



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



14.^a REUNIÓN INTERAMERICANA A NIVEL MINISTERIAL EN SALUD Y AGRICULTURA

México, D.F., 21 y 22 de abril de 2005

Punto 14.6 del orden del día provisional

RIMSA14/26 (Esp.)

8 abril 2005

ORIGINAL: INGLÉS

LA POBREZA RURAL: SALUD Y ESTILO DE VIDA

Dr. Trevor A. Hassell
Presidente, Fundación Interamericana del Corazón

Resumen

1. Las enfermedades crónicas, incluidas las del corazón y los vasos sanguíneos, según la información recogida en los últimos 20 años, se encuentran entre las causas de discapacidad y muerte más comunes en casi todos los países del mundo. Se pronostica que en el 2020, como parte del fenómeno denominado transición epidemiológica, las enfermedades cardiovasculares serán una causa de años de vida ajustados en función de la discapacidad con más frecuencia que las enfermedades infecciosas y parasitarias en todas las regiones del mundo, con la excepción del África al sur del Sahara. El proceso de la transición sanitaria ocurre en diferentes lugares a una velocidad distinta en los planos comunitario, nacional, regional y mundial; transcurre por fases, que a veces se dan simultáneamente, en particular en América Latina y el Caribe, donde existe un mosaico epidemiológico compuesto por una gran variedad de enfermedades y problemas de salud.

2. El grupo emergente notable de las enfermedades crónicas, incluidas las cardiopatías, comparte factores de riesgo nocivos que son predisponentes. Su génesis depende de estilos de vida y comportamientos; entre los más importantes cabe señalar el tabaquismo, la alimentación malsana, la inactividad física y una serie de factores de estrés emocional en el trabajo, el hogar o la sociedad. Las enfermedades crónicas tienen consecuencias adversas en la sensación de bienestar y la felicidad de las personas, reducen la productividad en las comunidades e impiden la creación del patrimonio nacional. Por estas razones, entre muchas otras, es preciso encontrar medios para prevenir y reducir la epidemia de enfermedades crónicas. Para atacar estos problemas, hay que aplicar las funciones de la salud pública afines a la modificación de comportamientos y a la salud del corazón entre los grupos rurales pobres de América Latina y el Caribe. Hay que incorporar evaluaciones del estado de salud, la protección y promoción de la salud y la vigilancia epidemiológica con el fin de evitar las enfermedades crónicas.

Introducción

3. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2002, 16,7 millones de personas mueren cada año en el mundo por enfermedades cardiovasculares. Esta cifra equivale a la tercera parte de las muertes a escala mundial¹. Este grupo de enfermedades es la causa principal de muerte en 31 de los 35 países que notifican estadísticas. Las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares representan 35 a 55% de las 800.000 defunciones anuales que se registran en América Latina y el Caribe.

4. Se reconoce que la cardiopatía reumática y la enfermedad de Chagas son formas de enfermedad cardíaca que prevalecen en ciertas zonas restringidas de algunos países de la subregión. Estas enfermedades se tratarán en el presente documento, que se concentra en la epidemia actual de arteriopatía coronaria.

5. Se prevé que en el 2020 las enfermedades cardiovasculares en América Latina y el Caribe serán causa de muerte tres veces más frecuentemente que las enfermedades infecciosas. Además, la carga de las enfermedades cardiovasculares, expresada en años de vida ajustados en función de la discapacidad, excederá la carga de las enfermedades infecciosas y parasitarias en todas las regiones del mundo, salvo en el África subsahariana (2).

6. Las enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades no transmisibles crónicas, que comparten muchos factores y estados de riesgo, son prevenibles. Es menester ampliar las actividades comunitarias, nacionales, subregionales e internacionales para lograr tal prevención. Por lo tanto, la Reunión Interamericana a nivel Ministerial en Salud y Agricultura es el foro apropiado, dado su interés en la salud de la población rural, para examinar el tema de la salud del corazón y los estilos de vida de las comunidades rurales. El objeto es aumentar nuestros conocimientos acerca de algunos problemas, reflexionar acerca de las circunstancias en las que ha surgido la epidemia de enfermedades cardiovasculares y crónicas, considerar las repercusiones en los pobres que habitan en las zonas rurales y encontrar medios para revertir o frenar el avance de la epidemia.

7. Hace unos 34 años, Omran propuso la teoría de la epidemiología de los cambios demográficos (3). En 1998, el autor modificó su teoría, a la cual nos referimos ahora con un nombre compuesto: transición epidemiológica. En esta teoría se reconoce la evolución en los países de los cambios en la pauta de morbilidad de las enfermedades infecciosas a las no transmisibles, en particular a las cardiovasculares (4). En la actualidad se acepta que el proceso de transición sanitaria consta de cuatro fases: primero fue la era de las pestes y la hambruna; la segunda fase se caracterizaba por la fiebre reumática residual y un aumento en las enfermedades relacionadas con la hipertensión arterial; en la tercera, las enfermedades degenerativas y provocadas por el hombre, como las cardiopatías isquémicas y las apoplejías, se volvieron epidémicas, y la última fase es aquella en la que las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares siguen siendo las causas dominantes de muerte, pero no sólo entre las personas mayores.

8. Los países de América Latina y el Caribe no se encuentran en etapas bien delimitadas del proceso de la transición sanitaria, sino que lidian con una combinación epidemiológica que se compone de una gran variedad de problemas de salud y enfermedades. Por ende, la declaración de la Dra. Catherine Le Gales-Camus, Subdirectora General del Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental de la OMS, en el sentido de que “las enfermedades no transmisibles crónicas están imponiendo una carga creciente en los países de ingresos bajos y medios, que cuentan con recursos limitados y siguen bregando para enfrentar los desafíos de los problemas que causan las enfermedades infecciosas”, se aplica a casi todos los países y las comunidades rurales de la subregión.

9. En el *Informe sobre la salud en el mundo 2002*, se expone el concepto de varias cadenas causales que conducen a enfermedades cardiovasculares, como las apoplejías y las cardiopatías coronarias, y producen discapacidad o muerte (5). Estas causas son socioeconómicas distales, proximales, y fisiológicas y fisiopatológicas. La disminución o eliminación de uno o varios factores causales reducirá la discapacidad y la muerte provocadas por estos grupos de enfermedades.

10. Los tres factores de riesgo fisiológicos y fisiopatológicos más importantes en el mecanismo causal de las enfermedades cardiovasculares son la hipertensión arterial, las concentraciones anormales de lípidos o grasas en la sangre, y la intolerancia a la glucosa o diabetes. Las causas proximales, o relacionadas con el estilo de vida, más importantes son la obesidad y la inactividad física, la nutrición y el tabaquismo, y las causas socioeconómicas son la pobreza, la escolaridad baja y la ocupación.

11. La prevalencia estimada de la hipertensión arterial en América Latina y el Caribe es de 8 a 30%. Dado que se utilizan diversos criterios para el diagnóstico del padecimiento y que las características de los procedimientos para el muestreo de datos no suelen ser uniformes, los datos recogidos varían considerablemente del nivel nacional al regional o local. Sin embargo, cuando se cuenta con datos, es sorprendente percatarse de la medida en la cual las personas encuestadas desconocían la información sobre la hipertensión y los porcentajes tan bajos de personas hipertensas en tratamiento o control (6). Es un hecho lamentable, ya que se ha demostrado desde hace muchos años que el control de la tensión arterial reduce sustancialmente las probabilidades de las enfermedades del corazón y los vasos sanguíneos.

12. La diabetes constituye un factor de riesgo de cardiopatía y representa una carga de morbilidad importante y creciente, pero variable, en la subregión. Se estima que hay 35.000 personas que padecen diabetes en América Latina y el Caribe (7) y, en 1990, se atribuyeron a la diabetes 291.000 defunciones, que ascendieron a 465.828 en 2000 (8). La prevalencia de la diabetes es más alta en nuestra subregión que en el resto del mundo; se prevé que, en 2025, 8% de la población de la subregión padecerá diabetes (9).

13. El tabaquismo es la causa principal de muerte en el mundo, y representa 1.000.000 de defunciones anuales, 46% de las cuales son de mujeres. La OMS estima que, en 2020, el tabaco por sí solo será la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo, y que se registrarán unos 10 millones de defunciones anuales. En los países latinoamericanos, los porcentajes de adultos que consumen tabaco fluctúan de 14,8% en Paraguay a 40,5% en Venezuela. Los jóvenes que fuman rebasan 20% en Costa Rica, Chile, Uruguay, Bolivia, México y Argentina. En el Caribe, la situación es un poco mejor, aunque no hay que confiarse. El tabaquismo en los adultos, en los países del Caribe de los que se tienen estadísticas, oscila entre bajo, 9,0% en Barbados, y alto,

25,1% en Trinidad y Tabago; además, en los jóvenes varía entre 13,0% en Antigua y Barbuda y 20,7% en Haití (10).

14. Según la OMS, un año después de abandonar el hábito de fumar, el riesgo de cardiopatía coronaria se reduce a 50%. En los 15 años siguientes, el riesgo relativo de que un ex fumador muera por esta enfermedad se acerca al de las personas que nunca en su vida han fumado (11). Hay que tratar de formular estrategias eficaces para ayudar a la población rural pobre en la región a evitar la exposición al tabaco, sobre todo ya que tantas personas dependen del cultivo del tabaco para su sustento.

15. La obesidad es un factor de riesgo grave, sumamente prevenible mediante el cambio de comportamientos relacionados con el estilo de vida. Se encuentra en cualquier grupo de edad y está surgiendo en la subregión en una época en que la desnutrición sigue siendo un problema importante en las comunidades rurales y urbanas por igual. La prevalencia de obesidad es muy variable en América Latina y el Caribe, de 2,65% entre las haitianas, en 1995, a 12,1% en la República Dominicana, en 1996. Las estadísticas de muchos países de la subregión indican que está aumentando la prevalencia de la obesidad. En los últimos 10 años, la prevalencia de la obesidad ha ascendido en Jamaica, de 18% a 30%, y es probable que sea un reflejo de lo que está sucediendo en distintos grados en casi todos los países de la región.

16. La función causal de los factores socioeconómicos en las enfermedades cardiovasculares y demás enfermedades crónicas se ha ido manifestando cada vez con más claridad. Hay bastantes datos probatorios fidedignos de la manera como el desempleo, el aislamiento social, la falta de autoestima, la pobreza, la impotencia, la escolaridad insuficiente, las aptitudes deficientes en la lectoescritura y la ocupación en subempleos guardan una relación directa con la prevalencia de las cardiopatías. Puesto que la vida en familia es el núcleo de la comunidad rural, la salud es un factor determinante de gran importancia de la capacidad de la familia para aprender y ganarse el sustento.

17. Hay circunstancias que repercuten en la salud y la atención sanitaria en las comunidades rurales que, en la mayor parte de los países de la subregión, se caracterizan actualmente por su pobreza. La economía rural suele distinguirse por explotaciones insostenibles, vivienda en malas condiciones, falta de transporte, recursos limitados para comprar alimentos, medicamentos y seguro médico, falta de recursos y tiempo para invertir en el mantenimiento de la salud física y de otra índole y en actividades de prevención, y pocas oportunidades de gozar de una vida mejor.

18. En las comunidades rurales a menudo hay escasez de profesionales y establecimientos de atención de salud y de hospitales. El acceso a la asistencia se dificulta más por las distancias largas y el terreno peligroso que hay que recorrer para

acudir a estos establecimientos, donde el transporte público con frecuencia es inexistente. Las desventajas para la educación que suponen las limitaciones de fondos e instalaciones inadecuadas conducen a una escolaridad más baja y a menos trabajadores calificados, muchos de los cuales ignoran sus opciones de salud y las formas de prevenir las enfermedades. Los programas dirigidos a mitigar o a anticiparse a la epidemia de enfermedades cardiovasculares y crónicas en las comunidades rurales deben considerar y ser conscientes de estos factores y de su función, así como de las limitaciones que imponen a la ejecución satisfactoria de los programas.

19. En los últimos tres años, la Fundación Interamericana del Corazón, con el fin de comprender mejor las circunstancias que rodean los trastornos cardiovasculares en la subregión, lanzó una iniciativa de investigación para la evaluación múltiple de los factores de riesgo cardiovascular en América Latina, que se conoce como CARMELA (por la sigla en inglés). El estudio se llevó a cabo en siete ciudades (Buenos Aires, Santiago de Chile, Bogotá, Quito, México, D.F., Lima y Barquisimeto). Su finalidad era determinar la prevalencia de la hipertensión, la diabetes y las lipidemias, así como la relación que guardan estos padecimiento entre sí; valorar las consecuencias del nivel socioeconómico en el riesgo de cardiopatías, y determinar la prevalencia de otros factores de riesgo de trastornos cardiovasculares y de la observancia del tratamiento en unos 11.200 adultos de entre 25 y 64 años. Los datos preliminares señalan una prevalencia alta de tabaquismo, exceso de diabetes y un alto porcentaje de hipertensión sin tratamiento ni control (12).

20. Los factores de riesgo de los comportamientos o estilos de vida que representan la alimentación malsana, la inactividad física y el tabaquismo, junto con factores de estrés sociales y psicosociales, contribuyen no solo a la aparición de las cardiopatías coronarias, sino también de la hipertensión, los accidentes cerebrovasculares, los trastornos respiratorios crónicos, el cáncer, la diabetes y la obesidad, es decir, las enfermedades no transmisibles crónicas. Se las considera entidades nosológicas separadas, pero la propensión a estas enfermedades depende de modos de vida perjudiciales en combinaciones comunes en todas ellas. Las estrategias integradas para la prevención y el control simultáneos de grupos de enfermedades, en lugar de focalizadas en una sola enfermedad no transmisible, probablemente sean económicas, viables y eficaces.

21. La reducción de la incidencia y la prevalencia de enfermedades no transmisibles crónicas, en especial las cardiopatías coronarias, exige que los países y las comunidades ataquen las causas de estas enfermedades desde ángulos individuales, comunitarios, regionales y nacionales.

22. Es necesario conceder una gran importancia a la detección y la gestión de los factores de riesgo fisiológicos y fisiopatológicos que contribuyen a causar la hipertensión, la diabetes y las lipidemias. Abundan las pruebas de lo que se ha aceptado por muchos

años, es decir, que el control de la hipertensión reduce considerablemente el riesgo de cardiopatía coronaria. Recientemente se ha comprobado que lo mismo sucede cuando la diabetes se controla rigurosamente y se han normalizado las concentraciones anormales de lípidos. Es preciso establecer programas e iniciativas destinados a lograr estos objetivos en las comunidades rurales.

23. La adopción para toda la vida de comportamientos y estilos de vida apropiados es un factor de éxito indispensable para prevenir las enfermedades no transmisibles crónicas y mantener el bienestar. La persona está obligada a adoptar una alimentación apropiada, realizar actividad física con regularidad y evitar la exposición a los productos de tabaco. Estas decisiones personales hacen necesarias las condiciones ambientales de vida que faciliten y conduzcan a aplicarlas. Los gobiernos y legisladores tienen una gran responsabilidad en este sentido.

24. En nuestra búsqueda de razones comprensibles de la incidencia y la prevalencia elevadas de las enfermedades crónicas en nuestros países y entre los pobres de las zonas rurales, tenemos que encontrar la “causa de todas las causas”. Es posible que no tengamos que buscar más allá de la pobreza y sus consecuencias. El informe de Douglas Black sobre las inequidades fue uno de los primeros que demostró la relación estrecha que guardan los niveles de ingreso con los resultados sanitarios, es decir, que mientras más baja es la situación socioeconómica, peores son los resultados, y lo contrario sucede cuando es más alta (13). Michael Marmot ha ampliado el concepto y el tema y postula que el gradiente social en la salud confirma que sus causas se encuentran en las circunstancias en las que trabajamos y vivimos (14). El gradiente social es, entonces, un problema de salud pública que necesita resolverse en todos los niveles. Esta situación compleja es un desafío, pero tiene que encararse para reducir la prevalencia de las enfermedades crónicas.

25. Las enfermedades crónicas debieran abordarse en el contexto de un plan definido y determinado con precisión. Se recomienda firmemente que dicho plan se enmarque en un programa para la prevención y gestión de las enfermedades no transmisibles crónicas en conjunto, puesto que, como se dijo, muchos padecimientos crónicos comparten factores y estados de riesgo. Se han descrito y analizado muchos de esos planes. Hay que modificarlos, sin excepción, para adaptarlos a las circunstancias y condiciones locales.

26. Un plan de acción a considerar debiera ser integral y reconocer ciertos valores que determinan y fundamentan su filosofía, definir exactamente las metas sanitarias y determinar las estrategias para conseguir dichas metas. Reconocer la necesidad de fortalecer la capacidad casi siempre es una condición indispensable para la ejecución satisfactoria de un plan.

27. En los últimos 13 años, se han publicado declaraciones sobre la salud del corazón en Victoria (15), Cataluña (16), Singapur (17) y Osaka (18). Estas declaraciones hacen hincapié en la necesidad de reconocer la salud como un derecho fundamental, con implicaciones de equidad y responsabilización, y recomiendan que los programas en las comunidades persigan el fin de promover la salud y de prevenir, detectar y tratar las enfermedades de la forma más eficaz en función del costo. Las estrategias para abordar los problemas socioculturales, las políticas públicas, el aumento de los conocimientos y las aptitudes, la capacitación en materia de vigilancia, el fortalecimiento de la capacidad de investigación y el mejoramiento de los programas de tratamiento y los servicios de salud son otros elementos esenciales para lograr el éxito. Estas medidas dependerán de que se desarrolle y movilice la infraestructura de la comunidad entera junto con una aptitud de mando firme.

28. El mandato de la Fundación Interamericana del Corazón, un grupo no gubernamental de fundaciones y organizaciones similares de las Américas, es reducir las cardiopatías y accidentes cerebrovasculares en la subregión. Reconoce que la epidemia de cardiopatías y enfermedades no transmisibles crónicas exige el esfuerzo de comunidades y países enteros para que “las cosas cambien” y, por lo tanto, se ha comprometido a trabajar de cerca en la subregión con los grupos y organizaciones que deseen ayudar a la población a llevar una vida más sana y productiva.

Referencias

1. Atlas of Heart Disease and Stroke, WHO, Sept. 2004.
2. Murray CJL, Lopez AD, Lancet 349: 1498, 1997.
3. Omran AR. The epidemiological transition: A theory of the epidemiology of population. Milbank Memorial Fund Quarterly 49:509-538, 1971.
4. Omran AR. The epidemiological transition theory revisited thirty years later. World Health Statistics Quarterly 51:99-119, 1998.
5. World Health Organization. The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. 2002, Ginebra, OMS.
6. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public health 10(4), 2001.
7. Amos AF, McCarthy DJ, Zimmet P. The rising global burden of diabetes and its complications: estimates and projections to the year 2010. Diabet. Med. 1997; 14.
8. King H et al. Global burden of diabetes: estimates of mortality for the year 2000.
9. King H, Aubert R, Herman W. Diabetes Care. Vol 21. No 9. September 1998.
10. World Health Organization. The Tobacco Atlas, OMS 2002,
11. World Health Organization Web site, www.who.int/ncd/cvd.
12. Comunicación personal.
13. Department of Health and Social Security. Inequalities in Health; Report of a Research Working Group chaired by Sir. Douglas Black: DHSS, 1980.
14. Marmot M. Status Syndrome. Londres: Bloomsbury, 2004.
15. The Victoria Declaration on Heart Health. Declaration of the Advisory Board - International Heart Health Conference. Victoria, Canadá, mayo de 1992.
16. The Catalonia Declaration. Investing in Heart Health. Declaration of the Advisory Board of the Second International Heart health Conference, Barcelona, 1 de junio de 1995.

17. The Singapore Declaration. Forging the Will for Heart Health in the Next Millenium. Declaration of the Advisory Board International Heart Health Conference (Singapore), September, 2, 1998.
18. The Osaka Declaration. Health, Economics and Political Action: Stemming the Global Tide of Cardiovascular Disease. Declaration of the Fourth International Heart Health Conference, Osaka (Japan), May, 2001.