Editorial

El desafío de la prevención y el control de las enfermedades no trasmisibles

Pedro Ovidio Orduñez García[1]

[1] Organización Panamericana de la Salud, Cuba

Cómo citar este artículo:
Orduñez-García P. El desafío de la prevención y el control de las enfermedades no trasmisibles. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2011 [citado 2026 Nov 14]; 1(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/26

Recibido: 2011-01-27 00:28:56
Aprobado: 2011-01-27 00:30:49

Correspondencia: Pedro Ovidio Orduñez García. Organización Panamericana de la Salud ordunezp@paho.org

Primero, para celebrar la fundación de la Revista Finlay, allá por el año 1987. Segundo, para aplaudir la idea de que la Finlay haya derivado en la primera publicación cubana dedicada a abordar, esperemos que integralmente, el tema de la prevención y el control de las enfermedades crónicas. Ambos hechos tienen una coherencia increíble y demuestran lo importante que es hacer en cada tiempo lo que cada tiempo necesita. También coinciden, la de antes y de la de ahora, en la utopía y en los retos.

Veamos algunos datos para comenzar. Según el Anuario Estadístico de Salud, [1] en el año 2009 murieron en Cuba 86 941 personas. De ellas 22 225 por enfermedades del corazón (I05-I52), 21 316 por tumores malignos (C00-C97), 9 401 por enfermedades cerebrovasculares (I60-I69), 3 116 por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40-J47) y 2 370 por diabetes mellitus (E10-E14). Hasta aquí, un primer hecho: el 67,20 % del total de fallecidos en Cuba murió a consecuencia de estas 5 enfermedades, un porcentaje 7 % superior al estimado globalmente para este grupo de causas. [2] Esta es una situación que se viene repitiendo en el país desde hace décadas.

En Cuba, según el propio Anuario, donde la expectativa de vida llega a 80 años, el 36 % de los fallecimientos ocurre antes de los 70 (41 % de los hombres y 31 % de las mujeres). El 36 % de los que fallecen por enfermedades cardiovasculares, las del corazón más las cerebrovasculares, lo hacen antes de cumplir 65 años e incluso el 24 %, aun antes de cumplir los 60. El 34 % de los que muere por cáncer lo hace antes de los 65 años. Hasta aquí, otro hecho: las enfermedades crónicas no sólo matan a casi 7 de cada 10 cubanos sino que lo hacen de manera prematura o muy prematura, especialmente para un país donde la gente vive prolongadamente.

Continuemos paso a paso: primero las cardiovasculares. Se ha estimado que la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y el tabaquismo explican más del 80 % de estas enfermedades y que la hipertensión, que es el factor de riesgo con más peso, se asocia con 62 % de los accidentes cerebrovasculares y 49 % de la cardiopatía isquémica. [3,4]

Bajo la definición de tumores cae un numeroso grupo de dolencias, pero si nos sumergimos en los datos, por ejemplo de Cuba, identificaremos que la tercera parte de los fallecidos lo hace a consecuencia de este grupo de neoplasias: a) tráquea, bronquios y pulmón (C33-C34), b) laringe (C32) y c) de labio, cavidad bucal y faringe (C00-C14), con 5 085, 711 y 626 casos respectivamente. Luego le siguen el cáncer de próstata (C61) con 11,43 % de los fallecidos por tumores, el de intestino, excepto el recto con 1969 fallecidos (C17-C18) y el de mama (C50) con 1 414 fallecidos. En el año 2009, el cáncer de cuello de útero aún causó la muerte a 455 cubanas. Agrupados así, pareciera un número relativamente manejable de causas y, en efecto, lo es.

Se sabe que el envejecimiento de la población y la adopción de patrones de comportamiento tales

como el consumo de tabaco, la dieta no saludable y la falta de actividad física han contribuido a las altas prevalencias de hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes y obesidad, y, con ello, que las enfermedades cardiovasculares sean la primera causa de muerte, discapacidad y mortalidad prematura. [3,5] El tabaco está con seguridad íntimamente relacionado con ese 30 % de fallecidos por tumores y con un alto porcentaje de las muertes debidas a enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, mientras que la diabetes sigue siendo el patrón de riesgo de las cardiovasculares. [2]

Los datos preliminares de la última encuesta de factores de riesgo en Cienfuegos, realizada entre 2009 y 2010, [6] revelan que la hipertensión ha seguido aumentando y llega al 35, 5 %, que la diabetes también siguió creciendo (6,8 %), que el sobrepeso y la obesidad se duplicaron y ahora afectan al 18,8 % de la población adulta, mientras que el tabaco, el enemigo número uno de la salud de los cubanos, sigue imperturbable afectando a 3 de cada diez cienfuegueros. Las cifras son dramáticas y si nos atenemos a ello, son miles los compatriotas que están en riesgo de sufrir una enfermedad cardiaca, una cerebrovascular o un problema de salud relacionado con estas en los próximos 10 años. De hecho, la OMS ha estimado que hasta el 41 % de los hombres y hasta el 18 % de las mujeres menores de 70 años de edad que viven en países con muy baja mortalidad infantil y muy baja mortalidad en adultos en esta Región tienen un alto riesgo (≥ 30 %) de sufrir un evento cardiovascular en los próximos 10 años. [7] Cuba es uno de esos países y más nos vale entender el significado de este presagio.

Aunque el panorama es complejo, existen múltiples oportunidades para mejorar la salud cardiovascular. Aunque no me aventuraré a dar consejos, justamente porque Cuba tiene una brillante hoja de servicios en salud, dedicaré algún espacio a comentar cómo está planteado el problema globalmente. Quizás pueda ser útil repasar estos contenidos.

En la prevención y control de las enfermedades crónicas resulta esencial intervenir en los determinantes sociales de la salud y en el propio fortalecimiento de los sistemas de salud como uno de tales determinantes. El género, la educación, la ocupación, el ingreso, la procedencia étnica, entre otros, están relacionados con el acceso, la experiencia y los beneficios del cuidado sanitario, y por ello, es importante asegurar que la Salud estará en todas las políticas y las acciones de otros sectores y que las intervenciones de otros mejoren la equidad en salud. [8]

También es importante asumir que las enfermedades crónicas generan y reflejan inequidades sociales, perpetúan el ciclo de la pobreza e interfieren en los esfuerzos para aliviarla. El hecho de contar con un sistema de protección social de carácter universal es una enorme ventaja que tiene el sistema cubano y todos los cubanos, pero ya sabemos que no es suficiente, especialmente en tiempos de limitaciones económicas. Dicho sea de paso, hay que empeñarse en que las estadísticas vitales y los sistemas de vigilancia y las encuestas, capten tales desigualdades para poder actuar de una manera más eficiente y para poder evaluar cuán efectivos y productivos estamos siendo tanto en la salud como en el alcance de los programas sociales, dos de los iconos de la Revolución.

Se reconoce que los sistemas de salud que más contribuyen a mejorar la salud de la población y la equidad, son aquellos cuyas instituciones y servicios están organizados en torno al principio de cobertura universal y donde la atención primaria de salud promueve acciones locales apropiadas a través de toda la gama de determinantes sociales, la prevención y promoción de la salud están balanceadas con las intervenciones curativas y, donde el énfasis se pone en el nivel primario de cuidados con mecanismos de remisión apropiada a niveles más altos del cuidado. [8]

Las acciones necesarias para prevenir y tratar las enfermedades cardiovasculares en los individuos son engañosamente sencillas: basta con tener una dieta sana, ser físicamente activos, no fumar y tener chequeos médicos periódicos. Sin embargo, la realidad es mucho más compleja. Cambiar el comportamiento de los individuos es difícil porque las opciones individuales están influenciadas por diversos factores sociales y ambientales y muchas personas no tienen los recursos para cambiar ni tienen acceso oportuno a los cuidados médicos –que no servicios-. [8] Se trata entonces de, sin dejar de promover los cambios en el comportamiento de los individuos, actuar sobre los factores ambientales y de conjunto con otros sectores, incrementar el acceso y reducir los precios de los alimentos saludables, crear ambientes que promuevan la actividad física en la vida cotidiana, promover

regulaciones sobre la producción, distribución y publicidad de los productos que tengan efectos adversos sobre la salud, así como sobre la comercialización y las importaciones. Estas estrategias poblacionales no sólo reducen los niveles de riesgos para la población, sino que también facilitan y potencian el impacto de las estrategias de alto riesgo.

El acceso a la prevención clínica, en el marco de los servicios integrales de salud, redundaría en ganancias significativas desde el punto de vista sanitario, económico y social debido a que estas enfermedades comparten factores de riesgo comunes. Asimismo, existen intervenciones costo-efectivas, asequibles y viables, incluso en entornos de bajos recursos; [10] la prevención y los cuidado con respecto a estas enfermedades se pueden mejorar si los sistemas de salud se orientan a la atención primaria [11] y si dichos cuidados se articulan en torno a redes integradas de servicios de salud. [12]

Sin embargo, se observa con preocupación que este papel pudiera estar limitado por la deficiente cobertura y acceso y, también por gestión de los servicios de salud, los medicamentos y a las tecnologías, el nivel de educación y la posición socioeconómica de los individuos y las familias, la fragmentación de los sistemas y la atención episódica de estas dolencias. (12) Cuba ha apostado todo por ese tipo de sistema y ha conseguido resultados espectaculares, particularmente en la atención materno- infantil. Sin embargo, quizás algo ha estado fallando en el abordaje de las enfermedades crónicas.

Las enfermedades crónicas requieren de un modelo de cuidados integrales. [13] La prevención y el control de estas condiciones requieren de acceso regular a los servicios de salud y a los medicamentos, para que las personas que las padecen puedan ser detectadas oportunamente y tratadas de la mejor manera posible. Cada vez hay más pruebas que indican que el tratamiento integral significa fomentar el autocuidado de los pacientes, particularmente en el primer nivel de atención, [15] sobre todo, en los grupos de población en situación de vulnerabilidad. Quizás los servicios de salud del país puedan beneficiarse un poco de estos conceptos y considerar la adaptación de este tipo de modelos.

Por ejemplo, y para allanar el camino, hay pruebas de intervenciones costo-efectivas para mejorar la salud cardiovascular. Se ha estimado que la implementación de una estrategia que reduzca el uso del tabaco en 20 % y el consumo de sal en 15 % a nivel poblacional, y que expanda la utilización de un régimen multifármacos en pacientes con alto riesgo de enfermedades cardiovasculares, en el contexto de un sistema de salud con una cobertura sólo del 60 % de la población, puede prevenir alrededor de 17,9 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares en 10 años, 56 % de las cuales corresponderían a menores de 70 años. [16] Bajo esta lógica, que no significa "medicalizar" la prevención, sino tratar a quienes tienen alto riesgo, Cuba tendría enormes posibilidades de reducir la mortalidad por estas causas y a un costo razonable.

Se recomienda que para iniciar y sostener las intervenciones que se necesitan para reducir la carga de las enfermedades cardiovasculares se preste especial atención al completamiento de la fuerza laboral y a su entrenamiento apropiado, particularmente en los servicios de primer nivel. [9] Cuba no tiene ningún problema con el completamiento de su fuerza laboral. La construcción de capacidades podría incluir, específicamente, realzar en los planes de estudios estas materias: integración de las enfermedades crónicas en medicina clínica, salud pública, investigación, economía, epidemiología, ciencias del comportamiento, promoción de la salud y comunicación en salud.

Por otra parte, no hay sistema de salud, por muchos recursos que disponga, capaz de enfrentar con éxito un problema de esta magnitud, de la manera en que hoy se está haciendo en muchos lugares. Un modelo de cuidados que esté centrado en el médico es muy difícil de sostener, tanto desde el punto de vista económico como técnico. En el equipo de salud hay médicos, pero también enfermeras, odontólogos, nutricionistas, psicólogos, trabajadores sociales y demás, y dicho problema se agrava si estos profesionales siguen teniendo una formación centrada en el hospital y desenfocada de los problemas de la comunidad. En efecto, una formación tan orientada a la curación y tan alejada de los servicios clínicos preventivos, no puede fecundar profesionales que se identifiquen con —y proporcionen—la transformación de los servicios de salud, en la dirección que requieren los desafíos que representa el manejo de las enfermedades crónicas. Y la atomización es todavía mayor cuando cada grupo quiere poner en el terreno su propio programa, sus guías y sus reglas. Tal

verticalismo colisiona con los objetivos horizontales del sistema de salud y con la salud misma, confunde los fines con los medios y es menos productivo. [16]

El rápido incremento en los costos de salud a consecuencia de las enfermedades crónicas es empobrecedor, y la inacción, a la vez que seguirá costando millones de muertes prematuras, es una tremenda carga para el desarrollo sostenible. [17] Aunque estas enfermedades pueden ser prevenidas o pospuestas, este asunto aún está fuera de la agenda política de muchos países y de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en salud.

Dada la cercanía de la sesión especial de Naciones Unidas, dedicada a examinar el tema de las enfermedades crónicas como un problema del desarrollo humano, a celebrarse en septiembre del 2011 en Nueva York, este problema adquiere una especial relevancia y este número de la Finlay le viene como anillo al dedo.

El desafío es enorme. Aun estamos a tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de Salud 2009 [Monografía en Internet]. La Habana: MINSAP; 2010 [citado 21 Ene 2011]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2010/04/anuario-2009e3.pdf

2. The NCD Alliance. The Global Burden of NCDs [Monografía en Internet].The NCD Alliance; 2010 [citado 20 Ene 2011]. Disponible en: http://www.ncdalliance.org/node/11

3. Emberson JR, Whincup PH, Morris RW, Walker M. Re-assessing the contribution of serum total cholesterol, blood pressure and cigarette smoking to the aetiology of coronary heart disease: impact of regression dilution bias. Eur Heart J. 2003;24(19):1719-26

4. World Health Organization (WHO). The world health report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life [Monografía en Internet]. Geneva: WHO; 2002 [citado 20 Ago 2010]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2002/en/

5. Cardiovascular health crisis. Lancet [revista en Internet]. 2010 [citado 28 Ene 2011];376(4):[aprox. 2p]. Disponible en: http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)62196-4/fulltext

6. Benet Rodríguez M, Morejón Giraldoni A, Espinosa Brito AD, Landrove Rodríguez OO, Dania Peraza Alejo D, Ordúñez García PO. Factores de riesgo para enfermedades crónicas en Cienfuegos, Cuba 2010. Resultados preliminares de CARMEN II. Medisur [revista en Internet]. 2010 [citado 22 Ago 2010];8(2):[aprox. 5p]. Disponible en: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1166

7. World Health Organization (WHO). Prevention of Cardiovascular Diseases: guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk. Geneva: WHO; 2006

8. Commission on Social Determinants of Health (CSDH). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health [Monografía en Internet]. Geneva: WHO; 2008 [citado 24 Ene 2011]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html

9. Institute of Medicine (IOM). Promoting Cardiovascular Health in the Developing World: A Critical Challange to Achieve Global Health [Monografía en Internet]. Washington, DC: The National Academies Press; 2010 [citado 24 Ene 2011]. Disponible en: http://books.nap.edu/openbook.php?booksearch=1&term=Search This Book&record_id=12815&bottom_Search This Book.x=20&bottom_Search This Book.y=15

10. World Health Organization (WHO). Package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings [Monografía en Internet]. Geneva: WHO; 2010 [citado 24 Ene 2011]. Disponible en: http:whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241598996_eng.pdf

11. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C; Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Publica [revista en Internet]. 2007 [citado 25 Ene 2011];21(2/3):[aprox. 35p]. Disponible en:

http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/03.pdf

12. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, D.C: OPS; 2010

13. Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost L, McCulloch D, et al. Quality Improvement in Chronic Illness Care: A Collaborative Approach. Jt Comm J Qual Improv. 2001;27(2):63-80

14. Von Korff M, Schaefer J, Davis C, Ludma E, Greene SM, Parkerton M, Wagner EH. Twelve evidence-based principles for implementing self-management support in primary care. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2010;36(12):561-70

15. Lim SS, Gaziano TA, Gakidou E, Reddy KS, Farzadfar F, Lozano R, et al. Prevention of cardiovascular disease in high risk individuals in low-income and middle-income countries: health effects and costs. Lancet. 2007;370:2054-62

16. Ordúñez García P, Pérez Flores E, Hospedales J. Más allá del ámbito clínico en el cuidado de la hipertensión arterial. Rev Panam Salud Publica [revista en Internet]. 2010 [citado 24 Ene 2011];28(4):[aprox. 19p]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892010001000011&script=sci_arttext

17. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Financing Global Health 2010: Development assistance and country spending in economic uncertainty [Monografía en Internet]. Seattle, WA: IHME; 2010 [citado 20 Ene 2010]. Disponible en: http://www.healthmetricsandevaluation.org/print/reports/2010/financing/financing_global_health_report_FullReport_IHME_1110.pdf