

LA CARGA MUNDIAL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS



La dieta y la nutrición son muy importantes para promover y mantener la buena salud a lo largo de toda la vida. Está bien establecida su función como factores determinantes de enfermedades no transmisibles crónicas, y eso los convierte en componentes fundamentales de las actividades de prevención.

En las secciones siguientes de este informe se examinan y analizan detalladamente los últimos datos científicos sobre la índole y la solidez de las relaciones entre la dieta y las enfermedades crónicas. Esta sección ofrece un panorama general de la situación actual y las tendencias de las enfermedades crónicas a nivel mundial. Las enfermedades crónicas consideradas en este informe son las que están relacionadas con el régimen alimentario y la nutrición y representan la mayor carga para la salud pública, ya sea por su costo directo para la sociedad y el gobierno o por su impacto en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). Esas enfermedades incluyen la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la osteoporosis y las enfermedades dentales.

La carga de enfermedades crónicas está aumentando rápidamente en todo el mundo. Se ha calculado que, en 2001, las enfermedades crónicas causaron aproximadamente un 60% del total de 56,5 millones de defunciones notificadas en el mundo y un 46% de la carga mundial de morbilidad (1). Se prevé que la proporción de la carga de ENT aumente a un 57% para 2020. Casi la mitad del total de muertes por enfermedades crónicas son atribuibles a las enfermedades cardiovasculares; la obesidad y la diabetes también están mostrando tendencias preocupantes, no sólo porque afectan ya a una gran parte de la población sino también porque han comenzado a aparecer en etapas más tempranas de la vida.



El problema de las enfermedades crónicas está lejos de limitarse a las regiones desarrolladas del mundo. Contrariamente a creencias muy difundidas, los países en desarrollo sufren problemas cada vez más graves de salud pública generados por las enfermedades crónicas. En cinco de las seis regiones de la OMS, las defunciones causadas por las enfermedades crónicas dominan las estadísticas de mortalidad (1). De hecho, si bien la infección por el VIH y el SIDA, la malaria y la tuberculosis, junto con otras enfermedades infecciosas, todavía predominan en el África subsahariana y lo seguirán haciendo en un futuro previsible, a nivel mundial el 79% de

todas las defunciones por enfermedades crónicas ya están ocurriendo en los países en desarrollo (2).

Está claro que la antigua consideración de estas dolencias como «enfermedades de la abundancia» está perdiendo validez, ya que se están extendiendo tanto por los países más pobres como entre los grupos de población desfavorecidos de los países más ricos. Esta transición del perfil de morbilidad se está produciendo a ritmo acelerado, y en los países en desarrollo está teniendo lugar con más rapidez que en las regiones industrializadas del mundo hace medio siglo (3). La rapidez de estos cambios, junto con la creciente carga de morbilidad, está creando una importante amenaza para la salud pública que exige medidas inmediatas y eficaces.

Se ha previsto que para 2020 las enfermedades crónicas representarán casi las tres cuartas partes del total de defunciones, y el 71% de las defunciones por cardiopatía isquémica, el 75% de las defunciones por accidentes cerebrovasculares y el 70% de las defunciones por 17 diabetes ocurrirán en los países en desarrollo (4). El número de personas con diabetes en el mundo en desarrollo se multiplicará por más de 2,5 y pasará de 84 millones en 1995 a 228 millones en 2025 (5). A nivel mundial, el 60% de la carga de enfermedades crónicas corresponderá a los países en desarrollo. De hecho, aun ahora las enfermedades cardiovasculares son más numerosas en la India y China que en el conjunto de todos los países económicamente desarrollados (2). En cuanto al sobrepeso y la obesidad, no sólo la prevalencia actual ha alcanzado niveles sin precedentes, sino que la tasa de aumento anual es sustancial en la mayoría de las regiones en desarrollo (3). Las implicaciones de este fenómeno para la salud pública son tremendas y ya están resultando evidentes.

La rapidez de la transición en los países en desarrollo es tal, que a menudo éstos sufren una carga doble de morbilidad. La India, por ejemplo, afronta hoy una

combinación de enfermedades transmisibles y enfermedades crónicas, y la carga de enfermedades crónicas supera ligeramente a la de enfermedades transmisibles. No obstante, las proyecciones indican que las enfermedades transmisibles todavía ocuparán una posición muy importante hasta 2020 (6). Otro ejemplo destacado es la obesidad, que está convirtiéndose en un problema serio en toda Asia, América Latina y partes de África, a pesar de lo extendido de la desnutrición. En algunos países la prevalencia de obesidad se ha duplicado o triplicado durante el último decenio.

Las enfermedades crónicas son en gran medida enfermedades prevenibles. Si bien pueden ser necesarias más investigaciones básicas sobre algunos aspectos de los mecanismos que relacionan la dieta y la salud, los datos científicos actualmente disponibles proporcionan una base suficientemente sólida y verosímil para justificar la adopción de medidas en este momento. Además del tratamiento médico apropiado para los ya afectados, se considera que el enfoque de salud pública de la prevención primaria es la acción más económica, asequible y sostenible para hacer frente a la epidemia de enfermedades crónicas en todo el mundo. La adopción de un enfoque basado en los factores de riesgo comunes para prevenir las enfermedades crónicas representa un avance importante de las ideas favorables a una política sanitaria integrada. A veces las enfermedades crónicas son consideradas transmisibles a nivel de los factores de riesgo (7). Los hábitos alimentarios y el nivel de actividad física modernos son comportamientos de riesgo que se difunden por los países y pasan de una población a otra como una enfermedad infecciosa, con incidencia en los perfiles de morbilidad a nivel mundial.

Mientras que la edad, el sexo y la vulnerabilidad genética son elementos no modificables, gran parte de los riesgos asociados a la edad y el sexo pueden ser aminorados. Tales riesgos incluyen factores conductuales (régimen alimentario, inactividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol), factores biológicos (dislipidemia, hipertensión, sobrepeso e hiperinsulinemia) y, por último, factores sociales, que abarcan una compleja combinación de parámetros socioeconómicos, culturales y otros elementos del entorno que interactúan entre sí.



Desde hace muchos años se sabe que la dieta tiene una importancia crucial como factor de riesgo de enfermedades crónicas. Es evidente que desde mediados del siglo XX el mundo ha sufrido grandes cambios que han repercutido enormemente en el régimen alimentario, primero en las regiones industriales y, más recientemente, en los países en desarrollo. Las dietas tradicionales, basadas en gran parte en alimentos de origen vegetal, han sido reemplazadas rápidamente por dietas con unos altos contenidos de grasa, muy energéticos y constituidos principalmente por alimentos de origen animal. No obstante, la alimentación, aunque fundamental para la prevención, es sólo uno de los factores de riesgo. La inactividad física, ahora reconocida como un determinante cada vez más importante de la salud, es el resultado de un cambio progresivo hacia modos de vida más sedentarios, tanto en los países en desarrollo como en los industrializados. Por ejemplo, datos recientes obtenidos en São Paulo, Brasil, muestran la práctica ausencia de actividad en un 70%-80% de las personas (8). La combinación de estos y otros factores de riesgo, como el consumo de tabaco, tiene probablemente un efecto acumulativo, o incluso multiplicador, que puede acelerar la propagación de la epidemia de enfermedades crónicas en los países en desarrollo.

La necesidad de una acción encaminada a fortalecer las medidas preventivas y de control para contener la propagación de esa epidemia es ahora ampliamente reconocida por muchos países, pero los países en desarrollo se están quedando a la zaga en la aplicación de tales medidas. Sin embargo, por fortuna se está asignando una prioridad cada vez mayor a los esfuerzos tendentes a contener el aumento de las enfermedades crónicas. Esta situación se refleja en el interés creciente de los Estados Miembros, los organismos bilaterales e internacionales involucrados y las organizaciones no gubernamentales por abordar políticas alimentarias y nutricionales, la promoción de la salud y la estrategia de control y prevención de las enfermedades crónicas, así como otras medidas relacionadas como la promoción del envejecimiento sano y el control del tabaco. La Conferencia Internacional sobre Nutrición de 1992 identificó específicamente la necesidad de prevenir y controlar los crecientes problemas de salud pública que representan las enfermedades crónicas promoviendo dietas apropiadas y modos de vida sanos (9-11). La necesidad de abordar la prevención de las enfermedades crónicas desde una perspectiva amplia fue también reconocida por la Asamblea Mundial de la Salud en 1998 (12) y, nuevamente, en 1999 (13). En 2000, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó una nueva resolución sobre las bases generales para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (14), y en 2002 adoptó otra resolución que instaba a los Estados Miembros a colaborar con la OMS para elaborar «... una estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud encaminada a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y basada en pruebas científicas y en las mejores prácticas, que haga especial hincapié en un criterio integrado...» (15).

El avance en la prevención de las enfermedades crónicas se ha visto limitado por varios factores, entre los que cabe citar la infravaloración de la eficacia de las intervenciones, la creencia de que se tarda mucho en lograr un impacto cuantificable, las presiones comerciales, la inercia institucional y la insuficiencia de los recursos. Estos problemas se deben tener seriamente en cuenta y deben ser combatidos. Finlandia brinda un ejemplo. En Karelia del Norte, las tasas de mortalidad por cardiopatía coronaria ajustadas por edad descendieron extraordinariamente entre principios de los años setenta y 1995 (16). Los análisis de los tres factores de riesgo principales (tabaquismo, hipertensión, colesterol plasmático elevado) indican que el régimen alimentario - que operó reduciendo el colesterol plasmático y la tensión arterial - explica la mayor parte de esa disminución sustancial de las enfermedades cardiovasculares. La contribución de la medicación y el tratamiento (antihipertensivos y antilipemiantes, cirugía) fue muy pequeña. Más bien, la disminución se logró en gran medida por la acción de la comunidad y la presión de la demanda de los consumidores en el mercado de alimentos. La experiencia acumulada en Finlandia y otros lugares indica que las intervenciones pueden ser eficaces, que los cambios de los hábitos alimentarios son importantes, que estos cambios pueden ser fortalecidos por la demanda del público y, por último, que pueden producirse muy rápidamente modificaciones apreciables. La experiencia de la República de Corea es también notable, ya que la comunidad ha mantenido en gran parte su dieta tradicional, basada principalmente en alimentos de origen vegetal, a pesar de los importantes cambios sociales y económicos (17). La República de Corea presenta tasas de enfermedades crónicas y niveles de consumo de grasas y de prevalencia de obesidad inferiores a los de otros países industrializados con un desarrollo económico similar (18).

Hay varias oportunidades para poner en práctica nuevas medidas mundiales y nacionales, incluidos el fortalecimiento de la interacción y las alianzas, los enfoques normativos, legislativos y fiscales y mecanismos más estrictos de rendición de cuentas.

Los criterios generales para un diálogo con la industria alimentaria se resumen en lo siguiente: menos grasas saturadas; más frutas y verduras; etiquetado eficiente de los alimentos; e incentivos para la comercialización y producción de alimentos más saludables. Al trabajar con colaboradores de las empresas de publicidad, los medios de difusión y el mundo del espectáculo, es preciso resaltar la importancia de los mensajes claros y no ambiguos dirigidos a los niños y los jóvenes. La «alfabetización» mundial en salud y nutrición exige un gran aumento de la atención y los recursos.

Muchos estudios revelan que existe una relación entre la salud y los ingresos, y que los sectores más pobres de la población son los más vulnerables. En particular, esta mayor desventaja social afecta de manera desproporcionada a las personas pobres si consideramos la incidencia de enfermedades crónicas y el acceso al tratamiento. La misma desventaja se refleja en la menor aceptación de los comportamientos que

promueven la salud entre los sectores más desfavorecidos de la sociedad. Por lo tanto, las políticas deben favorecer a los pobres y estar bien focalizadas, ya que las personas pobres están expuestas a un mayor riesgo y tienen menos poder para cambiar las cosas.