

ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES  
EN EL SIGLO XXI

## REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 2618-4311

Buenos Aires

Panigadi C, Berardi C, Milione H y col.

Enfermedades crónicas no trans-

misibles en el siglo XXI. *Rev Arg Med*

2021;9(3):227-234

ARK CAICYT: <http://id.caicyt.gov.ar/>

ark:/s26184311/8p26spn3h

CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES IN THE 21<sup>st</sup> CENTURYCristián Panigadi,<sup>1 2 3 6</sup> Claudio Berardi,<sup>1 3</sup> Hugo Milione<sup>1 2 3 6</sup> Luis Cámara,<sup>3 4 6</sup> Pascual Valdez<sup>1 3 5 6</sup>

Recibido: 10 de agosto de 2021.

Aceptado: 19 de agosto de 2021.

<sup>1</sup> Profesor de la Universidad Nacional de La Matanza.<sup>2</sup> Staff de clínica médica del Hospital Paroissien.<sup>3</sup> Especialista en clínica médica.<sup>4</sup> Staff de clínica médica del Hospital Italiano.<sup>5</sup> Staff de terapia intensiva del Hospital Vélez Sarsfield.<sup>6</sup> Miembro de la Sociedad Argentina Médica.

## RESUMEN

En Argentina, las enfermedades crónicas no transmisibles ocasionan el 73,4% de las muertes, el 52% de los años de vida perdidos por muerte prematura y el 76% de los años de vida ajustados por discapacidad. En 2015, el 40% de las muertes fueron por causa cardiovascular y el 25%, por causa oncológica. Las enfermedades crónicas no transmisibles se asocian a factores de riesgo modificables, son muertes prevenibles, algunas de ellas con una patología potencialmente curable o controlable, con intervenciones de largo plazo o puntuales, muchas veces sencillas y no muy costosas. Los especialistas en clínica médica deberían brindar una atención integral e integrada del paciente adulto; organizada con relación a los perfiles epidemiológicos; con respeto por las necesidades de salud del individuo y de la comunidad; en el marco de los servicios de salud de baja, mediana y alta complejidad. Ningún problema de salud del adulto, desde la juventud hasta la ancianidad, es ajeno a su incumbencia y responsabilidad. Muchos de los desafíos que enfrentan los sistemas de atención de la salud, como la aparición constante (casi “semanal”) de nuevas tecnologías sanitarias, el envejecimiento poblacional y la transición epidemiológica hacia perfiles donde se suman enfermedades crónicas, con pluripatología, que se complejizan con una necesidad y una demanda social de mayor calidad y seguridad en los procesos de atención, requieren que se haga frente a los efectos adversos de la subespecialización médica. Y una vez más, acá están los clínicos. Las enfermedades crónicas no transmisibles no deberían ser *comandadas* por expertos en hipertensión, diabetes, dislipemia, obesidad o cardiología. El rol del profesional en el primer nivel de atención (generalistas y clínicos, junto al resto de los otros profesionales del equipo de salud) y la tarea del clínico en el segundo nivel son fundamentales para el abordaje de esas problemáticas, que en contadas ocasiones podrán requerir la presencia del *hiperexperto* (pero siempre en el contexto del trabajo en equipo, superador del concepto de *interconsulta*, y, por supuesto, descartando el término *derivación*).

**PALABRAS CLAVE.** Enfermedades crónicas no transmisibles, médicos clínicos, factores de riesgo, diabetes, obesidad, hipertensión, dislipemia.

## ABSTRACT

*In Argentina, chronic non-communicable diseases are responsible for 73.4% of deaths, 52% of life years lost due to premature death, and 76% of disability-adjusted life years. By 2015, 40% of deaths were related to cardiovascular causes and 25%, related to oncological causes. Chronic non-communicable diseases are associated with modifiable risk factors, they are preventable deaths, some of them with potentially curable or controllable pathologies with long-term or specific interventions, often simple and inexpensive. Medical clinic specialists should provide comprehensive and integrated care of the adult patient, organized according to epidemiological profiles, respecting the health needs of the individual and the community, within the framework of low, medium and high complexity health services. There is no health problem for adults, from youth to old age, beyond the medical clinic specialist's responsibility and concern. The constant appearance (almost “weekly”) of new health*

Los autores manifiestan no poseer conflictos de intereses.

## AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Dr. Pascual Valdez. Correo electrónico: [rpascual46@gmail.com](mailto:rpascual46@gmail.com)

*technologies, population aging and the epidemiological transition towards profiles where chronic diseases are added —with multiple pathologies— that become more complex with a need and a social demand for higher quality and safety in the care processes, are many of the challenges faced by health care systems that require the adverse effects of medical sub-specialization to be faced. And once again, here are the clinicians. Chronic non-communicable diseases should not be “commanded” by experts in hypertension, diabetes, dyslipidemia, obesity, or cardiology. The role of the professional in the first level of care (generalists and clinicians together with the rest of the professionals of the health team) and the task of the clinician in the second level are fundamental for addressing these problems, which may rarely require the presence of the “hyper-expert” (but always in the context of teamwork, overcoming the concept of interconsultation and, of course, dismissing the term referral).*

**KEY WORDS.** *Chronic non-transmissible diseases, clinical medical specialists, risk factors, diabetes, obesity, hypertension, dyslipidemia.*

## Introducción

La Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo se realizó en el último trimestre de 2018, dentro del marco de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles (ENT). Se llevó a cabo entre el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) y el Ministerio de Salud y Acción Social, a través de la que en ese momento era la Secretaría de Salud de la Nación. Incluyó a personas mayores de 18 años, habitantes de poblaciones urbanas de más de 5000 habitantes, de las 24 jurisdicciones del país.

Estructuralmente, la encuesta forma parte del sistema integrado de encuesta a hogares y del sistema de vigilancia de enfermedades no transmisibles, y se realizó también en años anteriores (2005, 2009, 2013 hasta la última, en 2018) (1-4). En esta oportunidad, y como innovación, se agregó una etapa final con mediciones físicas y bioquímicas, con lo cual, en realidad, pasó de encuesta a convertirse en un estudio epidemiológico de corte transversal.

Este desarrollo estuvo ligado al apoyo financiero del Banco Mundial mediante el Programa PROTEGER (Proyecto de Protección de la Población Vulnerable contra las ENT), financiamiento externo que tenía como objetivos mejorar las condiciones de atención de la población vulnerable y proteger a este grupo de las de mayor prevalencia.

Se dividirá el contenido del artículo en:

- Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Descripción, análisis y comentarios.
- El rol de los clínicos en las enfermedades crónicas no transmisibles (ECrNT).
- Reflexiones desde la salud comunitaria.

## Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Descripción, análisis y comentarios

Encuesta nacional y ENT. ¿Por qué hacer blanco en las ENT y ECrNT?

La encuesta define (en concordancia con la Organización Mundial de la Salud y la bibliografía en general)

como “Enfermedades NO Transmisibles” a dos grupos de enfermedades:

1. Las enfermedades crónicas NO transmisibles (ECrNT). Este grupo engloba a cuatro grandes patologías: enfermedades cardiocerebrovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas (\*).
2. Las lesiones por causa externa. Este grupo incluye siniestros viales, suicidios y homicidios.

(\*) Los cuatro grupos englobados en las ECrNT se asocian fuertemente a cuatro grandes factores de riesgo modificables que son comunes: el consumo de tabaco, una alimentación inadecuada, el sedentarismo y la ingesta nociva de alcohol. Incorporarlos siempre al grupo de las ECrNT permite una aproximación a estas para su prevención, análisis e intervención. Los otros factores de riesgo metabólicos asociados al aumento de la mortalidad cardiovascular (no necesariamente comunes a todas pero sí modificables) y con aumento del riesgo de las ECrNT y su mortalidad son la hipertensión arterial y el aumento del colesterol en sangre. A la hipertensión arterial se le atribuye casi el 19% de las muertes en el mundo.

Grupo 1: conceptualización de las ECrNT

Concepto 1: en el mundo mueren más de 41 millones de personas al año (más del 70% de todas las muertes del mundo) por causa de las ECrNT. De ese grupo, 15 millones tienen entre 30 y 69 años.

Claramente existe una fuerte prevalencia de las ECrNT y la alta mortalidad generada por estas.

Concepto 2: De los 41 millones de muertes en el mundo por ECrNT, 32 millones (72%) ocurren en países con ingresos medios y bajos. Incluye también para estos países un 85% de las muertes en edades tempranas (13 millones de personas).

Claramente existe un fuerte vínculo entre pobreza y ECrNT. Y con menor edad de los afectados.

Concepto 3: Las ECrNT se asocian a factores de riesgo modificables, son muertes prevenibles, con una patología con posibilidades de cura o controlable y con intervenciones puntuales o bajo una programa; muchas veces sencillas y no altamente costosas.

Claramente existen intervenciones costo-efectivas, aplicables y de impacto para las ECrNT.

En Argentina, las ECrNT son responsables del 73,4% de las muertes, del 52% de los años de vida perdidos por muerte prematura, y del 76% de los años de vida ajustados por discapacidad (4). En 2015, el 40% de las muertes fueron por causa cardiovascular y el 25%, por causa oncológica.

Grupo 2: lesiones de causa externa

Respecto a las lesiones de causa externa, a pesar de que merecen una aproximación distintiva del grupo anterior (ECrNT) con relación al abordaje del problema, su relevancia se debe a que también presentan un crecimiento progresivo mundial en los últimos 20 años y a su impacto porcentual sobre las muertes de la población joven (está entre las tres causas de muerte más frecuentes entre los 5 y 44 años, junto con el 16% de las causas globales de discapacidad).

## ¿Por qué una Encuesta Nacional de Factores de Riesgo?

Los factores de riesgo son aquellas características de las personas que se asocian claramente con el desarrollo de una enfermedad (en este caso, a las enfermedades no transmisibles), lo que pone entonces a las personas en una situación de mayor vulnerabilidad. De esa forma, una herramienta como la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo pasa a ser la puerta de ingreso para los diagnósticos epidemiológicos, para facilitar la toma de decisiones y para el monitoreo del impacto de las políticas públicas.

## Diseño y desarrollo de la encuesta/estudio

El diseño del estudio transversal epidemiológico tuvo un muestreo probabilístico y un desarrollo multietápico asincrónico y sucesivo.

En la muestra autorrepresentada de la distribución, les correspondieron 43.300 hogares distribuidos en ocho grandes conglomerados fijos de ciudades grandes (a fin de hacerlo comparativo sobre encuestas previas) y el resto fue sobre poblaciones con más de 5000 habitantes, con un muestreo aleatorio probabilístico según la distribución del número poblacional. Las poblaciones con menos de 5000 (14% del país) tuvieron una asignación conjunta (5870 hogares).

El desarrollo fue en tres etapas.

Primera etapa: realización de encuestas por autorreporte, similar a encuestas anteriores utilizadas en poblaciones con más de 5000 habitantes. Se realizó sobre 49.170 hogares posibles de distribución demográfica.

Segunda etapa: realización de mediciones físicas, de presión arterial y de parámetros antropométricos como el peso, la talla y el perímetro de la cintura. También en las poblaciones de más de 5000 habitantes sobre el 75% de los hogares posibles de la etapa 1.

Tercera etapa: realización de mediciones bioquímicas de la glucemia capilar por digitopunción y del colesterol total mediante tiras reactivas, con un ayuno previo de ocho horas. Limitado a las poblaciones de más de 150.000 habitantes incluidas en la etapa anterior (tabla 1).

TABLA 1. RESUMEN DE LAS 3 ETAPAS

	Hogares seleccionados	Hogares habitados	Hogares con respuesta	Respuesta completada
<b>Etap 1:</b> 100% hogares	49.170	42.454	31.426	29.224
<b>Etap 2:</b> 75% del anterior	36.870		23.556	16.577
<b>Etap 3:</b> ídem del anterior en poblaciones con más de 150.000 habitantes	17.390		10.355	5.331

Fuente: elaboración personal sobre la base de la Cuarta Encuesta Nacional de factores de riesgo (4<sup>1</sup>).

<sup>1</sup> El método de aleatorización es complejo y puede verse en la fuente original. Puede haber sesgos por deficiencias en la elegibilidad de las viviendas de la muestra y por el fenómeno de la "no respuesta", que siempre está presente en una operación estadística. La magnitud del sesgo debido a la falta de respuesta generalmente no se conoce.

## Variables incluidas en la encuesta y su estructura

Las encuestas desarrolladas en la etapa 1 con el método del autorreporte, que seguían la estructura de las tres encuestas de los años anteriores, estaban conformadas por un bloque hogar (incluía vivienda, composición e ingresos) y un bloque individual (comprendía una percepción general sobre el estado de salud, los factores de riesgo comportamentales, los factores de riesgo metabólicos, la prevención de enfermedades oncológicas y los indicadores de seguridad vial).

La elección de una persona como participante en cada hogar era aleatoria.

Respecto del ítem sobre salud general: incluía la autopercepción general del estado de salud personal y de la calidad de vida (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, malestar, ansiedad y/o depresión).

## Factores de riesgo incluidos y sus resultados globales

De acuerdo con lo descripto, se ordenan como:

### A. Factores de riesgo comportamentales:

1. Tabaco: en 2018, la prevalencia del consumo de tabaco (cigarrillos) fue del 22,2%, (algo que mostró un continuo descenso desde la ENFR 2005, con un 29,7%). El indicador en los hombres fue del 26,1% y en las mujeres, 18,6%. El primer quintil registró un 24,7% frente al quinto, que registró un 20%. La exposición al humo de tabaco ajeno (25%) también muestra un descenso respecto de 2009 (33,9%). Todavía fuma uno de cada cinco adultos del país y uno de cada cinco trabajadores permanece expuesto al humo de tabaco en su lugar de trabajo; casi la mitad de la población vio publicidad de tabaco en los puntos de venta de cigarrillos. Es especialmente relevante el hecho de que son los adultos jóvenes (18 a 24 años) los que están más expuestos al humo de tabaco ajeno, tanto en el hogar como en los lugares públicos, como bares y restaurantes, y son quienes más expuestos están a la publicidad de tabaco. Más aún, esto último tiene mayor incidencia en los grupos de ingresos más bajos.
2. Alcohol: en 2018, el consumo de alcohol episódico excesivo fue del 13,3% (un aumento respecto de 2009, cuando fue del 8,9%). El consumo regular de riesgo: estable es cinco veces mayor en los jóvenes que en los adultos y el triple en varones respecto de las mujeres. En el grupo de adolescentes el consumo de tabaco y alcohol es mayor en mujeres que en hombres. En ningún caso hay diferencias por nivel de ingresos.
3. Alimentación: sigue siendo muy bajo el consumo de frutas o verduras; su consumo no presentó cambios en relación con los años anteriores y con la mitad del consumo en el quintil más bajo respecto del más alto. Se evidenciaron barreras económicas para el acceso y un gran desconocimiento general sobre la necesidad de consumir cinco porciones al día. Sólo el 6% de la po-

blación cumple con esa recomendación y el 50% cree comer la cantidad adecuada. Respecto a la sal, el 16,4% agrega sal al sentarse a la mesa, hábito que no muestra cambios desde 2013. De cada diez personas, siete usan sal durante la cocción. Esto último es más frecuente en los grupos con ingresos más bajos.

4. Actividad física: la prevalencia es del 44,2% (ha descendido respecto de 2013, que fue del 54,7%). La actividad física resultó más baja en mujeres (46,6% frente a 41,5% en varones).

### B. Factores de riesgo metabólicos:

1. Exceso de peso (suma sobrepeso y obesidad): se registró por autorreporte un 61,6%, con un aumento sostenido desde 2005: 49%; 53,4% y 57,9%. La obesidad aumentó un 75% entre 2005 y 2018. Por mediciones objetivas, la prevalencia de exceso de peso en la ENFR de 2018 fue del 66,1% frente al 61,6% arrojado por autorreporte. De ese 66,1%, el 50% tiene obesidad y el otro 50%, sobrepeso.
2. Diabetes: los resultados obtenidos por autorreporte fueron del 12,7% (9,8% en 2013). La prevalencia combinada fue del 10,9% (definida como la combinación de las personas que tuvieron glucemia elevada en las mediciones objetivas o las que se autorreportaron como diabéticos y tomaron algún medicamento). Hubo un 5% de autorreportados negativos con glucemia elevada en el control. Un 50% de los diabéticos conocidos recibía algún tratamiento. La realización de un score de predicción (5) mostró que un 20% de la población tiene un riesgo alto o muy alto de desarrollar diabetes en un lapso de 2 a 10 años.
3. Hipertensión: se indicó por autorreporte el 34% (valor estable desde 2005). La prevalencia combinada (definida como la combinación de las personas que tuvieron presión arterial elevada en las mediciones objetivas o las que se autorreportaron como hipertensos y tomaron algún medicamento) fue del 46,6%. El 32% de quienes no se sabían hipertensos por autorreporte tenía presión elevada por control. Y la mitad de los que sí eran hipertensos recibió un tratamiento en los últimos 14 días. De cada diez hipertensos autorreportados, seis estuvieron con cifras altas durante el control.
4. Hipercolesterolemia: la prevalencia por autorreporte fue del 29% (estable desde años anteriores). La prevalencia combinada (definida como la combinación de las personas que tuvieron colesterol elevado en las mediciones objetivas o las que se autorreportaron como con colesterol elevado y tomaron algún medicamento) fue del 39,5%. El 29% de quienes se desconocían hipercolesterolémicos tuvo valores altos. El 45% de los que refirieron colesterol alto estaba recibiendo algún tratamiento.

*El porcentaje de la población que aceptó hacerse controles permanece constante, con predominio de mujeres y de la población con mayores ingresos.*

*Se observa baja tasa de tratamiento en personas con diabetes, hipertensión y dislipemia. Además, esa situación es peor en aquellos con ingresos más bajos.*

C. Otros: prácticas preventivas de seguridad vial y prevención de enfermedades oncológicas

1. Uso del cinturón de seguridad: se registró un 74% (48% en 2009). El indicador fue más alto en mayores, hombres y la población de mayores ingresos.
2. Casco al andar en moto: 65% de los encuestados refirió que lo usa (59,1% en 2013). Este porcentaje aumentó pero sigue bajo. Fue más elevado en hombres y la población de mayores ingresos.
3. Manejo con consumo de alcohol: el resultado arrojó un 15,2% (12,1% en 2013). Es tres veces mayor en hombres y jóvenes.

4. Mamografía: 66,0% de mujeres entre 50 y 70 años se hizo una mamografía en los dos años previos (este indicador fue mayor en la población con mayores ingresos).
5. Papanicolaou (PAP): 70,3% de las mujeres encuestadas de entre 25 y 65 años se hizo un PAP en los dos años anteriores (este indicador no mostró variantes respecto a años anteriores y fue mayor en la población de mayores ingresos).
6. Tamizaje de cáncer colorrectal: 31,6% de personas de entre 50 y 75 años se hizo algún control (el resultado anterior era de 24,5%).

El cuadro 1 muestra la evolución comparativa del autorreporte según el año de la encuesta.

**CUADRO 1. EVOLUCIÓN COMPARATIVA DEL AUTORREPORTE SEGÚN EL AÑO DE LA ENCUESTA (PORCENTAJES E INTERVALOS DE CONFIANZA)**

	2005	2009	2013	2018
<b>Actividad física disminuida (*)</b>	-	54,9	54,7	64,9
	-	(53,7/56,1)	(53,2/56,2)	(63,9/65,9)
<b>Uso de sal luego de la cocción</b>	23,1	25,3	17,3	16,4
	(21,9/24,5)	(24,4/26,3)	(16,4/18,2)	(15,6/17,3)
<b>Consumo de, al menos, 5 porciones de frutas o verduras diarias</b>	-	4,8	4,9	6
	-	(4,4/5,3)	(4,3/5,5)	(5,5/6,6)
<b>Exceso de peso (obesidad más sobrepeso) (*)</b>	49	53,4	57,9	61,6
	(47,2/50,9)	(52/55)	(56,1/59,6)	(60,6/62,6)
<b>Sobrepeso</b>	34,4	35,4	37,1	36,2
	(33,4/35,5)	(34,6/36,3)	(36/38,2)	(35,2/37,2)
<b>Obesidad (*)</b>	14,6	18	20,8	25,4
	(13,9/15,5)	(17,4/18,7)	(19,9/21,8)	(24,4/26,4)
<b>Prevalencia de consumo de tabaco (*)</b>	29,7	27,1	25,1	22,2
	(28,7/30,8)	(26,3/27,9)	(24,2/26,2)	(21,2/23,1)
<b>Prevalencia de cigarrillo electrónico</b>	-	-	-	1,1
	-	-	-	(0,8/1,3)
<b>Exposición al humo ajeno (*) en el hogar en el último mes</b>	-	33,9	27,6	25,1
	-	(33,0/34,9)	(26,5/28,6)	(24/26,1)
<b>Exposición al humo ajeno en el trabajo en el último mes (*)</b>	-	34	25	21,8
	-	(32,8/35,2)	(23,9/26,2)	(20,6/23)
<b>Exposición al humo ajeno en bares y/o restaurantes en el último mes</b>	-	47,2	23,5	21,5
	-	(45,6/48,7)	(22,3/24,9)	(20,4/22,7)
<b>Presión arterial elevada</b>	34,5	34,6	34,1	34,6
	(33,3/35,7)	(33,6/35,5)	(32,9/35,5)	(33,7/35,6)
<b>Colesterol elevado</b>	27,8	29,1	29,8	28,9
	(26,5/29,1)	(28,1/30,2)	(28,5/31,1)	(27,8/30,1)
<b>Glucemia elevada o diabetes (*)</b>	8,4	9,6	9,8	12,7
	(7,8/9,1)	(9,1/10,1)	(9,1/10,4)	(12,1/13,4)
<b>Conducción de vehículos luego de la ingesta de alcohol (*)</b>	16,8	13,2	12,1	15,2
	(15,3/18,3)	(12,2/14,2)	(11,2/13,2)	(14,2/16,2)
<b>Uso de cinturón de seguridad (*)</b>	48	63,8	69	73,9
	(46,5/49,5)	(62,7/64,9)	(67,7/70,3)	(72,6/75,2)
<b>Uso de casco sobre moto (*)</b>	-	-	59,1	65
	-	-	(56,4/61,8)	(62,9/67,1)
<b>Uso de casco sobre bicicleta</b>	-	-	8,5	10,7
	-	-	(7,3/9,9)	(9,5/11,8)

Fuente: elaboración personal con base en la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de 2005, 2009, 2013 y 2019 (1-4).

(\*) Diferencia significativa desde la estadística entre 2013 y 2018 (test de  $\chi^2$ ).

## La función de los clínicos en las ECrNT

Son múltiples los factores que condicionan o determinan una práctica. Como ya comentamos en un artículo anterior (6), en el caso de la medicina en particular y de la clínica médica en general, hay algunos hitos que se consideran relevantes en ese sentido. Por un lado, el gran desarrollo en términos de avances tecnológicos biomédicos, tanto en temas de medicamentos como de diagnósticos y terapéuticos, que llevaron a la superespecialización y a la fragmentación de los circuitos de atención, lo cual luego se vio profundizado por los modelos de atención promovidos desde el neoliberalismo. Estas y otras razones que no detallaremos porque exceden el objetivo de este artículo hicieron que la clínica médica fuera perdiendo identidad hasta quedar confinada casi exclusivamente a las salas de internación o a un rol "derivador" hacia especialidades o subespecialidades y, de esa manera, en muchos casos delega decisiones que le hubieran correspondido. De ese modo, este modelo de atención convirtió a las derivaciones en una delegación de decisiones, en lugar de conformar circuitos de referencia y contrarreferencia, y a un sistema cada vez más fragmentado en lugar de un sistema integrado de atención.

Este modelo fragmentado comenzó a mostrar como consecuencias un incremento de costos con pobres resultados (7) y dio lugar a grandes esfuerzos por fomentar estrategias de atención primaria de la salud, a pesar de lo cual se mantuvo una prevalencia de la atención especializada y fragmentada (6).

Ya desde hace un tiempo la clínica médica está realizando un esfuerzo por replantear su identidad y su rol en el proceso de salud, enfermedad y cuidado, a fin de retomar su papel de andamiaje, seguimiento y articulación entre los distintos niveles de atención. Desde esa perspectiva, se interpela a los y las profesionales especialistas en clínica médica para orientar la toma de decisiones; en lugar de comportarse como puertas de entrada, derivadores o, como fueron llamados en algún momento, guardabarreras de los sistemas gerenciables (8). Desde una mirada que pretende dejar de lado una posición paternalista para que las personas usuarias de los sistemas de salud puedan decidir sobre sus vidas sobre la base de lo que se llama transparencia activa; es decir, otorgar información con el mejor nivel de evidencia disponible, veraz, completa y actualizada de manera tal que las personas comprendan claramente la complejidad de los problemas, los escenarios y las consecuencias potenciales de cada decisión (6).

Es así como también se proponen transformaciones en la forma en que se entiende la información y la construcción de conocimientos en medicina y para la especialidad, en un modelo en el que se deben priorizar los enfoques centrados en los pacientes, desde una mirada epidemiológica y crítica en la que se incluyan las dimensiones individuales, grupales, colectivas y sociales. Sin dejar de considerar aspectos

biográficos individuales y contextuales, sociales, culturales e históricos (6). Estos cambios se reflejan en distintas experiencias formativas. En Argentina en 2013, el Ministerio de Salud de la Nación propuso un marco de referencia para las residencias de clínica médica, ratificado con la Resolución 1074/2015, que definió a los médicos clínicos como protagonistas estratégicos de transformación. Sobre esta base, y con esta perspectiva, en la Universidad Nacional de la Matanza se confeccionó una materia definida como Campos Clínicos, que equivaldría a la tradicional medicina interna (en ambos casos con una fuerte influencia de la Sociedad Argentina de Medicina en el diseño de ambos documentos) (9).

De esa manera se fue definiendo que la clínica médica, tanto en Argentina como en otros lugares del mundo, debe dar respuestas individuales con una fuerte impronta epidemiológica e integradora entre la salud individual y colectiva, y con la responsabilidad de integrar los distintos niveles de atención en todos los ciclos de la vida desde la juventud a la ancianidad.

En este sentido, se busca que la clínica médica pueda dar respuesta al viraje tecnológico, al predominio individualista, al envejecimiento poblacional, al predominio de las ECrNT y a la pluripatología desde una mirada integrada y no a través de una cuadrícula de especialidades que ha demostrado ya sus déficits (6).

Desde esa perspectiva, el rol de los clínicos y las clínicas en las ECrNT es convertir los saberes expertos de cada uno de los temas (hipertensión, diabetes, dislipemia, obesidad, cardiopatías, etc.) en abordajes integrales con una mirada holística, en la que las guías de prácticas apoyadas en la evidencia puedan ser adecuadas a las necesidades y en las que la prevención y la promoción de la salud se integren a las prácticas curativas (6).

## Reflexiones finales

Escribir reflexiones sobre la Encuesta Nacional de factores de Riesgo 2018 implica hoy, tres años después, trabajar sobre ajustes posibles que impactan en el presente, relacionado también con la pandemia por covid-19 que afecta de manera singular la salud poblacional en la mayor parte del planeta. En relación con esta, durante los años 2020 y 2021 se acrecentaron las diferencias entre los sectores vulnerables y los sectores de mayor acceso, comparadas con el lustro anterior y esa profundización entre ricos y pobres se suma a los rasgos que la pandemia por covid-19 ha dejado en el mundo: decremento económico y social, aumento en los costos de los alimentos, pérdida de patrones culturales (desvinculaciones familiares y sociales; distanciamiento; merma de la difusión y el ejercicio de los eventos culturales y deportivos; aumento del teletrabajo en pos del abandono del sentido del trabajo colectivo; etc.) y la prevista caída en la accesibilidad de la atención sanitaria en este período

debido a las condiciones de seguridad epidemiológica y aislamiento social.

Cuando se analiza el sobrepeso y la obesidad, observamos patrones de mala alimentación y subalimentación en las encuestas de 2013 a la de 2018 y los avizoramos también en este último período entre 2020 y 2021. En ese sentido, al analizar el sobrepeso, que ha descendido menos de un 1% con respecto a 2013, este queda como una medida o indicador desmejorado frente al aumento del 4,6% de la obesidad y un aumento de 3,7% en el exceso de peso entre los periodos 2013 y 2018. Pero el dato fundamental es el incremento del 22% de la obesidad con respecto a 2013 (casi el 75% desde 2005).

Desde el punto de vista de la salud comunitaria, de los procesos de promoción de la salud y de la prevención primaria, el proceso que llevó a un incremento en la epidemia de obesidad es alarmante. Uno de cada tres a cuatro niños, niñas y adolescentes de hogares vulnerables presentan sobrepeso y obesidad. Desde el punto de vista comunitario, las metas de trabajo deben escalar el nivel político de planes, programas y guías, y generar herramientas y estrategias elementales de reducción de daño; va más allá de la reformulación del azúcar y la rotulación adecuada de alimentos. Es necesaria una campaña simultánea con las actividades de registro social, publicitario y, si es necesario, acciones casa por casa durante censos y encuestas de hogares.

Habitualmente, los censos nacionales son una de las oportunidades de estrategias de información que no se utilizan con estos fines. Las encuestas nacionales de hogares (ENH) permitirían trabajar con esto si concedemos que la población, padres, personas mayores, niños y adolescentes, debería estar advertida (ante cada acto de consumo) de las consecuencias de estos factores de riesgo: el aumento de la morbimortalidad por causas cardiovasculares y por cáncer.

El incremento de procesos relacionados con el crac económico mundial como consecuencia de la pandemia por covid-19 probablemente mostrará cifras peores. La ausencia de condiciones que posibilitan el ejercicio físico en este período pandémico acelerará el proceso y el desarrollo de la obesidad, el sedentarismo, el aumento de los niveles de glucemia, etc. El fenómeno abarca la actividad física en adultos pero también los problemas que acarreará la ausencia de presencialidad en las aulas, que no inhabilita generar mecanismos de ejercicio físico desde el ámbito escolar en forma virtual y a distancia (ausencia de presencialidad a la cual adscribimos en el contexto de riesgo epidemiológico por la circulación de personas). Uno de los elementos a favor fue que las escuelas y los colegios, debido a la pandemia, han desistido de solicitar aptos médicos para educación física y sí el consentimiento de padres y tutores. El apto, aunque visto para la administración escolar es “necesario en algún momento”, no está avalado por sociedades u organizaciones científicas en forma firme.

Algunas reflexiones son las siguientes: es una constancia (no un certificado). La constancia de salud va más allá de lo cardiológico y los electrocardiogramas: habla del estado de salud en general, no tiene duración ni plazos; es presente, no es pronóstico (11).

Desde el punto clínico, otras reflexiones son (10,11): diferenciar la actividad física (que debe estimularse) de la actividad deportiva y no debe limitarse a la esfera cardiovascular, como suele hacerse. Certificar o no que un paciente está en condiciones de realizar actividad física o deportiva debe ser el resultado de una evaluación clínica rigurosa que se centre en la entrevista y en el examen físico.

En la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018, un fenómeno favorable fue la disminución de todo tipo de exposiciones, tanto pasiva como activa, al humo del tabaco. Quedará por definir en niños, niñas y adolescentes qué ha ocurrido durante el encierro pandémico y si se confirma que este descenso en la exposición al tabaco podría obedecer a pautas familiares de no fumar en los hogares para proteger a los menores. Por otro lado, queda por ver qué ocurrirá con los adultos que se vieron obligados a permanecer más tiempo en sus hogares o que han sufrido simultáneamente pérdida laboral o desmejoramiento de las condiciones económicas, productivas y del consumo, como forma secundaria social frente a estos inconvenientes. Probablemente el factor contribuyente a la disminución del hábito de exposición al humo del cigarrillo se relacione a formatos publicitarios, campañas, pero seguramente también al aumento del costo del tabaco, situación que ya había sido señalada como estrategia para la cesación tabáquica cultural y económica (12).

Los registros de la presión arterial (TA) en la fase 2 de la ENFR 2018 evidenciaron un 30% de registros elevados en los no reconocidos como hipertensos y un 60% de registros elevados en aquellos con diagnóstico de hipertensión. Tomando en cuenta las consideraciones del registro de la TA durante esa fase de la encuesta (similar a los testeos de glucemia, colesterol, etc.), se puede observar que la estrategia comunitaria debería ser clara y múltiple. El descenso del consumo de sal debe continuar alentándose, incluyendo los alimentos en conserva, fuente primaria de sal en la dieta. Pero las observaciones anteriores sobre las pautas de alimentación para el descenso de la obesidad así como para el ejercicio físico deberán ser elaboradas como el plan estratégico de similar eficacia en la prevención primaria de la hipertensión arterial donde no hay lugar para la terapéutica farmacológica.

Mayor es el interés que debiera provocar dejar de considerar a la hipertensión arterial y sus explicaciones etiológicas como un fenómeno idiopático, cuando están claros los mecanismos involucrados como la retención hidrosalina, los niveles elevados de angiotensina II y el mosaico metabólico que presupone la hiperinsulinemia, en obesos y no obesos, que lleva a fenómenos hipertróficos cardíacos y del músculo liso vascular con aumento de la resistencia periférica. En ese

sentido, los indicadores de elevación glucémica y de diabetes aumentaron de 9,8% a 12,7% con respecto a 2013, con 30% de hiperglucemias registradas en personas que reconocieron tener hiperglucemia o diabetes y 5% de elevaciones en testeos de fase 2 para aquellos no reconocidos como diabéticos. Un control metabólico general deficitario (sumado a la falta de control) sería el factor condicionante para el hallazgo de los resultados de la ENFR 2018. En ese sentido se debería facilitar el testeo de la glucemia en ayunas para el diagnóstico de pacientes con diabetes aún no diagnosticada. La provisión de tensiómetros, tiras reactivas para la medición de la glucemia y el colesterol, y la medición del peso corporal constituyen medidas no invasivas, seguras y eficaces para la toma de decisiones de prevención primaria y secundaria, a fin de evitar el desarrollo de complicaciones. Asimismo, deberían estar entre los elementos esenciales del trabajo en la salud comunitaria, y en el primer y segundo nivel de atención. Si bien ningún método de cri-

bado epidemiológico mundial reemplazará los fundamentos del diagnóstico clínico en laboratorios independientes o en centros asistenciales, el tiempo que se gane con estas mediciones realizadas en la ENFR puede utilizarse para generar pautas de adherencia a planes terapéuticos. Lo era antes de la pandemia por covid-19; lo es más en este momento donde debería aprovecharse cada situación de consulta para continuar con esta tarea y, en el contexto del plan más ambicioso de inmunización global y nacional (que seguramente tendrá reediciones según la inmunidad adquirida tras la vacunación, la exposición viral y la aparición de nuevas cepas, desde la perspectiva de que es un virus que encuentra blancos predilectos de mortalidad en personas con los factores de riesgo evaluados en la ENFR), debería pensarse y dispensarse un modelo de proyección comunitaria que trabaje en conjunto durante las campañas de inmunización, con el agregado de la detección temprana de factores de riesgo durante las mismas. **RAM**

## Referencias bibliográficas

1. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo: Informe de resultados. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación; 2005. Disponible en: [https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/menusuperior/enfr/doc\\_base\\_usuario\\_enfr2005.pdf](https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/menusuperior/enfr/doc_base_usuario_enfr2005.pdf). [Último acceso: mayo de 2021.]
2. Segunda encuesta nacional de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles. Argentina: Ministerio de Salud, Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles; 2009. Disponible en: <http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen6/encuesta-nacional.pdf>. [Último acceso: mayo de 2021.]
3. Tercera encuesta nacional de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles. Argentina: Ministerio de Salud, Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles; 2013. Disponible en: [https://bancos.salud.gov.ar/sites/default/files/2018-10/0000000544cnt-2015\\_09\\_04\\_encuesta\\_nacional\\_factores\\_riesgo.pdf](https://bancos.salud.gov.ar/sites/default/files/2018-10/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf). [Último acceso: mayo de 2021.]
4. 4° encuesta nacional de factores de riesgo. Principales resultados. Argentina: Ministerio de Salud y Desarrollo Social; 2018. Disponible en: [https://bancos.salud.gov.ar/sites/default/files/2020-01/4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo\\_2019\\_principales-resultados.pdf](https://bancos.salud.gov.ar/sites/default/files/2020-01/4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo_2019_principales-resultados.pdf). [Último acceso: mayo de 2021.]
5. Guzmán Rodríguez S, Faingold MC, Suarez R y col. Estudio de detección del riesgo de diabetes en atención primaria según cuestionario FINDRISC en el Municipio de Gral. Pueyrredón (Estudio DR. Diap). *Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes* 2016;50:96-107
6. Valdez P. La Sociedad Argentina de Medicina y la Clínica Médica. *Rev Arg Med* 2015;3(7):50-51
7. Paim J. O Modelo de Atenção à Saúde. En: Giovanella L, Escorel S, de Vasconcelos Costa Lobato L, et al. (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2ª ed. Río de Janeiro: Fiocruz; 2008, p. 547-73
8. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad Saúde Pública* 2006;22(5):951-63
9. Documento Marco de Referencia para las residencias de Clínica Médica. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://www.argentina.gov.ar/salud/residencias/snars/documentoacred/marco>. [Último acceso: mayo de 2021.]
10. Testa N. Actualización del consenso sobre constancia de salud del niño y del adolescente para la realización de actividades físicas y/o deportivas. Congreso SAP. 2016. Disponible en: [https://www.sap.org.ar/docs/Congresos2016/2016Mes8%20Adolescencia/JUE/JUE%20Testa\\_consenso%20de%20aptitud%20fisica.pdf](https://www.sap.org.ar/docs/Congresos2016/2016Mes8%20Adolescencia/JUE/JUE%20Testa_consenso%20de%20aptitud%20fisica.pdf). [Último acceso: mayo de 2021.]
11. Milione H, Payaslián S. El certificado de aptitud física ¿certifica algo? *Rev Arg Med* 2019;7:77-8
12. Valdez P. Documento intersocietario. Postura SAM sobre la reducción de impuestos al tabaco. *Rev Arg Med* 2018;6:48-9