

# Enfermedades no Transmisibles: “emergencia de salud pública en cámara lenta.”<sup>1</sup> Un desafío para Chile

## Non Communicable Diseases: “a slow speed emergency”. A challenge for Chile

**Dra. María Cristina Escobar<sup>2</sup> / Tania Alfaro<sup>3</sup> / Mónica Aravena<sup>4</sup> / Leticia Ávila<sup>5</sup> / Marcia Erazo<sup>6</sup> / José Miguel Huerta<sup>7</sup> / Sibila Iñiguez<sup>8</sup> / Valentina Strappa<sup>9</sup> / Clelia Vallebuona<sup>10</sup> / Irma Vargas<sup>11</sup> / Roxana Buscaglione<sup>12</sup> / Lea Derio<sup>13</sup> / Marta Prieto<sup>14</sup> / Marina Soto<sup>15</sup> / Andrea Srur<sup>16</sup> / Jaime Verdugo<sup>17</sup>.**

### Resumen

Las enfermedades no transmisibles (ENTs), cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas son la principal causa de muerte en Chile y en el mundo. Cuatro factores de riesgo conductuales: tabaquismo, dieta no saludable, actividad física insuficiente y el consumo perjudicial de alcohol, asociados a la transición económica, la urbanización acelerada y el estilo de vida del siglo XXI, son en gran parte la causa de estas enfermedades, las que emergen como un desafío macro-económico para el desarrollo. La pandemia de ENTs tiene su origen en la pobreza y afecta en forma desproporcionada a los más desposeídos. Las intervenciones que han demostrado ser más efectivas para reducir las ENTs son aquellas dirigidas a prevenir los factores de riesgo señalados a nivel poblacional. Aunque Chile ha suscrito las principales iniciativas propuestas por la OMS para combatir los factores de riesgo señalados, su implementación es aún incompleta. El país ha avanzado en muchos aspectos, pero tiene importantes desafíos en términos de la vigilancia de las ENTs, el fortalecimiento de la APS, incluyendo los recursos humanos y financiamiento, y la incorporación de tecnologías. Abordar los factores de riesgo y los determinantes sociales de la salud excede la capacidad del sector salud y requiere una respuesta multisectorial con la participación del sector público, privado, la sociedad civil y la colaboración internacional. La reunión de alto nivel en Naciones Unidas en septiembre 2011, sobre Prevención y Control de las Enfermedades no Transmisibles señala el inicio de un proceso para abordar las ENTs para el cual se requiere el liderazgo del Estado de Chile para prevenir o mitigar el impacto de estas enfermedades en las personas, particularmente en aquellas más vulnerables.

*Palabras clave:* enfermedades no trasmisibles; factores de riesgo en Chile; intervenciones; respuesta multisectorial; colaboración internacional.

Recibido el 08 de agosto de 2011. Aceptado el 22 de agosto de 2011.

- 1 Palabras del Secretario General de Naciones Unidas, Ban Ki-moon. *Concluding remarks at Forum on Global Health, Secretary-General Ban Ki-moon, UNHQ, 15 June, 2009.*
- 2 Jefa del Departamento. Enfermedades no Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud. Correspondencia: mescobar@minsl.cl
- 3 División de Planificación Sanitaria (DIPLAS), Ministerio de Salud
- 4 Departamento. Economía de la Salud, DIPLAS, Ministerio de Salud
- 5 Jefa Departamento Modelo de Atención Integral, División de Atención Primaria, Ministerio de Salud
- 6 Departamento. Alimentos y Nutrición, División de Políticas Públicas, Ministerio de Salud
- 7 Jefe Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales, Ministerio de Salud
- 8 Jefa División de Atención Primaria, Ministerio de Salud
- 9 Jefa División de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud
- 10 Departamento. Epidemiología, División de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud
- 11 División de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud
- 12 Departamento ENTs, División de Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud
- 13 Departamento ENTs, División de Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud
- 14 Departamento ENTs, División de Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud
- 15 Departamento ENTs, División de Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud
- 16 Departamento ENTs, División de Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud
- 17 Departamento ENTs, División de Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud

## Abstract

---

Non communicable diseases (NCDs) are the main cause of death worldwide and in Chile.

Behavioural risk factors – tobacco, an unhealthy diet, insufficient physical exercise, and alcohol abuse, together with the economic transition, swift urbanization and the 21st century lifestyles are the main cause of these conditions, which in turn are a macroeconomic challenge to development. The NCDs pandemic is rooted in poverty and particularly affects the poor. The interventions that have proved to be most effective in reducing the NCDs are those aimed at the prevention, at population level, of the above mentioned factors. Although Chile has accepted the main initiatives proposed by WHO in order to fight those factors, their implementation is still not complete. Progress has been achieved in some aspects, but important challenges remain in the areas of epidemiological surveillance of NCDs, and of PHC strengthening particularly in regard to human, financial and technological resources. The task of addressing the risk factors and the social determinants of health exceeds the capability of the health care sector and requires a multisectorial response, with the participation of the public and private sectors, civil society and international collaboration. The UN high level Meeting on Prevention and Control of NCDs, in September 2011, marks the beginning of a process for which the leadership of the Chilean Government is required in order to prevent or mitigate the impact of these diseases on individuals, and particularly on the most vulnerable ones.

---

*Key words: non communicable diseases; risk factors in Chile; interventions; multisectorial response; international collaboration.*

---

## ANTECEDENTES

Las enfermedades no transmisibles (ENTs) son la principal causa de muerte en el mundo, matan a más personas cada año que todas las otras causas combinadas. Contrariamente a la opinión popular, la información disponible demuestra que cerca de 80% de las ENTs ocurren en países de bajos o medianos ingresos (WHO 2005). A pesar de su rápido incremento y distribución inequitativa, gran parte del impacto humano y social causado por las muertes relacionadas con las ENTs cada año podrían evitarse a través de intervenciones bien documentadas, factibles y costo-efectivas.

De los 57 millones de muertes ocurridas el 2008 en el mundo, 36 millones, casi dos tercios, fueron causadas por ENTs; principalmente enfermedades cardiovasculares, cánceres, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas. La carga combinada de estas enfermedades se incrementa a mayor velocidad entre los países y comunidades de menor ingreso, donde generan altos costos evitables en términos humanos, sociales y económicos. Aproximadamente una cuarta parte de las defunciones asociadas a las ENTs ocurren antes de los 60 años (WHO 2011).

En los países de altos ingresos las ENTs son la principal causa de morbimortalidad desde hace muchos años. Es el aumento significativo de estas enfermedades en países de medianos y bajos ingresos que hace éste sea

un desafío global y del desarrollo. La mortalidad para el período 2008-2030 por ENTs en los países de altos ingresos aumentará en 1%, mientras que en los países de Latinoamérica y el Caribe (LAC) este incremento será de 13%. Más aún, mientras que en los países ricos la mortalidad prematura entre 15-59 años disminuirá en 5% en los de LAC se proyecta incrementará en 3% (Nikolic et al. 2011).

Cuatro factores de riesgo conductuales son en gran parte causantes de las ENTs: tabaquismo, dieta no saludable, actividad física insuficiente y el consumo perjudicial de alcohol, asociados a la transición económica, la urbanización acelerada y el estilo de vida del siglo XXI. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), si estos factores de riesgo fueran eliminados se podría prevenir al menos 80% de las enfermedades del corazón, ataque cerebral y la diabetes tipo 2; y 40% de los cánceres (WHO 2005).

Las ENTs acaparan las necesidades de atención de salud en la mayoría de los países del mundo como consecuencia del envejecimiento poblacional, la urbanización no planificada, globalización del comercio y del marketing y un incremento progresivo de un patrón de estilo de vida no saludable. Cómo prepararse para las presiones sobre el sistema de salud como resultado del creciente número de personas con ENTs es uno de los desafíos inmediatos que enfrentan las autoridades.

## POBREZA, ENTs Y DESARROLLO

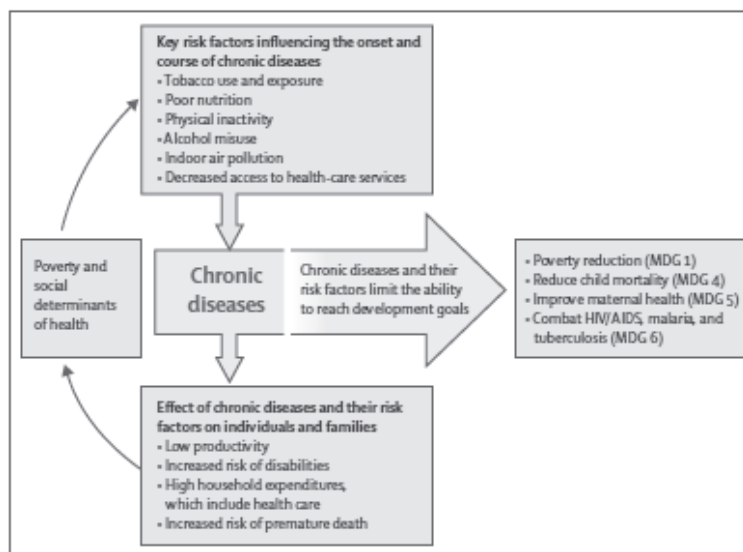
Adicionalmente a su enorme impacto negativo en la salud de la población y en los sistemas de salud, las ENTs están emergiendo como un desafío macroeconómico para el desarrollo como consecuencia de la pérdida de ingreso de los hogares por conductas no saludables, pérdidas de productividad por enfermedad, discapacidad, muerte prematura y altos costos de la atención de salud que llevan a las familias a caer bajo la línea de pobreza.

La pandemia de ENTs tiene su origen en la pobreza y afecta en forma desproporcionada a los más desposeídos. A su vez, la pobreza se asocia con otros determinantes sociales de las ENTs, tales como educación insuficiente y deficiente, redes sociales débiles, exclusión social y stress psicológico sostenido en el largo plazo. Los más pobres desarrollan y fallecen en forma prematura por falta de acceso a servicios de salud para la prevención y tratamiento de estas patologías debido a sistemas de salud insuficientes, sumado al hecho de vivir en ambientes con políticas públicas inadecuadas o incluso inexistentes a la hora de enfrentar las ENTs. Todo lo anterior aumenta su probabilidad de exposición a riesgos como el consumo de tabaco, nivel nutricional deficiente, consumo perjudicial de alcohol, contaminación intra-domiciliaria e inactividad física.

Los cambios en el ambiente social y económico señalados han resultado en una masificación de los factores de riesgo para la ENTs por fuerzas que están fuera de la esfera de control de los individuos, particularmente de los niños. Las ENTs a su vez generan pobreza, hogares con altos gastos en salud y pérdidas de productividad que reducen las proyecciones económicas de los hogares en el largo plazo. A nivel de los países, se producen cuantiosas pérdidas económicas como resultado de los altos costos de atención médica y la pérdida de productividad asociada a la enfermedad y muerte prematura por ENTs, que desplazan los recursos que pudieran haber sido utilizados con otros fines. La Figura 1, muestra las principales relaciones entre las ENTs, los factores de riesgo asociados, pobreza y desarrollo y como éstas amenazan el logro de las Metas de Desarrollo del Milenio. La carga creciente de las ENTs contribuye a la pobreza y constituye una barrera para el desarrollo; al afectar en forma desproporcionada a los individuos más pobres contribuye a incrementar las inequidades entre grupos sociales (Geneau et al. 2010).

El posicionamiento de las ENTs en la agenda del desarrollo es un paso esencial para redefinir el debate, movilizar recursos y subir la prioridad de la prevención de estas enfermedades (WHO 2008).

**Figura 1:**  
**Relación entre pobreza, ENTs y desarrollo** Tomado de: Genau R et al. 2010.



\*MDG: Metas de Desarrollo del Milenio

## INICIATIVAS GLOBALES PARA ABORDAR LA EPIDEMIA DE ENTS

Desde la aprobación de la Estrategia Global para la Prevención de las ENTs por la Asamblea General de la OMS el 2000 se ha avanzado en el desarrollo de políticas y otras iniciativas estratégicas para apoyar a los países en el abordaje de esta epidemia. Los principales hitos son:

- Adopción del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (OMS 2003).
- Estrategia Global de la OMS sobre Dieta, Actividad Física y Salud (OMS 2004).
- Plan de Acción Regional y Plan de Acción para un Enfoque Integrado sobre Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas (OPS 2007).
- Plan de Acción para la Estrategia Global de Prevención y Control de las Enfermedades no Transmisibles (OMS 2008).
- Estrategia Global para Reducir el Uso Perjudicial de Alcohol (OMS 2010).
- Más recientemente, el 2010, la Asamblea General de Naciones Unidas reconoce la importancia de las ENTs como un tema asociado al desarrollo y resuelve realizar una Reunión de Alto-Nivel sobre este tema con la participación de los Jefes de Estado y gobierno en septiembre 2011.

## INTERVENCIONES COSTO-EFECTIVAS

La OMS ha identificado una serie de iniciativas a nivel poblacional que además de ser costo-efectivas son denominadas “*mejores compras*”<sup>18</sup>, (costo inferior a US\$1 año/per cápita), por su alto impacto en la salud pública, número de vidas salvadas, enfermedades prevenidas y altos costos evitados, dirigidas a reducir el nivel de exposición al tabaco, promover una dieta saludable, la actividad física y uso perjudicial de alcohol. Adicionalmente, señala intervenciones de bajo costo para mejorar el acceso a una atención básica de salud, que incluye medicamentos esenciales y tecnologías médicas asequibles para la detección precoz y tratamiento oportuno de las principales ENTs.

### Ejemplos de “*mejores compras*”

- Proteger a las personas del humo del tabaco y prohibir fumar en espacios públicos
- Advertir sobre los peligros del uso del tabaco
- Fiscalizar la prohibición de publicidad del tabaco, su promoción o el patrocinio de eventos
- Aumentar impuestos al tabaco
- Restringir el acceso a la compra de alcohol
- Fiscalizar la prohibición de publicidad de bebidas alcohólicas
- Aumentar impuestos al alcohol
- Reducir el consumo de sal y el contenido de sal de los alimentos
- Reemplazar las grasas-trans de los alimentos por grasas poli-insaturadas
- Promover una mayor conciencia del público sobre la dieta y actividad física, utilizando los medios de comunicación masivos.

Una reducción de la carga de las ENTs será posible con intervenciones costo-efectivas a nivel poblacional, que pueden incluso generar recursos, como es el caso del incremento de impuestos al tabaco y el alcohol. Sin embargo, intervenciones de probada eficacia no están siendo implementadas a gran escala principalmente por falta de compromiso político, participación de otros sectores distintos al de salud, recursos insuficientes, intereses corporativos y un compromiso limitado de actores claves. A modo de ejemplo, menos del 10% de la población del mundo está totalmente protegida por cualquiera de las medidas dirigidas a reducir la demanda de tabaco contenidas en el *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (OMS 2003)*.

Mejorar la atención de salud, la detección precoz y el tratamiento oportuno de las ENTs es otra de las estrategias costo-efectivas para reducir el impacto de estas enfermedades. No obstante, el cuidado apropiado para las personas con ENTs no está disponible en todas partes, ni el acceso a tecnologías y medicinas esenciales, particularmente en poblaciones de bajos ingresos, sectores rurales, población trabajadora informal y temporeros, entre otros grupos.

La reunión que se llevará a cabo en Naciones Unidas en septiembre próximo está propiciando el desarrollo de diversas iniciativas y compromisos a nivel nacional,

18 “best buys” en inglés.

subregional, regional e internacional, cuyo fin es la implementación de la Estrategia Global y Regional para la prevención de las ENTs y los Planes de Acción relacionados, para hacer frente al impacto sanitario y social asociado a estas enfermedades. Entre esas iniciativas cabe destacar: la Declaración Ministerial de México aprobada por los Ministros de Salud de la Región en febrero 2011 (México 2011), la Declaración de Moscú de los Ministros de Salud de todo el mundo en abril 2011 (Moscú 2011), los compromisos de los organismos subregionales, propuesta de una Plan de Acción Subregional para la prevención y control de las ENTs, por el Comité técnico en ENTs de ORAS-CONHU, Mayo 2011, la Creación de una Comisión Intergubernamental sobre ENTs en MERCOSUR (MERCOSUR 2011), por mencionar solo algunas.

## ESCENARIO EPIDEMIOLÓGICO EN CHILE

En las últimas décadas nuestro país ha experimentado un importante aumento en la expectativa de vida y envejecimiento de la población, a la vez, un aumento de la morbilidad y mortalidad por ENTs. En Chile, 84% de los años de vida saludables perdidos (AVISA)<sup>19</sup> corresponde

19 Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA): Indicador utilizado para estimar la carga de enfermedad que combina los años perdidos por muerte prematura (AVPM) y los años vividos con discapacidad (AVD).

a las ENTs, Tabla 1. Del total de muertes registradas el año 2004, 62,6% fueron por la suma de enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes; 37,3% de estas muertes ocurrieron en forma prematura (MINSAL 2008), mientras que en países de altos ingresos la proporción es de sólo 13% (WHO 2010).

Por otra parte, la Encuesta Nacional de Salud de Chile 2003 dejó en evidencia la magnitud de las ENTs y sus factores de riesgo (MINSAL 2004). Estos resultados fueron confirmados por la segunda Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, donde nuevamente destacó un predominio de estilos de vida poco saludables, con elevado consumo de tabaco, sedentarismo y exceso de peso, entre otros (MINSAL 2011a), Tabla 2. Esta misma Encuesta evidenció una importante prevalencia de patología cardiovascular, seguida de enfermedades respiratorias crónicas y depresión en el último año.

La epidemia de las ENTs afecta desigualmente a las personas de menor posición social. A modo de ejemplo, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, la principal causa de muerte en Chile, muestra una distribución que sigue un gradiente: a medida que aumenta el nivel educacional se reduce la mortalidad, en ambos sexos, tanto para las enfermedades isquémicas como para las cerebrovasculares (Figura 2).

**Tabla 1.**  
**AVISA ordenados por magnitud de subgrupo y sexo. Chile, 2004**

<b>Ambos Sexos</b>	<b>AVISA</b>	<b>%</b>	<b>Hombres</b>	<b>AVISA</b>	<b>%</b>	<b>Mujeres</b>	<b>AVISA</b>	<b>%</b>
Condiciones neuropsiquiátricas	871.758	23,2%	Condiciones neuropsiquiátricas	374.835	20,4%	Condiciones neuropsiquiátricas	496.923	25,9%
Enfermedades Digestivas	594.067	15,8%	Enfermedades Digestivas	250.422	13,7%	Enfermedades Digestivas	343.645	17,9%
Enf. Cardiovasculares	453.940	12,1%	Enf. Cardiovasculares	246.062	13,4%	Enf. Cardiovasculares	207.878	10,8%
Lesiones no intencionales	291.438	7,7%	Lesiones no intencionales	194.058	10,6%	Enf. Musculoesqueléticas	123.882	6,5%
Enf. Musculoesqueléticas	291.381	7,7%	Enf. Musculoesqueléticas	167.499	9,1%	Enf. Órganos de los sentidos	121.574	6,3%
Enf. Órganos de los sentidos	241.709	6,4%	Enf. Órganos de los sentidos	120.135	6,6%	Neoplasias Malignas	117.679	6,1%
Neoplasias Malignas	221.529	5,9%	Neoplasias Malignas	103.850	5,7%	Lesiones no intencionales	97.380	5,3%
Lesiones intencionales	142.836	3,8%	Lesiones intencionales	84.569	4,6%	Tr. Endocrinos y metabólicos	73.439	3,8%
Enf. Respiratorias crónicas	110.748	2,9%	Enf. Respiratorias crónicas	62.228	3,4%	Lesiones intencionales	58.267	3,0%
Tr. Endocrinos y metabólicos	93.572	2,5%	Perinatales	42.073	2,3%	Enfermedades Genitourinarias	51.654	2,5%

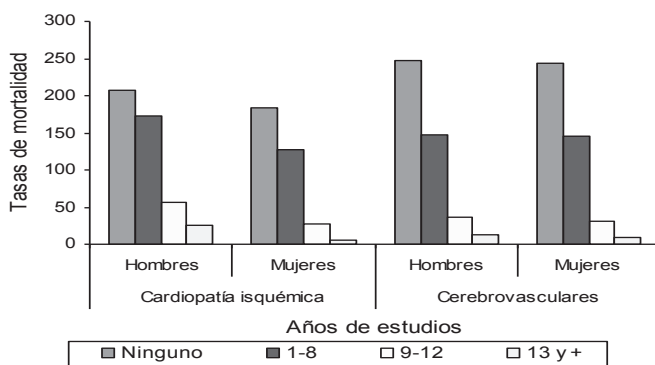
**Tabla 2:**  
**Prevalencia de factores de riesgo de ENTs**  
**seleccionados, ENS 2003 y ENS 2009-10**

Fuente: Depto. Epidemiología, MINSAL

Problema de Salud	Prevalencia (%) ENS 2003	Prevalencia (%) ENS 2009-2010
Tabaquismo (fumador actual)	42	40,6
Sobrepeso	37,8	39,3
Obesidad	23,2	25,1
Hipertensión arterial*	33,7	26,9
Diabetes mellitus*	6,3	9,4
Sedentarismo	89,4	88,6
Síntomas depresivos último año	17,5	17,2

\*Se requiere hacer algunos ajustes metodológicos para comparar ambas encuestas directamente.

**Figura 2.**  
**Mortalidad por Enfermedades Cardiovasculares**  
**según Sexo y Años de Estudios,**  
Chile 2001-2003 (tasas x 100.000 hab.)



**POLÍTICAS PÚBLICAS Y PROMOCIÓN DE LA SALUD**

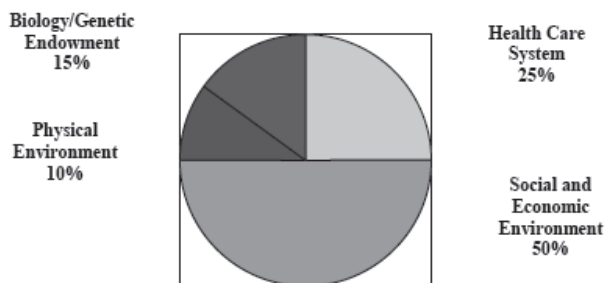
**La evidencia**

Las intervenciones que han demostrado ser más efectivas para reducir las ENTs son aquellas dirigidas a prevenir los factores de riesgo a nivel poblacional, tales como el uso de tabaco, la dieta no saludable (incluye la reducción del consumo de sal), la insuficiente actividad física y el consumo perjudicial del alcohol

(Beaglehole et al. 2011; Cecchini et al. 2010). Se trata de intervenciones de bajo costo, costo-efectivas y en algunos casos incluso pueden generar recursos (impuestos); son especialmente económicas al compararlas con la aplicación de procedimientos diagnósticos y terapéuticos en pacientes con estados avanzados de enfermedad. No obstante lo anterior, estas intervenciones de demostrada eficacia no se implementan a gran escala, como se ha dicho, por una serie de factores, que incluyen falta de compromiso político, insuficiente participación de otros sectores distintos a salud, falta de recursos, intereses creados y un compromiso limitado de las partes involucradas.

Los exiguos resultados observados en el control del tabaquismo y sedentarismo, o el fracaso en el control de la obesidad, se explican por la dificultad para construir una respuesta intersectorial frente a determinados problemas de salud, donde sistemáticamente ha primado el enfoque individual sin resultados sustantivos en los cambios de estilo de vida de la población. Expertos estiman que los ambientes sociales y económicos contribuyen en un 50% en el nivel de salud de la población mientras que el sistema de salud o de "atención de la enfermedad" sólo contribuye en un 25%, (Health Canada 2002), como muestra la Figura 3.

**Figura 3.**  
**Impacto estimado de los determinantes de la salud en el nivel de salud de la población**



**Iniciativas en marcha**

En 2004, Chile ratificó el *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*, lo que contribuyó a dar prioridad al tema y a modificar la antigua Ley de Tabaco incorporando las recomendaciones de la OMS relativas a limitar el acceso al tabaco a los menores de 18 años,

prohibir la promoción y publicidad del tabaco por los medios de comunicación, incorporar advertencias gráficas rotatorias en los envases de tabaco, declarar espacios libres de humo de tabaco en establecimientos educacionales y de salud, lugares de trabajo, transporte público, y restaurantes. Estas estrategias han tenido un impacto en reducir el consumo mensual de tabaco en escolares, con una prevalencia de 33% el 2009, 9 puntos menos que la del año 2005 (CONACE 2009). Sin embargo, en la población adulta la prevalencia permanece alrededor de 40%, sin cambios en los últimos 6 años (ver Tabla 2), lo que se debe a la implementación incompleta de las medidas más efectivas señaladas en el *Convenio Marco* (por ej. incremento en el precio de los cigarrillos, ambientes libres de humo del tabaco, barreras de acceso a la compra de cigarrillos, programas de apoyo para dejar de fumar, etc.), (WHO 2008).

La Estrategia Global contra la Obesidad (EGO-Chile) adhiere a la Estrategia Mundial de la OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Iniciada el 2006, es la plataforma para incluir e impulsar todas las iniciativas que contribuyan a la meta fundamental de disminuir la prevalencia de la obesidad en Chile, fomentando una alimentación saludable y promoviendo la actividad física a lo largo de toda la vida. En el ámbito sanitario, el Ministerio de Salud juega un rol protagónico en la definición, implementación, seguimiento y evaluación de la Estrategia EGO; incluye actividades en el ámbito normativo-regulatorio, de autorregulación, capacitación de los equipos de salud de la red asistencial y de la Autoridad Sanitaria y un fuerte trabajo de coordinación intersectorial, entre otros. Las limitaciones de esta estrategia han sido la falta de integración en los programas del Ciclo vital actualmente vigentes (Mujer, Niño y Adulto) y por tanto aparece como una estrategia aislada.

Desde el año 2006, el Reglamento Sanitario de los Alimentos establece la obligatoriedad del *Etiquetado Nutricional Obligatorio de los Alimentos* (ENOA) en todo alimento que se comercializa envasado. Hace 3 años está en tramitación en el Congreso un proyecto de Ley que regularía el contenido de nutrientes críticos (ej. sodio, azúcares, grasas), mensajes de advertencias y regulación de la publicidad, entre otros.

La evidencia científica es contundente en señalar la importancia de la salud en los primeros años de la vida

del niño para prevenir las ENTs en la vida adulta. En este contexto, el Sistema de Protección Integral a la Infancia, a través de *Chile Crece Contigo* (ChCC)<sup>20</sup>, cuyo objetivo es garantizar igualdad de condiciones para un óptimo crecimiento y desarrollo del niño durante los primeros años de vida en su etapa de mayor vulnerabilidad, es una iniciativa intersectorial promisoría para la prevención temprana de las ENTs.

Más recientemente, en los primeros meses del 2011, y en respuesta a las crecientes tasas de obesidad y sedentarismo de la población chilena, se creó el Programa *Elige Vivir Sano*.<sup>21</sup> Es conducido desde el Gabinete de la Presidencia de la República, interministerial y en alianza público-privada, cuyo objetivo es lograr cambios de hábitos en alimentación y actividad física en la población chilena, fomentando actividades al aire libre y en familia. Tanto el *Programa ChCC* como el *Elige Vivir Sano* son estrategias intersectoriales que deben ser fortalecidas y adoptadas como políticas de Estado para asegurar su continuidad.

Las prioridades de salud del país están explicitadas en el Plan Nacional de Salud a través de la formulación de Objetivos Sanitarios 2011-2020<sup>22</sup>. Éste incorpora metas específicas para mejorar la sobrevivencia de las personas que han tenido un evento cardiovascular, reducir la mortalidad por cáncer y enfermedad respiratoria crónica, aumentar la cobertura efectiva de las personas con diabetes e hipertensión, entre otras. En relación a los factores de riesgo conductuales, el Plan propone reducir la prevalencia de tabaquismo, del consumo perjudicial de alcohol, de sobrepeso y obesidad en población infantil, y aumentar la prevalencia de actividad física en adolescentes y jóvenes. Una de las metas más desafiantes del Plan es aumentar la proporción de chilenos con "salud óptima", definida por la presencia de al menos cinco factores de riesgo protectores de los ocho siguientes: no fumar, peso normal (Índice de Masa Corporal, IMC, bajo 25), realizar al menos 150 minutos de actividad física moderada a la semana, consumir al menos 5 porciones de frutas o verduras al día, presión arterial bajo 120/80 mm Hg;

20 Sistema de Protección Integral a la Infancia, ChCC: <http://www.crececontigo.gob.cl/sobre-chile-crece-contigo/>

21 <http://www.eligevivirsano.cl/>

22 A la fecha del envío de este artículo para su publicación el Plan aún no se había lanzado oficialmente.

colesterol total bajo 200 mg/dl; y glicemia bajo 100 mg/dl. Hoy en día la proporción de chilenos que cumple con este estándar es sólo de un 16,7%.

## **MANEJO INTEGRADO DE LAS ENTS Y SUS FACTORES DE RIESGO**

### ***Estrategia de atención primaria de salud (APS)***

Éste ha sido uno de los ejes de la Reforma del Sector Salud dado que cumple un importante rol de prevención y control de las ENTs a lo largo del ciclo vital. Es así como los Programas de Salud de la Mujer y del Niño han contribuido a mejorar la proporción de niños con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y reducir la tasa de recién nacidos con bajo peso de nacimiento, 47% y 5,9%, respectivamente el 2009; aspectos que se asocian a una menor incidencia de ENTs en la edad adulta (MINSAL 2010).

En respuesta a la transición epidemiológica acelerada observada en Chile, que se caracteriza por un incremento absoluto y relativo de la población adulta y de los mayores de 65 años, y un aumento en la prevalencia de ENTs, ha habido un importante desarrollo de programas para personas con enfermedades no transmisibles en la APS en los últimos 20 años: entre otros, el Programa Salud Cardiovascular, con más de un millón y medio de personas con diabetes, hipertensión o dislipidemia en control, el Programa para pacientes con Enfermedades Respiratorias Crónicas del Adulto y el Programa de Cuidados Paliativos para los pacientes con cáncer terminal, entre otros. Se destaca el aumento de la cobertura de las personas con hipertensión (de 52,7% a 72,5%), y diabetes (de 29,4% a 49,6%), entre los años 2004 y 2010. Sin embargo, los niveles de compensación de estas mismas condiciones, 61,5% y 38,2% respectivamente, a diciembre 2010, son todavía insuficientes, particularmente en diabetes (MINSAL 2011b).

Uno de los aspectos más débiles y de menor desarrollo en la APS, tiene que ver con los programas o intervenciones para apoyar a las personas con factores de riesgo, fumadores, las que tienen sobrepeso u obesidad o tienen una ingesta perjudicial de alcohol. Estos programas (por ej. Programas de Cesación del

Hábito de Fumar, Programa de Alimentación Saludable y Actividad Física-PASAF), son de cobertura limitada y los profesionales de la salud responsables de su implementación, no tienen, en su mayoría, las destrezas, habilidades ni el tiempo requerido para hacer una intervención efectiva.

### ***Garantías Explícitas en Salud (GES)***

Son un derecho por Ley de los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el seguro público, Fondo Nacional de Salud (FONASA), o seguro privado, a través de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), según corresponda. Según el Decreto vigente (MINSAL 2011c), son 69 las condiciones de salud en el listado GES, de las cuales 52 (75%) son ENTs: 12 cánceres (todos los infantiles, cáncer cervicouterino y mama en la mujer, próstata en el varón, vesícula, gástrico de alta incidencia en nuestro país y cuidados paliativos, entre otros); 6 enfermedades cardiovasculares (incluye hipertensión arterial, infarto agudo del miocardio, enfermedad cerebrovascular isquémica); 3 condiciones respiratorias crónicas (asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fibrosis quística pulmonar); y diabetes tipo 1 y 2, entre otras ENTs. La implementación del GES ha contribuido a avanzar en forma más equitativa en asegurar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes beneficiarios del sistema público y privado con ENTs.

El mismo Decreto GES en su Título II, establece metas de cobertura para el Examen de Medicina Preventiva, derecho que tienen todos los afiliados y beneficiarios tanto del seguro público como del privado. El Examen detecta los factores conductuales y biológicos que causan las ENTs (tabaquismo, obesidad, sedentarismo, ingesta perjudicial de alcohol, diabetes, colesterol elevado e hipertensión), además de la pesquisa de cáncer cervicouterino y de mama en la mujer, para un intervención oportuna. Sin embargo, éste no es suficientemente conocido por la población como un derecho y por lo tanto no es solicitado, lo que se refleja en la baja cobertura del control preventivo de los adultos, que sólo alcanza un 17% (CASEN 2009). Este hecho deja de manifiesto las deficiencias del modelo de atención para priorizar las acciones preventivas por sobre la atención de morbilidad, lo que requeriría una actitud más proactiva de los seguros de salud.



Actualmente el Ministerio de Salud está implementando en APS el Programa *Vida Sana*, para el tratamiento de las personas fumadoras, obesas, o con un consumo perjudicial de alcohol, con planes de intervención de carácter piloto para lograr revertir la condición de riesgo o evitar su progresión y reducir así la incidencia de ENTs.

### **Financiamiento**

El sistema de financiamiento del sector salud es sin duda uno de los factores determinantes en definir el alcance y magnitud de sus acciones. En Chile, el año 2011 el gasto social representa más de dos tercios del presupuesto del gobierno central, con un 24% destinado a salud. (Proyecto presupuesto 2011). En los últimos cuatro años, entre 18,3% y 19,1% del presupuesto sectorial (MM\$ 737.343), corresponde a la APS (Ley de presupuesto 2008-2011), lugar donde deben realizarse las actividades de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad; la mayor proporción (MM\$3.184.461), está destinado al nivel secundario y terciario, para la atención de pacientes más complejos y para tratar el daño que no fue posible prevenir. A modo de comparación, la distribución del presupuesto de salud en Inglaterra contempla exactamente el porcentaje inverso, es decir 80% de los recursos son manejados por la atención local o primaria.<sup>23</sup> Es prioritario entonces modificar estas proporciones si se decide otorgar un mayor énfasis a la prevención en Chile.

### **Recursos humanos**

Se requiere avanzar en políticas y planes de largo plazo para el desarrollo de recursos humanos acordes a la situación epidemiológica y demográfica del país; así como también en el cierre de brechas de profesionales en APS y en el logro de una distribución equitativa en las diferentes regiones y de acuerdo con las realidades locales de salud de la población (Estudio de dotaciones APS, 2010). Hasta ahora, la reforma y otras políticas intersectoriales que comprometen al sector han operado sin mayores cambios en los recursos humanos.

### **Modernización e innovación tecnológica**

Los avances tecnológicos, en particular los informáticos, hacen posible que hoy se disponga de sistemas de atención altamente automatizados que mejoran las oportunidades y la eficiencia de los sistemas de salud para avanzar en la entrega de servicios de calidad. En este aspecto el sector salud muestra un retraso muy significativo, que impacta negativamente en la eficiencia y efectividad de las acciones de salud.

### **Evaluación**

Dimensionar la contribución de cada componente de la red de servicios en la resolución de los problemas de salud de la población con ENTs y evaluar el impacto en la salud de las intervenciones continúa siendo de los grandes desafíos para nuestro país.

Por otra parte, es necesario promover e incentivar evaluaciones económicas de intervenciones preventivas en el país a fin de respaldar decisiones que permitan mejorar la salud y el bienestar de la población, tomando en consideración que la costo-efectividad de las intervenciones depende del entorno geográfico, social y cultural en que éstas se aplican.

### **DESAFÍOS**

Junto al aumento de la magnitud de la epidemia de las ENTs, en los últimos años ha aumentado el conocimiento y la comprensión de su control y prevención. Enfrentar este fenómeno requiere un compromiso político de alto nivel y una participación coordinada del gobierno, comunidades y proveedores de servicios de salud. Adicionalmente, las políticas públicas de salud deberán reorientarse y mejorar la asignación de recursos al sector.

### **Acción multisectorial y salud en todas las políticas**

Abordar los factores de riesgo y los determinantes sociales de la salud sobrepasa la capacidad del sector salud y requiere un compromiso importante de otros sectores que deben considerar el impacto en la salud de sus políticas, estrategias y estándares. La mayoría de las intervenciones poblacionales se originan fuera del sector salud, de ahí la necesidad de establecer

23 <http://www.nhs.uk/NHSEngland/Pages/NHSEngland.aspx>

alianzas multisectoriales y un enfoque de “salud en todas las políticas”<sup>24</sup> desde el gobierno (Adelaide 2010). El éxito de estos esfuerzos depende del apoyo de la sociedad civil, académicos y organizaciones no gubernamentales, entre otras. El apoyo de la industria y el sector privado es fundamental. Su rol es crítico en las intervenciones conductuales a nivel poblacional, en la reformulación de productos más saludables y en el ejercicio responsable del marketing.

Reducir las inequidades en salud requiere de un nivel de intervención mucho más ambicioso que las políticas impulsadas desde el sector salud, implica el compromiso activo del intersector y las consecuentes coordinaciones que permitan ser efectivos en atender el origen de tales inequidades y de influir en sus determinantes estructurales.

En este sentido, las personas que viven en sectores rurales, aproximadamente 13,4% de la población, son el grupo con mayor inequidad en el acceso a salud y la atención de morbilidad. La tardanza o falta de acceso a especialistas y/o procedimientos diagnósticos o terapéuticos, entre otras, constituyen barreras de acceso lo que explica en parte el mayor deterioro de los indicadores de salud en esta población (MINSAL 2011d).

### **Vigilancia**

Chile ha avanzado en forma muy significativa en este ámbito con dos Encuestas Nacionales de Salud, 2003 y 2009-10 realizadas por el MINSAL, más otras realizadas por otros sectores que abordan factores de riesgo específicos (por ej.: CONACE en alcohol y drogas; IND en actividad física), y más recientemente encuestas sobre aspectos específicos, tales como la relación entre salud y trabajo y los patrones de alimentación de la población: *1ra Encuesta Nacional de Condiciones de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida 2010* y la *Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos 2011*, respectivamente, de las cuales aún no se dispone de resultados finales.

El año 2007 se inició el *Modelo de Vigilancia de ENT (VENT) y sus Factores de Riesgo*, sistema que sigue las distintas etapas por las que atraviesa una enfermedad

desde los factores de riesgo hasta su desenlace (muerte, discapacidad), en el marco de los determinantes sociales de la salud y considerando grupos vulnerables. Para el año 2011 se ha priorizado la vigilancia del infarto agudo al miocardio, accidente cerebrovascular, cáncer cérvicouterino, cáncer de mama y diabetes tipo 2.

Junto a la necesidad de continuar el fortalecimiento de los actuales sistemas de información y las competencias de los encargados de la vigilancia en el país, se debe avanzar en la evaluación de impacto y efectividad de las intervenciones de promoción de la salud y de las políticas y planes de prevención y control de las ENTs.

### **Fortalecimiento del sector salud**

Las personas con ENTs deben recibir una atención básica de salud y de calidad que debe basarse en una atención primaria de salud sólida. El modelo de atención de salud debe ser transformado desde un enfoque que trata enfermedades agudas o cuidados de urgencia a uno más proactivo y continuo, dirigido a cuidar la salud de la personas, prevenir las ENTs cuando sea posible y otorgar servicios de salud de calidad con intervenciones de probada eficacia atendiendo a las necesidades y expectativas de las personas con ENTs. Un primer paso es la implementación de intervenciones efectivas de alto impacto para prevenir, detectar y tratar las ENTs. En atención a la naturaleza de largo plazo de las ENTs se requiere una respuesta integral del sistema de salud con una mayor participación y articulación entre niveles de atención, un recurso humano competente, incorporación de tecnologías, sistemas de referencia y contra-referencia, medicamentos y otros insumos de calidad y costos asequibles, empoderar a las personas para su autocuidado, y un sistema de financiamiento con los incentivos bien puestos.

Uno de los aspectos más deficitarios en el sistema de salud son los sistemas de información clínicos. Es imperativo disponer de sistemas “rutificados” y coordinados que faciliten la gestión del proceso de atención de las personas en la red asistencial. Además de facilitar la comunicación entre distintos prestadores, contribuirá a aumentar la eficiencia del uso de recursos, al evitar duplicación de acciones; además la satisfacción del usuario, quien no será sometido a un mismo interrogatorio cada vez que sea atendido por un profesional distinto.

---

24 “Health in all policies”, denominación original en inglés.

Todo lo anterior requiere innovar en la manera en que se entrega la atención de salud. El Instituto de Medicina de EEUU es categórico en afirmar que los sistemas de salud actuales ya no sirven, pues hacer más de lo mismo ya no funcionará; y por lo tanto, la única manera es cambiar el sistema (IOM 2001).

En atención a la estrecha asociación entre la salud materna e infantil y la importancia del origen temprano de las ENTs, se requiere una mayor integración y fortalecimiento de la prevención y control de las ENTs en los programas materno-infantiles en el nivel primario de atención. La manera más efectiva de abordar las ENTs y sus factores de riesgo es con un enfoque de curso de vida, a través de la promoción de conductas saludables, diagnóstico y tratamiento oportuno desde la concepción, desde la infancia y a lo largo de la vida adulta.

### **Cooperación internacional**

La prevención y control de las ENTs es hoy un problema global y requiere soluciones y compromisos globales. Es así como además de los esfuerzos que Chile debe hacer para avanzar en estos temas dentro del país, debe continuar y fortalecer el trabajo en conjunto con otros países de la región y a nivel internacional. Chile aspira a ser un país desarrollado en un mediano plazo, lo que requerirá que nos pongamos metas más ambiciosas y redoblemos nuestros esfuerzos para lograr indicadores cercanos al promedio de los países de la *Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico* (OECD), no solo de salud sino también en el ámbito social y económico.

Se hace necesario fortalecer los mecanismos de cooperación bilateral, regional e internacional, tanto para el intercambio de buenas prácticas como para el desarrollo e implementación de políticas públicas exitosas. A modo de ejemplo, Chile tiene mucho que aprender de Uruguay, país que ha implementado una de las políticas públicas contra el tabaquismo más exitosas del mundo, de hecho, es el primer país de las Américas libre del humo de tabaco (Vázquez 2010). Por otra parte, para lograr reducir el consumo de sal de los chilenos a menos de 5 gramos diarios, meta propuesta por la OMS/OPS, la experiencia y los avances logrados en Australia, Canadá y el Reino Unido

son fundamentales. El rol orientador, coordinador y facilitador de la OPS/OMS en estas materias es y ha sido decisivo a través de la formulación de un Plan de Acción Regional como también en su rol coordinador de otras iniciativas regionales, como el MERCOSUR, ORAS-CONHU, UNASUR, entre otros.

En conclusión, la Reunión de Alto Nivel en Naciones Unidas en septiembre 2011 sobre Prevención y Control de las Enfermedades no Transmisibles, evento excepcional en la historia de la salud pública, debe ser considerado como el punto de partida para iniciar un proceso que requiere el liderazgo del Estado de Chile con la participación del sector público y privado, la sociedad civil, organismos internacionales, entre otros, para prevenir o mitigar el impacto de las ENTs en las personas, particularmente en aquellas más vulnerables.

### **REFERENCIAS**

- *Adelaide Statement on Health in All Policies, WHO, Government of South Australia, Adelaide 2010.*
- *Beaglehole R. et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. The Lancet. 2011;377:1438-1447.*
- *Cecchini M. et al. Chronic Diseases: Chronic Diseases and Development 3. Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness. The Lancet. 2010; 376; 1775-1784.*
- *Geneau R. et al. Chronic Diseases: Chronic Diseases and Development 1. Raising the priority of preventing chronic diseases: a political process. The Lancet 2010; 376: 1689-1698.*
- *Health Canada 2002. Canadian Institute for Advance Research, Health Canada, Population and Public Health Branch, AB/NWT 2002. [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/p\\_acuerdo\\_de\\_creacion\\_de\\_la\\_ci\\_ent\\_es](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/p_acuerdo_de_creacion_de_la_ci_ent_es)*
- *IOM 2001. Crossing the Quality chasm: A new Health System for the 21st Century: Reinvent the health system foster innovation and improve the delivery of care.*

- MERCOSUR 2011. Creación de una Comisión Intergubernamental sobre ENTs. RMS/Acuerdo N°2/11.
- México 2011. Declaración Ministerial para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles. [http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/convenios/2011/Declaracion\\_Ministerial.pdf](http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/convenios/2011/Declaracion_Ministerial.pdf) Bajado 8.07.2011.
- Ministerio de Salud/Universidad del Desarrollo 2008. Los Objetivos Sanitarios de equidad en salud en Chile.
- MINSAL 2004. Informe final Encuesta Nacional de Salud 2003. [http://www.emol.com/noticias/documentos/informe\\_salud.pdf](http://www.emol.com/noticias/documentos/informe_salud.pdf).
- MINSAL 2008. Informe final. Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible.
- MINSAL 2010. Nutrición para el Desarrollo. El Modelo Chileno.
- MINSAL, 2011a. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. [http://www.minsal.gob.cl/portal/docs/page/minsalcl/g\\_home/submenu\\_portada\\_2011/ens2010.pdf](http://www.minsal.gob.cl/portal/docs/page/minsalcl/g_home/submenu_portada_2011/ens2010.pdf) Bajado 8.07.2011.
- MINSAL 2011b. Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria.
- MINSAL 2011c. Listado de condiciones con Garantías Explícitas de Salud de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera. DS N°1 -2011.
- MINSAL 2011d. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Resolución Exenta N°48, 9.02.2011. Aprueba Programa de mejoría de la Equidad en Salud Rural.
- Moscow 2011. Moscow Declaration. 1st Global Ministerial Conference on Healthy Lifestyles and Non-communicable Disease Control. Moscú, 28-29 de Abril, 2011. [http://www.who.int/nmh/events/moscow\\_ncds\\_2011/conference\\_documents/moscow\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/events/moscow_ncds_2011/conference_documents/moscow_declaration_en.pdf) Bajado 8.07.2011.
- OMS 2003. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/sa56r1.pdf> Bajado 8.07.2011.
- OMS 2004. Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. [http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_spanish\\_web.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf).
- OMS 2008. Prevención y control de las Enfermedades no Transmisibles: Aplicación de una estrategia mundial. [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A61/A61\\_8-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_8-sp.pdf) Bajado 8.07.2011.
- OMS2010. Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo de Alcohol. [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf) Bajado 8.07.2011.
- Organización Panamericana de la Salud, OPS 2007. Estrategia Regional y Plan de Acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas. <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/reg-strat-cncds.pdf> Bajado 8.07.2011.
- Nikolic I., Stanciole, A, Zaydman M. Health, Nutrition, and Population, Human Development Network, The World Bank. 2011. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper. Chronic Emergency: Why NCDs Matter. <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/ChronicEmergencyWhyNCDsMatter.pdf> Bajado 26.08.2011.
- Vázquez, T. Políticas públicas contra el tabaquismo. *Rev. Urug. Cardiol.* 2010; 25(3): 241-244.
- WHO 2005. Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report. [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/contents/en/index.html](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.html).
- WHO 2008. Who Report on the Global Tobacco Epidemic. The MPOWER package.
- WHO 2008-2013. Action Plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable disease. Geneva: World Health Organization, 2008.
- WHO2010. Global status report on noncommunicable diseases.
- WHO2011. Global status report on noncommunicable diseases 2010.