

# *Hipertenso controlado ¿socialismo o capitalismo?*

CENTRO PROVINCIAL DE HIGIENE Y EPIDEMIOLOGIA. MATANZAS.

**Revista Médica Electrónica 2009;31(2)**

Hipertenso controlado. ¿Socialismo o capitalismo?

Controlled hypertense patient. Socialism or capitalism?.

## **AUTORES**

Dr. MsC. Fernando Achiong Estupiñán. (1)

E-mail: [fernandoachiong.mtz@infomed.sld.cu](mailto:fernandoachiong.mtz@infomed.sld.cu)

Dr. C. Alfredo Lauzurica González. (2)

Dr. MsC. José M. Morales Rigau. (3)

Dra. Mercy Achiong Alemañy. (4)

Dr. Fernando Achiong Alemañy. (5)

(1) Especialista II Grado en Administración y Epidemiología. Profesor Auxiliar. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. Matanzas.

(2) Doctor en Ciencias Filosóficas. Profesor Titular. Facultad de Ciencias Médicas Juan Guiteras Gener. Matanzas.

(3) Especialista II Grado en Higiene y Epidemiología. Profesor Auxiliar. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. Matanzas.

(4) Especialista I Grado Fisiología. Profesora Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas Juan Guiteras Gener. Matanzas.

(5) Especialista I Grado Medicina General Integral. Dirección Provincial de Salud. Matanzas.

## **RESUMEN**

La hipertensión arterial es una enfermedad de gran importancia social por su alta frecuencia en la población y ser además el principal factor de riesgo de las enfermedades vasculares (cerebro y cardiovascular), que se encuentran dentro de las primeras causas de muerte de países desarrollados y subdesarrollados. Nos propusimos recopilar datos sobre las características de la hipertensión y la búsqueda de datos económico-sociales como el desempleo, el nivel de pobreza, la educación, la diferencia de ingresos y la brecha entre pobres y ricos, los sistemas de salud y los sistemas de seguridad social con su cobertura a la población y la equidad en salud, que constituyen determinantes del estado de salud de una población. Al comparar los datos de países capitalistas con los de Cuba y de la provincia de Matanzas, se demuestra con resultados la superioridad del sistema socialista sobre el capitalista.

## **DeCS**

**HIPERTENSIÓN/epidemiología**

**ESTUDIO COMPARATIVO**

**CUBA/epidemiología**

**AMÉRICA LATINA**

**ESTADOS UNIDOS**

**HUMANOS**

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no transmisibles constituyen la principal causa de morbimortalidad entre los adultos de los países desarrollados y también en los países del tercer mundo. La Hipertensión Arterial (HTA), la más común de las condiciones que afectan la salud de los individuos y las poblaciones en todas partes del mundo, resultan un importante motivo de consulta médica. (1,2)

Se define como hipertenso toda persona que en dos ocasiones distintas haya presentado cifras iguales o mayores de 140/90 mm Hg, estimándose en 691 millones hipertensos en el mundo. En América Latina y el Caribe la prevalencia oscila entre el 8% y el 30%, y en nuestro país la II encuesta de factores de riesgo presentó cifras de un 30 %.(3)

Mantener una presión arterial normal tiene un impacto significativo en la reducción de la mortalidad cardiovascular y cerebrovascular (4,5). Una reducción de la presión arterial media en la población de 5 a 6 milímetros de mercurio como promedio puede reducir la mortalidad cerebrovascular en un 35%-40% y la enfermedad isquémica del corazón en un 15%-20%.(3)

Se estima ocurrirán aproximadamente 20,7 millones de defunciones por enfermedades cardiovasculares en la región de las Américas en los próximos 10 años (6), y de éstas 2,4 millones atribuidas a la hipertensión arterial.

El Estado de Salud de la Población (ESP), es una categoría de la Higiene Social Marxista que refleja sintéticamente en un momento histórico concreto el nivel que ha alcanzado la relación del hombre con la naturaleza y con otros hombres. Es una categoría epidemiológica que expresa la situación concreta salud-enfermedad de los colectivos humanos y que se explica en razón de la interrelación de los diversos componentes de la trama causal. (7,8)

Por la importancia social de la HTA y su relación con las acciones que ofertan los sistemas de salud, los indicadores socio-económicos de los sistemas sociales, decidimos recopilar estos datos de diferentes estudios del país, la provincia y de países capitalistas de la región para conocer la influencia de las determinantes sociales y los resultados en el proceso salud enfermedad en la HTA.

## DISCUSIÓN

### 1-Percepción del paciente de la enfermedad. ¿Conocemos la prevalencia?

La Organización Mundial de la Salud considera la HTA como el asesino silencioso por su carácter asintomático (9), pudiendo padecerla el paciente sin conocerlo, por lo cual se hace necesario programas que una vez al año incluyan la toma de la presión arterial a la población mayor de 15 años para detectar nuevos hipertensos y conocer la verdadera prevalencia.

Por tanto nos preguntamos: ¿Se conocen realmente todos los hipertensos?

**Cuba.** La I encuesta de factores de riesgo del país arrojó prevalencia de HTA de 30,6%, con 18,6% de hipertensos conocidos y 48.0% desconocidos. En la provincia de Matanzas la prevalencia fue de 36,5%, con un 45.0% que lo desconocían (10). En dos estudios locales de la provincia, en Boca de Camarioca fue de 36,1% y un 37,0% lo desconocían (11); y en un policlínico de Matanzas fue de 28.2%, con un 38,0% que no lo conocían. (12-5)

**América Latina.** Transita por el fenómeno de la polarización epidemiológica, que describe la importancia similar de enfermedades transmisibles y no transmisibles en los perfiles de mortalidad. Factores demográficos, como el envejecimiento poblacional, y sociales como la pobreza y el proceso de aculturación, condicionan una alta prevalencia de HTA. (16)

En estudios locales en 5 países de América Latina en vías de desarrollo las cifras de prevalencia oscilaban entre 16,8 y 32,7%, no reflejándose en ellos los hipertensos no conocidos (Cuadro No. 1). En América Latina y el Caribe en el 2002 se calculaba una población de 425 millones de habitantes (17), y con un estimado entre un 20 y un 25% de prevalencia tendríamos entre 85 y 106 millones de hipertensos, un cálculo conservador nos daría unos 50 millones de hipertensos que lo desconocen. En el Consenso sobre HTA del 2001 se señalaban diferencias entre estratos, así en Chile la hipertensión y la obesidad tenían tasas de prevalencia de 12.1% y 21.5% en el estrato socioeconómico superior y de 21% y 40.1% en el inferior. Además, los años de escolaridad se correlacionan inversamente con la mortalidad cardiovascular y cerebrovascular, correlación más evidente en las mujeres; en Argentina, la prevalencia de HTA aumenta de 19% entre las personas más instruidas, a 50% entre las carentes de instrucción; en Venezuela, la prevalencia de la HTA es de 21% en la región andina y de 36% en la región oriental. (18)

**Estados Unidos.** Casi uno de cada tres adultos presentaba HTA en el 2000, cifra que muestra un cambio radical en la tendencia descendente que se había observado en años precedentes, y que ha alcanzado el 29% de la población adulta, lo que implica un incremento del 4% desde 1988-1991, más de 58 millones de estadounidenses eran hipertensos en 1999-2000, y además señalan que dos de cada cinco hipertensos no reciben tratamiento y que dos tercios no tienen controladas sus cifras tensionales. (19)

## **2. Sistemas y Programas de Salud.**

**Cuba.** Un principio de la Salud Pública cubana lo constituye la accesibilidad y gratuidad de los servicios a toda la población, lo cual permite la equidad a través de los servicios de atención primaria de salud (APS) y la implementación de programas de salud que llegan al lugar más recóndito de la Isla. (20)

La APS de Cuba lo forman los Consultorios del Médico de Familia (CMF), y se instituye en 1998 el Programa Nacional de Control de la HTA, desarrollándose una pesquisa a la población para detectar hipertensos y dispensarizarlos en el CMF. Cuba logra en el 2004 una dispensarización de un 22,8 %. En la provincia de Matanzas se eleva la dispensarización de 10,4% en 1996 hasta 29,3% en el 2005. Gráfico No. 1.

**América Latina.** La mayoría de los países de América Latina tienen programas o guías de control de la HTA, pero que no dan cobertura a toda la población. Se invierten 40 mil millones de dólares por año en el sector salud y 10 mil millones son malgastados debido a ineficiencia en la operación de los servicios de salud, todo lo cual se traduce en baja cobertura y falta de equidad, eficacia y eficiencia, estimándose en consecuencia que alrededor de 140 millones de personas de la Región no cuentan con adecuados servicios de atención. (21)

El envejecimiento de la población, cambios en los estilos de vida relacionados con las dietas y con la actividad física, la difusión de información, la urbanización creciente y el deterioro de las estructuras sociales han contribuido a un conjunto de problemas de salud como la obesidad, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares. (22)

## **3.- Asistencia sistemática a la consulta médica y control del hipertenso.**

**Cuba.** En el control de la HTA intervienen factores modificables relacionados con la calidad de vida del paciente, como incrementar la actividad física evitando el sedentarismo, mantener un adecuado peso corporal, una dieta baja de sal y grasa, eliminar o disminuir la ingestión de alcohol y evitar el hábito de fumar (23), teniendo mayor probabilidad de lograrlo cuando se garantiza una continua atención médica, a través del conocimiento de la enfermedad, y el nivel de comunicación que llegue a tener con su médico para llevar una vida saludable (24). La APS en Cuba garantiza la continuidad de la atención de estos pacientes, no así en los países de la región, pues los sistemas de salud y los de seguridad social dejan a una gran parte de la población sin atención.

La I encuesta de factores de riesgo señaló para Cuba un 45,2% de pacientes controlados, y para la provincia de Matanzas un 44.6% de hipertensos controlados (15). En un estudio de la provincia de Matanzas existía un 54.7% de hipertensos controlados. (25)

**Estados Unidos.** 44 millones de personas carecen de servicio social médico, lo cual equivaldría a un total de 11 millones de hipertensos sin asistencia médica, que tendrían que asistir a servicios privados, quedando una interrogante en cuanto a la atención médica de estos pacientes. La encuesta nacional para el examen de salud y nutrición (NHANES) de EE. UU. publicada en el VII reporte señaló que la cifra de hipertensos controlados fue de un 29% en el trienio 1988-91 y entre 1991-94 había descendido a 27,4%. (26)

## **4.- Determinantes de Salud.**

La salud de la población está determinada por un conjunto de factores que operan simultáneamente en distintos niveles de organización, desde lo individual hasta lo social. El análisis de las desigualdades de salud requiere incorporar la dimensión socioeconómica y la distribución de las características e indicadores de la situación de salud, y no únicamente sus valores promedio. Las profundas diferencias, en función del nivel y la brecha de ingreso, de la esperanza de vida, la alfabetización y los recursos económicos y de salud son ejemplos de la presencia de desigualdades de salud en las Américas al final del siglo XX. (27). Sólo Canadá (79.3), Costa Rica (78.1), EE.UU. (77.1) y Cuba (77) alcanzan una esperanza de vida cercana a los 80 años. (28)

Algunas determinantes presentes en países latinoamericanos.

### **La corrupción.**

La capacidad de los gobiernos de ejercer poder o autoridad en forma democrática, se vio debilitada por la limitada competencia de las instituciones públicas para enfrentar desafíos nuevos y acumulados. La llamada crisis de gobernabilidad también resulta afectada por la expansión de la corrupción, el crimen organizado internacional frecuentemente ligado al tráfico ilegal de drogas y las presiones del sector financiero internacional. (28)

### Distribución económica.

El nivel de salud de una población está determinado por su situación económica, un indicador de distribución económica es la razón de ingreso 20% más rico/20% más pobre. En la Región, por ejemplo, el ingreso mediano del 20% más rico de la población fue 12,6 veces mayor que el del 20% más pobre en la década de 1980; en la década de 1990, esta brecha se amplió a 14,6, mientras que al final de 1999 fue de 15,8. Entre 1989–1998 esta razón varió de un mínimo de 5,2 en Canadá a un máximo de 30 en Guatemala. (28)

### Pobreza.

En la década de 1990 no se logró disminuir los niveles de pobreza, determinados por la desigualdad en la distribución del ingreso. A principios de 1990 el 41% de los hogares en América Latina estaban en situación de pobreza, estimándose que los pobres aumentaron a más de 224 millones en los últimos años. (29)

La distribución de la población por debajo de la línea de pobreza también muestra una gran variación en los países de la Región alrededor de 1997, desde un mínimo de 5,9% en Canadá hasta cerca de 65% en Haití. El Comandante en Jefe señaló que “el número de pobres en América Latina y el Caribe alcanza ya un 45% de la población total, suman 224 millones de personas, y de ellas 90 millones son indigentes. Más de la mitad del total de pobres e indigentes son niños y adolescentes”.

**Desempleo.** Uno de los factores asociados con la pobreza y el nivel de ingreso de los países es su capacidad de generar empleos e incorporar a la población en actividades productivas. La reformas económicas en la región fue seguido por mayores niveles de desempleo, mayor disparidad entre grupos sociales y distribución desigual de los ingresos. El nivel del desempleo abierto reconocido alrededor de 1997–1998, oscilaba entre 16,3% en Argentina, República Dominicana, Santa Lucía y Trinidad y Tobago, y 2,6% en México. A pesar del bloqueo de Estados Unidos y el derrumbe del campo socialista, el desempleo en Cuba alcanza sólo el 2,3 por ciento, varias veces por debajo de EE. UU., el más rico e industrializado del mundo.

**Globalización.** La globalización ha contribuido a homogeneizar los patrones de consumo y modos de vida, cuyos efectos tienen importantes implicaciones para la salud, tales como la propagación de enfermedades o vectores (cólera, dengue, etc), y la imposición de modos de vida no saludables (tabaquismo, consumo de drogas, violencia, etc). En términos de riesgos como de oportunidades, la globalización impone desafíos internacionales y transnacionales para la promoción de la salud, la prevención y el control de enfermedades, y la calidad de vida.

El Comandante en Jefe señaló que “la globalización neoliberal constituye la más desvergonzada recolonización del tercer mundo. El Área de Libre Comercio de las América (ALCA) es la anexión de América Latina a Estados Unidos; una unión espuria entre partes desiguales, donde el más poderoso se tragará a los más débiles, incluidos Canadá, México y Brasil”.

### Desigualdades en la oferta y producción de servicios de salud

En los años noventa, el gasto nacional en salud per cápita mediano de los países de alto ingreso y baja brecha fue ocho veces más alto que el de los países de bajo ingreso y alta brecha (529,5 y 63,4 dólares estadounidenses constantes, respectivamente).

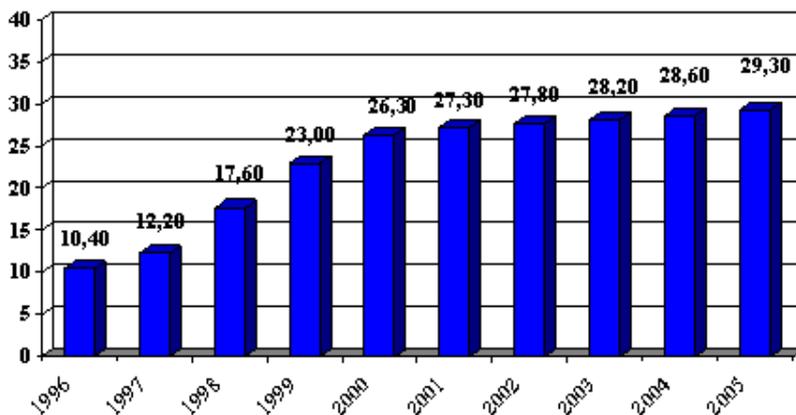
En la X Cumbre de Jefes de Estado, Fidel señaló que “entre el 20% y el 50% de las poblaciones urbanas de la región viven en condiciones desastrosas de hacinamiento masivo, pobreza extrema, violencia y marginalidad; no tienen acceso a servicios básicos de atención de salud ni de saneamiento; en áreas rurales más del 60% no dispone de ellos y el 50% carece de suministro de agua potable”.

**Cuadro No. 1 Prevalencia de HTA en algunos países de la América Latina.**

País	Población estudio	Fecha	Grupo edad Sexo	Prevalencia	Autores
Argentina	Comunidad La Plata	1985	15 a 75 Ambos sexos	32,7	Echeverria, RF y col
Colombia	San Andrés Islas	1976	15 y más Ambos sexos	Hom 19 Muj. 24	Remolina, A. y col.
Costa Rica	San José	1988	15 a 79 Ambos sexos	16,8	Saenz, LB y col
Chile	Comunidad	1979	20 a 64 Ambos sexos	Urb. 19,1 Rur. 21	Rodríguez H Bol OPS
México	Distrito Federal	1988	20 y más Ambos sexos	25,1	López J y col
Venezuela	Nueva Esparta	1976	25 a 84 Ambos sexos	20.0	Klahr León

**Fuente:** La Hipertensión Arterial como problema de salud comunitario, S Paltex No.3 OPS

**Gráfico No 1**



**Dispensarización de hipertensos. Provincia de Matanzas. 1996-2004**

**Fuente:** Cuadro epidemiológico 2005.

## CONCLUSIONES

La hipertensión arterial que afecta a grandes poblaciones está estrechamente relacionada con las determinantes de salud y, por tanto, muy vinculada a la estructura económica existente, donde existen grandes diferencias en las determinantes entre los sistemas político-económicos de la región. Nuestro sistema socialista presenta una dispensarización cercana a un 30 %, y garantiza la cobertura de salud a toda la población en todas las regiones del país en forma gratuita y sistemática y plena accesibilidad con programas de salud en la promoción, prevención, curación y rehabilitación, y se ha logrado que más de la mitad de los hipertensos estén controlados.

Todo lo contrario ocurre en los países en vías de desarrollo, en los que no existen datos confiables de control de la HTA, no conocen todos los hipertensos existentes, los conocidos no les dan cobertura de atención médica por la inequidad existente. En los Estados Unidos de América donde las desigualdades también están presentes, muestra una tendencia al descenso en los hipertensos controlados llegándose a cerca del 70 %, en el que de cada tres hipertensos existen dos sin control. En España tres de cada cuatro pacientes que sufren hipertensión arterial no están correctamente controlados en los servicios de Atención Primaria según resultados del estudio Mapapres, que hasta el momento lleva evaluadas a 40.000 personas en España.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .

- 1.OPS-OMS.Factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles: Programa Carmen. La Habana: OMS; 2004
- 2.Segura de la Morena M . Factores que influyen en la HTA. Rev Hipertensión. 2002; 19(4).
3. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial. Guía para la atención médica. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2006
- 4.OMS-OPS. Enfermedades Cardiovasculares, especialmente la hipertensión arterial. 42 Consejo Directorio. Washington, DC ;2000.

5. Morales RJ, Acebo F, Achiong F, Garrote I, Bello B, Bermúdez CL. Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares. Matanzas 1989-2002. Rev Med Electron. 2008;30(2)
6. Psaty BM, Smith NL, Siscovick DS. Health outcomes associated with antihypertensive therapies used as first-line agents: a systematic review and meta-analysis. JAMA.1997; 277:739-45.
7. Aldereguía J. Problemas de Higiene Social y Organización de Salud Pública. La Habana:Científico Técnica; 1985.p. 44
8. Toledo CG. Fundamentos de Salud Pública. La Habana: Ciencias Médicas: 2004.p.149-50
- 9.WHO.Guidelines Subcomitte 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension. Guidelines for the management of Hypertension. 1999; 17:151-68
10. INHEM. I Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. La Habana: Minsap; 1996
11. García ME, Achiong F. Estudio de prevalencia de HTA en Boca de Camarioca. La Habana;1996.
12. Achiong F,Cabezas A, Morales JM. Prevalencia de HTA en el área de Milanés. Rev Med Electrón.1998; 20(3)
13. OPS-OMS. Estado de Salud de las América. La Habana: OPS; 2005.
14. OPS. La hipertensión arterial como problema de la comunidad. La Habana:Serie Paltex, No.3; 2000.
15. Ramos F. Consenso Latinoamericano sobre hipertensión arterial. Hipertensión.2001;6 (2):1-28
16. Ramírez MA, Castell-Florit M, Mesa G. El Sistema Nacional de Salud de Cuba. La Habana: ENSAP; 2003
17. Paganini JM. La atención primaria de salud, una estrategia para favorecer la cobertura y la equidad en Salud. La Habana: OPS; 2002
18. OPS. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Documento de posición de la OPS /OMS;2005
19. Pardell H, Armario P, Treserras R, Hernández R. Tabaco, alcohol, obesidad y riesgo cardiovascular. Hipertensión. 2003;20:226-33.
20. Abellán Alemán J. Papel de la Atención Primaria en el control de la presión arterial. Rev Hipertensión. 1999;16(4):147-54.
21. Morales Rigau J M, Achiong F, Rodríguez O, Landrove O, Gómez A. Control de la Hipertensión arterial. Provincia de Matanzas. Rev Med Electrón.2003; 25(3).
- 22.OMS. The Seven Report of the Joint National Comitte on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure.EEUU: OMS ; 2005
23. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. El legado de los años noventa. Equidad, desarrollo y ciudadanía . Parte I: La visión global . Santiago: CEPAL; 2004.
24. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina . Santiago: CEPAL; 2004.
25. OPS. Programa Especial de Análisis de Salud. Situación de salud en las América. Indicadores básicos 2004 . Washington, DC: OPS; 2004.
26. Castro F. Discurso pronunciado en la inauguración de la X Cumbre Iberoamericana. Ciudad de Panamá; 2000.

27. OPS. Programa Especial de Análisis de Salud. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud. Sistema generador de tablas. Washington DC: OPS; 2001.

28. OPS-OMS. Salud en las América. La Habana: OMS; 2004

29. Castro F. Discurso pronunciado en la clausura del V Encuentro sobre Globalización y Problemas del desarrollo en el Palacio de Convenciones. La Habana: MINSAP; 2003.

## **SUMMARY**

The arterial hypertension is a disease of great social importance because of its high frequency among the population and for being the main risk fact of vascular diseases (cerebral and cardiovascular), located among the first causes of death in developed and underdeveloped countries. Our objective was compiling data on hypertension characteristics and socio-economic data like unemployment, poverty level, education, incomes difference and the gap between the poor and the rich, the health systems and the social security systems with their population covering and health care equity, all of them constituting determinants of the population's health status. When comparing the data from the capitalist countries with those from Cuba and the province of Matanzas , the results show a superiority of the socialist system on the capitalist.

## **MeSH**

**HYIPERTENSION/epidemiology**  
**COMPARATIVE STUDY**  
**CUBA/epidemiology**  
**LATIN AMERICA**  
**UNITED STATES**  
**HUMANS**

## **CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO**

Achiong Estupiñán F, Lauzurica González A, Morales Rigau JM, Achiong Alñemany M, Achiong Alemany F. Hipertenso controlado ¿socialismo o capitalismo? Rev méd electrón [Seriada en línea] 2009; 31(2). Disponible en URL:

<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20médica/año%202009/vol2%202009/tema7.htm>. [consulta: fecha de acceso]