas de muerte en ésta jurisdicción son las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos. Luego de las enfermedades infecciosas, las causas restantes entre las cinco primeras también corresponden a enfermedades no transmisibles. En conjunto las cuatro primeras causas corresponden al 60% de la mortalidad global. Todas ellas involucran fuertemente a los factores de riesgo determinados por los estilos y enfermedades de vida [Cuadro 2.3.b y 2.3.c].

Principales causas de defunción. Provincia de Bs. As. 2003



Cuadro 2.3.b

Provincia de Buenos Aires. A.V.P.P. por E.N.T.

En el año 2003, las enfermedades cardiovasculares produjeron 111,16 años potenciales de vida perdidos (0-70 años) cada 10.000 habitantes en la Provincia de Buenos Aires, 110,99 los tumores y 157,11 las causas externas.

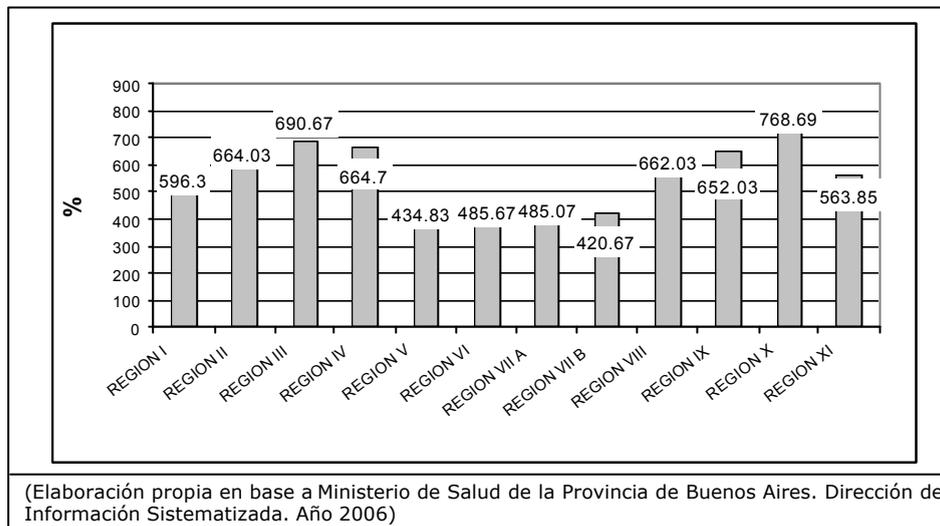
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores 2005.

Cuadro 2.3.c

- Los promedios más elevados de A.V.P.P. corresponden a causas externas (35%), debido al importante número de muertes por esta causa entre los jóvenes.
- El mayor peso de A.V.P.P. corresponde al conurbano y el promedio es superior en más de dos años, respecto al interior provincial, sobre el total de AVPP por grupo de edad.
- Las enfermedades del corazón tienen mayor frecuencia en el conurbano y los tumores y enfermedades cerebrovasculares en el interior de la provincia, asociadas a las estructuras sociodemográficas de estas áreas.

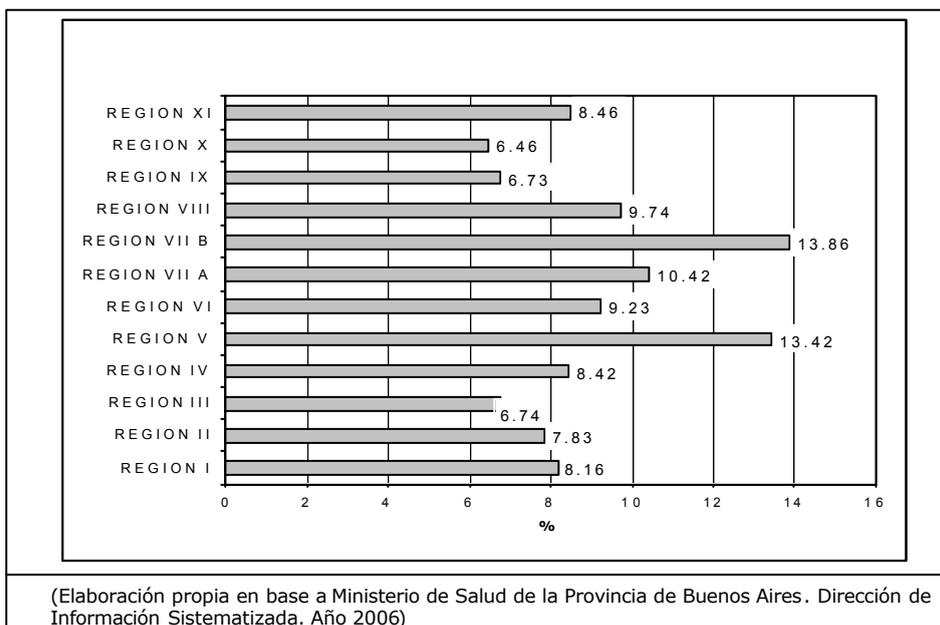
La mortalidad proporcional mide en porcentaje las muertes ocurridas antes de los 50 años. En los tres gráficos siguientes [Cuadros 2.3.d, 2.3.e, 2.3.f] pueden observarse las tasas brutas de mortalidad por Región Sanitaria de la Provincia de Buenos Aires y la mortalidad proporcional por causas. En su comparación puede observarse que las regiones del conurbano (V, VI, VIIa y VIIb) en general presentan menores tasas brutas de mortalidad que el interior, pero con una mortalidad proporcional más alta por causas cardiovascular y tumoral.

Tasas de defunciones por región sanitaria. Prov. de Bs. As. 2003



Cuadro 2.3.d

Defunciones proporcionales por tumores según región sanitaria. Provincia de Bs. As. 2003



Cuadro 2.3.e

3.- Los factores que producen las ENT son múltiples

En el año 2002, la OMS dedicó el Informe de Salud en el Mundo a la promoción de la salud y la reducción de los riesgos. En este informe:

El riesgo se define como la probabilidad de un resultado sanitario adverso o un factor que aumenta esa probabilidad.

Cuadro 3.a

En otras palabras, un “factor de riesgo” es una circunstancia detectable en los individuos, los grupos o el ambiente, que aumenta la probabilidad de padecer un daño a la salud, o de producir una evolución más desfavorable de dicho daño.

Los factores de riesgo, pueden ser propios de la condición biológica de cada persona (vg. edad, sexo, grupo étnico), originados en las condiciones de vida (vg. situación socioeconómica, vivienda, ocupación, escolaridad), en los comportamientos individuales o estilos de vida (vg. hábitos alimentarios, religión, adicciones), determinados por el ambiente físico natural o construido por el hombre, y ciertos elementos del sistema sociocultural, entre los cuales se cuenta el propio sistema de atención de salud (vg. accesibilidad, calidad).

En las últimas décadas se han llevado a cabo numerosas investigaciones que han aportado conocimientos acerca de las causas y los mecanismos de estas enfermedades no transmisibles. La investigación ha involucrado grandes estudios epidemiológicos poblacionales, estudios en animales y de bioquímica básica, estudios de intervención y estudios preventivos basados en la comunidad a gran escala. Esta investigación ha demostrado claramente que las enfermedades no transmisibles o los eventos que llevan a ellas tienen sus raíces en estilos de vida no saludables y en entornos sociales y físicos adversos.

El estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las *condiciones de vida* socioeconómicas y ambientales.

Cuadro 3.b

Estos modelos de comportamiento están continuamente sometidos a interpretación y a prueba en distintas situaciones sociales, no siendo estancos, sino que están sujetos a cambio. Los estilos de vida individuales, pueden ejercer un efecto profundo en la salud de un individuo y en la de otros. Por lo tanto, la acción debe ir dirigida no solamente al individuo, sino también a las condiciones sociales de vida que interactúan para producir y mantener estos patrones de comportamiento.

Las condiciones de vida son el entorno cotidiano de las personas, dónde éstas viven, actúan y trabajan.

Cuadro 3.c

Las condiciones de vida son producto de las circunstancias sociales y económicas, y del entorno físico, todo lo cual puede tener impacto en la salud, estando en gran medida fuera del control inmediato del individuo. La estrategia de la *Carta de Ottawa* destinada a crear ambientes favorables para la salud se centra en gran medida en la necesidad de mejorar y cambiar las condiciones de vida para apoyar la salud.

Recientemente, desde la epidemiología social, se ha invocado la necesidad de evitar la “culpabilización” de la víctima, encuadrando los estilos de vida en planos de determinación más amplios (condiciones de vida) en relación con la inequidad social (ver capítulo de Determinantes de la Salud).

Según el Informe de Salud Mundial 2002, los factores de riesgo mayores para las enfermedades no transmisibles son [Cuadro 3.d]

- Tabaco.
- Alcohol.
- Hipertensión arterial (HA).
- Inactividad física.
- Hipercolesterolemia.
- Sobrepeso–obesidad.
- Dieta no saludable.

Cada año, como mínimo:

- 4,9 millones de personas mueren de resultados del tabaco;
- 2,6 millones de personas mueren como consecuencia de su sobrepeso u obesidad;
- 4,4 millones de personas mueren como resultado de unos niveles de colesterol total elevados;
- 7,1 millones de personas mueren como resultado de una tensión arterial elevada.

(OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2002)

Cuadro 3.d

El Centro para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas del Ministerio de Salud de Canadá agrupa los factores de riesgo según sean individuales o de la comunidad:

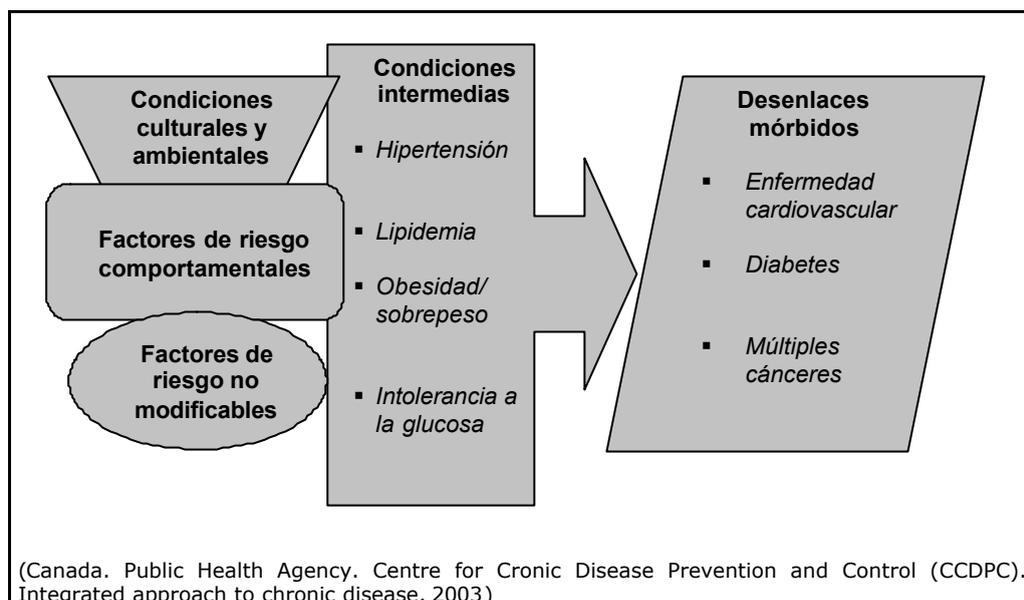
En los individuos:

- **Factores de riesgo antecedentes:** edad, sexo, nivel de educación y la composición genética.
- **Factores de riesgo comportamentales:** fumar, dieta no saludable, inactividad física.
- **Factores de riesgo intermedios:** nivel de colesterol sérico, diabetes, hipertensión y obesidad/sobrepeso.

En las comunidades:

- **Las enfermedades sociales y económicas**, como la pobreza, el empleo, la composición familiar.
- El **ambiente físico**, como el clima, la contaminación atmosférica.
- **La cultura**, como las prácticas, normas y valores.
- **La urbanización** que influye en la vivienda y el acceso a los productos y servicios. [Cuadro 3.e]

Relación entre los factores de riesgo, enfermedades y desenlaces comunes de enfermedad



Cuadro 3.e

Las enfermedades crónicas no transmisibles comparten factores de riesgo comunes. Mientras algunos factores de riesgo, como edad, sexo, y composición genética, no pueden cambiarse, muchos factores de riesgo comportamentales pueden modificarse, así como también varios factores intermedios biológicos incluyendo hipertensión arterial, sobrepeso-obesidad, intolerancia a la glucosa e hiperlipidemia. Las enfermedades sociales y económicas y el ambiente físico, influyen y determinan la conducta, e indirectamente afectan a otros factores, como los biológicos.

El reconocimiento de estos factores de riesgo y enfermedades comunes es la base conceptual para un abordaje integrado a la enfermedad crónica.

3.1.- Factores de riesgo individual

El consumo de tabaco es un ejemplo notable de los efectos del comportamiento sobre la salud. Mientras el consumo de tabaco disminuye en los países desarrollados, en los países en desarrollo aumenta un 3,4% cada año. En consecuencia, actualmente el 82% de todos los fumadores reside en los países de bajos y medianos ingresos. Hoy en día, el tabaco es el causante de aproximadamente cuatro millones de defunciones anuales en el mundo. Se estima que diez millones de defunciones ocurrirán por año para el 2030 y más del 70% de estas defunciones tendrán lugar en el mundo en desarrollo.

“El tabaco causará más defunciones que ninguna otra causa y los sistemas de salud no podrán financiar la atención larga y costosa que representan.”

Dra. Gro Harlem Brundtland., Asamblea Mundial de la Salud. 2000

Cuadro 3.1.a

3.2.- Factores de riesgo en la comunidad

Aproximadamente 1.200 millones de personas en el mundo viven en la pobreza extrema (menos de \$1 por día). Este grupo es menos saludable y tiene mayor exposición a los riesgos que los grupos económicamente favorecidos. Aún en los países de ingresos altos, quienes sufren pobreza son más vulnerables a las enfermedades crónicas. Las personas de escasos recursos pueden perder sus pocos ingresos si se enfrentan con problemas de salud en el hogar. A menudo caen en un círculo vicioso de pobreza y mala salud.

La relación entre la enfermedad crónica y la pobreza es bidireccional: hay un camino de la pobreza a los problemas de salud crónicos, y otro en sentido inverso. La pérdida de los ingresos, los costos del tratamiento y la marginación debido a los problemas de salud crónicos afectan negativamente el estado económico de aquellos con enfermedades crónicas.

Para comprender la relación entre la salud y la pobreza, se debe considerar una serie de factores socioambientales que son determinantes críticos del estado de salud:

- **Ingreso y estatus social-gradiente social.**
- **Empleo y desempleo-enfermedades de trabajo.**
- **Desarrollo infantil saludable.**
- **Educación.**
- **Medio ambiente físico.**
- **Acceso a la asistencia sanitaria.**
- **Cultura.**

4.- Los factores de riesgo están presentes en Argentina y en la provincia de Buenos Aires.

4.1.- Tabaquismo

En Argentina se han realizado numerosas encuestas sobre el hábito tabáquico, desde el año 1971 [Cuadro 4.1.a].

República Argentina. Prevalencia de tabaquismo en población adulta según según sexo (en porcentajes)

| Estudio y año | Número | Edad | Prevalencia | | |
|--------------------------------------|--------|--------|-------------|-------|-------|
| | | | Varón | Mujer | Total |
| Joly (1971) La Plata | 1540 | 15-74 | 54.4 | 20.0 | 36.2 |
| Alvarez-Herrera (1981) Buenos Aires. | 306 | 15-74 | 39.0 | 27.0 | 32.6 |
| Balossi (1982) Zarate | 899 | 15-80 | 46.8 | 22.9 | 34.8 |
| Gallup (1988) Buenos Aires | 822 | 15 y + | 45.5 | 30.5 | 35.0 |
| Catterberg (1991) Buenos Aires | 800 | 18-80 | 40.0 | 28.0 | 34.0 |
| Lúquez (1995) Córdoba | 1200 | 10-70 | | | 28,5 |
| Carbajal (2001) Rauch | 1523 | 15-75 | 34.61 | 20.83 | |
| Matos (2004) Concordia | 1028 | | | 23.0 | 23.0 |

Cuadro 4.1.a

En el cuadro 4.1.a puede deducirse que alrededor de un tercio o más de la población adulta es fumadora. Con respecto al sexo, se observa que entre los años 1971 y 1991, hay una disminución en el número de hombres fumadores, mientras que se aprecia una tendencia inversa en las mujeres. Esto sugeriría que la carga del tabaquismo en las mujeres no ha alcanzado aún su punto máximo. Cuando se analiza el hábito según edad, cabe destacar que las bandas de más alto consumo se han desplazado hacia grupos etáreos más jóvenes. En 1971, la mayor proporción de fumadores se

encontraba entre los 25 y 39 años. En 1988, la mayor parte de los fumadores tenía entre 18 a 24 años de edad.

Estos estudios revelan que la prevalencia de tabaquismo es una de las más altas de América sólo superada por Brasil, mientras que el patrón de consumo, tanto en cuanto a la relación hombres y mujeres como en clases socioeconómicas guarda similitud con países desarrollados.

Una población particularmente en riesgo está constituida por los adolescentes. En la tabla siguiente pueden verse los resultados de estudios sobre este grupo poblacional [Cuadro 4.1.b].

Prevalencia de tabaquismo en adolescentes

| Estudio y año | Número | Edad | Prevalencia |
|------------------------------------|--------|----------------|---------------|
| Hauger-Klevene (La Plata) 1980 | 217 | 12-17 | 13.9 |
| Hauger-Klevene (La Plata) 1981 | 455 | 12-15 | 12.6 |
| LALCEC (1981) Buenos Aires | S/D | 15-21 | 13.5 |
| LALCEC (INZA) Azul 1991 | 2490 | Est. Secund. | 14.5 |
| Mar del Plata (1992) | 168 | 15-17 | 20.8 |
| Morello (2001) Buenos Aires | 3909 | 8º y 11º grado | 20 y 43 resp. |
| Bolzán (2003) 19 escuelas | 2386 | 11-12 | 15.1 |
| FRICELA Study (2003) 12 provincias | 2599 | 12-19 | 28.0 |

Cuadro 4.1.b

Los datos disponibles de consumo de tabaco en adolescentes en Provincia de Buenos Aires y Argentina demuestran que entre 13 y 15% de los adolescentes consumen tabaco. Los datos de la encuesta de la Liga Argentina de Lucha Contra el Cáncer (LALCEC) de 1981, también sugieren una relación positiva de consumo entre padres y adolescentes fumadores.

En un estudio reciente en Provincia de Buenos Aires, se determinó que más del 20% de los alumnos de 8º grado eran fumadores habituales (Morillo, 2001). Otro trabajo sobre tabaquismo en pre adolescentes realizado en 2003, calculó una prevalencia de 7.9% en 7º grado hasta de 23.9% en 9º grado, lo que amerita la implementación de programas para esas edades (Bolzan, 2003). En el estudio FRICELA, se halló además una muy alta asociación entre consumo de alcohol y fumar (Paternó, 2003).

También se han realizado estudios de prevalencia de tabaquismo en personal de salud. En el año 1988, la encuesta realizada en el Hospital de Pediatría de Buenos Aires sobre 128 agentes, arrojó una prevalencia del consumo del tabaco de 48% en hombres y 49% en mujeres. Considerados por actividad, el 45 % de los médicos fumaba.

En el año 2004, una encuesta realizada entre residentes de pediatría (349) de varias provincias argentinas, arrojó una prevalencia de 22,2%, que se encontró cercana a la prevalencia en otros médicos argentinos. En el trabajo se concluye que los residentes deberían tomar un rol más activo con los pacientes y familiares de los pacientes que fuman, y que es necesario poner en práctica actividades de entrenamiento en esta materia en las escuelas de Medicina y durante la residencia (Ferrero, 2004).

De estos estudios, surge que existe una alta prevalencia dentro del personal de salud, y del cuerpo médico, situación que dificulta la posibilidad de ejercer acciones de prevención primaria. Sumada a esta alta prevalencia, en nuestro país la industria tabacalera representa una importante fuente de recursos y mueve intereses económicos muy poderosos que hacen bastante dificultosas sus posibilidades de reconversión.

4.2.- Actividad física

Hay claras evidencias de que la inactividad física y el incremento del sedentarismo causan un gran deterioro de las funciones físicas. Patologías comunes y severas como la enfermedad coronaria, la hipertensión arterial, la obesidad, los problemas de columna vertebral, la ansiedad y la depresión,

han sido relacionados directa o indirectamente con la ausencia de actividad física. La inactividad física, asociada a otros factores como tabaco, consumo de una dieta desordenada e hipercalórica, consumo excesivo de alcohol y stress emocional, agrava la situación de salud.

Si tomamos en cuenta la relación establecida entre actividad física y salud, resulta alarmante la prevalencia de hábito deportivo en nuestra población.

Ricart llevó a cabo en la ciudad de La Plata entre los años 1990 y 1991 un relevamiento sobre 4.500 niños en edad escolar, que indicó que el 54% de los mismos eran sedentarios (ningún tipo de actividad deportiva), el 22% eran activos (actividad deportiva una a dos veces por semana) y el 24% eran deportistas (tres o más veces por semana). Las niñas eran realizaban menos actividad física que los varones. Otro estudio sobre escolaridad secundaria (muestra de 1.800 alumnos) mostró que un 69% eran sedentarios, 20% activos y 11% deportistas. En el ámbito universitario (1.305 alumnos), se demostró que el 85% eran sedentarios, 12% activos y 3% tenían hábito deportivo. En cuanto a los adultos, el estudio concluyó que el 93% eran sedentarios, 5% activos y sólo 2%, deportistas (Ricart, mimeo).

En un trabajo realizado por Lentini en la ciudad de Azul en 1991, a través de una encuesta a alumnos de 6 a 18 años y a sus padres (17.329 personas), se encontró que la prevalencia de sedentarismo en los alumnos era de 46%, de 86% en los padres y de 90% en las madres (6).

En otro estudio, se analizaron la prevalencia de actividad física en dos escuelas de la Ciudad de Buenos Aires, que presentaban estructuras socio-económicas diferentes: una de barrio residencial, y otra de zona marginal. Se halló que 98% de los niños de barrio residencial realizaban actividad deportiva (sobre todo en clubes y escuelas), mientras que sólo el 54% de del barrio marginal (en las escuelas o el barrio). En cuánto a los padres de los alumnos, practicaban actividad física el 69% de los de la escuela residencial y el 31% de los de la marginal. Se encontró gran relación entre el tipo de deporte practicado por los hijos y los padres. En cuanto a las madres, practicaban deporte el 52% y el 4%, respectivamente (D'Anegelo, Narváez, Sgala, Manterota, 1987).

Otro estudio que remarca la importancia de una conducta familiar de actividad física como estímulo para los niños (Wightman, Fenilli, Giscafré, 1994). Se realizó una encuesta entre 800 participantes de las finales de los Juegos Deportivos Intercolegiales de 1992 en el Centro Nacional de Alto Rendimiento Deportivo (CENARD), de los cuales el 80% practicaba en busca del alto rendimiento. Entre el 50% y el 60% habían iniciado su actividad deportiva en clubes, y el resto en la escuela. Como dato importante, marcaban que la familia era el elemento más influyente y más del 80% indicaba a su familia como el mayor soporte emocional. Además, como muestra de la influencia cultural en la actividad física, se demostró en este grupo una prevalencia de actividad física en los padres mucho mayor que en la población general, ya que el 94.29% de los padres de las niñas y el 88.75% de los padres de los niños practicaban deporte.

Por su parte, Ricart relacionó las variables hábito tabáquico y niveles de actividad física, en personas de entre 15 y 35 años en la ciudad de La Plata. La prevalencia del hábito tabáquico fue de 27% para los sedentarios (ningún tipo de actividad física), 22% para los activos (alguna actividad física irregular o esporádica), 9,6% para los activos regulares (ejercicio regular una a dos veces por semana) y sólo de 4,8% en los deportistas (tres o más veces por semana) (Ricart y Pacheco, mimeo).

4.3.- Hipercolesterolemia

En la Argentina se han realizado varios estudios epidemiológicos que confirman la elevada prevalencia de hipercolesterolemia en la población.

En el año 1982 se realizó un estudio en Zarate (provincia de Buenos Aires) en el cual se midieron los niveles séricos de colesterol total, triglicéridos, C-LDL y C-HDL en un grupo de individuos "aparentemente sanos" de 6 a 80 años de edad. Los resultados del estudio mostraron que los niveles de colesterol, triglicérido y C-LDL, aumentaban en ambos sexos con el incremento de la edad, siendo este más precoz en el varón que en la mujer (Klevine, 1986). El cuadro 4.3.a muestra la distribución de los valores de Colesterol total y triglicéridos para ambos sexos.

| Distribución de los valores de Colesterol total y triglicéridos (en %) (n=629) | | | |
|---|-----------|-----------------------|-----------|
| Colesterol total (mg/dl) | % | Triglicéridos (mg/dl) | % |
| < 160 | 8.10 | < 89 | 25.7 |
| 161-210 | 44.2 | 90-150 | 40.3 |
| 211-260 | 21.3 | 151-210 | 19.8 |
| > 260 | 26.4 | 211-310 | 9.8 |
| | | > 311 | 4.1 |
| Total | 100 (629) | Total | 100 (629) |

Cuadro 4.3.a

Entre los años 1984 y 1986, los doctores Mercuri y Tavella, realizaron en La Plata un estudio de prevalencia en jóvenes estudiantes de la Universidad. La población estudiada comprendía a jóvenes de ambos sexos (5.522 varones y 5.573 mujeres) con una edad comprendida entre 17 y 22 años. Los resultados obtenidos demuestran que el 17% de los jóvenes presentan más de 200 mg/dl.

También fueron estudiados un grupo de jóvenes de 12 a 14 años de edad (400 varones y 440 mujeres) observándose una prevalencia de hipercolesterolemia del 14%.

Recientemente, el estudio FRICELA en adolescentes reveló que del total de los mismos el 2.8% (2.6% hombres y 2.9% mujeres) tenían valores de colesterol total (CT) superiores a 235 mg/dl. Había una correlación directa entre los niveles de CT y el IMC (Índice de Masa Corporal). La hipercolesterolemia estaba presente en 11.7% de los adolescentes con IMC menor a 25 kg/m², en 18.3% de aquéllos con IMC entre 25 y 30 kg/m², y en 22% de aquéllos con el e IMC mayor a 30 (Paterno, 2003).

Otro estudio epidemiológico se realizó en la población infantil de dos ciudades de la provincia de Buenos Aires: Mar del Plata (300 varones y 301 niñas) y Zárate (88 varones y 98 niñas) (Klevene, 1987). Los resultados se observan en el cuadro 4.3.b.

Distribución de los valores de Colesterol total en niños de ambos sexos de 6 a 12 años de edad (en %)

| Zárate (%) | Colesterol total (mg/dl) | Mar del Plata (%) |
|------------|--------------------------|-------------------|
| 71.0 | > 160 | 61.2 |
| 20.5 | > 210 | 25.4 |
| 8.5 | > 260 | 13.4 |
| 100 (186) | Total | 100 (601) |

Cuadro 4.3.b

En cuanto a los adultos un estudio realizado en Rauch determinó una prevalencia de hipercolesterolemia de 26,8% en hombres y de 13,8 % en las mujeres (Carvajal y otros, 2001).

De esta recopilación de los estudios realizados en la Argentina sobre un total de 20.000 individuos "sanos" podemos inferir que del 26 al 51% de ellos presentan hipercolesterolemia (mayor de 240 mg/dl). Asimismo, el 18% de jóvenes (17 a 22 años) tienen cifras de colesterol que superan el valor deseable (200 mg/dl). Estos resultados no hacen más que confirmar que la hipercolesterolemia es uno de los más frecuentes factores de riesgo coronario para la población argentina.

4.4.- Hipertensión arterial

Desde los primeros estudios epidemiológicos en Estados Unidos sobre grandes poblaciones se sabe que:

- Gran parte de los hipertensos no saben que lo son. Se ha calculado que solamente la mitad lo sabe.

- No todos los que se saben hipertensos se encuentran bajo tratamiento, estimándose que éstos son aproximadamente la mitad de los hipertensos conocidos.
- Aún entre los hipertensos tratados, se calcula que sólo la mitad tiene sus cifras tensionales adecuadamente controladas.
- Por último, las patologías metabólicas tan frecuentemente asociadas a la Hipertensión arterial se ven en los casos de enfermedad severa, pero principalmente gran población con hipertensión arterial leve.

En nuestro país existen algunos estudios epidemiológicos sobre esta patología [Cuadro 4.4.a].

R. A. Prevalencia de hipertensión arterial

| Estudio y Año | Cifras Tensionales | Número | Edad (años) | Prevalencia (%) |
|---------------------|--------------------|--------|-------------|-----------------|
| Córdoba 1960-61 | 160/95 | 2.036 | 5-89 | 10 |
| La Plata 1985 | 140/90 | 6.386 | 15-75 | 32,73 |
| Multicéntrico 1990 | 140/90 | 10.452 | 15-99 | 26 |
| Gral. Belgrano 1992 | 140/90 | 1.080 | 18-74 | 39,9 |
| Rosario 1994 | 140/90 | 2.071 | 21-65 | 34,7 |
| Córdoba 1994 | 140/90 | 6.875 | 15-85 | 29,9 |
| Córdoba 1995 | 160/95 | 1.200 | 10-70 | 25 |
| Rauch 2001 | | 1.523 | 15-75 | 43,2-28,5 |

Cuadro 4.4.a

En la provincia de Buenos Aires, un estudio realizado en la ciudad de La Plata en 1985 calculó una prevalencia de Hipertensión arterial de 32,7%. El 56% desconocía su condición y sólo el 5% había normalizado su PA bajo tratamiento (Echeverría y otros, 1988).

Un estudio realizado en 1990 en el grupo etéreo de 21 años arrojó diferentes cifras de prevalencia de acuerdo al criterio adoptado. Considerando 90 mmHg como línea divisoria y midiendo la PA tres veces en una misma ocasión, la prevalencia encontrada en estos jóvenes fue del 8%.

En 1993 se realizó un relevamiento en una población urbana bonaerense (Gral. Belgrano) el cual arrojó cifras de prevalencia de HA muy elevadas (39,8% en la población global). El 44,9% de los varones y el 35,1% de las mujeres presentaron cifras tensionales elevadas. Las edades más afectadas correspondieron a los grupos etéreos mayores de 35 años en ambos sexos. Si se considera la distribución por sexo y edad, se observa que en los grupos etéreos menores la prevalencia es mayor en el sexo masculino. A partir de la banda 35-44 años existe una tendencia creciente en el sexo femenino, llegando a emparejarse en la banda 55-64, y aún sobrepasarlo en la banda de 65-74 años (De Lena, Cingolani, Almirón, Echeverría, 1995).

En el estudio realizado en Rauch se determinó que sólo el 4% de los sujetos hipertensos estaban siendo controlados y solamente el 32% conocían su condición. Los hombres mostraron un marcado incremento de la hipertensión y la obesidad entre los grupos de 15-24 y 25-34 años (Carvajal y otros, 2001).

4.5.- Diabetes

La diabetes es un importante factor de riesgo cardiovascular.

En la Provincia de Buenos Aires, un estudio de prevalencia realizado en La Plata en 1987 sobre una población de 809 individuos de entre 20 y 74 años, se detectó un 5% de diabéticos de acuerdo los criterios de la OMS (Hernández, Cardonnet, Libman, Galgiardino, 1987).

Un estudio posterior, realizado en Avellaneda publicado en 1994, en población de niños y adolescentes de 3 a 20 años muestra una prevalencia de 0,45/1000 (Marti y otros, 1994).

En el estudio realizado en Rauch se determinó una prevalencia de diabetes de 3,42 % en hombres y de 1,53 % en las mujeres (Cabajal y otros, 2001).

4.6.-Obesidad

La obesidad, especialmente la abdominal, esta asociada con varios de los principales factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares: hipertensión arterial, hipercolesterolemia y triglicéridos elevados, disminución del HDL y diabetes.

Estudios epidemiológicos en nuestro país en niños de 4 a 12 años realizados en Córdoba por Agrelo en el año 1986, arrojan unas cifras de obesidad en estos grupos etáreos de 6,3% (Agrelo y otros, 1986).

En una investigación realizada en población adolescente, sobre 2115 estudiantes secundarios en la ciudad de Corrientes, se comprobó sobrepeso en 10,9% y obesidad en 2,2% de ellos (Martínez, 2001).

Un estudio realizado en La Plata en el año 1985 por Hernández sobre una población de 809 individuos de 20 a 74 años, arrojó una prevalencia de obesidad de 37% (Hernández, Cardonnet, Libman y Gagliardino, 1987). En otro estudio realizado en mujeres menopáusicas en la ciudad de La Plata, se detectó una prevalencia de obesidad de 64% y una prevalencia de baja actividad física de 87% (Etchegoyen y otros, 1995).

En la población de Deán Funes (Córdoba) se detectó una prevalencia de obesidad de 42% (según los criterios NHANES) y de 24% (según los criterios OMS) (De Loredó, 1995).

En un estudio realizado en Rauch se determinó una prevalencia de obesidad-sobrepeso de 54,81% en hombres y de 44,65% en las mujeres (Carvajal y otros, 2001).

Por último, en el año 2002, una investigación sobre obesidad en varios países de América Latina, calculó una prevalencia de de 24-27% para la Argentina (Braguinsky, 2002).

Debido a que la obesidad, la nutrición y la actividad física están fuertemente ligadas entre sí se debería coordinar la adopción de recomendaciones concernientes a estas condiciones.

5.- Las enfermedades crónicas no transmisibles tienen repercusiones múltiples (tit.1)

La carga de enfermedades crónicas repercute en forma amplia en las comunidades:

- Tienen serios efectos adversos en la calidad de vida de los individuos afectados.
- Son causa de muertes prematuras.
- Tienen efectos económicos importantes y subestimados en las familias, las comunidades y la sociedad en general.

Se estima que China perderá \$558.000 millones de dólares durante los próximos 10 años como resultado las defunciones prematuras causadas por las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes.

En EEUU, los gastos de atención de salud directa por cardiopatía son \$478 por persona cada año. Los costos indirectos, incluida la pérdida de los días laborales y la productividad reducida en los ingresos del hogar equivalen a \$3.013 por año. En la medida en que todas estas personas estuvieran empleadas, esto se traduciría en unos \$6.450 millones perdidos en productividad cada año. Los costos médicos relacionados con la hipertensión fueron de \$108.800 millones en 1998. Este monto representa aproximadamente el 12,6% del gasto total de atención de salud nacional.

Los países en desarrollo están experimentando un caso de "doble peligro". Se enfrentan al mismo tiempo con dos importantes y urgentes preocupaciones de salud:

- Enfermedades infecciosas continuas, desnutrición y deficiencias maternas y perinatales.
- Aumento rápido de otras enfermedades crónicas no transmisibles (vg. cardiopatía, depresión y diabetes).

Cuadro 5.a

La “carga doble de morbilidad” para los países que experimentan una transición en sus dificultades de atención de salud es especialmente desafiante. Las enfermedades infecciosas y los problemas de desnutrición requieren obviamente atención, pero no pueden tener preeminencia sobre la epidemia creciente de otras enfermedades crónicas. Ambos problemas requieren planificación y estrategias adecuadas. La única solución es un programa dual de atención de salud en estos países que cubra problemas múltiples, agudos y crónicos.

6.- Los sistemas actuales no están diseñados para atender problemas crónicos

6.1.- Los sistemas actuales están preparados para los eventos agudos

El “sistema de atención de salud” se ha definido como el sistema que abarca todas las actividades cuya finalidad primaria es promover, restaurar o mantener la salud. Por lo tanto, los “sistemas” son notablemente amplios e incluyen a los pacientes y sus familias, los trabajadores de atención de salud, los prestadores de asistencia en las organizaciones y la comunidad, y el entorno de política de salud en la cual todas las actividades relacionadas con la salud se desarrollan.

Históricamente tanto los problemas agudos como ciertas enfermedades infecciosas eran la principal preocupación de los sistemas de atención de salud. Los sistemas de atención de salud actuales se desarrollaron en respuesta a los problemas agudos y a las necesidades urgentes de los pacientes. Están diseñados, por lo tanto, para abordar inquietudes inminentes. Por ejemplo, examinar, diagnosticar, aliviar los síntomas y esperar la curación son sellos distintivos de la atención de salud contemporánea. Es más, estas funciones responden a las necesidades de los pacientes que experimentan problemas de salud agudos y episódicos. Sin embargo, una disparidad notable ocurre cuando se aplica el patrón de atención de casos agudos a los pacientes que tienen problemas crónicos. La atención de salud para las enfermedades crónicas intrínsecamente es diferente de la atención para los problemas agudos y, en este sentido, los sistemas de atención de salud actuales son deficientes. No se han guiado por la disminución en los problemas agudos de salud ni por el aumento de las enfermedades crónicas.

6.2.- Los niveles de los sistemas de salud: micro, meso y macro

Una estrategia para organizar el pensamiento sobre los sistemas de atención de salud es dividir este complicado sector en estratos o niveles. Los niveles micro, meso y macro proporcionan un marco razonable y se refieren a la interacción con los pacientes, a la organización de la atención de salud y de la comunidad y a la política, respectivamente.

Cada uno de estos niveles interactúa con los otros dos e influye dinámicamente en ellos. Cuando los niveles micro, meso y macro funcionan eficazmente con relación a sí mismos y a los otros niveles, la atención de salud es eficiente: los pacientes experimentan mejor salud. La disfunción intra e internivel crea desperdicio e ineficacia. Lamentablemente, en la atención de salud para las enfermedades crónicas, la disfunción en el sistema de asistencia es característica [Cuadro 6.2.a].

Los niveles del sistema de salud



OMS/OPS. Cuidado innovador para las condiciones crónicas: Agenda para el cambio. Ginebra: OMS; 2002.

Cuadro 6.2.a

Los límites entre micro, meso y macro no siempre son claros. Por ejemplo, cuando el personal de atención de salud no está preparado para manejar las enfermedades crónicas debido a deficiencias en la capacitación, el problema podría considerarse una dificultad del nivel micro porque afecta a los pacientes. Las deficiencias de capacitación podrían, en cambio, considerarse un problema de nivel meso, porque es de responsabilidad de la organización de atención de salud asegurar que los prestadores tengan la pericia y las herramientas para prestar la asistencia necesaria. Alternativamente, la capacitación podría considerarse un tema de nivel macro, porque una decisión política, podría alterar los programas de capacitación médica o los requisitos de educación continua para satisfacer las demandas de población.

7.- La atención de las E.C.N.T. requiere de un modelo integrado

7.1- Las innovaciones en la atención

La magnitud del cambio necesario en los sistemas de atención de salud actuales para tratar las enfermedades crónicas quizá parezca abrumadora.

La innovación significa la integración de los componentes fundamentales de cada uno de los niveles –micro, meso y macro– del sistema de atención de salud.

Es necesario reorientar los sistemas de atención de salud de tal manera que los resultados valorados por el sistema sean los que en realidad se logran. Los resultados deseados para los problemas de salud crónicos son diferentes de aquellos considerados necesarios para los problemas agudos. En ambos casos, las necesidades de los pacientes difieren [Cuadro 7.1.a].

Los que sufren problemas crónicos

- Necesitan apoyo más amplio; no bastan las intervenciones biomédicas.
- Requieren una atención planificada, que prevea sus necesidades, e integrada a través del tiempo, los entornos y los proveedores.
- Necesitan contar con conocimientos de autocuidado para administrar sus problemas de salud en el hogar.
- Los pacientes y sus familias requieren apoyo en sus comunidades y políticas más amplias para prevenir o manejar eficazmente las enfermedades crónicas; requieren, por ende, un tipo diferente de sistema de atención de salud.

Cuadro 7.1.a

La atención innovadora fortalece las funciones de los pacientes y sus familias, y puede controlar más eficazmente las enfermedades crónicas. Las tres instancias –paciente, apoyo clínico, comunidad– necesitan estar vinculadas y cada una es importante para la otra. Cada una tiene, por lo tanto, un papel importante que desempeñar para mejorar los resultados de los problemas crónicos.

7.2.- El marco del modelo de atención de las enfermedades crónicas

La Atención para las Enfermedades Crónicas reconoce un entorno de política más amplia que comprende a los pacientes y sus familias, organizaciones de atención de salud y comunidades. El entorno de política es responsable de la legislación, liderazgo, integración de políticas, asociaciones de financiamiento, y asignación de recursos humanos que permiten a las comunidades y a las organizaciones de atención de salud ayudar a los pacientes con enfermedades crónicas y a sus familias.

El marco del modelo se basa en un conjunto de principios orientadores que rigen el nivel micro, meso y macro del sistema de atención de salud:

- a) Integración.
- b) La toma de decisiones basada en evidencia.
- c) Enfoque en la población.
- d) Enfoque en prevención.
- e) Enfoque en calidad.
- f) Flexibilidad/adaptabilidad.

a.- Integración

El concepto de un abordaje integrado no es un nuevo. La OMS lo introdujo primero en 1981 y fue después adoptado por la Asamblea Mundial de Salud en 1985, lo que condujo a probar y evaluar abordajes basados en la comunidad comprensivos e integrales, para la prevención y el control de la enfermedad crónica (OMS/CINDI) [Cuadro 7.2.a].

Una intervención integrada incluye

- La prevención simultánea y la reducción de un conjunto de factores de riesgo común para las enfermedades No-Transmisibles (ENT).
- El uso simultáneo de recursos de la comunidad y servicios de salud.
- Los esfuerzos combinados y equilibrados de atención preventiva de salud y promoción general de la salud para permitir que las comunidades participen activamente en las decisiones que involucran su salud.
- La construcción de consenso estratégico general entre diferentes socios, como organizaciones del sector gubernamental, no-gubernamental, y privado en un esfuerzo para aumentar la cooperación y la sensibilidad a las necesidades de la población.

Cuadro 7.2.a

Cada nivel del sistema de atención de salud, micro, meso, y macro, debe colaborar y compartir la meta inequívoca de mejor atención para las enfermedades crónicas. Los límites entre los niveles del sistema deben opacarse para permitir una verdadera integración de las organizaciones de atención de salud, las comunidades, las políticas y los pacientes.

b.- La toma de decisiones basada en evidencia

La evidencia científica debe ser la base para todas las decisiones en la formulación de políticas, planificación de servicios y manejo clínico de las enfermedades crónicas.

c.- Enfoque en la población

Las intervenciones basadas en la comunidad han demostrado tener un gran efecto en la prevención de la enfermedad no transmisible, desde que las intervenciones intentan actuar no sólo sobre el individuo y su núcleo social cercano, sino adicionalmente sobre el ambiente social que determina la conducta.

Estas intervenciones implican:

- La participación activa de familias y comunidades, sumando y compartiendo recursos para asegurar las prevenciones integradas.
- La identificación de líderes, grupos organizados e instituciones.
- El desarrollo de uniones estratégicas y alianzas.

d.- Enfoque en la prevención

Dado que la mayoría de las enfermedades crónicas son prevenibles, cada interacción de atención de salud debe incluir apoyo para la prevención. Las estrategias preventivas deben considerar también las influencias subyacentes en las desigualdades de salud como la educación, la distribución del ingreso, la seguridad pública, la vivienda, el ambiente de trabajo, empleo, redes sociales, y transporte entre otros. Es importante que las estrategias apunten a reducir el riesgo de la población global, reduciendo simultáneamente la brecha entre los diferentes grupos de la población. En muchos casos, esto requiere un rediseño y una evaluación de intervenciones de bien probada eficacia. También involucra la identificación y la atención especial a grupos clave de la población, como los indígenas, los nuevos trabajadores migratorios urbanos y las mujeres.

Consiste en:

- Desarrollar políticas de salud y legislación para apoyar la incorporación de cuidado preventivo en los servicios de atención de salud.
- Establecer lazos entre los servicios de atención de salud y la comunidad.
- Brindar el conocimiento y la información necesaria a la población para la prevención de la enfermedad no- transmisible.
- Implementar programas de capacitación en los servicios de salud para la prevención de la enfermedad no- transmisible.
- Realizar seguimiento y evaluación de las acciones preventivas en los servicios.

e.- Enfoque en calidad

El control de calidad asegura que los recursos se usan adecuadamente, que los proveedores son responsables de brindar atención eficaz y eficiente, y que el resultado de estas acciones en los pacientes es el mejor posible dentro de las limitaciones. La calidad debe ser sostenida por la realización de actividades de Investigación y Vigilancia.

Se necesita más investigación fundamental para transferir eficazmente el conocimiento científico a la política y la práctica. Algunas prioridades de investigación identificadas incluyen:

- Investigación operacional para identificar la mezcla óptima y secuencia de estrategias para la prevención de E.N.T.
- Desarrollo o identificación de estrategias costo-efectivas para controlar E.N.T.

La información de vigilancia se requiere para guiar políticas apropiadas y programas. La coordinación entre las variadas organizaciones y centros de responsabilidad, en los niveles locales, nacionales e internacionales será esencial establecer sistemas comprehensivos de vigilancia de E.N.T.

f.- **Flexibilidad/adaptabilidad**

Los sistemas de atención de salud necesitan estar preparados para adaptarse a situaciones cambiantes, información nueva y sucesos imprevistos. Los cambios en las tasas y en la carga de enfermedades, así como las crisis de dolencias no previstas pueden asimilarse en los sistemas que están diseñados para adaptarse al cambio.

8.- Modelo de Atención para enfermedades crónicas propuesto por la OMS (OMS/OPS)

El “Perfil de la Atención Innovadora para las Enfermedades Crónicas” se describe en el cuadro 8.a.

Perfil de Atención Innovadora para las Enfermedades Crónicas



Cuadro 8.a

8.1.- Nivel micro: elementos fundamentales a nivel de interacción con pacientes

La tríada en el centro del marco se constituye por quienes apoyan a los pacientes y familiares, la comunidad y el equipo de atención de salud. Esta asociación es única en la atención de las enfermedades crónicas. Mientras que resultados exitosos para los problemas de salud agudos pueden darse con un proveedor de atención, los resultados positivos en las enfermedades crónicas se logran solo cuando los pacientes y sus familias, la comunidad y los equipos de atención de salud

están informados, motivados, preparados y trabajan en colaboración. La tríada recibe influencia y apoyo de la organización de atención de salud mayor y de toda la comunidad, que a su vez influye y recibe influencia del entorno político más amplio.

8.2.- Nivel meso

a.- Elementos fundamentales para la organización de la atención de salud

Las organizaciones de atención de salud pueden crear un ambiente en el cual los esfuerzos para mejorar la asistencia de las enfermedades crónicas se afianzan y prosperan. Varios factores de organización, incluidas las aptitudes de trabajadores de atención de salud, la proporción de especialidades del personal, los calendarios de las visitas, los sistemas de información y la autogestión de los pacientes, que logran un cambio en los resultados.

- Promover la continuidad y coordinación.

Los pacientes con enfermedades crónicas necesitan servicios que estén coordinados a través de los niveles de atención (primaria, secundaria y terciaria) y a través de proveedores. Deben programarse las visitas de seguimiento: la atención planificada permite la detección temprana de las complicaciones y la identificación rápida de la disminución.

- Promover la atención de calidad a través del liderazgo e incentivos.

Se pueden realinear los incentivos para los administradores, los trabajadores del área y los pacientes; pueden establecerse recompensas para los procesos clínicos eficaces que afectan al manejo y la prevención de los problemas crónicos.

- Organizar y dotar los equipos de atención de salud.

Los equipos necesitan apoyo para tomar decisiones óptimas, tales como normas escritas de la atención y algoritmos de diagnóstico y de tratamiento. Asimismo, los equipos de atención de salud necesitan aptitudes y conocimientos especiales que van más allá de la capacitación biomédica tradicional; esto incluye capacidades eficaces de comunicación, pericia en las intervenciones conductuales para ayudar a los pacientes a que inicien técnicas nuevas de autogestión y se adhieran a regímenes complejos.

- Apoyar a la autogestión y la prevención.

La autogestión eficaz ayuda a los pacientes y a sus familias a que se adhieran a los regímenes para reducir al mínimo las complicaciones, los síntomas y la discapacidad asociada con problemas crónicos.

- Usar sistemas de información.

La información oportuna acerca de cada uno y todos los pacientes es una característica importante en la atención eficaz para las enfermedades crónicas. Los sistemas de información recogen y organizan los datos acerca de epidemiología, tratamiento y resultados de la atención de salud.

b.- Elementos fundamentales para la comunidad

Los recursos de la comunidad son vitales para los sistemas de atención de salud y para el manejo de los problemas crónicos. Si consideramos que las personas con enfermedades crónicas están la mayor parte del tiempo fuera del consultorio médico, viviendo en sus comunidades, los recursos de la comunidad informados y preparados pueden llenar un vacío importante en las prestaciones que no contempla la organización de atención de salud.

- Aumentar la conciencia y reducir el estigma.

Los líderes de las organizaciones locales, las ONG y los grupos de apoyo y de mujeres están en situación adecuada para aumentar la conciencia acerca de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo asociados.

- Promover mejores resultados a través del liderazgo y apoyo.

Las estructuras reconocidas como Juntas de Desarrollo y de Salud de la comunidad, u otros grupos semejantes a nivel de pueblos, pueden abogar por mejor atención de salud para los problemas crónicos.

-Movilizar y coordinar los recursos.

Los fondos generados localmente pueden tener gran influencia en las actividades relacionadas con la salud de la comunidad. Las campañas de promoción y prevención de salud, la evaluación de factores de riesgo, la capacitación de los trabajadores comunitarios del área, o la provisión de equipo y suministros básicos a los centros de salud son actividades importantes que pueden desarrollarse mediante la movilización de grupos locales.

- Prestar servicios complementarios.

Las ONGs desempeñan una función importante, con participación activa de sus miembros, al prestar servicios complementarios preventivos y de manejo a una comunidad. Cada comunidad tiene una red informal de proveedores, como trabajadores comunitarios de salud y voluntarios, que son inestimables en el manejo y la prevención de los problemas de salud crónicos.

c.- Nivel macro: elementos fundamentales para un ambiente de política positivo

Las políticas son medios poderosos para organizar los valores, principios y estrategias generales de los gobiernos o de las divisiones administrativas para reducir la carga de las enfermedades crónicas. Para optimizar la atención de salud para las enfermedades crónicas, un marco de política positiva es esencial. Proporcionar liderazgo y promoción de la causa. Los encargados de adoptar las decisiones pueden influir en los políticos de alto nivel impulsando la atención de las enfermedades crónicas.

- Desarrollar y asignar recursos humanos.

La Autoridad tiene la capacidad de mejorar la atención para las enfermedades crónicas mediante el aumento de capacitación de los trabajadores del área. Además de mejorar los programas de estudios, la educación continua establecida para los profesionales de la salud en el área específica de las enfermedades crónicas puede impulsar enormemente la atención de salud de este problema.

- Integrar las políticas.

Las políticas son más eficaces cuando atraviesan los límites de enfermedades específicas, y reafirman el servicio a una población definida en lugar del individual de los pacientes. También son más eficaces cuando abarcan prevención, promoción y estrategias de control, y cuando hacen los enlaces explícitos con otros programas gubernamentales y organizaciones comunitarias.

- Promover financiamiento regular.

En todos los casos, pero en particular para las enfermedades crónicas, el financiamiento es más eficaz cuando es uniforme en todas las divisiones del sistema de atención de salud. Debe integrarse a través de enfermedades tradicionalmente diferentes, en centros de atención de salud con asistencia tanto primaria como hospitalaria. Finalmente, el financiamiento debe estructurarse para que los recursos puedan mantenerse en el transcurso del tiempo.

- Apoyar los marcos legislativos.

La legislación y los reglamentos pueden reducir la carga de las enfermedades crónicas. La legislación, a su vez, puede proteger los derechos de las personas con enfermedades crónicas.

- Fortalecer asociaciones.

Dentro del ambiente político, las asociaciones fuertes entre distintos sectores del gobierno tienen el potencial para influir en la salud y en las enfermedades crónicas. Los sectores de salud no gubernamentales, como los proveedores de asistencia sanitaria y las instituciones de beneficencia privadas pueden ser influyentes también. Las conexiones

con el gobierno local y entidades de la comunidad como son los grupos religiosos, escuelas y empleadores también deben estudiarse y fortalecerse cuando sea necesario.

9.- Las estrategias de intervención se basan en los niveles de prevención

9.1.-Historia natural de la enfermedad y niveles de prevención

De acuerdo con el enfoque preventivo propuesto por Leavell y Clark en la década de 1950, se acepta que el proceso salud- enfermedad en el individuo transcurre por tres etapas:

1- Un **período pre-patogénico**, anterior a la enfermedad, pero donde pueden identificarse todos los factores condicionantes y de riesgo que pueden contribuir a la producción del daño.

2- Un **período patogénico**, con la presencia de la enfermedad, primero subclínica y luego clínica, con sus manifestaciones y complicaciones.

3- Un **período pos-patogénico**, correspondiente al estado crónico producto de las secuelas de la enfermedad.

Frente a este proceso, denominado “historia natural del proceso salud-enfermedad”, dichos autores propusieron un modelo de intervención aplicable tanto a nivel individual como poblacional, denominado “niveles de prevención”, basado en el criterio que toda intervención resulta “preventiva” desde el momento que evita la progresión del proceso hacia una situación de mayor riesgo o daño.

Desde esta perspectiva, se definen tres niveles de prevención:

- **Prevención Primaria**, que incluye la acción sobre los factores condicionantes o de riesgo, evitando el desarrollo de la enfermedad antes de que ocurra.
- **Prevención Secundaria**, que contempla la detección precoz y el tratamiento oportuno de la enfermedad, para la limitación del daño.
- **Prevención Terciaria**, que consiste en la rehabilitación o recuperación del funcionamiento adecuado, limitando las secuelas.

a.- Prevención primaria

La **Prevención Primaria** puede ser entendida como un conjunto de intervenciones, incluyendo la detección y el control de factores de riesgo, diseñado para prevenir la primera ocurrencia de enfermedades no transmisibles entre las personas con factores de riesgo identificables.

Cuadro 9.1.a

En el período **pre-patogénico**, los objetivos de la prevención consisten en mejorar el nivel general de salud (promoción) y procurar medidas de protección específicas. La Carta de Ottawa define ampliamente la promoción de la salud como el proceso que “consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”.

Una acción de promoción de salud es toda aquella que brinda al individuo, la familia o la comunidad, mejores posibilidades para enfrentar el proceso salud enfermedad. Así, estas actividades pueden desarrollarse con nuestro paciente en el consultorio, con la familia en una visita domiciliaria, o con un barrio entero si se trabaja para dotarlo de agua corriente o de un espacio recreativo.

Por su parte, la **protección de la salud** está orientada a la modificación favorable de *factores de riesgo específicos*, que afectan a la comunidad, a los grupos y a cada individuo en particular.

Las estrategias de intervención en **protección de la salud**, pueden clasificarse en:

- **estrategias de acción específica poblacional:** operan sobre factores de riesgo específicos, que afectan a la comunidad entera, relacionados con las enfermedades de vida o con comportamientos o estilos de vida colectivos. Incluyen las inmunizaciones, saneamiento ambiental y las intervenciones sobre modos nocivos de vida relacionados con riesgos específicos para la salud.
- **estrategias de acción específica grupal e individual:** apuntan solamente a los individuos con los niveles más altos de riesgo para una enfermedad crónica reconocida, con el propósito de reducir su nivel de riesgo al del nivel más favorable en la población; distinto y complementario del abordaje poblacional más amplio.

b.- Prevención secundaria

Como se indicó, consiste en intervenciones durante el período patogénico de la enfermedad: el *diagnóstico precoz* y el *tratamiento oportuno* de la misma a fin de limitar el daño.

Las acciones de prevención secundaria ocupan el mayor tiempo en los servicios de salud, pero la mayor parte están referidas a acciones de recuperación o limitación del daño, y mucho menos a actividades de detección precoz y tratamiento oportuno. Los servicios de salud de atención primaria deben incorporar las acciones de detección selectiva en todas las personas y grupos de riesgo según las normas específicas que corresponden en cada caso.

El *cribaje* (*rastreo, screening en la literatura inglesa*) es la aplicación de un test diagnóstico para detectar una enfermedad potencial en una persona que no tiene signos o síntomas de la misma.

c.- Prevención terciaria

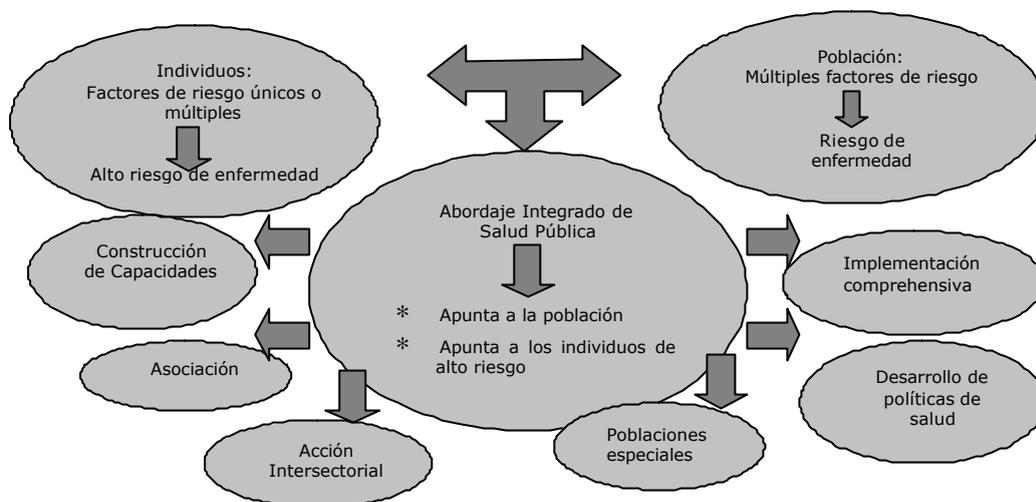
Cuando la enfermedad se manifestó, en el período **post-patogénico**, estas intervenciones procuran evitar la discapacidad, una vez estabilizadas las modificaciones anatómicas y fisiológicas. La **prevención terciaria** es un conjunto de intervenciones orientadas a los sobrevivientes de eventos agudos de enfermedades no transmisibles (vg. ataque cardíaco, cáncer, diabetes) u otros con enfermedad no transmisible conocida, en los cuales el manejo a largo plazo es utilizado para reducir la discapacidad y el riesgo de eventos subsiguientes de enfermedad.

Aunque la presencia de un factor de riesgo único predice significativamente la enfermedad individual, la carga social de las enfermedades crónicas resulta de la alta prevalencia de **múltiples factores de riesgo** relacionados con los estilos de vida generales. Se requieren actividades basadas en la comunidad con un abordaje integrado de salud pública que apunte a las poblaciones, además de a aquellos de alto riesgo, mediante la **prevención integrada de la enfermedad crónica**.

Cuadro 9.1.b

Este abordaje se aprecia claramente en el modelo canadiense de atención de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Modelo canadiense de abordaje integrado de las enfermedades no transmisibles



Canada. Public Health Agency. Centre for Chronic Disease Prevention and Control (CCDPC).
Integrated approach to chronic disease. 2003

Cuadro 9.1.c

Como plantea un reciente documento de OMS (29) el hecho de no utilizar los conocimientos disponibles en materia de prevención y control de las enfermedades crónicas es una temeridad que pone en peligro innecesariamente a las generaciones futuras. No hay nada que justifique que las enfermedades crónicas sigan segando prematuramente la vida de millones de personas cada año por estar relegadas a un segundo plano en la agenda del desarrollo sanitario, cuando conocemos ya perfectamente la manera de evitar esas defunciones. Para asumir el reto que plantean la prevención y el control de las enfermedades crónicas se requiere un cierto bagaje de valor y ambición. La agenda prevista es amplia y audaz, pero el camino a seguir está claro.

Citas bibliográficas

- Bolzan, A., Peleteiro, R., «Smoking during early adolescence. A study in schoolchildren from Argentina». J Pediatr (Rio J), septiembre-octubre 2003; tomo 79 volumen 5, p. 461-6
- D'Angelo, C., Narváez, G., Sgala, B., Manterota, A., «Estudio de factores socio-culturales para la práctica del deporte en el niño». Medicina del Ejercicio, Año 2, vol. 1: 11, 1987.
- Ferrero, F., Castanos, C., Duran, P., Blengini, M. T., «Prevalence of tobacco use among pediatric residents in Argentina», Rev. Panam. Salud Publica, 2004; volumen 15, tomo 6:395-9.
- Franchella, J. E., Duce, N. I., Lentini, N. A., «Realidad socio-deportiva de la mujer argentina». Revista de Medicina & Ciencias del Deporte, Año 2 nº 1: 65, 1992.
- Klevine, Julia H. y col. «Modificaciones de los niveles de lipoproteínas séricas de los 6 a los 80 años de edad: estudio Zárate». Buenos Aires, 1982. La Semana Médica, 169 (9), 216-24 1986.
- Morello, P. y col., «Tobacco use among high school students in Buenos Aires», Argentina. Am Journal Public Health, 2001 Feb; volumen 91, tomo 2, p.219-224.
- Paterno, C. A. «Coronary Risk Factors in Adolescence. The FRICELA Study». Rev. Esp. Cardiol. 2003; 56: 452-458.

- Paternó, C. A., «Coronary risk factors in adolescence. The FRICELA study». *Rev. Esp. Cardiol.* 2003, May;56(5):452-8
- Ricart, A. O. y col., *Sedentarismo en escolares primarios, escolaridad secundaria y en ámbito universitario*. Centro de Salud y Aptitud de La Plata, inédito.
- Ricart, A. O. y Pacheco, A. D., *Tabaco vs. deporte o deporte vs. tabaco*. Centro de Salud y Aptitud de La Plata, inédito.
- Wightman, P., Fenili, A., Giscafré, N., «El desarrollo y las consecuencias del deporte escolar en la Argentina». *Revista de Medicina & Ciencias del Deporte*, Año 3 nº 4: 59, 1994.
- Agrelo, F., Lobo, B., Bazán, M., Cinman, M., Villafañe, L. Actis, C., Rodríguez, A., «Prevalencia de obesidad en un grupo de escolares de bajo nivel socioeconómico». *Archivo Argentino de Pediatría*, 84 (1):5-12, 1986.
- Braguinsky, J., «Obesity prevalence in Latin America. *An Sist sanit Navar*». 25 Suppl 1:109-115, 2002.
- Carvajal, H. A., Salazar, M. R., Riondet, B., Rodrigo, H. F., Quaini, S. M., Rechifort, V., Aizpurua, M., Echeverría, R. F., «Associated variables to hypertension in a region of Argentina». *Medicina*, Buenos Aires, 2001; 61 (6):801-9.
- Carvajal, H. A., Salazar, M. R., Riondet, B., Rodrigo, H. F., Quaini, S. M., Rechifort, V., Aizpurua, M., Echeverría, R. F., *Associated variables to hypertension in a region of Argentina*. *Medicina*, Buenos Aires, 2001; 61 (6):801-9.
- Carvajal, H. A., Salazar, M. R., Riondet, B., Rodrigo, H. F., Quaini, S. M., Rechifort, V., Aizpurua, M., Echeverría, R. F. *Associated variables to hypertension in a Region of Argentina*. *Medicina*, Buenos Aires, 2001; 61 (6):801-9.
- Carvajal, H. A., Salazar, M. R., Riondet, B., Rodrigo, H. F., Quaini, S. M., Rechifort, V., Aizpurua, M., Echeverría, R. F., «Associated variables to hypertension in a region of Argentina». *Medicina*, Buenos Aires, 2001;61 (6):801-9.
- De Lena, S., Cingolani, H. E., Almirón, M., Echeverría, R., *Prevalencia de la hipertensión arterial en una población rural bonaerense*. *Medicina*, 1995; 55: 225-230.
- De Loredó, L. y col., *III Jornadas Internacionales de Vasculopatías, factores de riesgo y pie diabético*. Colombia, 1995.
- Echeverría, R. F., Camacho, R. O., Carvajal, H. A., Salazar, M. R., Mileo, H. N., Riondet, B., Rodrigo, H. F., Gregario, R., «Prevalencia de hipertensión arterial en La Plata». *Medicina*, Buenos Aires, 48: 22-28, 1988.
- Etchegoyen, G., Ortiz, D., Goya, R., Sala, C., Panzica, E., Sevillano, A., Dron, N., «Assessment of cardiovascular risk factors in menopausal Argentinian women». *Gerontology*, 41 (3): 166-72, 1995.
- Hernández, R. E., Cardonnet, L. J., Libman, C., Gagliardino, J. J., «Prevalence of diabetes and obesity in an urban population of Argentina». *Diabetes-Res-Clin-Pract*, 3 (5): 277-83, 1987.
- Hernández, R., Cardonnet, L., Libman, C., Gagliardino, J., «Prevalence of diabetes and obesity in an urban population of Argentina». *Diabetes- Res-Clin-Pract*. 3 (5):277-83, 1987.
- Klevene, Julia H. y col., «Niveles de colesterol en la infancia». *La Semana Medica*, 171 (20) 1987.
- Marti, M. L., de Sereday, M. S., Damiano, M., Moser, M., Varela, A. *Prevalencia de diabetes en una población escolar de Avellaneda*. Argentina, *Medicina*, Buenos Aires, 54 (2): 110-6, 1994.
- Martínez, C. A. y colaboradores, «Overweigh and obesity in children and adolescents of Corrientes city. Relationship with cardiovascular risk factors». *Medicina*, Buenos Aires, 2001; 61 (3): 308-314.
- OMS/OPS. Cuidado innovador para las condiciones crónicas: Agenda para el cambio. Ginebra: OMS; 2002.
- Programa de OMS Countrywide Integrated and Non-Communicable Disease Intervention- CINDI.
- World Health Organization. Preventing Chronic Diseases: a vital investment. Ginebra: World Health Organization; 2005.

Bibliografía consultada

- Canada. Public Health Agency. Centre for Chronic Disease Prevention and Control (CCDPC). Integrated approach to chronic disease. 2003
- Dahlgren, G., Whitehead, M. *Policies and strategies to promote equity in health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1992.
- Hodgson, T. A., Cai, L., «Medical care expenditures for hypertension, its complications, and its comorbidities». *Med. Care*, 2001; 39 (6):599-615.

- Hodgson, T. A., Cohen, A. J., «Medical expenditures for major diseases», 1995, *Health Care Financ Rev.* 1999; 21 (2):119-64.
- Krieger, N., «Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology* 2001»; 30:668-677.
- Laspiur, S., Torino, C. D., «Intervenciones Preventivas. Esencia de la MGF. La Plata: Programa de Educación Continua a Distancia en Medicina General Familiar», (MGF 21); 2002.
- Marmot, M., Bobak, M., «International comparators and poverty and health in Europe». *BMJ*, 2000; 321 (7269):1124-8.
- OMS. 53º Asamblea Mundial de Salud. «Estrategia general para la prevención y control de enfermedades no transmisibles». A53/14. Reporte del Director General. Ginebra: OMS; 2000.
- OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: OMS; 2002. p. 12.
- OMS.WHO Global Forum IV on Chronic Disease Prevention and Control. Final Report. Annex. Part 4: Resources. Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2004.
- Organización Mundial de la Salud Promoción de la Salud. Glosario. Ginebra: OMS; 1998.
- Public Health Agency of Canada. Population Health. What Determines Health? Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/determinants/determinants.html#income>.
- Tomatis, L., «Inequities in cancer risks». *Semin. Oncol.*, 2001; 28 (2):207-9.
- WHO Regional Office for Europe Social determinants of health: the solid facts. 2ª edición. Editores: Wilkinson R y Marmot M. Copenhagen: WHO; 2003.
- World Health Organization. Preventing Chronic Diseases: a vital investment. Ginebra: World Health Organization; 2005.