

Uruguay: logros actuales y desafíos futuros

Las enfermedades crónicas determinan la mayor parte de la carga global de enfermedad en nuestro país, al igual que lo que sucede en casi todo el mundo. La alimentación inapropiada, la inactividad física y la exposición al humo de tabaco son factores comunes para las mismas, estando en la base del desarrollo de cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, hipertensión arterial, diabetes, EPOC y algunos tipos de cáncer.

En el Reporte de la Salud Mundial del año 2000, la Organización Mundial de la Salud planteaba que el modelo sanitario actual, centrado en el hospital, llevaba a la necesidad de volcar cada vez mayor cantidad de recursos, obteniéndose resultados progresivamente peores ⁽¹⁾. Esto es así porque habitualmente se llega tarde en el proceso salud-enfermedad, tratándose las complicaciones de las afecciones crónicas que podrían haberse evitado y/o retardado en su aparición.

La mortalidad de un país puede explicarse por cuatro tipos de factores: 1) fenómenos biológicos; 2) sistema de salud; 3) factores medioambientales, y 4) estilo de vida ⁽²⁾. Los factores medioambientales serían responsables de 19% del total de la mortalidad, los biológicos de 27%, el estilo de vida explicaría 43%, y los factores relacionados al sistema de salud explicarían el 11% restante. Si bien esto corresponde a lo observado en Canadá tiempo atrás, dado la evolución epidemiológica de uno y otro país, es posible que hoy en Uruguay no sea sustancialmente diferente.

En la primera mitad del siglo pasado, acciones medioambientales destinadas a controlar las enfermedades infecciosas, tales como la pasteurización de la leche, la potabilización del agua y la introducción del saneamiento, tuvieron marcado impacto favorable sobre la mortalidad infantil, la que pasó de 109/1.000 nacidos vivos en 1931 a 51/1.000 en 1950 ⁽³⁾. Hoy, en que esas enfermedades están controladas, las acciones poblacionales también pueden tener importante impacto benéfico en la salud, al reducir la prevalencia de factores de riesgo y retardar o evitar la aparición de las enfermedades crónicas.

Ejemplo de ello es lo sucedido en Gran Bretaña, donde entre 1980 y 2000 la mortalidad cardiovascular se redujo 62% en hombres y 45% en mujeres

⁽⁴⁾. Esto obedeció, en 42% a la aplicación de cuidados efectivos a los pacientes, y en 58% a la reducción de los factores de riesgo, siendo el elemento de mayor impacto benéfico entre ellos la reducción del tabaquismo (tabla 1).

Como puede apreciarse en la tabla, si bien la diabetes, la inactividad física y la obesidad aumentaron, el balance final del control de los factores de riesgo fue altamente beneficioso. Por otro lado, el tratamiento de los pacientes implicó mayor beneficio en las afecciones de mayor mortalidad, con impacto marginal con el uso de las estatinas en prevención primaria en el otro extremo.

En nuestro país la mortalidad cardiovascular ha experimentado una reducción anual de 1,27% entre 2001 y 2010 ⁽⁵⁾, no habiendo sido cuantificado el peso que ha tenido en ello el mejor cuidado de los pacientes ni la modificación de los factores de riesgo. Tratando de aproximarse a estos datos, las políticas de control de tabaco han reducido la prevalencia de fumadores, el consumo de tabaco y la contaminación del aire por humo de tabaco, todo lo que se ha traducido en beneficio sobre la salud cardiovascular, expresada por una reducción de 22% de los ingresos por infarto agudo de miocardio ⁽⁶⁾.

Una investigación reciente publicada en *Lancet* por W. Abascal y colaboradores, comparó lo sucedido en Uruguay y en Argentina (donde las medidas fueron parciales), concluyendo que las medidas integrales de control de tabaco de nuestro país se han asociado a “un descenso sustancial y sin precedentes en el consumo de tabaco” ⁽⁷⁾. En la tabla 2 puede apreciarse la diferencia de lo ocurrido entre ambos países.

En esta publicación, de particular relevancia dado que se realizó en una de las revistas médicas de más alto factor de impacto, se plantea que “de implementarse medidas similares en otros países de ingresos medios y bajos, se podría tener impacto sustancial a escala universal sobre la futura carga de las enfermedades relacionadas al uso de tabaco.” Es posible pensar que tanto el descenso del tabaquismo, como el menor consumo de tabaco por los fumadores puedan explicar parte del descenso de la mortalidad cardiovascular observada en los últimos años.

Tabla 1. Elementos que impactaron la mortalidad cardiovascular en Gran Bretaña

	<i>Factor de riesgo</i>	<i>Impacto</i>
Factores de riesgo	Tabaquismo	- 48,0%
	PA poblacional	- 9,5%
	Colesterol	- 9,5%
	Carencias socioeconómicas	- 3,4%
	Diabetes	+ 4,7%
	Inactividad física	+ 4,3%
	Obesidad	+ 3,4%
	<i>Total de factores de riesgo</i>	<i>- 58,2%</i>
	<i>Tratamiento</i>	<i>Impacto</i>
Tratamientos	Insuficiencia cardíaca	- 12,6%
	Prevención secundaria	- 11,2%
	Infarto agudo de miocardio	- 7,7%
	Angina estable e inestable	- 7,0%
	Hipertensión arterial	- 3,1%
	Estatinas en prevención primaria	- 0,2%
	<i>Total de tratamientos</i>	<i>- 41,8%</i>

Tabla 2. Variación en el tabaquismo en Uruguay y Argentina 2005-2011

<i>Variable</i>	<i>Uruguay</i>	<i>Argentina</i>	<i>P</i>
Variación anual de prevalencia	- 3,3%	- 1,7%	0,02
Consumo anual per cápita en adultos	- 4,3%	+ 0,6%	0,002
Consumo anual per cápita en estudiantes de 13-17 años*	- 8,0%	- 2,5%	0,02
*Uruguay 2003-9, Argentina 2001-9			

Por otro lado, en el presente número de nuestra revista, una revisión muestra que la prevalencia de hipertensión arterial se habría reducido 8,1% entre 1986 y 2006, y que el adecuado control de las cifras de presión arterial entre los hipertensos habría pasado de 12,0% en 1996 a 27,1% en 2011. Asimismo, en los últimos 60 años se habría reducido el porcentaje de individuos con cifras de PA \geq 160/100 mmHg en todos los rangos de edad⁽⁸⁾. La reducción de la prevalencia de hipertensión arterial junto a un mejor control de las cifras de presión arterial también podría haber contribuido a la reducción de mortalidad.

Acciones sobre el medioambiente y el estilo de vida destinadas a promover una alimentación adecuada y la actividad física regular, pueden contribuir a prevenir el desarrollo de las enfermedades crónicas y/o a retrasar el mismo actuando sobre

sus factores de riesgo. Si bien en nuestro medio existen iniciativas tendientes a reducir el contenido de grasas (saturadas y trans) en los alimentos y otras destinadas a promover el consumo de frutas y hortalizas, no existen datos de su impacto hasta el momento actual. También han sido planteadas acciones para reducir el contenido de sodio de los alimentos, pero ellas aún no han prosperado. Asimismo se ha establecido la obligatoriedad de la educación física entre los estudiantes, pero ello aún se halla en proceso de implementación. Estas acciones de alcance poblacional tienen un factor común: todas tienen una magra o nula asignación de recursos, estando por ello condenadas a tener mínimo o nulo impacto, de no mediar cambios sustanciales al respecto.

La escasa asignación de recursos en estas áreas es un fenómeno de alcance universal, como ya se

había observado en Canadá, donde 95% de los recursos sanitarios estaban destinados al sistema de salud (responsable de 11% de las muertes), mientras que medioambiente y estilo de vida (responsable de 62% de la mortalidad) tenía asignado apenas 3,5% del presupuesto. Esto llevó a que en setiembre de 2011 se realizara en Nueva York, en el seno de la Asamblea General de las Naciones Unidas, la primera Reunión de Alto Nivel sobre Prevención y Control de Enfermedades Crónicas, planteándose allí la necesidad de volcar más recursos a la promoción de salud y a la prevención de la enfermedad.

Las políticas de control del tabaco han colocado a Uruguay en una posición de vanguardia en el mundo, siendo reconocido este liderazgo a nivel internacional, lo que plantea el desafío de profundizar las mismas para así seguir beneficiando a la población ⁽⁹⁾. Asimismo es necesario implementar políticas efectivas, con los recursos necesarios asociados, destinadas al descenso de

la presión arterial (por ejemplo acordar la reducción del contenido de sodio de los alimentos), así como del colesterol (acuerdos con la industria alimentaria y gastronómica para reducción de grasas saturadas y de grasas trans), y favorecer el consumo de frutas y hortalizas (reducción de impuestos, subvenciones, etcétera). Esto, junto a la implementación de acciones efectivas destinadas a favorecer la actividad física (adecuadamente financiadas), redundará en una mejora de la salud poblacional.

Estas acciones poblacionales deben ser monitorizadas mediante la investigación apropiada para determinar si son efectivas o no, hecho central en la asignación de los recursos siempre escasos de la sociedad. De esta forma, en el mediano plazo podría mejorarse el control de los factores de riesgo, y, en el largo plazo, permitiría asegurar la sustentabilidad del sistema sanitario.

Dr. Edgardo Sandoya
Editor Asociado
Revista Uruguaya de Cardiología

Bibliografía

1. **World Health Organization.** The World health report 2000: health systems: improving performance [monografía en Internet]. Geneva: WHO; 2000 [citado 2012 Nov 03]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>
2. **Lalonde M.** A new perspective on the health of Canadians. A working document [monografía en Internet]. Ottawa: Government of Canada; 1974 [citado 2012 Nov 03]. Disponible en: http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf
3. **Instituto Nacional de Estadística.** Evolución de la tasa de mortalidad infantil y sus componentes [monografía en Internet]. Montevideo: INE; 1900- [citado 2012 Nov 05]. Disponible en: [www.ine.gub.uy/banco de datos/soc_indic_sociodemog/evol_tasa_mort_inf.xls](http://www.ine.gub.uy/banco_de_datos/soc_indic_sociodemog/evol_tasa_mort_inf.xls).
4. **Unal B, Critchley JA, Capewell S.** Explaining the decline in coronary heart disease mortality in England and Wales between 1981 and 2000. *Circulation* 2004; 109:1101-7.
5. **Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular.** Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en el Uruguay 2010 [monografía en Internet]. Montevideo: CHSCV;2010 [citado 2012 Nov 02]. Disponible en: <http://www.cardiosalud.org/publicaciones/mor-talidad-2010.pdf>
6. **Sebríe EM, Sandoya E, Hyland A, Bianco E, Glantz SA, Cummings KM.** Hospital admissions for acute myocardial infarction before and after implementation of a comprehensive smoke-free policy in Uruguay. *Tob Control*. En prensa 2012
7. **Abascal W, Esteves E, Goja B, González Mora F, Lorenzo A, Sica A, et al.** Tobacco control campaign in Uruguay: a population-based trend analysis *Lancet* 2012;380:1575-82.
8. **Sandoya E, Puppo T, Vázquez H, Portos A, Castro M, Fort Z.** Evolución de la hipertensión arterial en Uruguay: 1948-2011. *Rev Urug Cardiol*. En prensa 2012
9. **Bishop M.** Five-Year Survey Confirms Uruguay's World-Leading Tobacco Control Strategy Is Delivering Results [monografía en Internet]. London: ITC; 2012 [citado 2012 Nov 01]. Disponible en: <http://www.itcproject.org/blogs/mediacover/five-years-survey-confirms-uruguay-28099-world-leading-to>