

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES DEL ADULTO. CONCEPTOS BÁSICOS PARA IMPLEMENTAR PROGRAMAS CON BASE COMUNITARIA

Dra. XIMENA BERRIOS CARRASOLA*

Las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto (ECNTA) constituyen hoy día el principal problema de salud del país. Una larga lista compone este grupo. Para delimitar el problema se ha recurrido a la definición del Center for Disease Control de Atlanta (CDC), que dice que son "enfermedades de etiología incierta, habitualmente multicausales, con largos períodos de incubación o latencia; largos períodos subclínicos, con prolongado curso clínico, con frecuencia episódico; sin tratamiento específico, sin resolución espontánea en el tiempo y de gran impacto en la población adulta". A esto se agrega que la etiología transmisible no ha sido demostrada fehacientemente, salvo en algunos cánceres. Una clasificación tentativa del grupo se encuentra en la Tabla 1.

Es práctico tratar el tema de la prevención de las ECNTA en conjunto, ya que su prevención primaria es común. En este artículo, por lo tanto, se abordará el problema tratando al grupo como una unidad.

La información disponible nos indica que muchas de estas enfermedades son prevenibles, y sus muertes a edades tempranas evitables. Se han identificado factores de riesgo (FR) asociados epidemiológicamente a ellas, como tabaquismo, consumo excesivo e inapropiado de alcohol, inactividad física, obesidad, hipertensión arterial, perfil lipídico alterado y dieta inadecuada. Estos FR son modificables y vulnerables a estrategias de intervención que intercepten la historia natural de la enfermedad en que participan.

La importancia adquirida por las ECNTA, y las opciones concretas de prevención que presentan, las ubican como prioritarias, e indican que es urgente tomar acción para enfrentarlas. Esta prioridad se ve refrendada por los resultados de nuestros estudios sobre el tema, que demuestran que la prevalencia de los FR mencionados es muy alta en la población adulta del país, semejante a la de comunidades industrializadas cuando estas se encontraban en la misma etapa de transición epidemiológica hace 30 años, pero sin

que Chile exhiba aún las altas tasas de mortalidad que aquellas comunidades tenían en ese momento lo que se ha agravado por el aumento absoluto y relativo de la población mayor de 15 años. Por lo tanto, a no mediar una acción preventiva que modifique el nivel y perfil de estos FR, este país alcanzará en los años por venir cifras realmente epidémicas.

Esto indica que existe una potencialidad de daño que aún no se ha manifestado clínicamente. Podemos suponer que en muchos individuos la historia natural de las enfermedades del grupo está en etapas tempranas, subclínicas, e incluso en gente joven, en las cuales el daño se está recién iniciando y puede ser aún reversible. En estos grupos, una oportuna y eficiente intervención impediría o retardaría el curso inexorable de las ECNTA. La investigación sobre el tema ha entregado contundente información sobre distintas instancias de prevención de estas ECNTA.

OBJETIVOS DE LA PREVENCIÓN EN ECNTA

El objetivo final es mejorar la situación de salud de la población; el objetivo general es disminuir la mortalidad y morbilidad por las ECNTA.

Considerando que estos objetivos se alcanzan a largo plazo, y que la modificación de los FR puede contribuir a su cumplimiento, es práctico y funcional establecer un objetivo intermedio, como es la modificación del perfil de los FR epidemiológicamente asociada a las ECNTA en la comunidad. (Figura 1). Estos objetivos intermedios pueden tener dos niveles:

1.- De prevención primaria: Reducir en población general la prevalencia de tabaquismo, consumo de alcohol, sedentarismo, obesidad, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y dieta inadecuada.

2.- De prevención secundaria o terciaria: Promover la

* Profesor Adjunto de Salud Pública Departamento de Salud Pública

Tabla 1. Clasificación de las enfermedades crónicas, incluidos los accidentes

<p>SUBGRUPO 1 Enfermedades Cardiovasculares Enfermedades Cerebrovasculares Cáncer Accidentes y Violencias (1)</p>	<p>Responsables de las primeras causas de muerte en el país.</p>
<p>SUBGRUPO 2 Enfermedad Bronquial Obstructiva Crónica Cirrosis Hepática</p>	<p>Patologías específicas responsables de un número importante de muertes.</p>
<p>SUBGRUPO 3 Obesidad Diabetes Mellitus Hipertensión Arterial</p>	<p>Condiciones que a su vez son factores de riesgo para sub-grupo 1.</p>
<p>SUBGRUPO 4 Enfermedades Mentales Osteoporosis Enfermedad Musculoesqueléticas</p>	<p>Causas importantes de morbilidad, incapacidad e invalidez.</p>
<p>(1) No son ECNTA, pero se ubican en el grupo por su importancia y vulnerabilidad.</p>	

detección precoz, tratamiento y rehabilitación de pacientes con ECNTA.

BASES PARA LA ELABORACION DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE ECNTA

Las experiencias exitosas de los programas que han aplicado medidas destinadas a controlar y modificar los FR (Proyecto North Karelia de Finlandia, Proyecto Five City de la Universidad de Stanford en USA, Programa Heart Health de la Universidad de Minnessotta en USA, Programa A su Salud de la Universidad de Texas en USA), entregan las bases para intervenciones eficaces en la comunidad, las que deben tenerse presentes para la programación de actividades en la prevención de ECNTA. Entre estas destacan:

1.- El problema de las ECNTA es un problema de salud masivo, ya que los FR involucrados afectan a la mayor parte de la población. En efecto, en Chile los estudios citados anteriormente indican que el 90% de la población adulta de la Región Metropolitana tiene uno o más FR epidemiológicamente asociados a las ECNTA. Por lo tanto, al decir de G. Rose, este problema masivo se debe controlar con un enfoque tam-

bién masivo, como se tratan las epidemias, ya que esto es en realidad el problema: una epidemia de enfermedades crónicas y de factores de riesgo para ellas.

2.- La mayoría de las ECNTA tienen FR comunes, presentes en distintos momentos de sus historias naturales. Si se considera que las medidas para controlarlos son las mismas, los programas de prevención primaria de las ECNTA deben ser comunes (Figura 2).

3.- Los FR rara vez se encuentran aislados. Lo habitual es que se superpongan, potenciando su efecto deletéreo. Nuestros estudios han demostrado que sólo el 10% de la población adulta tiene un solo FR; el 90% restante tiene algún tipo de combinación, por superposición de ellos. Esta situación coloca a una alta proporción de la población adulta en situación de alto riesgo, aunque el nivel de cada FR sea modesto. Esto apoya la racionalidad de programas multifactoriales.

4.- El enfoque para el control debe considerar todas las instancias de prevención posibles, empezando por el tratamiento adecuado, prevención secundaria y rehabilitación, además de prevención primaria.

5. No obstante lo anterior, debe dársele prioridad a los programas de prevención

primaria, por haberse demostrado que son los de mayor costo-beneficio para enfrentar el problema de la ECNTA. El tratamiento del cuadro clínico no ataca al problema en sus raíces; el paciente consulta en los estadios terminales de la historia natural, cuando ya hay mucho daño irreversible. Por ejemplo, se sabe que casi un 20% de los casos de cardiopatía coronaria no llegan ni siquiera a tener contacto con el médico: su debut en la enfermedad fue la muerte súbita.

6. Dada la magnitud y naturaleza del problema, y ya que se deben desarrollar programas integrales, las acciones de intervención para prevenir las ECNTA deben incorporarse y coordinarse a los programas de salud ya existentes.

7. Dado que en los países en plena transición epidemiológica, como Chile, no existe experiencia en programas con estrategias poblacionales para la prevención de enfermedades crónicas, se hace necesario evaluar cuidadosamente las actividades y estrategias aplicadas. Un país en desarrollo, sin recursos suficientes para cubrir sus necesidades de investigación, no puede darse el lujo de realizar actividades sin evaluar utilidad, factibilidad, aplicación a otras áreas, costos, etcétera. Por esta razón, los programas nuevos, con intervenciones preventivas poblacionales, deben ser científicamente evaluados, tanto en sus resultados como en su proce-



Figura 1. Objetivos de un programa de prevención de enfermedades crónicas con base comunitaria. Adaptado de Puska P et al, Ann Rev Public Health 1985; 6: 147-9.

so y factibilidad, lo que será un aporte al conocimiento sobre el tema.

8. Por la misma razón anterior, es aconsejable iniciar las acciones con pequeños proyectos de demostración, con objetivos modestos pero con metodología rigurosa e intachable, en los Servicios Locales de Salud en distintas regiones del país.

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

La secuencia lógica de niveles de acción para poner bajo control cualquier problema de salud es siempre la misma, la que en el caso de las ECNTA consiste en:

1) Tratamiento de los casos conocidos.

2) Prevención de recurrencias y progresión.

3) Intento de descubrir y tratar en forma precoz casos subclínicos.

4) Intento de detectar, modificar y tratar factores de riesgo.

5) Intento de evitar la aparición de factores de riesgo.

De estos niveles, los tres primeros son cubiertos por la práctica clínica, y su aplicación es parte de la atención médica tradicional. Ellos corresponden a las llamadas ESTRATEGIAS DE ALTO RIESGO o individuales, en los cuales los niveles de prevención son generalmente el secundario y terciario. Estas estrategias son sólo paliativas y se concentran en una minoría susceptible, sin tocar las causas por las que esta minoría es susceptible.

Los dos últimos niveles corresponden a las ESTRATEGIAS POBLACIONALES, que se desarrollan principalmente cubrien-

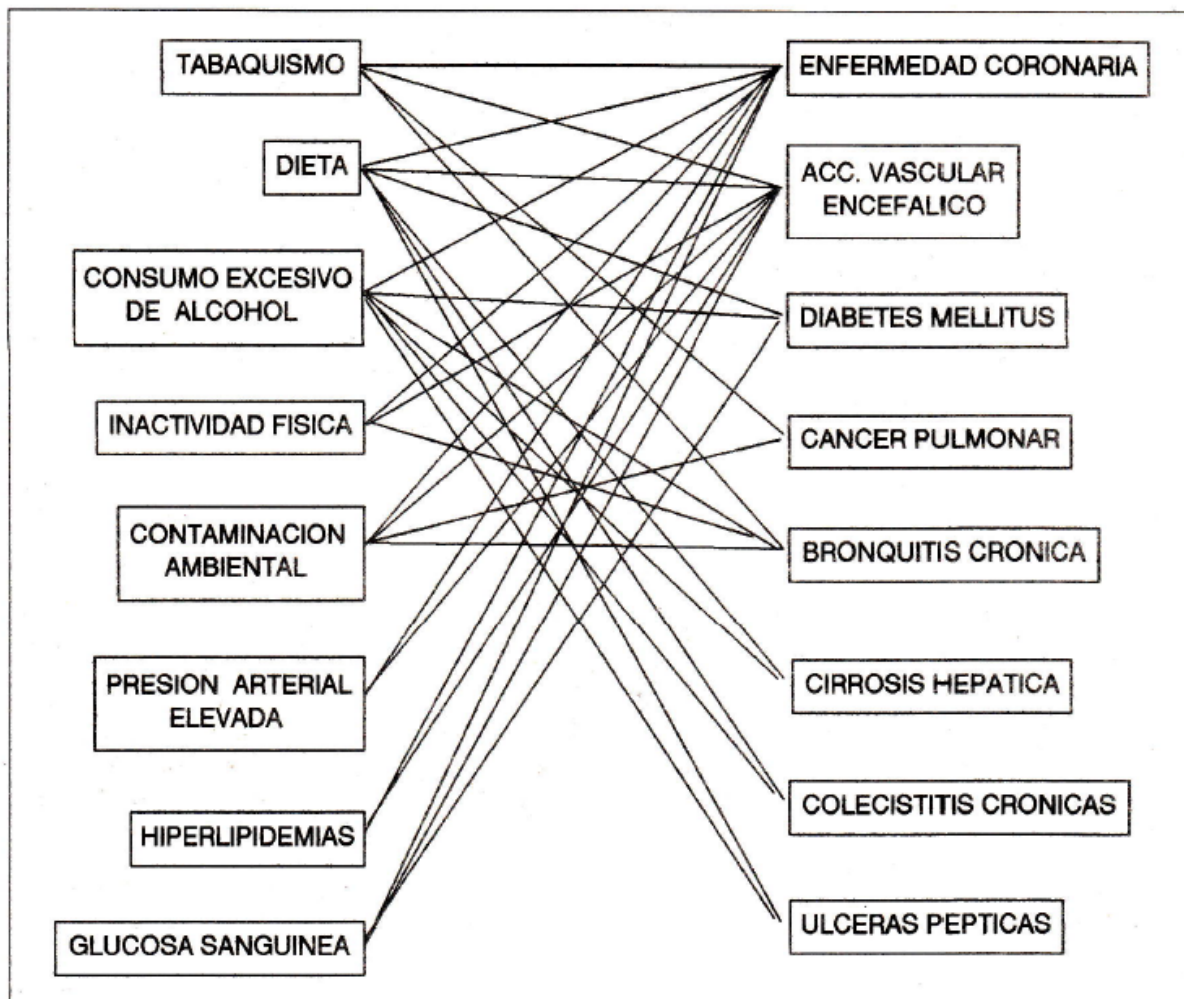


Figura 2. Enlaces principales entre los factores de riesgo y las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto.

do los niveles de prevención primaria y primordial. Estas pretenden ir a la raíz del problema, modificando la distribución que tienen los FR en la población y, por ende, sus valores medios, que son los que finalmente determinan la prevalencia de cualquiera variable poblacional. Algunas estimaciones que dan testimonio de estos efectos son: la disminución del promedio de colesterol en un 10% en una población determinada puede reducir la mortalidad por cardiopatía coronaria en un 20% a 30%; la disminución de 10mmHg de la presión arterial sistólica promedio puede disminuir la mortalidad por cardiopatía coronaria en un 30% sobre todo si se acompaña de una reducción en los niveles de obesidad y consumo de alcohol; a su vez, al reducirse el nivel de ingesta de este último en un 10%, disminuye la mortalidad por cirrosis hepática en un 25%, entre otros hallazgos relevantes.

Componentes de las estrategias poblacionales

Los componentes son:

1. Los servicios de salud, con todos sus niveles de atención, pero por razones obvias el Nivel Primario de Atención (NPA) debe ser el más involucrado en estos programas. Dado que las intervenciones que se deben privilegiar son comunitarias, estas deben tener su base en este nivel, que conecta a la comunidad con el Sistema de Salud. Este elemento, tan importante para cualquier estrategia preventiva, en Chile debe ser readecuado en lo físico y material a la "Nueva Salud Pública" que lo desafía. Esta tarea consiste en:

a) Facilitar y mejorar el acceso del público a todos sus niveles, con nuevos horarios, nuevos programas, personal capacitado, lo que permitiría:

- Mejorar la adhesión a los programas existentes y nuevos por desarrollar.

- Desarrollar programas innovadores acordes con las necesidades de la población.

- Absorber la demanda adicional que una intervención exitosa debería producir (ejemplo: controles de colesterol, de presión arterial, Papanicolau, etcétera). Los estudios sobre el tema antes mencionado han mostrado que este aspecto del problema es causa determinante de la baja adhesión de los usuarios a los programas de prevención establecidos y es una limitante para iniciar programas innovadores de prevención.

- Adecuar estructura física.

b) Preparar personal de todos los estamentos que trabajan en salud para cumplir con lo anterior. Esto significa capacitación de médicos, paramédicos, técnicos, auxiliares, alumnos en formación de Medicina, Enfermería y cursos de auxiliares.

c) Estimular el papel de educador del médico, dado su gran ascendiente sobre la población, el cual debería tener la oportunidad de elaborar y entregar un mensaje a su enfermo o consultante. Los médicos del NPA tienen creciente percepción de la importancia de la prevención de las enfermedades y promoción de la salud, especialmente por los desilusionantes resultados del "tratamiento", especialmente de las ECNTA. Esto es impedido hoy día por las circunstancias que rodean su quehacer: presión asistencial, bajos sueldos, falta de estímulo, falta de programas innovadores, de metas y normas claras, etcétera, todo lo cual inhibe el cumplimiento de este importante rol.

d) Promover la característica interdisciplinaria de los programas, en los cuales el papel de los científicos sociales y especialistas en educación es cada vez más importante, para apoyar una educación en salud realmente eficaz y racional. En la tarea de promover hábitos y conductas saludables, es imprescindible el apoyo de especialistas en el área. La aplicación de técnicas y conceptos derivados de teorías sociales del aprendizaje debe contar con ellos.

e) Desarrollar sistemas de registro adecuados, necesarios para implementar programas de monitoreo de programas de intervención de FR y de vigilancia epidemiológica sobre las enfermedades que se quiere prevenir, además de aportar valiosa información en el tema.

Educación universitaria

En esta readecuación, aunque indirectamente, le cabe una responsabilidad a las escuelas formadoras de profesionales, investigadores y técnicos en las carreras de la salud. Ellas aún no han adaptado sus currículos o lo están haciendo recientemente a la nueva realidad que vive el país. En este problema es imprescindible tomar medidas heroicas, para rápidamente "adecuar personal" a esta demanda, ya que las reformas curriculares, toman su tiempo en producir efecto, por lo prolongado de los estudios.

Promoción de la salud

Dado que la mayoría de los FR están relacionados a estilos de vida no saludables, éstos son componentes básicos de las estrategias de prevención, cualquiera sea su nivel. De acuerdo al concepto de PROMOCIÓN de la salud, que es la ciencia y arte para ayudar a la población a cambiar sus estilos de vida hacia estados más saludables, esto se consigue por la combinación de esfuerzos entre la educación y la creación de ambientes favorables.

a) Educación de la comunidad para que la población tome conciencia del problema, para lo cual debe ser adecuadamente informada, y así dársele la oportunidad que tome decisiones responsables sobre su salud. Esta educación debe ser planificada, estructurada y mantenida en el tiempo. Lo que se quiere lograr con ello no es sólo informar, sino que también se espera un cambio en sus conductas y hábitos de vida, lo que no es fácil, especialmente en la población adulta. Finalmente, es necesario recordar la conveniencia de educar a grupos poblacionales jóvenes, especialmente escolares, por las ventajas que ello representa. Por problemas de espacio, remito al lector a otras publicaciones.

b) Creación de ambientes favorables, los que deben adecuarse para facilitar la puesta en práctica de cambios a conductas saludables, como actividad física, dieta balanceada, adhesión a programas del NPA, etcétera. Dentro de este ámbito caben medidas regulatorias, como leyes que proscriban el avisaje del cigarrillo y alcohol, el fumar en lugares públicos, leyes que regulen la preparación de alimentos, regulación para impedir exposición a contaminantes (pesticidas), radiaciones etcétera; regulaciones que protejan de accidentes del tránsito, como uso del cinturón de seguridad, velocidades máximas en la carretera, penas significativas a quienes manejen bajo la influencia del alcohol, etcétera. Otras medidas se refieren a impuestos a cigarrillos y alcohol, a alimentos con altos contenidos de grasas saturadas, por ejemplo, así como subsidios a productores para orientar su producción hacia áreas más saludables. La opinión general es que estas medidas funcionarán sólo si hay una comunidad informada y que estos cambios sean solicitados por la propia comunidad, convencida que son necesarios.

c) Para estimular la participación comunitaria en las acciones de promoción de la salud, debemos adelantarnos a investigarla para tener mayor información sobre ella, no sólo sobre los problemas de salud, sino que también sobre la percepción que esa comunidad como grupo humano tiene respecto a estos problemas, su identidad con ellos, percepción de sus propias necesidades, capacidad de liderazgo, recursos comunitarios, organización, etcétera. Por lo tanto, además del epidemiológico, es necesario un diagnóstico comunitario social, conductual, ambiental, educacional y administrativo.

Medios masivos de comunicación

Este es un recurso de alto costo, sobre el cual debería legislarse para permitir la difusión masiva de mensajes edu-

cativos a la población. Desgraciadamente, fuertes intereses económicos compiten con la débil infraestructura que presentan en esta área los programas de prevención. En todo caso, de ser posibles, deben responder a programas organizados y sus mensajes ser consecuentes, mantenidos en el tiempo, progresivos y coordinados con programas locales. Los elegantes avisajes sobre alcohol, cigarrillo y otros hábitos poco saludables deberían prohibirse, o al menos compensarse con otros alternativos para que finalmente la población decida.

En síntesis, la recomendación para la prevención de las ECNTA que tienen FR comunes, es la de programas de promoción de la salud con activa participación comunitaria, basados en el nivel primario de atención, con estrategias poblacionales. Estas deberían ser multifactoriales, integradas a las otras actividades del Servicio de Salud, y susceptibles de ser evaluadas. Estas estrategias deberían aplicarse en forma paulatina, empezando por programas de demostración adecuados a los distintos niveles socioeconómicos y culturales, para evaluar no sólo su impacto, sino también su factibilidad.

La experiencia y observación personal de la autora permiten colegir que desgraciadamente la situación actual, tanto de infraestructura física y humana del sistema de salud, no está aún adecuada para enfrentar este nuevo perfil de enfermedades; tampoco lo está la población general, que no ha recibido educación suficiente para evaluar sus propias necesidades, establecer sus propias prioridades y tomar decisiones responsables al respecto. Por lo tanto, una opción es iniciar progra-

mas de intervención en población escolar primaria, con la participación activa de los padres, apoderados y maestros. Esto permite también cubrir necesidades de las familias. Dado el importante papel que las escuelas juegan en la comunidad, los niños pueden servir como vehículos para actuar en la comunidad circundante y para lograr metas locales de mejora ambiental, y en otras medidas que apoyen los objetivos de promover estilos de vida saludables en la población.

REFERENCIAS

- 1.- Rose, G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *Brit Med J* 1981; 282: 1847-1851
- 2.- Berríos, X. Prevención primaria de las enfermedades crónicas del adulto: intervención sobre sus factores de riesgo en población escolar. *Rev Chil Ped* 64; 6: 397-402, 1993.
- 3.- Berríos X, Jadue L, Zenteno J, Ross M I, Rodríguez H, Prevalencia de los Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas. Estudio en población general de la Región Metropolitana. *Rev Med Chil* 1990; 118: 597-604 y 1041-1042
- 4.- Farquhar J W. Effect of community wide education in cardiovascular diseases risk factors. *JAMA* 1990; 264: 259-365
- 5.- Puska P, Nissinen A, Tuomiletho J. The community based strategy to prevent coronary heart disease: conclusions from the ten years of the North Karelia Project. *Ann Rev Public Health* 1985; 6: 147-193
- 6.- Holland, W. W., Detels R., Knox, G. *Oxford Textbook of Public Health*. 2nd edition, volume 3. Applications in Public Health. Oxford University Press, 1991, Oxford.