

Mortalidad por enfermedades crónicas: demasiado tarde para lágrimas

DANIEL FERRANTE¹

La mortalidad por enfermedades cardiovasculares constituye la primera causa de muerte en nuestro país. A diferencia de lo que ha ocurrido en países desarrollados, en los que la mortalidad cardiovascular ha descendido en los últimos 20 años (en especial por la reducción de la prevalencia de tabaquismo), en la Argentina no se ha modificado sustancialmente. Nuestro país forma parte de un fenómeno extendido a nivel mundial, ya que es en los países en vías de desarrollo en los que la mortalidad por estas causas cobrará mayor importancia, en especial por la elevada prevalencia de diversos factores de riesgo (en especial presión arterial elevada, tabaco, colesterol elevado y sobrepeso-obesidad) y por la ausencia de políticas públicas efectivas. En el mundo en vías de desarrollo, para el año 2020 se producirán el 71% de las muertes por enfermedad coronaria, el 75% por enfermedad cerebrovascular y el 70% de las muertes por diabetes. (1)

Para enfrentar esta epidemia debemos tener primero en cuenta algunos mitos acerca de las enfermedades no transmisibles (ENT) en general, que influyen en que en los organismos decisorios no se consideren prioritarias: (2)

- Mito 1. *Las ENT son degenerativas e incurables*: existe evidencia consistente de intervenciones que las previenen y tratan en forma efectiva.
- Mito 2. *Las ENT son padecimientos de la vejez*: en adultos jóvenes, las ENT también constituyen el principal motivo de carga de enfermedad.
- Mito 3. *Las ENT son padecimientos de los ricos*: el impacto de las ENT está en aumento, en especial en países en vías de desarrollo, y en la población pobre de países desarrollados.
- Mito 4. *Los programas de prevención y control son difíciles de implementar*: su dificultad no excede la de la implementación de servicios de salud convencionales, solamente es necesario otro paradigma.
- Mito 5. *La prevención de las ENT es cara*: existen alternativas de políticas públicas que de hecho tienen una ecuación costo-efectividad mejor que acciones a través del sistema de salud. Además, a nivel de sistemas de salud sería necesario reorientar los servicios hacia la prevención y, quizás, no destinar mayores recursos.
- Mito 6. *No existen estrategias efectivas de prevención*: existen múltiples experiencias exitosas, tanto a nivel comunitario como a nivel nacional.

En este contexto, los insumos necesarios para poder impactar a nivel poblacional, además de la concientización en los organismos decisorios y la inclusión en las agendas de este tema, son un sistema de información y un conjunto integrado de intervenciones de promoción y prevención. Estos sistemas de información, llamados de vigilancia epidemiológica, deben aportar información en todas las etapas del diseño y de la evaluación de intervenciones y, además, abarcar las múltiples dimensiones de estos problemas: debemos conocer no sólo la mortalidad, sino también la morbilidad y la carga de enfermedad, la prevalencia de los principales factores de riesgo, el desempeño de servicios de salud e incluso aspectos económicos y regulatorios. (3)

Este número de la *Revista* incluye el estudio PRISMA, (4) que constituye un aporte muy enriquecedor, no sólo por la dimensión del estudio, sino por constituirse en una evaluación de la calidad del informe de causas de muerte a través del certificado de defunción. Los resultados observados coinciden con los hallazgos de la literatura, en relación con el acuerdo entre diferentes métodos de clasificación de la causa, como autopsias verbales e informe a través de certificados. Es de destacar la importancia de un aspecto comentado por los autores, la necesidad de participación más activa de la comunidad científica en este tema, dado que sin la comunidad médica como motor de cambios será difícil mejorar el sistema.

Los autores también comentan las limitaciones de este estudio que, como bien aclaran, tienen que ver con su naturaleza retrospectiva, inevitable por el tipo de problema que se evalúa. En estos estudios, la posibilidad de sesgos de información (en particular sesgos de recuerdo) podría generar una comunicación mayor de factores de riesgo por parte de familiares o incluso de médicos sobre personas fallecidas por causas cardiovasculares.

En relación con la realización del estudio, algunos aspectos del diseño podrían haber contribuido aún más a su calidad metodológica, como, por ejemplo, la selección aleatoria de ciudades y la evaluación del cuestionario por evaluadores ciegos al certificado de defunción, aunque probablemente este último aspecto no parece haber sido necesario, ya que la concordancia fue moderada. Cabe agregar también que existen otros estudios de autopsia verbal en nuestro país, pero en otras áreas. (5)

¹ Programa VIGI+A, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

Para concluir, considero que debemos diferenciar entre las fuentes de datos utilizadas para investigación y aquellas utilizadas para la vigilancia epidemiológica. En la investigación necesitamos precisión máxima en nuestras observaciones, dado que a partir de ellas realizaremos inferencias sobre una hipótesis preespecificada. Sin embargo, en la vigilancia epidemiológica, que se define como información poblacional útil para la toma de decisiones, y en especial en las enfermedades crónicas, la tendencia en el tiempo puede ser más importante que la precisión. En aras de ser más precisos podríamos destinar muchos de nuestros recursos y, sin embargo, la ganancia marginal para la toma de decisiones sería muy pequeña. Dicho esto, el sistema de estadísticas vitales en nuestro país es mejorable, pero a pesar de los problemas constituye una herramienta vital para la vigilancia de enfermedades crónicas. Muchos países en el mundo, incluso de América latina, todavía no cuentan con un sistema de estadísticas vitales. (6)

A pesar de que los datos de mortalidad son relevantes, lo que necesitamos en realidad para que sea posible prevenir las enfermedades crónicas a nivel poblacional es información sobre los factores de riesgo, ya que cuando observamos cambios en las tendencias en mortalidad estamos viendo causas que actuaron muchos años antes y ya es *demasiado tarde* para actuar. Además, los cambios en la mortalidad son lentos y debemos tomar decisiones más rápidas, aun du-

rante la implementación de políticas, que nos permitan cambiar sobre la marcha. Debemos cambiar nuestro foco de atención hacia los factores de riesgo y otros indicadores, como medidas de desempeño del sistema de salud, para poder tener información a tiempo para cambiar el curso de la epidemia de las enfermedades cardiovasculares. En este sentido, pronto contaremos con los resultados de la primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, que nos permitirán por primera vez conocer las prevalencias de los principales factores de riesgo en todo el país.

BIBLIOGRAFÍA

1. Informe Técnico 916. Diet Nutrition and Prevention of Chronic Diseases. OMS, Ginebra, 2003.
2. 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 Pública Mex* 2000;42:56-64.
3. Ferrante D, Virgolini M. Salud pública y factores de riesgo. *Rev Argent Cardiol* 2005;73:221-7.
4. Muratore C, Belziti C, Di Toro D, Gant López J, Mulassi A, Barrios A y col. Precisión del certificado de defunción comparado con la autopsia verbal. Estudio PRISMA. *Rev Argent Cardiol* 2006;74: 211-6.
5. Mortalidad materna en la Argentina: diagnóstico para la reorientación de políticas y programas de salud. Capítulo V: Componente III: Autopsias verbales (AV). Resultados principales. CEDES.
6. Lopez A. Global Burden of Disease and Risk Factors. New York: World Bank/Oxford University Press; 2006.