

Factores de riesgo y enfermedad en el mundo global ¿Podemos seguir hablando de “estilo de vida” o deberíamos comenzar a hablar de “modo de vida”?

La OMS presentó el *World Health Report 2002: Reducing Risk, Promoting Healthy Life* (disponible online en <http://www.who.int/whr>) que plantea cuáles son los factores de riesgo de la población mundial y las intervenciones y políticas necesarias para disminuirlos. En la revista *Lancet*, Ezzati y colaboradores (1) resumen este ambicioso intento de ordenar las 20 mayores causas de mortalidad y morbilidad, que se miden respectivamente como “muerte” y “años de vida perdidos ajustado por incapacidad” (disability adjusted life years –DALYs– lost). Estos cálculos se realizaron tanto para la “población mundial global” como para las “divisiones principales geográficas y de desarrollo económico”.

Los cardiólogos estamos acostumbrados al análisis de la morbilidad y la mortalidad debido a los “factores de riesgo”, que casi siempre se realizó dentro de la tradición metodológica de los “factores de riesgo individuales” (hábito de fumar, hipertensión, hipercolesterolemia, etc.) en un número limitado de situaciones (p. ej., factores de riesgo para enfermedad isquémica), con puntos finales específicos diferentes (IAM, ACV, muerte cardíaca, muerte total, entre otros), comparados con la exposición constante de niveles arbitrarios en la población (¿colesterol total 240, 220, 200 mg/dl?), sin estandarizar la exposición mínima entre los diferentes factores de riesgo.

Para evaluar los factores de riesgo en un marco unificado, el estudio del año 2000 del módulo de Valoración del Riesgo Comparativo (Comparative Risk Assessment module) de la carga de enfermedad global, estableció –en una valoración sistemática– cuáles podrían ser los cambios en la salud de la población que resultarían de modificar la distribución a la exposición de un factor de riesgo o de un grupo de factores de riesgo en esa población.

El objetivo de los expertos de la OMS fue el de utilizar un marco de factores de riesgo seleccionados en varios niveles de causalidad; que fuera entre factores de riesgo contextuales y alejados –p. ej., pobreza y desigualdad económica–, ambientales y cercanos –p. ej., polución del aire o dieta– y fisiológicos –p. ej., presión arterial, niveles de colesterol–. Aunque los vacíos en la investigación epidemiológica en estas capas múltiples de causalidad no permiten incluir todas las interrelaciones de interés, el grupo de factores de riesgo seleccionados permitiría enfatizar la capacidad existente –en potencia– para la prevención de las enfermedades en el mundo, para así utilizarlo como una herramienta poderosa en los diseños de los planes de acción de la salud pública.

Antes de sumergirnos en los resultados tan importantes como sorprendentes, comentaremos el editorial acompañante de Powles y Day, (2) que atempera los importantes hallazgos de la OMS, al afirmar que no se debería darles demasiado énfasis a las posiciones relativas de los factores de riesgo, ya que la metodología utilizada –por el estado actual de desarrollo– puede llevar a un tratamiento desigual de los diferentes factores de riesgo considerados.

El diseño, que es de corte transversal, estima la diferencia que existe entre la muerte y la incidencia de enfermedad (solamente conocida en estudios de cohortes) que ocurre bajo la distribución actual de la exposición de riesgo y la frecuencia que podría esperarse en una distribución alternativa (contra fáctica), elegida para representar un riesgo teórico mínimo.

El diseño de tipo encuesta (corte transversal) puede infraestimar la importancia de las exposiciones que han estado aumentando sostenidamente en los últimos años –esto sucede con el tabaco y también con la obesidad–, donde la secuela aparece en el largo plazo y aún no se ha manifestado el daño completo de la exposición actual. Particularmente cuando se compara con los factores de riesgo en cuanto a que los efectos completos de los niveles de exposición actuales pueden reflejarse en los niveles también actuales de mortalidad, como sucede obviamente con la “presión arterial” y probablemente los niveles de “colesterol”.

Otro problema metodológico es que la “distribución contra fáctica” (riesgo teórico mínimo) no parece que se haya especificado en forma comparable. La posibilidad de llegar a esa distribución teórica de algunos factores de riesgo se han colocado a niveles exagerados difíciles de lograr, con lo que así aumenta su efecto; por ejemplo, la presión arterial sistólica se colocó en 115 mm Hg como mínimo teórico y el nivel de colesterol en 3,8 mmol/L. Mientras que, en contraste con esto, para la “actividad física” se considera riesgo mínimo realizar una actividad moderada o su equivalente de al menos 2,5 horas por semana, en este caso infraestimando su efecto.

A su vez, la estimación del riesgo será muy dependiente de la calidad de los estudios para los diferentes factores; otra vez, la presión arterial tiene estudios extensos, numerosos y bien diseñados que permiten conocer su verdadero riesgo y vuelven a contrastar en forma notoria con los factores de riesgo de la “actividad física” o la ingesta de “frutas y vegetales”. Por último, el cálculo de DALY depende de la estimación de la incidencia de la enfermedad y la duración y el

peso que se da a la incapacidad. La pregunta obvia que surge es si la estimación del riesgo relevante y el peso de la incapacidad puede aplicarse de hecho a todo el mundo, ya que, por ejemplo, gran parte de los DALY debidos al alcohol están influidos numéricamente por China, donde el grado de incapacidad se estima fundamentalmente a nivel neuropsiquiátrico.

A pesar de estas objeciones metodológicas, Powles y Day concluyen: “*La vigilancia de la salud pública en esta escala es una ciencia nueva e inmadura. La producción de semejante informe es evidencia de ambición, energía y determinación. Se ha requerido la orquestación de las actividades de muchos grupos de expertos y ordenar y estandarizar una enorme cantidad de datos. Este ejercicio es más abarcador, más informativo y más teóricamente coherente que su predecesor (basado en estimaciones de 1990), pero aún debería considerarse como un informe de trabajo en progreso.*” (2)

Vayamos, luego de esta introducción, extensa pero necesaria, a los resultados.

El primero y principal contribuyente de la pérdida de salud a escala mundial es la “*desnutrición infantil y materna*” (140 millones DALY, 9,5%; además, 90 millones más de DAILY –6,5%– debido a deficiencias de hierro, zinc y vitamina A; esto representa en total el 16%). La “*ausencia de agua segura, sanitarios e higiene*” está en el sexto lugar (54 millones DALY, 3,7%) y en el octavo se encuentra el “*humo de combustibles sólidos dentro de la casa*” (39 millones DALY, 2,6%). Todos estos hallazgos están asociados con la indigencia y el hambre y hablan de “*volver a la salud pública básica*”.

Estas causas de enfermedad, por supuesto, se acentúan en todas las “*regiones en desarrollo con alta mortalidad*”, en las que la desnutrición infantil y materna llega al 14,9%, el déficit de micronutrientes (hierro, zinc y vitamina A) al 9,3%, el agua insegura, sanitarios e higiene al 5,5% y el humo ambiental de combustibles sólidos al 3,6%.

El segundo lugar mundial lo ocupa el “*sexo inseguro*” (92 millones DALY, 6,3%), debido fundamentalmente a la pandemia del SIDA, que en las regiones en desarrollo con alta mortalidad alcanza el 10,2% y en el África subsahariana el 26,2%.

En el panorama global, el tercer lugar lo ocupa la “*presión arterial alta*” (64 millones DALY, 4,4%), que en las regiones en desarrollo de alta mortalidad desciende al 2,7% y en los países desarrollados aumenta al 10,9%. En el cuarto se encuentra el “*tabaco*” (59 millones DALY, 4,1%), que en zonas en desarrollo de alta mortalidad baja al 2,3% y en las desarrolladas as-

ciende al 12,2%. En el quinto lugar encontramos el “*alcohol*” (58 millones DALY, 4,0%), que en zonas en desarrollo de alta mortalidad desciende al 1,6% y en las desarrolladas sube al 9,2%.

Recién el séptimo lugar –luego del “*agua insegura, sanitarios e higiene*”– está ocupado por el “*colesterol alto*” (40 millones DALY, 2,8%), que en regiones en desarrollo de alta mortalidad disminuye al 2,1% y en las desarrolladas aumenta al 7,6%. Estos últimos marcadores son los que los cardiólogos conocemos como factores de riesgo clásicos.

Hasta ahora casi todos concebíamos los factores de riesgo como “*estilos de vida*”, o sea como hábitos de comportamiento individual. Este enfoque ideológico individualista –como si los hombres fuéramos Robinsones viviendo en nuestra propia isla– nos lleva, muchas veces –según mi opinión– a “*culpar a la víctima*” estigmatizando a la persona por su comportamiento. De esta forma se oculta y escamotea al verdadero “*victimario*” –como demuestra este informe fundacional de la OMS– que es el modo de producción de las diferentes formaciones sociales y económicas, que son a su vez responsables de nuestro “*modo de vida*” en la sociedad que nos toca vivir.

Si llamamos “*estilo de vida*” a los hábitos del comportamiento individual, intentar la traducción de esa conducta aislada competitiva en el “*modo de vida*” que emulan los grupos colectivos sería encontrar con esa expresión –“*modo de vida*”– la categoría sociológica que refleje en forma sistemática las condiciones económicas, sociopolíticas y culturales que son las formas características, estables y repetidas de la vida cotidiana de las personas y las colectividades. (3)

Este informe trascendental debe llevarnos a pensar que la respuesta a la pregunta del subtítulo debería ser afirmativa; sería más productivo que comencemos a hablar cada vez menos de “*estilo de vida*” y comencemos, cada vez más, a conocer, reconocer y hablar del “*modo de vida*” de las personas y los grupos colectivos.

Hernán C. Doval

BIBLIOGRAFÍA

1. Ezzati M, López AD, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray CJL, and the Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet* 2002;360:1347-60.
2. Powles J, Day N. Interpreting the global burden of disease. *Lancet* 2002;360:1342-43.
3. Filipec J. El modo de vida en la lucha ideológica contemporánea. La Habana, Ciencias Sociales; 1985, citado en: Huertas R. Neoliberalismo y Políticas de Salud. El viejo topo, España; 1998.