LA EPIDEMIA SILENCIOSA
Una mirada a los números que nos enferman

Pablo Malfante[1]

INTRODUCCIÓN

Sin temor a equivocarnos, podemos decir que una de las intervenciones más difíciles en medicina, es lograr cambiar los hábitos: transformar aquello que no nos hace bien en estrategias que nos pueden ayudar a no sólo cuidar nuestra salud sino a prevenirnos de eventos que pueden generar la muerte o discapacidad parcial o total.

Hoy nos enfrentamos a un abrumador crecimiento de las tecnologías sanitarias, que por cierto en muchos casos son bienvenidas, pero esto no tiene que correrno del que debería ser nuestro norte que es evitar que las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), la mayoría potencialmente prevenibles, sigan cobrándose vidas o años de vida potencialmente perdidos (AVPP). Esta verdadera "epidemia silenciosa" no sólo arrasa con la salud de las personas sino que genera una carga de enfermedad enorme para el sistema de salud.

Cuando hablamos de ECNT o enfermedades crónicas no comunicables (para el mundo anglosajón) nos referimos a aquellas que cumplen con los siguientes requisitos:

a) ausencia de microorganismo causal
b) factores de riesgo múltiples
c) latencia prolongada
d) larga duración con períodos de remisión y recurrencia
e) importancia de factores del estilo de vida y del ambiente físico y social
f) consecuencias a largo plazo (minusvalías físicas y mentales)[1]

Pero quizá la característica más importante sea que aunque se encuentran entre los problemas de salud más prevalentes y costosos, también están entre las más evitables.

En los últimos 20 años, una cantidad significativa de publicaciones han cambiado el curso de la discusión acerca de las ECNT y su significancia global. Sin embargo dos de estas publicaciones tienen especial relevancia[2]. La primera es el trabajo mancomunado realizado por la OMS, la Universidad de Harvard y el Banco Mundial que introduce el concepto de la carga de enfermedad que representan las ECNT y el desafío particular que plantea esta problemática para los Sistemas de Salud a lo largo de todo el mundo[3] y la segunda es el trabajo de la Comisión sobre los determinantes sociales de la salud de la OMS[4]. En conjunto estas dos publicaciones muestran los determinantes mayores de la enfermedad y la enorme carga de las ECNT.

Pero veamos como la magnitud del problema se refleja muy bien en las estadísticas que nos muestran la realidad del problema a nivel mundial, latinoamericano, y nacional.

LA REALIDAD A NIVEL MUNDIAL

Según datos de la OMS, las ECNT matan a más de 36 millones de personas cada año. Casi el 80% de las defunciones por ECNT (29 millones de personas) se producen en los países de ingresos bajos y medios.

Más de 9 millones de las muertes atribuidas a las ECNT se producen en personas menores de 60 años de edad; el 90% de estas muertes «prematuras» ocurren en países de ingresos bajos y medios.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las defunciones por ECNT, 17,3 millones cada año, seguidas del cáncer (7,6 millones), las enfermedades respiratorias (4,2 millones), y la diabetes (1,3 millones).

Estos cuatro grupos de enfermedades son responsables de alrededor del 80% de las muertes por ECNT.

Es de hacer notar que la diferencia entre la primera causa de muerte a nivel mundial (las enfermedades cardiovasculares) y la segunda (el cáncer) es de nada menos que casi 10 millones de muertes anuales, lo que claramente muestra que nuestro esfuerzo por prevenir mortalidad evitable debe centrarse en los factores de riesgo cardiovasculares indiscutiblemente.

Las enfermedades no comunicables son la principal causa de mortalidad en todas las regiones del planeta excepto en África, pero según las estimaciones actuales en 2020 los mayores incrementos de la mortalidad por ECNT corresponderán a ese continente. En los países africanos, se prevé que las defunciones por ECNT superarán la suma de las causadas por las enfermedades transmisibles y nutricionales y por la morbilidad materna y perinatal como causa más frecuente de muerte en 2030.

Estos números tan evidentes y alarmantes nos deben hacer reflexionar sobre cómo estamos manejando los factores de riesgo que son los que propician la aparición de las ECNT. Según la OMS, estos pueden ser divididos en comportamentales y metabólicos:

Factores de riesgo comportamentales modificables

El consumo de tabaco, la inactividad física, las dietas no saludables y el uso nocivo del alcohol aumentan el riesgo para la mayoría de las ECNT o las causan directamente.

1. El tabaco se cobra casi 6 millones de vidas cada año (más de 600.000 por la exposición al humo ajeno), y

[1] Servicio de Clínica Médica del Hospital Privado de Comunidad. Córdoba 4545. (B7602CBM). Mar del Plata. Argentina.

se prevé que esa cifra habrá aumentado hasta 8 millones en 2.030.
2. Aproximadamente 3,2 millones de defunciones anuales pueden atribuirse a una actividad física insuficiente.
3. Aproximadamente 1,7 millones de muertes son atribuibles a un bajo consumo de frutas y verduras.
4. La mitad de los 2,3 millones de muertes anuales por uso nocivo del alcohol se deben a ECNT.

Factores de riesgo metabólicos

Esos comportamientos propician cuatro cambios metabólicos/fisiológicos clave que aumentan el riesgo de ECNT: hipertensión arterial, sobrepeso/obesidad, hiperglucemia e hiperlipidemia.

En términos de muertes atribuibles, el principal factor de riesgo de ECNT a nivel mundial es el aumento de la presión arterial (a lo que se atribuyen el 16,5% de las defunciones a nivel mundial), seguido por el consumo de tabaco (9%), la hiperglucemia (6%), la inactividad física (6%), y el sobrepeso y la obesidad (5%). En los países de ingresos bajos y medios se está observando un rápido incremento del número de niños con sobrepeso.

Ahora, no sólo el problema sanitario está cercano al descontrol sino que la repercusión económica en el sistema, llega al punto de ser una fuerte amenaza sino un hecho concreto que atenta contra el desarrollo de los países con ingresos bajos y medios.

La OMS estima que las ECNT amenazan los progresos hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas. La pobreza está estrechamente relacionada con las ECNT. Se prevé que el rápido aumento de estas enfermedades será un obstáculo para las iniciativas de reducción de la pobreza en los países de ingresos bajos, en particular porque dispararán los gastos familiares por atención sanitaria. Las personas vulnerables y socialmente desfavorecidas enferman más y mueren antes que las personas de mayor posición social, sobre todo porque corren un mayor riesgo de exposición a productos nocivos, como el tabaco o alimentos poco saludables, y tienen un acceso limitado a los servicios de salud.

En los entornos con pocos recursos, los costos de la atención sanitaria para las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades pulmonares crónicas pueden agotar rápidamente los recursos de las familias y abocarlas a la pobreza. Los costos desorbitados de las ECNT, en particular el a menudo prolongado y oneroso tratamiento y la desaparición del sostén de familia, están empujando a unos millones de personas a la pobreza cada año, sofocando el desarrollo.

Más trágico aún es que existen numerosos mitos alrededor de las ECNT y uno de ellos es que "la prevención de las ECNT es cara". Actualmente existe suficiente evidencia de que las intervenciones preventivas de las ECNT son al menos 20 veces más costo-efectivas que las clínicas, en el ámbito de estas mismas enfermedades[5].

De continuar todo igual, la cifra anual de muertes por ECNT aumentará a 55 millones en 2030. Además el costo de la no actuación nos llevaría hacia una pérdida acumulada de producción debida a las ECNT calculada en US$ 47 billones. Esa pérdida representó un 75% del PIB mundial en 2010 (US$ 63 billones)[6].

LA REALIDAD A NIVEL LATINOAMERICANO

Lamentablemente, en Latinoamérica los datos no difieren mucho de lo que vemos a nivel mundial.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS)[7] muestra que Latinoamérica ha sido golpeada con fuerza por las ECNT. Hoy, también son la principal causa de muerte y discapacidad al representar el 75% de todas las defunciones en la región. Se espera que para los próximos decenios estos números aumenten significativamente. Tal es así que se proyecta para el 2030 un aumento del 42.4% de las ECNT en la región si persisten las tendencias actuales.

Aunque este aumento se asocia al aumento en la expectativa de vida, como ocurre a nivel mundial, el envejecimiento poblacional no es culpable exclusivamente. Los cambios significativos en el modo de vida son ahora determinantes principales del riesgo y de las ECNT en todas las edades. Tanto la industrialización y la urbanización como la globalización de los productos y pautas de consumo se consideran impulsores primarios del riesgo. El consumo de cigarrillos, las bebidas alcohólicas, y los alimentos industrializados ricos en grasas, sal y azúcar, unido con los entornos urbanos que no promueven la salud y la actividad física están poniendo en riesgo muchas vidas en nuestros países.

Los siguientes cuadros extraídos del informe 2011 de la OPS, nos muestran con números la realidad de las Américas (ver Tablas1, 2 y 3).

Debemos tener en cuenta además que la salud no puede ser medida sólo en términos de la presencia o ausencia de enfermedad, sino que se debe valorar también el grado de conservación de la capacidad funcional. La discapacidad trae consigo el riesgo de morir, independientemente de la edad, el sexo y de la presencia de otras afecciones. A pesar de que la mayoría de las personas de edad con ECNT mantienen su capacidad funcional, el grado de discapacidad va aumentando con la edad.

En una revisión de 78 estudios longitudinales publicados entre 1985 y 1997, Stuck y colaboradores encontraron una asociación estadísticamente significativa entre los posibles factores de riesgo presentes al comienzo de los estudios y el estado funcional resultante en personas de edad avanzada que vivían en la comunidad. Los mayores riesgos de que hubiese una disminución de la capacidad funcional estuvieron asociados con el deterioro cognoscitivo, la depresión, la presencia de afecciones adicionales, un índice de masa corporal (IMC) mayor o menor de lo normal, la evaluación de la propia salud como mala y el hábito de fumar[8-9].

Finalmente, podemos decir que en las Américas se observan cambios en los patrones de consumo y en los hábitos de vida de la población que llevan a una "transición en los riesgos", la cual se manifiesta en un alarmante incremento de algunos factores de riesgo en los países de la Región, como pudimos ver más arriba[10-11].

Tabla 1. Indicadores demográficos y socioeconómicos.

	1	2	3	3M	3F	4T	4M	4F	5A	5B
	Total población	Media anual defunciones	esperanza de vida al nacer			población alfabeta (15 años +) (%)			ingreso nacional bruto (USD per cápita)	
	(miles)	(miles)	años						USD per cápita	Internacional $
			Total	hombres	mujeres	Total	hombres	mujeres	método Atlas	valor PPP
Las Américas										
América del Norte										
Canadá	34349,6	262,8	81,1	78,7	83,4	...	...	...	41980,0	37280,0
Estados Unidos de América	313085,4	2621,7	78,6	76,0	81,2	...	...	...	46360,0	45640,0
Islas Vírgenes (EUA)	109,7	0,8	79,3	76,3	82,6	...	...	...	...	...
Puerto Rico	3745,5	29,1	79,2	75,2	83,1	90,5	89,9	91,0	...	...
América Latina y el Caribe										
América Latina										
México	114793,3	549,4	77,0	74,6	79,4	93,4	94,9	92,1	8960,0	14020,0
Centroamérica con República Dominicana (SICA)										
Costa Rica	4726,6	20,4	79,4	77,0	81,9	96,1	95,9	96,3	6260,0	10930,0
El Salvador	6227,5	41,0	72,3	67,4	76,9	84,1	86,8	81,8	3370,0	6420,0
Guatemala	14757,3	80,5	71,3	67,7	74,8	74,5	80,0	69,5	2650,0	4570,0
Honduras	7754,7	37,5	73,3	71,0	75,6	83,6	83,7	83,5	1800,0	3710,0
Nicaragua	5869,9	27,5	74,1	71,1	77,2	78,0	78,1	77,9	1000,0	2540,0
Panamá	3571,2	18,1	76,2	73,7	78,9	93,6	94,2	93,0	6570,0	12180,0
República Dominicana	10056,2	60,1	73,5	70,9	76,3	88,2	88,2	88,3	4550,0	8110,0
Región Andina (CAN)										
Bolivia	10088,1	72,9	66,8	64,5	69,1	90,7	95,0	86,8	1630,0	4250,0
Colombia	46927,1	260,6	73,8	70,2	77,5	93,2	93,1	93,4	4990,0	8600,0
Ecuador	14666,1	74,5	75,7	72,8	78,7	84,2	87,1	81,5	3970,0	8100,0
Perú	29399,8	161,4	74,1	71,5	76,7	89,6	94,9	94,6	4200,0	8120,0
Venezuela	29439,9	153,1	74,5	71,6	77,5	95,2	95,4	94,9	10090,0	12220,0

Valor PPP: Paridad del poder adquisitivo (del inglés: Purchasing Power Parity).

LA REALIDAD EN NUESTRO PAÍS

En nuestro país, los números se asemejan a los encontrados a nivel mundial y latinoamericano.

Las ECNT constituyen más del 60% de las muertes en la Argentina. Nuestro país ha comenzado el proceso de transición epidemiológica a mediados del siglo XX, disminuyendo progresivamente la mortalidad por enfermedades transmisibles y dando paso a una mayor proporción de muertes de causas no comunicables. Las ECNT no sólo son las principales causas de mortalidad, sino también la principal causa de años potenciales de vida perdidos como ocurre en el resto de Latinoamérica (Gráfico 1).

Lejos de revertirse, esta situación se agravará hacia el futuro de no tomar conciencia y medidas efectivas que puedan torcer este rumbo sin freno, hacia un abismo seguro.

También en nuestro país las ECNT se asocian a una significativa carga de enfermedad y necesidad de utilización de recursos sanitarios. El mayor incremento de las ECNT se verá en los próximos años, justamente en países en vías de desarrollo. Se espera que para el año 2020 un 75% del total de las muertes sea atribuible a este tipo de entidades en la Argentina.

Según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) del año 2009[12] existe una alta prevalencia de facto-

Tabla 2. Prevalencia de consumo de tabaco, diabetes e hipertensión en las Américas en relación a los grupos de países de acuerdo al Producto Nacional Bruto y programas y políticas relacionadas.

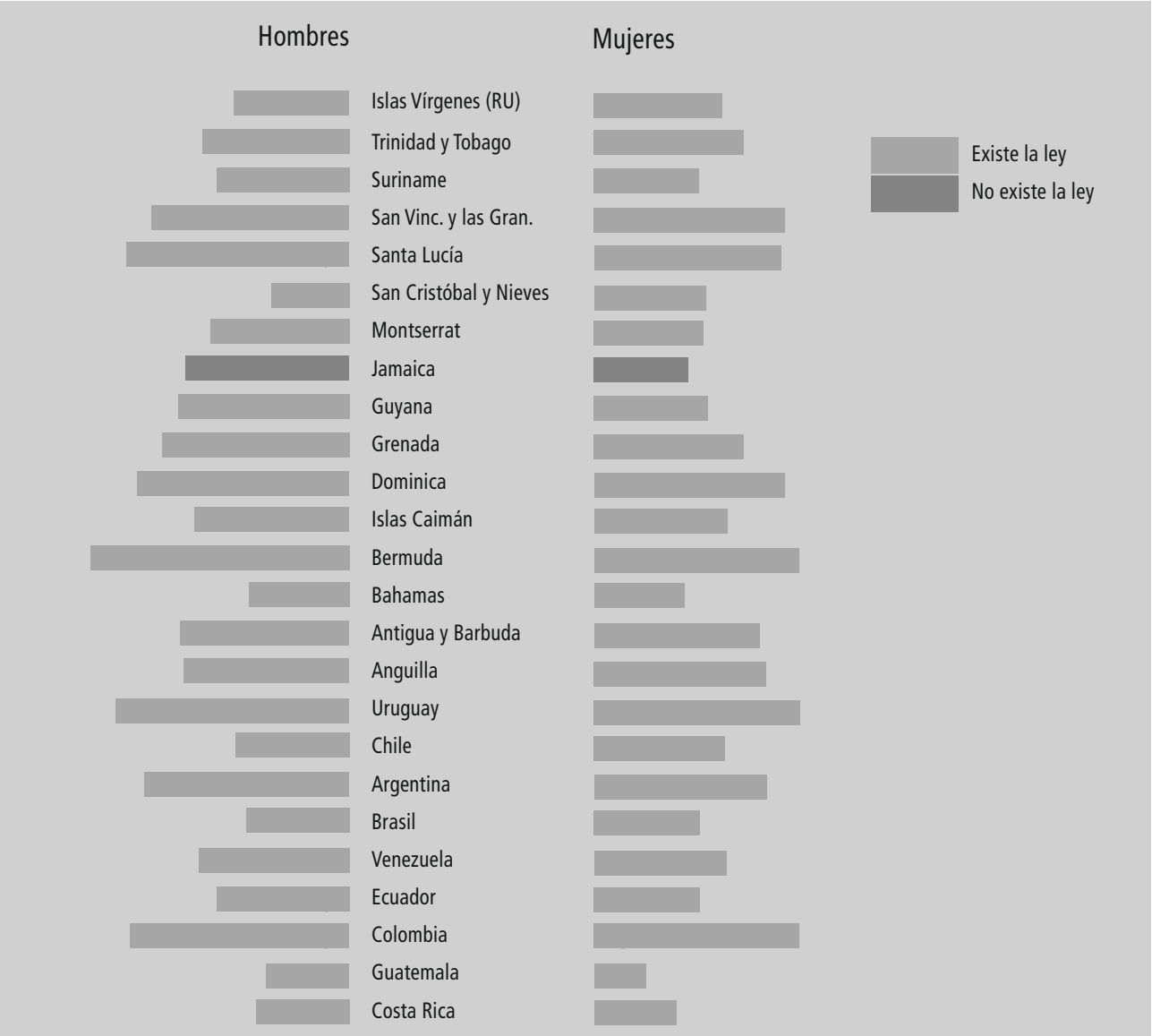
	Prevalencia de tabaco	CMCT (impuestos)	Prevalencia de DM	Programa de DM o ECV	Prevalencia de HTA	Programa de ECV y HTA
grupo de ingreso mediano bajo						
Belice	10,5	no	13,1	no	28,7	no
Bolivia		no	...	sí	....	sí
El Salvador	13,3	sí	7,6	no	20,1	no
Nicaragua	20,4	sí	9,8	no	28,9	no
Guatemala	13,5	sí	8,2	no	13,6	no
Guyana	...	sí	....	no		no
Honduras	16,4	no	5,4	no	23	no
Paraguay	15,3	no	9,5	sí	30,9	no
grupo de ingreso mediano alto						
Argentina	30,5	no	3,6	sí	34,8	sí
Brasil	16,7	sí	5,8	sí	24,4	sí
Chile	40,6	no	11,5	sí	33,2	sí
Colombia	12,8	....	2,6	.....	22,8	.....
Ecuador	11,3	sí	...	no	28,1	no
Grenada	...	...	...	....	....	....
Jamaica	14,5	sí	7,6	no	25,2	no
Panamá	9,4	sí	5,4	sí	22	sí
Perú	18,4	sí	...	no	22,8	no
San Cristóbal y Nieves	8,67	sí	7,6	no	35	no
Suriname	27	no	19,5	no	33	no
Costa Rica	14,2	sí	7,3	no	25,6	no
Cuba		sí		sí	28,8	sí
Dominica	10,2	.....	17,7	no	32,1	sí
República Dominicana	...	sí	5,5	no	16,8	no
México	15,3	sí	....	sí	30,8	sí
Uruguay	32,7	sí	5,5	...	30,4	no
Venezuela	18	sí	....	sí	31,2	sí
grupo de ingreso alto						
Bahamas	43	....	9,6	....	37,5	....
Barbados	8,4	sí	11,7	sí	29,1	sí
Bermuda	14,8	....	12,7	....	25.3	....
Canadá	20	sí	7,2	sí	16,9	sí
Puerto Rico	10,6	...	12,9	....	34	...
Trinidad y Tobago	...	sí	....	no	....	no
Estados Unidos	17,3	sí	8,3	sí	30,3	sí
Islas Vírgenes (Estados Unidos)	6,4	...	8	....	....	....

	Tabaco	DM	HTA
	<=24	<=7	<=20
	24-31	8-13	20-29
	>=32	>=14	>=30

	sí
	no

CMCT: convenio marco de control del tabaco (OMS) - Prevalencia en porcentajes.

Tabla 3. Prevalencia de consumo de alcohol según el sexo en adolescentes de entre 13 y 15 años en países seleccionados de las Américas en relación a las leyes que prohíben la venta de alcohol a menores (2007).



Obsérvese que la alta prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes, implica que posiblemente muchas de estas leyes no se hacen cumplir. Sin embargo existe suficiente evidencia que muestra que los países que si hacen cumplir este tipo de leyes reducen significativamente la venta de alcohol y por consiguiente el consumo del mismo en los menores de edad.

res biológicos de riesgo cardiovascular en nuestro país: la mitad de la población tiene exceso de peso, un tercio tiene hipertensión arterial, 28% hiperlipemia y 12% diabetes.

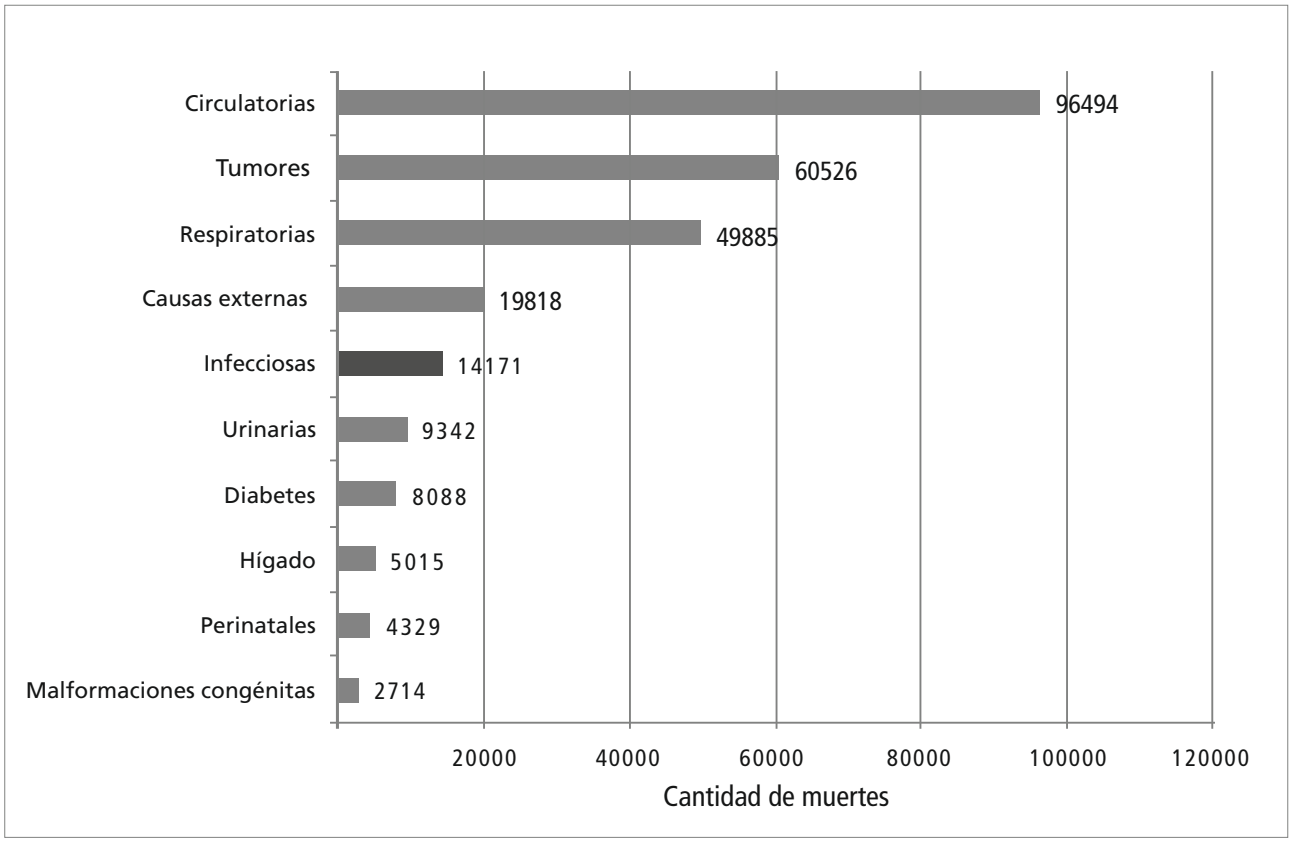
El sobrepeso y la obesidad, relacionados con la alimentación no saludable y el sedentarismo, son muy prevalentes en nuestro país. El sobrepeso explica el 58% de la diabetes, 21% de la enfermedad coronaria y entre 8 a 42% de diversos cánceres como endometrio, mama, próstata y colon. Además se asocia con mayor uso de recursos del sistema de salud y fuera de él (por ejemplo ausentismo laboral).

La hipertensión arterial es uno de los principales motivos de consulta y tratamiento en nuestro país y causa el 17% de las muertes totales. Explica el 62% de la enfermedad cerebrovascular y el 49% de la enfermedad coronaria. La presión arterial, aun dentro de niveles considerados normales, presenta una relación continua con los eventos cardiovasculares. Las dificultades de accesibilidad al sistema de salud, subdiagnóstico de hipertensión arterial, y aún en las personas identificadas la dificultad en el control de la presión arterial hacen más importante la implementación de intervenciones poblacionales para su prevención y control.

La hiperlipemia es un importante factor de riesgo cardiovascular que explica el 59% de la enfermedad coronaria, el 18% de la enfermedad cerebrovascular y el 8% de todas las muertes.

La diabetes es responsable del 15% de los eventos coro-

Gráfico 1. Primeras causas de muerte definidas. Argentina 2011.



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación.-

narios y el 13% de las diálisis crónicas. Predice de manera importante la mortalidad prematura, que ocurre principalmente por enfermedad cardiovascular e insuficiencia renal.

De igual modo los principales factores de comportamiento determinantes de los anteriores: un tercio son fumadores, la mitad están expuestos habitualmente al humo de tabaco ambiental, poco menos de la mitad agregan sal en sus comidas y tienen bajo nivel de actividad física.

El tabaquismo es la primera causa de muerte evitable que produce más de 40.000 muertes anuales en la Argentina, 800.000 años de vida saludables perdidos y un costo de atención médica estimado en $ 6.900 millones anuales.

En cuanto a la alimentación, la ingesta inadecuada de frutas y verduras se estima que ocasiona el 19% de los cánceres del tubo digestivo, 31% de la enfermedad coronaria y 11% de la enfermedad cerebrovascular. El incremento del consumo de grasas poliinsaturadas puede prevenirlos. La ingesta de sodio constituye uno de los principales determinantes del aumento de los valores de la presión arterial a nivel poblacional. Existen diversos estudios que relacionan la ingesta de sodio con eventos cardiovasculares a nivel poblacional.

En Argentina se consumen 11 gramos de sal por habitante por día, más del doble de lo recomendado por la OMS. Se sabe que más del 80% proviene de los alimentos procesados por lo cual resulta indispensable reducir el contenido de sal de los mismos. Además, el 45,2% de la población le agrega sal a las comidas luego de la cocción.

El consumo de alcohol es una de las principales causas de carga de enfermedad en nuestro país. Las consecuencias del consumo pueden ser agudas: accidentes, violencia doméstica; o crónicas: enfermedad hepática, enfermedad cardiovascular, cáncer, problemas psicosociales. En Argentina se estima que el 37% de los accidentes de tránsito en hombres y el 47% de los homicidios y agresiones son atribuibles al alcohol.

En conclusión, los resultados de la ENFR 2009 reafirman la relevancia de las ECNT y sus FR para la salud poblacional en Argentina. Las acciones de prevención y control deberán intensificarse, requiriendo además un cambio de paradigma para lograr resultados favorables. Este cambio implica que las ECNT sean consideradas como una problemática de toda la sociedad, determinada por fuerzas ajenas al sector salud. La inclusión de estos determinantes, así como el trabajo conjunto de los actores sanitarios, de distintas áreas de gobierno, del sector privado y de la sociedad civil, permitirá revertir la realidad de las ECNT en Argentina.

MEDIDAS PREVENTIVAS

Se debe actuar firmemente sobre los factores comportamentales modificables, lo que ha demostrado ser una acción

altamente costo-efectiva. Como decíamos antes, el mito de que la prevención es cara cae rápidamente frente a la evidencia de que las intervenciones preventivas de las ECNT son al menos 20 veces más costo-efectivas que las clínicas, en el ámbito de estas mismas enfermedades.

Para esto se requiere de un primer nivel de atención perfectamente entrenado, que se maneje con guías clínicas aplicables y que promueva el control estricto de dichos factores de riesgo. Hay que entender al primer nivel de atención, no como el nivel básico que simplemente atiende problemas poco complejos de salud, sino verdaderamente como el eje de coordinación de todo el proceso de atención, o al menos como el punto de control que determina en buena medida la utilización de recursos en los niveles de mayor complejidad[13].

De esta forma podríamos tratar de evitar el vertiginoso crecimiento de esta epidemia de nuestro siglo que resquebraja el sistema de salud, potencia la morbimortalidad para las personas y agrega una carga de enfermedad que agota los recursos finitos en salud con los que contamos para afrontarla.

Control de los factores comportamentales modificables

Consumo de tabaco

El Consumo de tabaco en Argentina está regulado por numerosas leyes antitabaco en diferentes provincias, y a su vez, existe una campaña del gobierno nacional contra el tabaco y su respectiva publicidad. Argentina es responsable del 15% del total de tabaco consumido en Latinoamérica.

En el Programa Nacional de Control del Tabaco se establece que el 33.5% de la población adulta fuma, y el 30% empieza esta práctica antes de los 11 años de edad; el tabaco causa más de 100 muertes por día (40.000 por año, 6.000 debido al consumo pasivo), y el costo de los tratamientos de enfermedades vinculadas al consumo de tabaco ronda los 4.300 millones de pesos (1.390 millones de dólares estadounidenses) por año, es decir, el 15.5% del gasto público en salud. El gobierno sólo recauda 3.500 millones de pesos por año por impuestos al cigarrillo.

Según el informe "Radiografía del tabaquismo en la Argentina", una investigación del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) presentada por el Instituto Nacional del Cáncer (INC), el gasto mayor está provocado por las enfermedades cardiovasculares, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y el cáncer de pulmón. "Su impacto en la mortalidad y en la calidad de vida es responsable en forma directa de la pérdida de 926.878 años de vida cada año por muerte prematura y discapacidad y explica el 13,6% de todas las muertes que se producen en el país".

Sin embargo, nuestro país tiene una de las tasas de reducción del tabaquismo más aceleradas de la región. Un estudio global de la Universidad de Washington reveló que entre 2006 y 2012 la prevalencia de este hábito cayó a una tasa promedio de 2.8% anual.

En Latinoamérica, Argentina ocupa el tercer lugar luego de Chile y Uruguay (Chile, donde fuman el 31.9% de los hombres y el 26% de las mujeres; seguido por Uruguay, con el 27.2% de los hombres y el 20.4% de las mujeres). En Argentina fuman el 23.9% de los hombres y 15.9% de las mujeres).

Inactividad física

La inactividad física en el mundo es responsable de 3,2 millones de muertes anuales, lo que representa el 5,5% del total de defunciones, con un alto impacto en mujeres y adultos mayores. En América Latina las dos principales causas de muertes atribuibles, presión arterial elevada e índice de masa corporal (IMC) elevado, están asociadas a la falta de actividad física.

En la ENFR 2009, a nivel nacional, se observó una prevalencia de actividad física baja mayor a la registrada en la ENFR 2005: en 2009 la inactividad física creció un 18% respecto de la primera encuesta nacional realizada. Se observó una correlación entre diabetes e inactividad física, evidenciando que a mayor incremento en la inactividad física mayor crecimiento de la prevalencia de diabetes. Las mujeres y los adultos mayores presentaron mayores niveles de inactividad física. Se observó una relación directa con el nivel educativo y nivel de ingreso (Tabla 4).

Como sabemos, la actividad física regular disminuye la morbimortalidad, reduciendo la incidencia de enfermedad cardiovascular, diabetes, hipertensión, obesidad, depresión y osteoporosis, así como también la incidencia de algunos cánceres como colon y mama. A su vez mejora la evolución de diversas enfermedades como la enfermedad coronaria, la insuficiencia cardíaca, la diabetes y la depresión.

En el Gráfico 2 vemos cuáles son las causas que se pudieron recoger en las encuestas nacionales de factores de riesgo, acerca de porqué no se realiza actividad física en nuestro país.

Por último, en el Gráfico 3, observemos cuál es la progresión de 2005 a 2016 de la inactividad física si la situación continua como hasta el momento y no intervenimos de ninguna manera.

En conclusión, la elevada prevalencia de la inactividad física a nivel nacional y su fuerte asociación con ECNT, establece la necesidad de continuar e intensificar intervenciones de alcance poblacional, incluyendo también acciones en el primer nivel de atención, para al menos lograr que se revierta el progreso de esta epidemia.

Dieta saludable

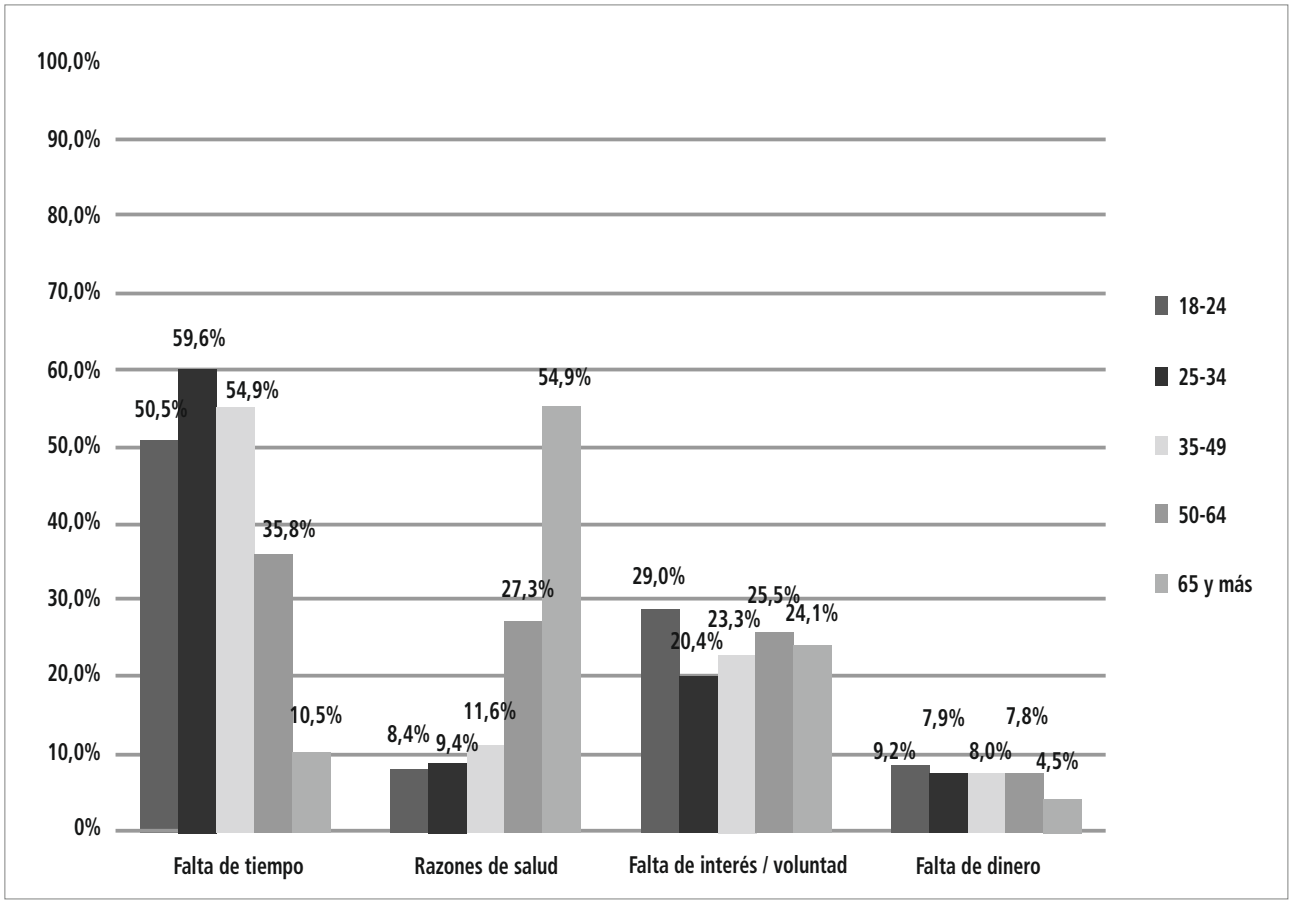
La alimentación es producto de un conjunto de factores sociales, económicos y culturales. En este sentido, los hábitos alimentarios de una población se ven influidos en gran medida por la disponibilidad, el costo y la variedad de alimentos, pero también por la costumbre, las creencias, la

Tabla 4. Comparación de la Inactividad física entre 2005 y 2009.

ENFR 2005	ENFR 2009
46,2% (45,1%-47,3%)	54,9% (53,9%-55,9%)

Fuente ENFR 2005 y 2009

Gráfico 2. Motivos de la falta de actividad física en nuestro país según encuestas nacionales de factores de riesgo.



Fuente ENFR 2009

información que circula acerca de los alimentos y los hábitos alimentarios, los estilos de vida y los grupos de pertenencia, entre otros factores.

La ingesta inadecuada de frutas y verduras se estima que ocasiona el 19% de los cánceres del tubo digestivo, 31% de la enfermedad coronaria y 11% de la enfermedad cerebrovascular. El incremento del consumo de grasas poliinsaturadas puede prevenirlos.

A nivel nacional sólo el 4,8 % de la población consume las 5 porciones de frutas o verduras por día recomendadas por la Organización Mundial de la Salud. Además, de acuerdo con la ENFR 2009, el 53,4% de la población adulta de nuestro país tiene exceso de peso.

Con respecto a la ingesta de sal, la Organización Mundial de la Salud recomienda una ingesta de sal de 5 gramos diarios. Sin embargo en el país (según datos del Ministerio de Salud de la Nación) la ingesta promedio por habitante es de entre 11 y 12 gramos, de los cuales alrededor del 70% proviene de los alimentos industrializados. A estos datos se agrega, según la ENFR 2009, que el 45,2% de la población le agrega sal a las comidas luego de la cocción.

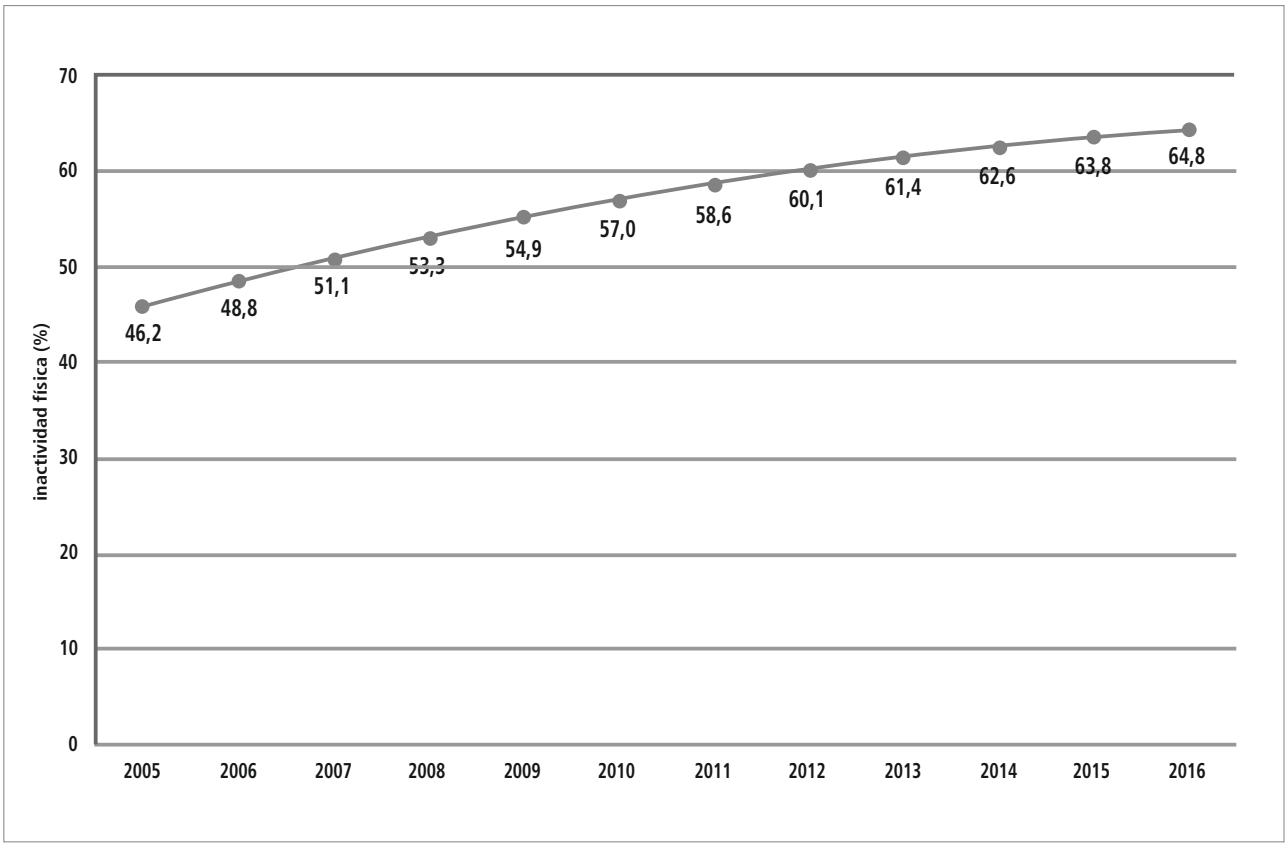
La ingesta de sodio constituye uno de los principales determinantes del aumento de los valores de la presión arterial a nivel poblacional y relacionado a la edad. Además, existen diversos estudios que relacionan la ingesta de sodio con eventos cardiovasculares a nivel poblacional[14].

Finalmente es imprescindible entender que el derecho a la alimentación es un derecho humano íntimamente vinculado al derecho a la salud y reconocido por numerosos tratados internacionales suscriptos por Argentina. Por este motivo, el Estado tiene la obligación de promoverlo y protegerlo. En este sentido, es necesario señalar que la protección del derecho a la alimentación no sólo implica abordar la problemática de la desnutrición, sino que refiere al campo más amplio de la malnutrición.

Consumo de alcohol

El consumo de alcohol está relacionado con más de 60 condiciones de salud[15], que van desde las que son resultado de un consumo excesivo de alcohol durante el embarazo y que afecta al feto, a lesiones intencionales y no intencionales, cánceres, trastornos cardiovasculares, enfermedades hepáticas y condiciones neuropsiquiátricas, incluyendo la dependencia. El alcohol es una sustancia psicoactiva que afecta al cerebro y a la mayoría de los órganos del cuerpo, como así también al consumidor mismo y a quienes lo rodean por estar relacionado con la violencia familiar, los

Gráfico 3. Progresión de la inactividad física 2005-2016.



Fuente: ENFR 2009

accidentes fatales de tránsito (tanto para pasajeros como peatones) y la violencia interpersonal. El consumo perjudicial de alcohol está también relacionado con problemas sociales y económicos, con el individuo, con la familia y la comunidad.

Cada año mueren en el mundo 3,3 millones de personas a consecuencia del consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones.

El uso nocivo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos.

En general, el 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones es atribuible al consumo de alcohol, calculado en términos de la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad (EVAD).

El consumo de alcohol provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana. En el grupo etario de 20 a 39 años, un 25% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol.

Existe una relación causal entre el consumo nocivo de alcohol y una serie de trastornos mentales y comportamentales, además de las ECNT y los traumatismos.

Recientemente se han determinado relaciones causales entre el consumo nocivo y la incidencia de enfermedades infecciosas tales como la tuberculosis y el VIH/Sida.

Más allá de las consecuencias sanitarias, el consumo nocivo de alcohol provoca pérdidas sociales y económicas importantes, tanto para las personas como para la sociedad en su conjunto[16].

A nivel nacional, según la ENFR, el consumo de alcohol es una de las principales causas de carga de enfermedad en nuestro país. Las consecuencias del consumo pueden ser agudas: accidentes, violencia domestica; o crónicas: enfermedad hepática, enfermedad cardiovascular, cáncer, problemas psicosociales. En Argentina se estima que el 37% de los accidentes de tránsito en hombres y el 47% de los homicidios y agresiones son atribuibles al alcohol.

Los números en relación al consumo son alarmantes. El Instituto Nacional de Vitivinicultura indicó que en el año 2005, el consumo de vino por habitante fue de 24,7 litros por año[17].

En relación a la cerveza, en Argentina se consumen alrededor de 1.840 millones litros de cerveza por año según datos actualizados al 2012, lo que representa un consumo per cápita de alrededor de 44,5 litros por año. Esta cifra es claramente la más alta entre todas las bebidas alcohólicas que se consumen en el país, ya que el consumo per cápita de vino ronda los 24,7 litros como vimos y entre los espumantes, amargos y fernet no alcanzan los 2 litros por persona por año.

Según datos de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el

Narcotráfico (SEDRONAR), se estima que en la Argentina hay casi 2 millones de alcohólicos y que por año mueren en el país unas 25 mil personas por causas relacionadas a Alcoholismo.

La Organización Mundial de la Salud recomienda expresamente que la cantidad de alcohol bebida por día no deba ser superior a los 30 o 40 gramos de alcohol. Para obtener los gramos de alcohol por bebida, se debe utilizar una fórmula que multiplica la graduación alcohólica por una constante que es 8 y luego el resultado se multiplica por la cantidad consumida expresada en litros. Por ejemplo:

Un vaso de 250 ml de cerveza promedio, de unos 4,5 grados de alcohol, aportan un total de 9 g de alcohol. Esto es: 4,5 x 8 = 36 y 36 x 0,25 = 9.

El vino, generalmente tiene unos 13 grados de alcohol. Por lo tanto, una copa de 200 ml aporta casi 21 gramos de alcohol. Se calcula: 13 x 8 = 104 y 104 x 0,2 = 20,8. Por ello es que se puede consumir dos vasos pequeños de vino al día.

Tomemos ahora el ejemplo de algún licor fuerte, cuya graduación alcohólica sea de 30 grados. En estos casos, las medidas a beber suelen ser menores. Entonces pensemos en un vaso pequeño, de unos 100 ml. El cálculo se obtiene de la siguiente manera: 30 x 8 = 240 y 240 x 0,1 = 24.

CONCLUSIÓN

Las ECNT, como hemos vista hasta aquí, significan una gran carga de enfermedad, con un aumento exponencial de los costos en salud pero con la gran ventaja potencial de poder prevenir el alto impacto que ellas generan en la salud de la población.

No es concebible hoy en día un sistema de salud que no promueva medidas tendientes a controlar los factores de riesgo que son el puntapié inicial de las ECNT. La evidencia es clara con respecto a que esto determina una reducción en la morbimortalidad y que el costo de realizar acciones preventivas es mucho menor que luego tener que tratar las consecuencias de la inacción.

Según la OMS, a fin de reducir el impacto de las ECNT en los individuos y la sociedad, hay que aplicar un enfoque integral que fuerce a todos los sectores, incluidos entre otros los relacionados con la salud, las finanzas, los asuntos exteriores, la educación, la agricultura y la planificación, a colaborar para reducir los riesgos asociados a las ECNT, así como a promover las intervenciones que permitan prevenirlas y controlarlas.

Reforzar el primer nivel de atención, generar promotores de salud entre la población, realizar acciones de educación para la salud a través de medios masivos, escuelas, etc. son algunas de las medidas costo-efectivas que están probadas para disminuir la prevalencia de las ECNT.

En definitiva, el control de esta epidemia silenciosa es tarea mancomunada de diferentes sectores, pero se requiere de un gran compromiso nuestro como médicos para alertar acerca de este flagelo y trabajar con nuestro conocimiento. Desde el consultorio o desde lugares de decisión. Como actores directos con el paciente o con su familia. Como hacedores de programas para las Instituciones en donde nos desarrollamos o en la elaboración de políticas públicas.

Según el novelista Frank Herbert:

"No importa cuán exótica se vuelva la civilización humana, no importa el desarrollo de la vida y la sociedad ni la complejidad de las relaciones máquina - hombre; sea como sea, siempre se producen interludios de solitario poder durante los cuales el curso de la humanidad, el auténtico futuro de la humanidad, depende de las acciones relativamente simples de una sola individualidad."

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Carlos Wiersba: por su enseñanza constante y la revisión del articulo.

BIBLIOGRAFÍA

1 Reche L. Manual de Atención Primaria - Dirección de Patologías Prevalentes - Ministerio de Salud de la Pcia. de Buenos Aires. Año 2006.
2 McQueen D, Pratt M, Blanchard C. Commentary on a meeting entitled 'Building global capacity for non-communicable diseases (NCD) prevention: Defining direction and roles'. Global Health Promotion 2013; 20: 93. Http://ped.sagepub.com/content/20/4_suppl/93.-
3 Murray C, Lopez A. (Eds.) The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Vol. 1. Cambridge: Harvard University Press; 1996.-
4. WHO Commission on the Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Geneva, Switzerland: WHO; 2008.-
5. Escobar MC, Petrásovits A, Peruga A, Silva N, Vives M, Robles S. Mitos sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en América Latina. Salud Publica Mex 2000;42:56-64.-
6. 66.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD A66/9 6 de mayo de 2013 Proyecto de plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020.-
7. Organización Panamericana de la Salud – Enfermedades no transmisibles en las Américas – Indicadores básicos 2011.-
8. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, et al. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica. 2005;17(5/6):353–61.-
9. Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Bula CJ et al. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. Soc Sci Med. 1999;48(4):445–69.-
10. United Nations. World population aging, 1950–2050. New York: United Nations; 2002.-
11. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo, 2002. Ginebra: OMS; 2002.-
12. Ferrante D, Linetzky B, Konfino J, King A et al. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009: Evolución de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en argentina. Estudio de corte transversal. Rev Argent Salud Pública, 2011; 2(6):34-41.-
13. Castaño Yepes R. Integración vertical entre empresas promotoras de salud e Instituciones prestadoras de Servicios de Salud. Revista Gerencia y Políticas de Salud 2004: 35 -51.-
14. Ferrante D, Konfino J, Mejía R, et al. Relación costo-utilidad de la disminución del consumo de sal y su efecto en la incidencia de enfermedades cardiovasculares en Argentina. Rev Panam Salud Publica. 2012;32(4):274–80.-
15. Instituto Nacional de Estadística y Censos, Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas, Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos humanos- Ministerio de Salud de la Nación: 2008.-
16. Organización Mundial de la Salud - Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud 2014.-
17. Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud de la Nación. ALGUNOS DATOS SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ARGENTINA. Año 2011.-