

Necesidad de integración de salubristas, epidemiólogos y clínicos en la atención de pacientes con enfermedades crónicas

Integration of public health specialists, epidemiologists and clinicians for the care of patients suffering chronic diseases

Alfredo Espinosa Brito^I; Pedro O. Ordúñez García^{II}

^IDoctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Investigador y Profesor Titular. Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos, Cuba.

^{II}Doctor en Ciencias de la Salud. Especialista de II Grado en Medicina Interna y en Salud Pública. Profesor Titular. Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos, Cuba.

RESUMEN

Como una de las consecuencias más importantes de la transición epidemiológica que han sufrido las poblaciones en las últimas décadas, ha estado el incremento progresivo y geométrico de las personas que padecen enfermedades crónicas, con la particularidad de que alrededor del 80 % de todos los que mueren de estas enfermedades, no residen en los países desarrollados. A un escenario con nuevas condiciones y estilos de vida "no saludables", se une un envejecimiento poblacional creciente. En este artículo se insiste en que para un enfrentamiento exitoso de los servicios de salud en la prevención y el control de las enfermedades crónicas y en la atención de quienes las padecen, se requiere de una clara definición e identificación de este problema con sus particularidades, de una reorientación de los servicios y del rediseño de una formación de profesionales de la salud integrales; acciones que deberían llevarse a cabo de manera coordinada, tanto por salubristas y epidemiólogos, como por clínicos, en un contexto demográfico y epidemiológico sin precedentes en la historia de la humanidad.

Palabras clave: Enfermedades crónicas, transición epidemiológica, servicios de salud.

ABSTRACT

One of the most important consequences of the epidemiological transition that the populations have undergone in the last decades is the progressive and geometric increase in the number of persons suffering chronic diseases; particularly around 80% of people who die from these diseases do not live in developed countries. Growing population aging is added to a setting full of new conditions and "unhealthy" lifestyles. This paper emphasized that for the health services to be successful in the prevention and control of chronic diseases and the care of those affected by them, it is required to clearly define and identify this problem with its specificities, to re-direct the services and to re-design the formation of integral health professionals. All these actions should be carried out in a coordinated way by both public health specialists, epidemiologists and clinicians, within an unprecedented demographic and epidemiological setting in the history of mankind.

Key words: Chronic diseases, epidemiological transition, health services.

INTRODUCCIÓN

Cuando hace 40 años aparecieron las primeras publicaciones referidas a la transición epidemiológica, no se tenía conciencia de su significado posterior.¹ Como una de las consecuencias más importantes de ese proceso, ha estado el incremento progresivo y geométrico de las personas que padecen enfermedades crónicas, tanto en países desarrollados como subdesarrollados.²⁻⁵ El mundo subdesarrollado, sin haber resuelto el problema de las enfermedades infecciosas, se enfrenta a una nueva y mortal amenaza a la salud: las enfermedades crónicas. Enfermedades como las isquémicas del corazón, las cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre las más importantes, están superando rápidamente a las enfermedades infecciosas en muchos países y pasan a convertirse en las más grandes asesinas de los pobres en el mundo. Solo en algunos países de África subsahariana las enfermedades crónicas no son las primeras causas de muerte, de enfermedad, de invalidez, de utilización de los servicios de salud y de gastos. Baste mencionar que alrededor del 80% de todos los que mueren de enfermedades crónicas, no residen en los países desarrollados.⁶

El modelo económico de producción ha sido el factor determinante principal que ha condicionado la ruptura de los mecanismos sociales y sanitarios a nivel mundial, lo que a su vez ha generado comportamientos que son su reflejo y, en esencia, contrarios a la salud. A un escenario con nuevas condiciones y estilos de vida "no saludables", se une un envejecimiento poblacional creciente, que también ayuda a explicar esos resultados. La "globalización" de los consumos culturales, de los hábitos, de los patrones y modelos de conducta se ha instalado de manera brutal e indiscriminada produciendo una relativa homogenización de las conductas por encima de muchos particularismos regionales. La producción cultural originada en

el sector privilegiado del mundo ha capturado la subjetividad de las personas imponiendo una serie de valores y atributos que, instalados en el imaginario colectivo determinan comportamientos, deseos, aspiraciones, sueños y realidades, que se acumulan en el ahora más largo tiempo de vida de las personas, como factores de riesgo para la presentación de enfermedades crónicas.⁷

El desafío que ocasionan las enfermedades crónicas y la atención que requieren las personas que están en riesgo de padecerlas, o que ya las presentan, es un inconveniente que afecta a toda la sociedad y, por tanto, es en esencia social y luego médico.

Tal situación requiere de una respuesta global e integrada en cada momento y lugar, que debe combinar una voluntad política sostenida, con un trabajo intersectorial integrado y una participación activa y consciente de la comunidad.⁸⁻¹¹ Sin embargo, aquí se tratará principalmente las características de estas enfermedades, su repercusión sobre los servicios de salud y la necesidad de reorientarlos, así como lo perentorio que resulta rediseñar la formación de los profesionales de la salud integrales, acciones que deben llevarse a cabo en un contexto demográfico y epidemiológico sin precedentes en la historia de la humanidad.

PARTICULARIDADES DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Un problema práctico ha sido la definición de las enfermedades crónicas. Aquí se identifican como aquellas que persisten por largos períodos, afectan de una forma u otra la vida normal de las personas y, generalmente, se pueden solo controlar, no curar, con las intervenciones médicas actualmente disponibles.¹²

Muchas enfermedades crónicas pueden tener largos "períodos de incubación", para cursar luego por etapas sintomáticas sucesivas, que se extienden en general, durante años, aunque su presentación, crisis de agudización y gravedad, pueden variar mucho, según diversos factores. Si bien, todas las enfermedades crónicas no son necesariamente graves ni mortales -aunque otras sí y mucho-, prácticamente la totalidad afectan la calidad de vida de las personas que las padecen e, incluso, pueden deteriorar su independencia, como reflejo de una mala salud, de especial connotación en edades avanzadas de la vida. De aquí que, en general, los enfermos requieren de un cuidado sistemático o permanente, ya sea por parte de profesionales como de cuidadores no profesionales y de servicios, principalmente de salud y sociales. Otras características comunes a estas enfermedades, son: su evolución continua y la necesidad de educar apropiadamente a los pacientes, para responsabilizarlos también con su propio control y autocuidado.¹³

Desafortunadamente, muchas veces la denominación de "enfermedades crónicas" tiende a reforzar el modelo médico de enfermedad basado en una sola entidad, o en entidades aisladas. En general, los que padecen de una enfermedad crónica, también presentan otras "intercurrentes" (comorbilidad), situación que aumenta con la edad. Además, las circunstancias sociales, las discapacidades, entre otras, hacen que los modelos médicos simplistas dirigidos a enfermedades aisladas sean limitados en su aplicación. El reconocimiento de la pobreza como una determinante importante, es uno de los aportes más significativos de la epidemiología social de los últimos tiempos.⁷⁻¹⁰

Para un panorama que cuenta con una población que envejece progresivamente y un incremento en la comorbilidad médica y social, es clave el concepto de que las enfermedades crónicas constituyen problemas multidimensionales. Solo así se

logrará su comprensión y se podrán emprender acciones para alcanzar su manejo efectivo.^{11,12,14}

Por tanto, si la carga de enfermedades ha cambiado hacia las enfermedades crónicas en todo el mundo y se ha acumulado un cuerpo suficiente de conocimientos entorno a este problema tan actual, los sistemas de salud, en sus servicios preventivos y asistenciales, también deberían cambiar para enfrentar estos nuevos retos. Sin embargo, aunque existen intervenciones biomédicas y sobre el comportamiento muy efectivas para la prevención y el manejo de la mayoría de las enfermedades crónicas, la atención que se recibe es, en general, fragmentada y subóptima. La mayor parte de los sistemas de salud actuales están diseñados para proveer cuidados episódicos y durante la fase aguda de los padecimientos. Las enfermedades crónicas son permanentes y requieren continuidad en su prevención y en su control.¹⁴⁻¹⁷

Por mencionar solo un aspecto cardinal, se ha informado reiteradamente la pobre adherencia terapéutica que se obtiene en estos pacientes en el tiempo, lo que incrementa la carga que las enfermedades crónicas ocasionan en las poblaciones.^{18,19} Así, se ha calculado que la adherencia global a los tratamientos a largo plazo es solo de 50 % en los países desarrollados y alrededor de 20 % en los subdesarrollados.²⁰

ENFRENTAMIENTO AL PROBLEMA

En las últimas décadas, se han desarrollado dos corrientes a nivel mundial, ambas dirigidas a mejorar la situación de los pacientes con enfermedades crónicas. Una, en el campo de la epidemiología y la salud pública, que trata de explicar los determinantes de estas enfermedades en las poblaciones; las describe, pronostica, cuantifica y propone políticas y programas para su prevención y control.^{2,5,6,21-24} La otra, en el campo de la medicina clínica, que cada vez más aboga por una asistencia también basada en las mejores evidencias disponibles para cada caso, con el auxilio de guías, protocolos, algoritmos y otros, que en la práctica se limita con frecuencia, por la presencia de diversos factores socioeconómicos, discapacidades y comorbilidades de los pacientes, así como por situaciones relacionadas con la competencia de los profesionales y la organización de los servicios de salud.^{7,11,12,25-27} Sin embargo, hasta el momento actual, la mayoría de las veces da la impresión que estos dos movimientos -y los grupos que los conforman- han transitado teórica y prácticamente en paralelo, lo que limita la efectividad de sus aportes a la solución del mencionado problema.^{3,7,11,14,15,17,18,28-31}

De lo que se trata es de que ambos grupos se encuentren, dialoguen, se comuniquen e intercambien, se potencien y establezcan puentes y alianzas para llevar a cabo intervenciones integradas exitosas. De nuevo es la desarmonía entre lo general y lo particular, entre lo poblacional y lo personal, entre la salud pública y la epidemiología con la medicina clínica individual.

Sería el mejor homenaje a las ideas de *Geoffrey Rose*, que como nadie se refirió, en sus originales planteamientos, a las semejanzas y a las diferencias entre "individuos enfermos y poblaciones enfermas" y la necesidad de combinar -y nunca contraponer-, las estrategias individuales con las poblacionales en la solución de los problemas de salud.³²⁻³⁴

Los médicos clínicos -especialmente los médicos generalistas o de familia y los internistas generales-, se encargan, como nadie, de atender a los pacientes con

enfermedades crónicas.³⁵⁻³⁹ Si ellos adoptaran, o adaptaran o elaboraran guías para la prevención y el control integral de estos enfermos, basadas en las mejores evidencias, unidas a la aplicación adecuada del método clínico, el resultado sería muy satisfactorio, a no dudar. La aplicación del modelo de cuidado de las enfermedades crónicas (*chronic care model*), promovido por la Organización Mundial de la Salud, adaptado a las condiciones y posibilidades de cada país, integrado a un modelo de Atención Primaria de Salud renovada, como uno de sus componentes naturales, pudiera ser otro magnífico aporte de estos facultativos en sus modos de actuación, para enfrentar el desafío de estos padecimientos.^{25,30,40-43}

Las sociedades científicas que agrupan a los médicos clínicos, pudieran influir también en que estos profesionales atendieran adecuadamente no solo a los que ya están enfermos, sino a que manejaran integralmente los riesgos de quienes pueden tener ya enfermedades crónicas asintomáticas, o que son fuertes candidatos a desarrollarlas. En otras palabras, la prevención clínica, también con un abordaje científico y adecuado a cada lugar.^{31,39,44,45}

Las alianzas, recientemente anunciadas, de grandes agencias o fundaciones dedicadas a la investigación de las enfermedades crónicas, son bienvenidas, ya que evitan duplicar esfuerzos en la búsqueda de soluciones científicas a este problema.^{46,47} De todas formas, hay que insistir en llevar a cabo investigaciones sobre la efectividad de la atención médica en situaciones reales, cotidianas, es decir, que se lleven a cabo con una población de estudio procedente de la práctica clínica diaria, en las condiciones habituales y con médicos corrientes, campo de investigación todavía no explorado lo suficiente como para poder dar fundamento a las decisiones clínicas y sanitarias más relevantes.

Por último, los médicos clínicos tienen una elevada influencia en lo que se enseña en las universidades a los futuros médicos y a otros profesionales de la salud. Si asumieran un modelo de enseñanza, que incluyera la comprensión de la importancia de un enfoque integrado de factores de riesgo para la promoción de la salud y la prevención y, al mismo tiempo, transmitieran las bases de la atención y el control de las enfermedades crónicas con los elementos más actuales disponibles, seguramente los resultados favorables se apreciarían a no muy largo plazo.^{11,28,39-51}

PROPUESTA FINAL

Para lograr el éxito futuro en la prevención y el control de las enfermedades crónicas y en la atención de quienes las padecen, se debería transitar de un modelo de salubristas-epidemiólogos, por un lado, y médicos clínicos, por otro, a un modelo "soñado" e integrado, de salubristas-epidemiólogos-médicos clínicos,⁴⁸⁻⁵⁰ seguramente más eficiente⁵² e, incluso, con mucha más motivación.⁵³

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Omran AR. The Epidemiologic Transition. Milkbank Mem Fund. 1971;49:509-38.
2. Beaglehole R, Yach D. Globalisation and the prevention and control of non-communicable disease: the neglected chronic diseases of adults. Lancet. 2003;362:903-8.

3. Yach D, Hawkes C, Gould L, Hofman KJ. The global burden of chronic diseases. Overcoming impediments to prevention and control. *JAMA*. 2004;291:2616-22.
4. Cooper RS, Ordúñez García PO, Espinosa Brito AD, Iraola Ferrer MD, Bernal Muñoz JL, La Rosa Linares Y. Cardiovascular Disease and Associated Risk Factors in Cuba: Prospects for Prevention and Control. *Am J Public Health*. 2006;96:94-101.
5. Tackling the burden of chronic diseases in the USA[editorial]. *Lancet*. 2009;373:185-6.
6. Shetty P. Changes of disease pattern in developing countries. *Intern J Epidemiol*. 2005; 34:961-6.
7. Bochatay L, Brondino A, Flichtentrei D. Hacia una Evidencia basada en la medicina. *Rev Fed Arg Card [serie en Internet]*. Apr 2001 [citado 23 Ago 2009];30(4). Disponible en: <http://www.fac.org.ar/revista/02v31n2/cuerpo/sumario.htm>
8. Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of Health. The Solid Facts. Copenhagen: Representación WHO en Europa; 2003.
9. Marmot M. Harveian Oration: Health in an unequal world. *Lancet*. 2006;368:2081-94.
10. Navarro V. What We Mean by Social Determinants of Health. *Internat J Health Services*. 2009;39(3):423-41.
11. Espinosa AD, Ordúñez PO, Álvarez FC, Vázquez LE, Armas Y, Diez E, et al. El Proyecto Global de Cienfuegos. Diez años después. *Rev Fed Arg Card*. 2000;29:524-6.
12. Oates K, Tracey D. Chronic disease management. *Highland NSH Board*. 2005;4:1-9.
13. Maisterra A, Bochatay L, Brondino A, Flichtentrei D. Diez formas de fracasar en prevención cardiovascular. *Rev CONAREC*. 2006;22(87):247-50.
14. Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining Comorbidity: Implications for Understanding Health and Health Services. *Ann Family Med*. 2009;7(4)357-63.
15. Ordúñez PO, Cooper RS, Espinosa AD, Iraola MD, Bernal JL, La Rosa Y. Enfermedades cardiovasculares en Cuba: determinantes de una epidemia y desafíos para la prevención y control. *Rev Cubana Salud Pública*. 2005;31(4):270-84.
16. Gabel JR, Whitmore H, Pickreign J, Ferguson CC, Jain A, Shova KC, et al. Obesity And The Workplace: Current Programs And Attitudes Among Employers And Employees. *Health Affairs*. 2009;28(1):46-56.
17. Brink S. The Diabetes Prevention Program: How The Participants Did It. *Health Affairs*. 2009;28(1):57-62.
18. Martín L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Rev Cubana Salud Pública [serie en Internet]*. Sep 2006 [citado 23 Ago 2009];32(3). Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864 - 34662006000300013&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300013&lng=es&nrm=iso)

19. Ordúñez P, Barceló A, Bernal JL, Espinosa A, Silva LC, Cooper RS. Risk factors associated with uncontrolled hypertension: Findings from the base line CARMEN survey in Cienfuegos, Cuba. *J Hypertens*. 2008;26:66371.
20. World Health Organization Adherence Report: Reviewing the evidence. Geneva: WHO; 2002.
21. Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol*. 2001;30(4):668-77.
22. Leeder S, Raymond S, Greenberg H, Liu H, Esson K. *A Race Against Time: The Challenge of Cardiovascular Disease in Developing Economies*. New York: Columbia University; 2004.
23. Reddy SK. Cardiovascular disease in non-Western countries. *N Engl J Med*. 2004;350:2438-40.
24. Daar A, Singer PA, Persad DL. Grand challenges in chronic non-communicable diseases. *Nature*. 2007;450:494-6.
25. Wagner EH. Meeting the needs of chronically ill people [editorial]. *BMJ*. 2001;323:945-6.
26. El ABC en el manejo de algunas enfermedades no transmisibles y sus principales factores de riesgo. *Rev Finlay*. 2005;10 (No. especial):7-148.
27. Organización Mundial de la Salud. Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular. Ginebra: OMS; 2008.
28. Espinosa Brito A. La promoción de la salud y la prevención en las enfermedades crónicas no transmisibles. *Rev Soc Cruceña Medicina Interna*. 2007;3(1):15-26.
29. Clinicians, Services and Commissioning in Chronic Disease Management in the NHS: The need for Co-ordinated Management Programmes. Royal College of General Practitioners and the NHS Alliance. London: Royal College of Physicians; 2004.
30. Groves T, Wagner EH, High Quality Care for People with Chronic Diseases. *BMJ*. 2005;330:609-10.
31. CARMEN. An Initiative for Integrated Prevention of Noncommunicable Diseases in the Americas. Washington: PAHO; 2003.
32. Rose G. Individuos enfermos y poblaciones enfermas. *Bol Epidemiológico OPS*. 1985;6:1-8.
33. _____. *The Strategy of Preventive Medicine*. Oxford: Oxford University Press Inc.; 1993.

34. Manuel DG, Lim J, Tanuseputro P, Anderson GM, Alter DA, Laupacis A, et al. Revisiting Rose: strategies for reducing coronary heart disease. *BMJ*. 2006;332:659-62.
 35. Newland J, Zwar N. General practice and the management of chronic conditions where to now? *Australian Family Physician*. 2006;35(1-2):169.
 36. Lissen E. La medicina interna a debate: historia de una crisis y su recuperación. *Med Clin (Barc)*. 1995;105:142-7.
 37. Goldman L. Key Challenges Confronting Internal Medicine in the Early Twenty-first Century. *Am J Med*. 2001;110:463-70.
 38. American College of Physicians. Creating a new national workforce for internal medicine. A position paper. Philadelphia: College; 2006.
 39. Espinosa Brito A. La Medicina Interna y los internistas en la búsqueda «resiliente» de su identidad. *MEDISUR*. 2008;6(1):34-42.
 40. Wagner E, Austin B, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Quarterly*. 1996;74:511-44.
 41. Davis RM, Wagner EG, Groves T. Advances in managing chronic disease *BMJ*. 2000;320:525-6.
 42. Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost I, Mc Culloch D, et al. Quality improvement in Chronic illness care: A collaborative approach. *J Quality Improvement*. 2001;27(2):63-80.
 43. Nolte E, Knai C, McKee M. Managing chronic conditions. Experience in eight countries Copenhagen: Representation WHO for Europe; 2008.
 44. WHO/NMH Global Forum for NCD Prevention and Control. Summary Report. 12-13 November 2001. Geneva:WHO; 2001.
 45. Gaziano TA, Young CR, Fitzmaurice G, Atwood S, Gaziana JM. Laboratory-based versus non-laboratory-based method for assessment of cardiovascular disease risk: the NHANES I Follow up Study cohort. *Lancet*. 2008;371:923-31.
 46. The Global Alliance for Chronic Diseases[editorial]. *Lancet*. 2009;373:2084.
 47. Nabel EG. Combating chronic diseases in developing countries. *Lancet*. 2009;373:2004-6.
 48. Espinosa A. El Proyecto Global de Cienfuegos. *Rev Finlay*. 1991;5:388-411.
 49. Espinosa A, Ordúñez P, Peña F. El Proyecto Global de Cienfuegos. Una estrategia local de intervención comunitaria. *Rev Cub Med Gen Integral*. 1993;9:258-64.
 50. Espinosa Brito AD. Proyecto Global de Cienfuegos (PGC)-CARMEN Cienfuegos. *Anuario de Ciencia y Tecnología. Cienfuegos: CIGET-IDICT Cienfuegos; 2008*.
 51. Gibbon W. Medical schools for the health-care needs of the 21st century. *Lancet*. 2007;369:2211-3.
-

52. Russell LB. Preventing Chronic Disease: An Important Investment, But Don't Count On Cost Savings. Health Affairs. 2009;28(1):42-5.

53. Cooper R, Kenelly J, Ordúñez P. Health in Cuba. Int J of Epidemiol. 2006;35:817-24.

Recibido: 8 de octubre de 2009.

Aprobado: 4 de febrero de 2010.

Alfredo Espinosa Brito. Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Ave 5 de Septiembre y Calle 51A. Cienfuegos 55 100, Cuba.

E-mail: espinosa@perla.inf.cu