INTERVENCIONES RENTABLES PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

INFORME TEMÁTICO SOBRE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

MENSAJES CLAVE

- Las enfermedades no transmisibles **afectan la vida de millones** de personas en la Región de las Américas.
- Aunque la magnitud del problema es grande y se ha pronosticado que aumentará, **existen muchas opciones para prevenir y controlar las principales enfermedades no transmisibles (el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes)**, así como sus principales factores de **riesgo modificables (el tabaquismo, el régimen alimentario, la inactividad física y el consumo nocivo de alcohol).**
- Muchas de estas opciones **son costo-eficaces** y se pueden implementar en las políticas, los servicios de salud o en la comunidad.

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

ÚNete en la lucha contra las ENTs

LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Las enfermedades no transmisibles son la principal causa de muerte prematura y discapacidad en las Américas y provocan dos terceras partes del total de las defunciones en la Región.[1] Con unos 3.9 millones de muertes por enfermedades no transmisibles y unos 200 millones de personas que padecen esas enfermedades en el continente americano, se requieren medidas urgentes. Hay opciones para prevenir y controlar las cuatro enfermedades no transmisibles principales que afectan a la población de las Américas (el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes), así como sus principales factores de riesgo modificables (el tabaquismo, el régimen alimentario, la inactividad física y el consumo nocivo de alcohol). Esas opciones incluyen tanto intervenciones a nivel individual como a nivel poblacional con actividades orientadas a la prevención primaria, la curación, el manejo de episodios agudos, el tratamiento crónico, la prevención secundaria, la rehabilitación o los cuidados paliativos.[2]

Dado que son innumerables las opciones para combatir las enfermedades no transmisibles, los responsables de las políticas deben elegir qué intervenciones tendrán prioridad en comparación a otras y cuáles se brindarán a la población. El análisis de costo-efectividad es una herramienta que ayuda a priorizar las intervenciones que producen los mayores beneficios para la salud al costo más bajo, y ofrecen a los tomadores de decisiones información sobre los beneficios relativos a la salud logrados mediante una intervención (o un conjunto de intervenciones), en comparación con otra situación, ya sea la ausencia de intervención o la aplicación de otra intervención posible. En este informe se examinan algunas intervenciones clave de políticas e intervenciones en los servicios de salud que han sido evaluadas como rentables en los estudios efectuados.[a]

a.Nota: Los análisis de costo-efectividad sólo tienen en cuenta los beneficios para la salud y no considera otros beneficios. La relación entre costo y eficacia es sensible al precio de una intervención, su eficacia y la prevalencia de la enfermedad en la población.

“Las enfermedades no transmisibles son la principal causa de muerte prematura y discapacidad en las Américas y provocan dos terceras partes del total de las defunciones en la región.”

INTERVENCIONES CLAVE PARA CAMBIOS EN LAS POLÍTICAS

REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE SAL. El consumo excesivo de sal causa aproximadamente un 30% de los casos de hipertensión y un 10% de las enfermedades cardiovasculares. El exceso de consumo de sal puede ser el resultado del consumo de alimentos preparados o envasados o de agregar sal a los alimentos cocinados en el hogar.[3, 4] El nivel diario recomendado para el consumo de sal es de menos de 5 gramos por día por persona, pero en las Américas la ingesta de sal puede ser el doble de esta cantidad. La regulación del contenido de sal en los alimentos, combinada con la educación del público, ha sido considerada costo-efectiva en los estudios efectuados. La reducción de la sal en los alimentos puede ser costo-efectiva si la reducción de la presión arterial sistólica llega a 8 mm Hg y el costo de la intervención es de US$ 0,50 por persona.[5, 6] Las intervenciones en el etiquetado de los alimentos pueden influir en el comportamiento de los consumidores y los productores, y facilitar el logro de las metas de reducción del consumo diario de sal. Como parte de la iniciativa de la OPS/OMS "*Prevención de las enfermedades cardiovasculares en las Américas mediante la reducción de la ingesta sal alimentaria en toda la población*", se ha convocado a un grupo regional de expertos que ha elaborado una declaración para apoyar a los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y la industria de la alimentación en el desarrollo de medidas orientadas a reducir su consumo.[5]

Se ha demostrado en estudios que el **REEMPLAZO DE LAS GRASAS TRANS O GRASAS SATURADAS POR GRASAS INSATURADAS** es sumamente costo-efectivo.[7] Las investigaciones han revelado que reemplazar el 2 % de la energía que proviene de las grasas trans por grasas no saturadas reduciría entre el 7 y el 40% de los casos de enfermedades cardiovasculares y muchos de los casos de diabetes tipo 2. Los estudios también han mostrado que la reducción del contenido de esas grasas saturadas en los alimentos repercutiría positivamente sobre el colesterol. Los beneficios serían aun mayores si esas grasas saturadas fueran reemplazadas por grasas no saturadas. Una combinación de educación, regulación, incentivos y acción voluntaria por parte de la industria puede propiciar estos cambios. Las investigaciones han indicado que, dependiendo de los costos de las campañas en los medios de comunicación, estas reducciones de la ingesta de grasas saturadas y grasas trans se podrían lograr a un costo de aproximadamente 0,50 US$ por persona.[6] Asimismo, la introducción de normas sobre el etiquetado puede repercutir en el comportamiento del consumidor y el productor, y ayudar a alcanzar las metas de reducción del consumo de grasas saturadas y grasas trans en la región.

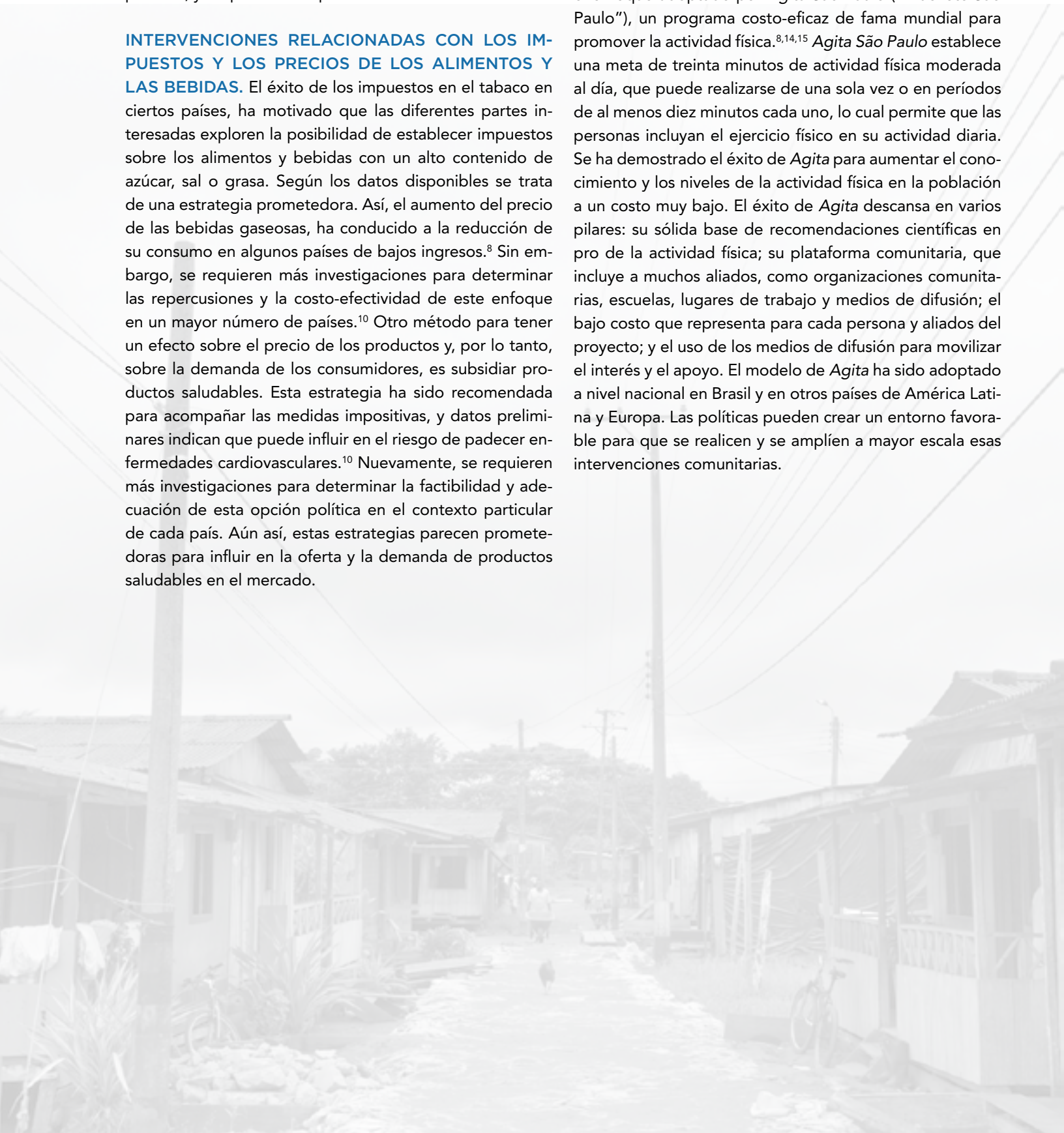
Las **INTERVENCIONES PARA REDUCIR EL TABAQUISMO** incluyen los impuestos, las prohibiciones de publicidad y el etiquetado de los paquetes de tabaco. Son numerosos los estudios que han demostrado la eficacia de estas estrategias para reducir la prevalencia del consumo de tabaco.[8, 9] Se ha comprobado que la estrategia más costo-efectiva es el aumento de los impuestos al tabaco, seguida de las campañas de publicidad y la prohibición de fumar en lugares públicos.[10] El tabaco mata a un millón de personas en las Américas cada año[11], por ello los impuestos al tabaco constituyen una opción política prometedora para reducir el tabaquismo a un costo relativamente bajo. Sin embargo, los precios del tabaco han disminuido en algunos países latinoamericanos en los últimos años (entre 2002 y 2007).[12] Las investigaciones han demostrado que un aumento del 10% en el precio del tabaco puede reducir una media del 3% al 5% de la demanda en los países de altos ingresos y un 8% en los países de bajos y medios ingresos, con rápidas repercusiones en las tasas de enfermedades cardiovasculares y hospitalizaciones por infarto de miocardio.[8] El Convenio Marco para el Control del Tabaco es un tratado mundial que contiene disposiciones esenciales sobre la reducción de la oferta y la demanda, y debe servir de guía para las naciones en la reducción del tabaquismo.

Se ha estimado también que las **INTERVENCIONES PARA REDUCIR EL CONSUMO DE ALCOHOL** son altamente costo-efectivas en América Latina y el Caribe.[13] Las principales estrategias son el aumento de los impuestos y la prohibición de la publicidad. Ambas han demostrado un impacto favorable en las regiones con una elevada prevalencia de consumo nocivo de alcohol. La "*Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*" fue aprobada por la 63ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2010 y ofrece a los países un marco orientativo para

aplicar estrategias encaminadas a reducir el consumo nocivo de alcohol en diez esferas de acción, incluyendo la disponibilidad de alcohol, la mercadotecnia en los puntos de venta, los medios de difusión y los acontecimientos deportivos, y las políticas de precios.

INTERVENCIONES RELACIONADAS CON LOS IMPUESTOS Y LOS PRECIOS DE LOS ALIMENTOS Y LAS BEBIDAS. El éxito de los impuestos en el tabaco en ciertos países, ha motivado que las diferentes partes interesadas exploren la posibilidad de establecer impuestos sobre los alimentos y bebidas con un alto contenido de azúcar, sal o grasa. Según los datos disponibles se trata de una estrategia prometedora. Así, el aumento del precio de las bebidas gaseosas, ha conducido a la reducción de su consumo en algunos países de bajos ingresos.[8] Sin embargo, se requieren más investigaciones para determinar las repercusiones y la costo-efectividad de este enfoque en un mayor número de países.[10] Otro método para tener un efecto sobre el precio de los productos y, por lo tanto, sobre la demanda de los consumidores, es subsidiar productos saludables. Esta estrategia ha sido recomendada para acompañar las medidas impositivas, y datos preliminares indican que puede influir en el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.[10] Nuevamente, se requieren más investigaciones para determinar la factibilidad y adecuación de esta opción política en el contexto particular de cada país. Aún así, estas estrategias parecen prometedoras para influir en la oferta y la demanda de productos saludables en el mercado.

ACTIVIDAD FÍSICA. Con las tasas elevadas de población urbana en las Américas y alarmantes tasas de estilos de vida sedentarios, es esencial poner énfasis en el aumento de la actividad física en el contexto urbano. Éste es exactamente el enfoque adoptado por *Agita São Paulo* ("Muévete São Paulo"), un programa costo-eficaz de fama mundial para promover la actividad física.[8,14,15] *Agita São Paulo* establece una meta de treinta minutos de actividad física moderada al día, que puede realizarse de una sola vez o en períodos de al menos diez minutos cada uno, lo cual permite que las personas incluyan el ejercicio físico en su actividad diaria. Se ha demostrado el éxito de *Agita* para aumentar el conocimiento y los niveles de la actividad física en la población a un costo muy bajo. El éxito de *Agita* descansa en varios pilares: su sólida base de recomendaciones científicas en pro de la actividad física; su plataforma comunitaria, que incluye a muchos aliados, como organizaciones comunitarias, escuelas, lugares de trabajo y medios de difusión; el bajo costo que representa para cada persona y aliados del proyecto; y el uso de los medios de difusión para movilizar el interés y el apoyo. El modelo de *Agita* ha sido adoptado a nivel nacional en Brasil y en otros países de América Latina y Europa. Las políticas pueden crear un entorno favorable para que se realicen y se amplíen a mayor escala esas intervenciones comunitarias.



INTERVENCIONES CLAVE DE LOS SERVICIOS DE SALUD

EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES. Se ha demostrado que la farmacoterapia combinada como medida de prevención primaria para las personas en riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares o como prevención secundaria para las personas con enfermedades de alto riesgo es una estrategia costo-efectiva en todas las regiones del mundo, incluida América Latina y el Caribe.[6,16] Algunos tratamientos combinados incluso representan un ahorro de costos: por ejemplo, se estableció que, en entornos en los que se disponga de centros hospitalarios, la combinación de aspirina y el betabloqueador atenolol (para tratar la hipertensión) permite ahorrar costos en todas las regiones del mundo.[16] Dado el bajo precio de algunos de estos productos, parece factible ampliar su uso a mayor escala en países de ingresos bajos y medianos. Otras investigaciones indican que los medicamentos para reducir el colesterol también son prometedores en cuanto a su costo-efectividad. Las investigaciones futuras tienen que examinar este enfoque en el contexto de la Región.[15]

PREVENCIÓN DEL CÁNCER. La prevención del cáncer es más costo-efectiva que el tratamiento de la enfermedad. Se ha estudiado la prevención del cáncer cervicouterino mediante la vacunación y diferentes estrategias de tamizaje en el contexto de las Américas. Los datos disponibles indican que en América Latina la vacunación contra la infección por el virus del papiloma humano, unida al tamizaje para detectar el cáncer cervicouterino, es una estrategia altamente costo-efectiva. También se dispone de estrategias de tamizaje e intervenciones de detección temprana para el cáncer de mama, el cáncer colorrectal y el cáncer de próstata.

TRATAMIENTO DE LA DIABETES. En las Américas, se han estudiado varias intervenciones para controlar la diabetes y se ha considerado que ahorran costos o son costo-efectivas. Las tres intervenciones identificadas que ahorran costos son: el control glucémico en las personas con hemoglobina A1C (un indicador del control metabólico) inferior a 9%; el control de la presión arterial en personas con una presión superior a 160/95 mmHg; y el cuidado de los pies en personas con un alto riesgo de sufrir úlceras. Las estrategias para lograr el control glucémico incluyen el régimen alimentario, la actividad física y el tratamiento farmacológico (con insulina o medicación oral que reduzca la glucosa). El control de la presión arterial se logra, en gran parte, con la toma de medicamentos tales como los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o los betabloqueadores, que pueden obtenerse como medicamentos genéricos. Por último, el cuidado adecuado de los pies para las personas diabéticas incluye la educación de los pacientes y los prestadores de los servicios sobre cómo reconocer y tratar las lesiones menores de los pies, el uso de calzado apropiado y el acceso a personal de salud capacitado en el cuidado de los pies. Estas estrategias constituyen un esfuerzo menor en términos de inversión, pero tienen grandes repercusiones en la reducción de la enfermedad y el aumento de los años de vida con salud. La educación fortalece estas estrategias. Los datos disponibles de la Región indican que la educación sobre la diabetes es una estrategia de intervención costo-efectiva, puesto que facilita la autogestión de la enfermedad por las personas diabéticas y previene la aparición de complicaciones graves y costosas.[15, 17]

REFERENCIAS/FUENTES CONSULTADAS

1. Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Estrategia regional y plan para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas*. Washington, DC: OPS.
2. Musgrove P y Fox-Rushby J. (2006). Cost-effectiveness analysis for priority setting. En: Jamison DT, et al., eds. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. (2a. edición). Nueva York: Oxford University Press. pp. 271–286.
3. Joffres M, Campbell NRC, Manns B y Tu K. (2007). Estimate of the benefits of a population-based reduction in dietary sodium additives on hypertension and its related health care costs in Canada. *Can J Cardiol* 23:437–443.
4. Penz ED, Joffres MR y Campbell NR. (2008). Reducing dietary sodium and decreases in cardiovascular disease in Canada. *Can J Cardiol* 24:497–501.
5. Grupo Regional de Expertos de la OPS/OMS para la Prevención de Enfermedades Cardiovasculares mediante la Reducción de la Sal Alimentaria. (2009). *Declaración política: Prevención de las enfermedades cardiovasculares en las Américas mediante la reducción de la ingesta de sal alimentaria en toda la población*. Se puede encontrar en: http://new.paho.org/hq/index.php?gid=6368&option=com_docman&task=doc_download.
6. Gaziano T, Galea G y Reddy KS. (2007). Scaling up interventions for chronic disease prevention: the evidence. *Lancet* 370: 1939–1946.
7. Willett WC, Koplan JP, Nugent R, Dusenbury C, Puska P y Gaziano T. (2006). Prevention of chronic disease by means of diet and lifestyle changes. En: Jamison DT et al., eds. *Disease Control Priorities in Developing Countries* (2a. edición). Nueva York: Oxford University Press. pp. 833–850.
8. World Health Organization. (2005). *Preventing chronic disease: A vital investment*. Ginebra: OMS. Panorama general. Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital. (http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview.sp.pdf)
9. Jha P, Chaloupka FJ, Moore J, Gajalakshmi V, Gupta PC, Peck R, Asma S y Zatonski W. (2006). Tobacco Addiction. En: Jamison DT, et al., eds. *Disease Control Priorities in Developing Countries* (2a. edición). Nueva York: Oxford University Press. pp. 869–886.
10. Fuster V y Kelly BB, eds. (2010). *Promoting cardiovascular health in the developing world: A critical challenge to achieve global health*. Washington DC: The National Academies Press.
11. Organización Panamericana de la Salud. (2011). Control del tabaco. Se puede encontrar en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=1281&Itemid=1187&lang=es.
12. Glassman A, Gaziano TA, Bouillon Buendia CP y Guanais de Aguia FC. (2010). Confronting the chronic disease burden in Latin America and the Caribbean. *Health Affairs* 29:2142–2148.
13. Laxminarayan R, Chow J y Shahid-Salles, SA. (2006). Intervention cost-effectiveness: overview of main messages. En. Jamison DT et al., eds. *Disease Control Priorities in Developing Countries* (2a. edición). Nueva York: Oxford University Press. pp. 35–85.
14. World Bank. (2005). *Addressing the challenge of non-communicable disease in Brazil, Latin America and the Caribbean Region*. Washington DC: El Banco Mundial.
15. Suhrcke M, Nugent RA, Stuckler D y Rocco L. (2006). *Chronic disease: an economic perspective*. Londres: Oxford Health Alliance.
16. Gaziano TA, Reddy KS, Paccaud F. Horton S y Chaturvedi V. (2006). Cardiovascular disease. En: Jamison DT et al., eds. *Disease Control Priorities in Developing Countries* (2a. edición). Nueva York: Oxford University Press. pp. 645–662.
17. Narayan KMV, Zhang P, Kanaya AM, Williams DE, Engelgau MM, Imperatore G y Ramachandran A. (2006). Diabetes: The pandemic and potential solutions. En: Jamison DT et al., eds. *Disease Control Priorities in Developing Countries* (2a. edición). Nueva York: Oxford University Press. pp. 591–603.