

# ESTRATEGIAS DE SALUD

## La Medicina Social para abolir la Epidemia Cardiovascular

DR. HERNÁN C. DOVAL

---

### ARGENTINA EN UNA GENERACIÓN

Se abordarán diferentes aspectos que pondrán en evidencia los modos de construir estrategias en salud.

#### Desigualdad en la mortalidad según situación socioeconómica

La epidemia cardiovascular es responsable de 2 de cada 3 muertes en Argentina. Por este motivo es necesario evaluar el criterio del enfoque y reformular las causas ya no inmediatas sino el propio origen de esas causas, la causa de las causas.

Si bien la tasa de mortalidad infantil ha descendido el triple durante todo el siglo XX (según el registro general de Inglaterra y Gales de 1838 al 2002), en el año 2000 la mortalidad de los menores de cinco años pasó a ser de 10 millones de muertos por 130 millones de nacimientos, y hubiera sido de cerca de 30 millones de muertes considerando la tasa de Europa Occidental en el año 1900. Pero lo que en realidad no se registra, es que en el año 2000 debería haber existido 1 millón de muertos, si la tasa mundial hubiera sido la de Europa Occidental para el año 2000. Por lo tanto, a pesar del progreso, la mortalidad infantil mundial actual es la friolera de diez veces mayor que la que sería si todo el mundo tuviera la tasa de mortalidad infantil de los países occidentales. O sea que hubo progresos, pero en el transcurso de un siglo, el mundo es manifiestamente más desigual, por lo menos en lo que se respecta a la mortalidad infantil.

Otra variable desigual corresponde a la expectativa de vida, que es diferente si se nace en un país africano cuya esperanza de vida promedio es menor a 50 años, o en un país denominado central, como Japón o Suecia que es mayor a 80 años. En el caso de la Argentina el promedio de esperanza de vida es de 76 años.

Incluso dentro de cada país las diferencias de oportunidades de vida son también manifiestamente grandes. Si se enfrentaran en un campo de fútbol inglés la hinchada del Tottenham (en cuyo vecindario la expectativa es menor de 71 años) y la del Chelsea (cuyo vecindario tiene un promedio de 18 años mayor) no reconocerían que, si bien ambos grupos son ingleses y londinenses, la expectativa de vida en Chelsea sería como la de Suecia y la de Tottenham como la de la India.

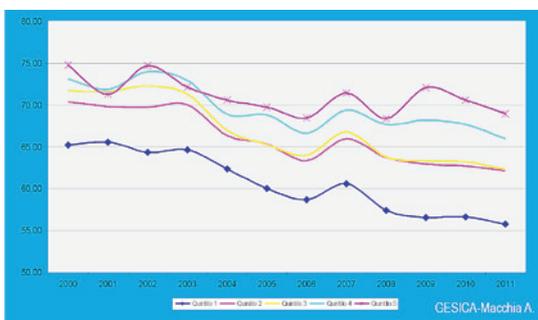
En Argentina también se observa esa desigualdad en la mortalidad según situación socioeconómica (estudio de la Fundación GESICA). Si se divide el país sanitariamente en 513 departamentos, y se agrupan por el porcentaje de necesidades básicas insatisfechas (NBI) para cada departamento, y luego se agrupan en quintiles (5 grupos diferentes) de NBI; se pueden construir cinco grupos de categorías socioeconómicas, que incluyen a los más beneficiados, o sea desde el primero, el mejor (menor porcentaje de NBI, hasta el más deprivado que presenta al quinto, el peor (mayor porcentaje de NBI). De esta manera permite analizar la mortalidad total, incluyendo la mortalidad ocasionada por enfermedades cardiovasculares, durante más de una década, del año 2000 al 2011.

De este modo se puede comprobar que los distritos más deprivados con respecto a los menos deprivados tienen mayor mortalidad pues se observa un 25 a 30% mayor de mortalidad en el quintilo más deprimido con respecto al siguiente y así sucesivamente.

Pero, ¿qué pasó en el tiempo? En este período del 2000 al 2011, se incrementó la desigualdad por mortalidad total y por categoría socioeconómica del quintilo más al menos deprivado casi al doble del inicio. Los que más se beneficiaron fueron los quintiles de departamentos menos deprivados y los

que se beneficiaron muy poco, fueron los más deprivados económicamente. (Figura 1)

**Figura 1. Tasa estandarizada de muerte prematura (<75 años) en Argentina, por quintilo de NBI. Período 2000-2011**



En resumen, los más deprivados se siguen muriendo o mejorando en escasa proporción y los menos deprivados, por el contrario, se han beneficiado significativamente.

### Evaluación del déficit socioeconómico en la Ciudad de Buenos Aires en los últimos doce años

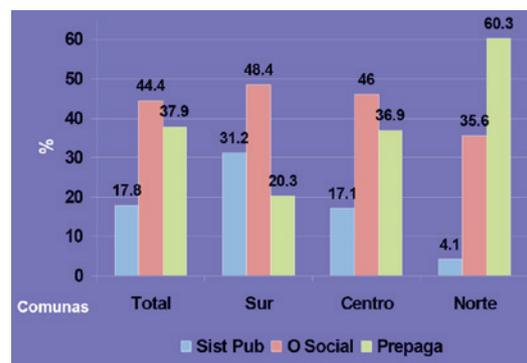
Los habitantes de la ciudad que en el año 2003 tenían vivienda propia, constituían un 64,4% de la población. Desde entonces hasta el 2014, ese porcentaje disminuyó casi 10 puntos, y pasó de ser 2 de cada 3 habitantes con vivienda propia, casi 1 de cada 2. Puede especularse con el cambio de composición social de la población porteña, o sea que hay más trabajadores menos calificados y menos profesionales o empresarios. Sin embargo, al comienzo del período considerado, los que tenían título terciario eran 1 de cada 4, situación que fue mejorando, de modo que al final, fueron 1 de cada 3. Lo importante es considerar que el nivel de atención en el sector público de Salud, que en el 2003 era de un 25%, disminuyó a un 17%.

Por otro lado la tendencia a la caída del porcentaje de población propietaria y el aumento del porcentaje con educación terciaria no varió en los últimos 10 años. El cambio regresivo se mantuvo igual antes y después.

### Tres ciudades distintas en una sola ciudad

En la ciudad de Buenos Aires pueden distinguirse tres sectores diferenciados o sea tres ciudades con características distintas: el Norte, el Sur y el Centro. (Figura 2)

**Figura 2. Cobertura médica de salud en CABA. (Encuesta anual de hogares Caba 2014)**



La cantidad de habitantes que recibe atención en el sistema público en el Centro es parecida a la media 17,1% y 17,8% respectivamente; en cambio en la zona Sur, se atienden en el sistema público el 31% de los pobladores; mientras que en el Norte, sólo el 4%.

Los segmentos de población que se asisten por obras sociales son más parecidos: el promedio general es de 44%; en el Centro el porcentaje es de 46%; en el Sur 48,4% y en el Norte, 35,6%. En cambio, la atención por prepagas es mucho más elevada que el promedio (37,9%) en el Norte (60,3%) y notoriamente más baja en el Sur (20,3%), mientras que en el Centro (46%), es más o menos igual al promedio.

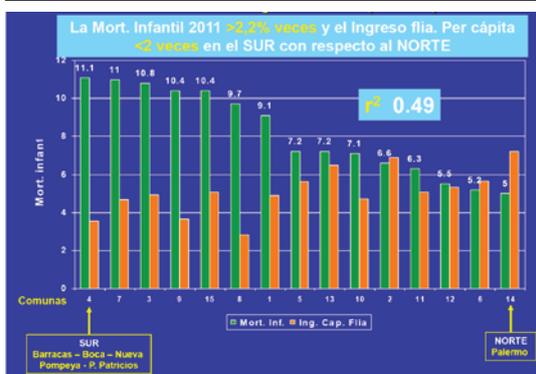
Resumiendo, en la zona centro se registran datos similares a los promedios mientras que en el sur y en el norte, datos que están en extremos opuestos. En el sur es donde es mayor la demanda del sistema público o a través de las obras sociales; en el norte, por lo contrario: está en el mínimo la concurrencia a las instituciones públicas y es máxima la cobertura por prepagas.

¿Qué pasó con la mortalidad infantil en la ciudad de Buenos Aires? Si se agrupan los datos del modo que lo hace el sistema de salud británico —en este caso por comuna—, surge lo siguiente.

Ordenando las quince comunas por orden decreciente de mortalidad infantil —y agregando el índice promedio de ingreso per cápita familiar en cada una— se advierte que esos indicadores se comportan de manera inversa: las comunas que tienen mayor mortalidad infantil tienen menor ingreso per cápita familiar y viceversa.

Las que tienen mayor mortalidad infantil se encuentran en la zona sur: Barracas, La Boca, Nueva Pompeya y Parque Patricios. La mortalidad es 2,2 veces mayor en el sur que en el norte, en tanto el ingreso per cápita familiar disminuye 2 veces en el sur con respecto al norte. Hay un grado de asociación inversa entre estas dos variables –mortalidad infantil e ingreso per cápita familiar–; el uso de la estadística para reconocer el grado de asociación entre estas mediciones se denomina  $r^2$  ( $r$  cuadrado) y es igual a 0,5 y expresa que el incremento de la mortalidad infantil entre las comunas del sur de la CABA con respecto a las del norte se explica en un 50% por el ingreso per cápita familiar. (Figura 3)

Figura 3. Mortalidad infantil e ingreso familia per cápita CABA



### Las enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas como las cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias, son responsables de más del 60% de todas las muertes en el mundo (35 millones).

Pero la distribución de los óbitos es despareja. Más del 80% de esas muertes ocurren en países de ingresos medios o bajos. De los 19 millones de personas que mueren por enfermedades cardiovasculares y diabetes en el mundo (32%), 15 millones viven en países subdesarrollados. En ellos, a la misma edad, la tasa de mortalidad es más elevada que en los países desarrollados (más del doble), tanto en el caso de los hombres como mayor aún en las mujeres.

Frente a esta situación sanitaria se debe poner el acento en la prevención, no relacionada con la tecnología, pues en ocasiones al concurrir a un control de salud –o sea sin malestar evidente–, es allí cuando se le informa que no presenta patología alguna o, en caso contrario, se le informa un diagnóstico que no conocía.

### Abordaje de la prevención de enfermedades crónicas

**Prevención primaria** significa evitar la causa del problema de salud, tanto individual como colectivamente. O sea por ejemplo, para evitar un evento cardíaco considerar sus causas, como son los modos y conductas de vida, en primer lugar el tabaco, en segundo lugar la dieta y en tercer lugar la actividad física; que generan hipertensión y dislipemia. O sea la prevención primaria es la promoción de actividades saludables.

Es necesario eliminar la causa de las causas, la causa primaria de la enfermedad, que ocasiona a los individuos y a las comunidades la presencia de la enfermedad. (Figura 4)

Figura 4. Los 4 tipos de prevención en el encuentro médico



Por otro lado realizar prevención por medio de estudios complementarios, tales como recurrir a un ecocardiograma para realizar el diagnóstico de aneurisma abdominal, correspondería a lo que ya se denomina **prevención secundaria**, porque al paciente ya tiene la enfermedad en sus estadios iniciales, que en ese caso se mantuvo asintomática, pero ya está enfermo. De esta forma se diagnostica la enfermedad precozmente cuando aún es asintomática.

En cambio la denominada **prevención terciaria** ocurre cuando el individuo ya tiene los síntomas de la enfermedad y se busca prevenir las complicaciones que pueda generar la misma.

Por último, también existe lo que se llama **prevención cuaternaria**. Se trata de que los pacientes se cuiden... pero de los médicos. La prevención cuaternaria es el conjunto de acciones para identificar pacientes o poblaciones que están en riesgo de sobremedicalización y protegerlos de prácticas invasivas. En

Estados Unidos la tercera causa de mortalidad se atribuye a las intervenciones médicas con fármacos y las intervenciones practicadas luego de procedimientos ocasionales que aparecen cuando se realizan estudios de prevención. Por lo cual la prevención cuaternaria, es posible ponerla en práctica rápidamente, porque depende de la intervención de los profesionales, médicos que practican la medicina.

Se ha comprobado fehacientemente con meta-análisis de estudios controlados que todos los métodos de *screening* para prevenir enfermedades (ver *Figura 5* correspondiente), que por otro lado son muy costosos, ninguno de ellos disminuye la mortalidad total.

**Figura 5. ¿El *screening* de asintomáticos salva vidas?**

Meta-análisis del efecto del <i>screening</i> sobre la mortalidad de 6 enfermedades mayores y 11 tests				
Enfermedad	Screening	(n)	Muerte esp-enf Riesgo (IC 95%)	Muerte total Riesgo (IC 95%)
Aneur. Ao. Ab.	Ultrasonido	(86.449)	0.55 (0.35-0.86)	0.98 (0.96-1.00)
Ca. de Mama	Mamografía	(292.153)	0.90 (0.79-1.02)	0.99 (0.95-1.03)
	Mamografía	(306.937)	0.75 (0.67-0.86)	0.99 (0.97-1.01)
	Autoexamen	(387.536)	1.05 (0.90-1.24)	
Ca. Colorectal	Sangre ocul.	(328.642)	0.84 (0.78-0.90)	1.00 (0.99-1.01)
	Sig. flexible	(no dado)	0.71 (0.61-0.81)	0.99 (0.91-1.07)
Ca. Pulmón	Rx. torax	(81.303)	1.11 (1.00-1.23)	1.01 (0.94-1.08)
	Rx + citología	(20.427)	0.88 (0.74-1.03)	1.03 (0.91-1.15)
	TAC	(10.675)	1.23 (0.81-1.87)	1.34 (0.93-1.93)
Ca. Ovario	CA-125	(80.492)	1.08 (0.84-1.38)	1.00 (0.96-1.06)
Ca. Prostata	PSA	(342.342)	1.00 (0.86-1.17)	1.00 (0.96-1.03)

Saquin N, Saquin J, Ioannidis JPA. Int J Epidemiol 2015;doi: 10.1093/ije/dyu140

Si bien pocas intervenciones (como el ultrasonido abdominal y la sangre oculta en materias fecales) disminuyen la muerte específica de la enfermedad que se está buscando (muerte por rotura de aneurisma abdominal o por cáncer de colon respectivamente), implica una inversión económica muy alta y en definitiva no disminuye la mortalidad total, porque se mueren prematuramente por otras enfermedades, por lo cual no mejoran la expectativa de vida de las personas y las poblaciones.

### Los tiempos modernos de la epidemia industrial

Actualmente enfrentamos lo que algunos denominan "*epidemia industrial*", que ocurre debido a que dos tercios de la mortalidad es ocasionada por el consumo de productos de tres grandes industrias corporativas: las alimenticias, la del tabaco y la de las bebidas alcohólicas.

Estas industrias "producen" gran parte de los pacientes actuales. No existía el cigarrillo hasta la Guerra de Crimea; -1853-1856-, ni

los alimentos superprocesados que irrumpen en el mercado en los últimos treinta o cuarenta años.

¿Qué hacer entonces? A aquellos "*adictos*" a estos productos, según la teoría de la elección voluntaria del "*estilo de vida*", debemos asesorarlos diciéndole que si continúan fumando o ingiriendo esos alimentos pueden morir. Casi toda la literatura médica publicada sostiene esa hipótesis, pero a pocos se les ocurre que en vez de culpar al pobre "*adicto*" atrapado en ese modo de vida, habría que culpar a las grandes corporaciones, las empresas tabacaleras, las de comidas ultraprocesadas o bebidas alcohólicas, que son las causantes de sus enfermedades.

Por lo tanto la propuesta es definir una nueva categoría de enfermedades -las "*enfermedades de las corporaciones*"- como "*enfermedades de consumidores, trabajadores y residentes de la comunidad que han sido expuestos en el lugar del mercado, del trabajo o en la comunidad, respectivamente, a agentes de enfermedad que son parte de los productos o procesos de la actividad de las corporaciones*".

**Figura 6. Epidemiología de la salud pública clásica**



Se podría invocar para estos agentes, como en el caso del tabaco, tener en cuenta lo que propone la epidemiología de la salud pública clásica, con sus tres ítems "el agente", "el medio" y "el huésped" (*Figura 6*). Se debería definir al cigarrillo como el "*agente*" de algunas enfermedades respiratorias graves y mortales debido al tabaco, que es tóxico, por el alquitrán, y además adictivo, por la nicotina; en este caso se debería considerar como "*vector*" a la gran industria tabacalera, porque es la que produce los cigarrillos en busca de la ganancia; y como "*medio*" a las

poblaciones que va dirigida la propaganda y a quienes afecta, los adolescentes y las mujeres, principalmente en los países en desarrollo. Finalmente el “huesped” individual, es el consumidor que se vuelve adicto a un tóxico mortal.

Los epidemiólogos tienden a atribuir la causa de estas enfermedades comunes a lo que llaman “*estilo de vida*” de los pacientes, como si esos consumos fueran equiparables a elecciones como el corte o el color de pelo, la vestimenta que usan, etc. Si hablamos de “*estilo de vida*”, implicamos en ello una decisión personal. Si se acepta que los factores de riesgo de las enfermedades responden a un “estilo de vida”, se culpabiliza a las víctimas y a los comportamientos individuales. Pero la población no se muere porque tiene estilos de vida no saludables que se empeñan en no cambiar. Si una persona tiene problemas de salud porque es obesa, pero vive en la mayor pobreza y recibe por su trabajo salarios paupérrimos, debe obligatoriamente consumir hidratos de carbono que son los más económicos por caloría consumida.

Por lo tanto no se debería hablar de “*estilos de vida*”, sino en realidad deberíamos hablar de “*modos de vida*”, que sería una “categoría sociológica que refleja en forma sistemática las condiciones económicas, sociopolíticas y culturales, que son las formas características estables y repetidas de la vida cotidiana de las personas y las colectividades”.

El epidemiólogo inglés Geoffrey Rose decía que “la naturaleza se nos presenta como un proceso o continuo, no una dicotomía”., considerando de esa manera que uno de los axiomas de la Medicina Preventiva es que “un elevado número de personas expuestas a un pequeño riesgo puede generar muchos más casos, que un pequeño número expuesto a un riesgo alto”. O sea, que los profesionales de la salud nos ocupamos preferentemente de un mínimo número de individuos expuestos a un alto riesgo, que son los afectados por serias patologías. Basándose en ese postulado y en que “tiene poco sentido esperar que los individuos se comporten diferente de sus pares”, sostuvo que “es más apropiado buscar un cambio general en las normas de conducta y en las circunstancias que facilitan su adopción”.

Por ejemplo, al diagnosticar hipertensión, con valores superiores a 140 mmHg en la

presión sistólica, o aún mayores, que es el criterio de las guías, establece un punto de corte que es la parte menor descubierta del iceberg de la hipertensión. Pero en realidad los niveles más bajos de hipertensión sistólica hasta 110 mmHg, que se hacen invisibles, son los que generan la mayor parte de la enfermedad debido a la presión arterial, y por más que tratemos a ese pequeño grupo que es lo que se ve del iceberg e identifican las guías, vamos a bajar el riesgo a una parte menor. Ahora, si el Estado regulara seriamente el contenido de sodio de los alimentos ultraprocesados, se disminuiría la presión arterial promedio de la población y esa baja sería tan o más eficaz de lo que hace el tratamiento individual con fármacos.

### **La responsabilidad de las Corporaciones**

Son tres los grupos de corporaciones que provocan la “epidemia industrial”. En EE.UU. se los ha identificadas como los “big tobacco”, “big booze” y “big food” (grandes tabacaleras, grandes alcoholeras y grandes alimenticias).

Esas fábricas contribuyen a generar enfermedad de manera directa, por medio de la promoción de productos que dañan la salud, e indirecta, a través de la influencia en las políticas públicas.

Son sociedades por acciones y los accionistas tienen como objetivo exclusivo “maximizar las ganancias” o sea que lo que van a tratar de vender es lo que es más rentable, sin importar cualquier otra consideración, como el impacto en la salud, en la sociedad o el medio ambiente.

Debería por lo tanto ser el Estado quien regule la influencia que sobre la conducta de la colectividad ejercen las empresas, que tienen como interés maximizar sus ganancias y que no es por cierto el interés de la colectividad. Como manifiesta Gilmore: “Las compañías de alimentos, por ejemplo, tienen dos opciones estratégicas básicas para facilitar los ingresos de los accionistas; persuadir a los consumidores que coman más o incrementar los márgenes de ganancias. Como mucha de la ganancia más alta viene de los alimentos procesados comparados con los frescos, la promoción de los últimos, aconsejando a la gente que coma menos o coma más saludablemente, contradice el modelo central de negocios de muchas compañías de alimentos.”

Carrillo decía “no puede haber una medicina social sin una política social de Estado”.

Si el Estado se comprometiera a disminuir al menos al 5% el consumo de tabaco de la población y que el sodio consumido contenga menos de 5 gramos de sal o sea de 2 gramos de sodio, si pudiera impedir la producción de “comida basura” o las “bebidas azucaradas” con impuestos dedicados a subsidios cruzados para las frutas y verduras, o disminuir el acceso a las bebidas alcohólicas elevando sus costos de producción utilizando altos impuestos y otras medidas, entonces la población más pobre podría consumir más alimentos sanos como frutas y verduras.

En la Argentina actual mueren 300 mil personas por año, de esas muertes 200 mil son por enfermedades crónicas no transmisibles, de igual modo que en los países desarrollados el 35% muere por enfermedades cardiovasculares y diabetes.

### La influencia del tabaco en la mortalidad mundial

¿Cuánto se fuma en el mundo? Las tabacaleras dicen que solamente el 20 por ciento de la población mundial (1.300 millones de personas). Pero de ese número, el 80% habitan en países de ingresos medios y bajos. Hay tres países que tienen la mitad de la venta mundial de cigarrillos y de fumadores: China, Rusia e Indonesia (con 60% de prevalencia en fumadores hombres). En China, donde viven 1 de cada 3 fumadores del mundo, hay una industria estatal de producción de tabaco, que es la forma en que el Estado financia a las provincias pobres del norte.

De continuar la tendencia actual, se calcula que morirán 1.000 millones de personas en el mundo debido al tabaco durante el siglo XXI. En el siglo pasado (siglo XX), sólo murieron 100 millones de personas. Es decir en el XXI van a morir diez veces más que en siglo anterior si se continua con la conducta actual.

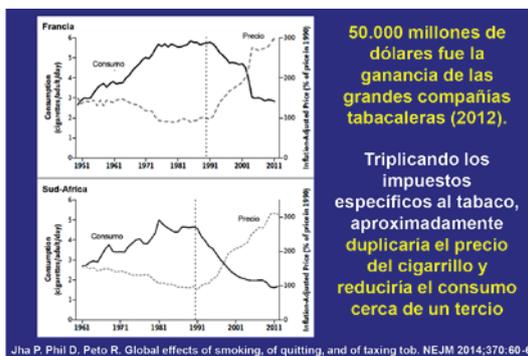
El otro problema es que si se pretende disminuir la mortalidad ocasionada por el tabaco, el Estado debe intervenir con mecanismos impositivos, pues de lo contrario en la primera mitad de este siglo se van a morir los que están fumando, no los que empiezan a fumar. Actualmente mueren por día 17.000 personas y eso es igual a que

se estrellaran simultáneamente cuarenta Boeings 747.

La expectativa de vida y la prolongación de la vida entre los que nunca fumaron comparados con los que fuman, se incrementa en 10 a 13 años.

Llamo “la cadena del desahucio” a la secuencia que se inicia con una tonelada de tabaco con la cual se fabrica 1 millón de cigarrillos y se genera 1 muerto, 1 millón de cigarrillos (1 trillón) producirían 1 millón de muertos; pero como en realidad se fabrican 6 millones de cigarrillos en la actualidad (6 trillones por año) se terminan generando 6 millones de muertos por año.

**Figura 7. Cambios en el precio y consumo de cigarrillos**



¿Cómo puede influir el Estado? Lo que se practicó en los países desarrollados como Francia y Sud-África es muy simple. Se incrementó entre 7 y 10% por encima de la inflación el precio del cigarrillo, año por año. Al cabo de diez años el precio aumentó tres veces y el consumo disminuyó a la mitad. Esta es una de las medidas más importante de salud pública, que los organismos internacionales, como la OMS o la ONU, deberían impulsar. (Figura 7)

Estas empresas (tabacaleras) obtienen ganancias anuales (2012) de 50 000 millones de dólares, de ahí que su poder sea superior a las sugerencias aportadas por el sector de salud.

### ¿Qué pasa en la Argentina?

Las encuestas sobre los factores de riesgo informan que está disminuyendo el tabaquismo, pero si se focaliza lo que sucede en los colegios secundarios, se ve que entre el 2001 y 2011 un 50 y 60% de los jóvenes de 17 años fuman y aún los menores de 14 años, lo hacen

en un 30%. Entre 15 y 16 años casi la mitad de los jóvenes fuma.

Este es el objetivo primordial que tienen las tabacaleras: los adolescentes y las mujeres.

En Argentina la venta se mantiene estable, se vendieron a mayores de 15 años alrededor de setenta paquetes de cigarrillos todos los años, mientras que a la población general alrededor de 50 paquetes de cigarrillos por año.

La venta no ha disminuido porque se abarataron los costos de los cigarrillos y Argentina es uno de los países latinoamericanos y del mundo donde el cigarrillo es más barato con respecto al ingreso per cápita de la población.

O sea para comprar 100 paquetes de cigarrillos en el 2005 se utilizaba el 42% del salario y en el 2013 se utilizó solo el 22% del salario.

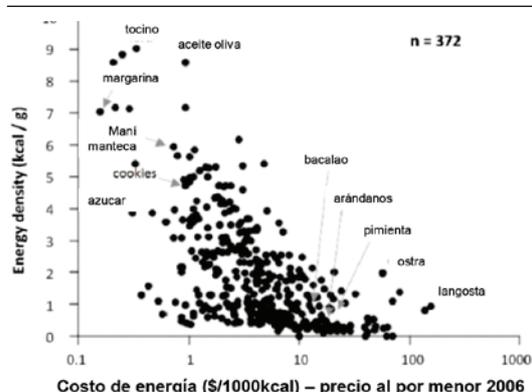
¿Qué pasaría en la Argentina si se incrementara 100% el precio real de los cigarrillos, y además se implementara una ley nacional de control de tabaco, que hasta ahora no se implementó nunca. Se evitarían 15.500 muertes por enfermedades cardíacas, habría 34.600 infartos de miocardio menos y disminuirían en 11.900 los accidentes cerebrovasculares.

¿Qué pasa con la dieta? Si se siguiera una dieta saludable se estima que podría reducirse hasta un 40% las enfermedades no transmisibles (ENT), se ahorraría 14 millones de muertes en el mundo y 80.000 en Argentina.

Las tres encuestas nacionales de salud (2005 - 2009 - 2013). dicen que los que se consideran hipertensos siguen siendo algo más de 1 de cada 3 personas. El aumento del exceso de peso se incrementó en cada encuesta, aproximándose al 60% de la población, al igual que la baja actividad física que llegó al 55%. Argentina presenta cifras semejantes a la tendencia mundial.

Otros factores negativos que contribuyen a deteriorar la salud se relacionan con la menor cantidad de tiempo libre, tiempo para hacer actividad física, y por el elevado consumo de alimentos ultraprocesados. Para la misma cantidad de energía el alimento ultraprocesado tiene un precio entre 5 y 10 veces menos que el alimento natural. Al mismo tiempo para el mismo volumen de comida el alimento ultraprocesado aporta 5 veces más calorías.

**Figura 8. Relación entre el costo por unidad de energía y la densidad de energía en supermercados del área de Seattle, 2006**



Source: Figure 2 in Monsivais and Drewnowski 2007

Note: Linear regression gives  $R^2 = 0.38$ .

El volumen del alimento es el que produce el efecto de saciedad. Por eso al consumir alimentos ultraprocesados se incorpora menos volumen que al ingerir alimentos frescos para la misma cantidad de calorías y se tiende a aumentar el volumen para llegar al nivel de saciedad. De esta forma se incrementan las calorías porque los alimentos ultraprocesados tienen alta densidad de calorías y además produce mejor gusto su consumición por los aditivos incorporados, tales como grasas y sal. No debemos olvidar, que los alimentos naturales que no son ultraprocesados, además son más costosos.

En Brasil, por ejemplo, se ha incrementado el consumo de los alimentos ultraprocesados y disminuido los que son mínimamente procesados. Esto ocurre debido a que son cada vez más económicos con respecto a los alimentos naturales. Por eso es necesario implementar nuevas reglas de juego.

Si todo lo que vinimos señalado previamente se implementara, disminuiría la mortalidad actual (100%) a un 31%. O sea si se modifican las condiciones sociales actuales, más dos de cada tres muertes no ocurrirían (69%).

¿Se puede disminuir en poco tiempo la mortalidad total y cardiovascular, con cambios significativos en el modo de vida?

Se ha comprobado en los hechos, que un cambio de modo de vida modifica la mortalidad cardiovascular. Un ejemplo es lo ocurrido en Cuba durante lo que se ha llamado “el período especial”, (1985-1990) que es cuando

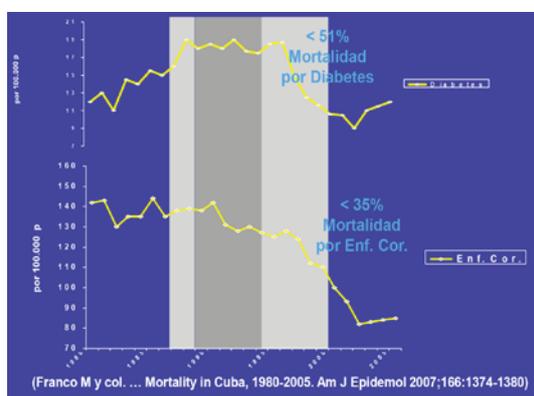
implosiona la Unión Soviética, y los cubanos para trasladarse tuvieron que caminar más o utilizar la bicicleta y además disminuyeron francamente la ingesta calórica.

De 2899 calorías que consumían pasaron a consumir 1860 kcal. Se incrementó masivamente la actividad física y el índice de masa corporal disminuyó 1,5 U, entre 4 y 5 kilos y la obesidad disminuyó a la mitad.

Con respecto al cigarrillo pasaron a consumir de seis cigarrillos por persona y por día a tres cigarrillos por persona por día. Fundamentalmente porque fumaron menor cantidad.

Pocos años después comenzó a bajar la mortalidad por diabetes y por enfermedad coronaria. La mortalidad por diabetes en ese “período especial” tan corto de cinco años disminuyó un 50% y un 35% la mortalidad por enfermedad coronaria. No ocurrió nada significativo con la mortalidad por cáncer que no tenía relación con los cambios en los modos de vida. Pero si observó que la mortalidad total disminuyó un 18%. (Figura 9)

**Figura 9. Crisis económica y mortalidad en Cuba, 1980-2005**



Si bien este fue un hecho que se instaló forzosamente, por el deterioro económico que sufrió la isla, es útil para demostrar los conceptos errados de la teoría que expresa que no se evidencian cambios agudos de la mortalidad con cambios masivos del modo de vida. De este modo entonces, estos cambios masivos se demuestran cuando intervienen circunstancias –auspiciosas o no como por ejemplo en este caso particular–, que a la vez trajo una mejora en los hábitos de vida de la población.

Los cubanos siguen teniendo más actividad física que antes del período especial y

siguen fumando tres cigarrillos por día. Pero, superada la restricción alimentaria, volvieron a cambiar la dieta y tuvieron un rebote de obesidad, actualmente tienen más obesos que al inicio del período especial. Se incrementó así paralelamente la incidencia de diabetes y la mortalidad, que había disminuido 50%, está aumentando 3% por año, porque ha aumentado la obesidad. Es decir aquella mejoría se revirtió.

Rudolph Virchoff, destacado médico alemán de mediados del siglo XIX –que participó en la revolución de Berlín de 1848, expulsado del Hospital de la Caridad de Berlín, emigró a una ciudad del norte de Alemania y varios años después los junkers prusianos se vieron obligados a convocarlo nuevamente a Berlín, debido a que los médicos del resto de Europa viajaban para escucharlo–; expresó de manera elocuente su preocupación por las relaciones de la Medicina y los problemas sociales. Decía que “la medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina en gran escala”.

En nuestro país el Dr Ramón Carrillo, el primero y quizás el más destacado ministro de Salud Pública, decía que “es evidente que en la actualidad no se puede desarrollar la Medicina sin Medicina Social y ésta no puede existir sin una política social de Estado. Tenía la idea de que los problemas médicos sólo se resolverían con una Medicina Social. Consideraba que la medicina asistencial se basa en un binomio, constituido por el médico y el paciente, que transcurre es un microcosmos, ya que se ocupa del individuo aislado del mundo y esa sería la “arquimedicina”.

La medicina sanitaria (la salud pública), incluye no solo al médico y el enfermo sino que involucra también al Estado. Pero todavía estaríamos en el período de la paleomedicina, en el mesocosmo.

Su idea era que la Medicina Social integrara al médico, al paciente, al Estado y a la comunidad, a esto lo llamaba “neomedicina”, y la situaba en el macrocosmo, porque involucra a las colectividades, a los grupos profesionales, a las personas o pacientes en forma individual y al Estado, como el único modo de resolver el problema de la salud pública. Carrillo se preguntaba: “¿de qué sirve a la Medicina resolver científicamente los problemas de un individuo enfermo si simul-

táneamente se mueren centenares de casos similares por falta de alimentos, por viviendas antihigiénicas —que a veces son cuevas— o porque ganan salarios insuficientes que no les permiten subvenir debidamente a sus necesidades?”. Parecen frases muy actuales, ¿no les parece?

Considerando a la Medicina Social como eje de análisis e incorporando como se comentara en el comienzo, las posibilidades del habitat de los ciudadanos, cabe señalar que en la ciudad de Buenos Aires hay carencia de viviendas, muchas son precarias y se estima que la mitad son irre recuperables, existiendo por otro lado hacinamiento.

Se dice que para solucionar este problema lo que hace falta es una política de créditos para vivienda. Sin embargo, el 24% de las viviendas de la ciudad están desocupadas, según el censo del 2010.

Habría una necesidad de entre 130 y 140 mil viviendas pero hay 340 mil viviendas desocupadas en la ciudad. La población debería tener la posibilidad de vivir en lugares que no haría falta construir, porque ya existen. En otros países, como en Dinamarca, cuentan con censos de viviendas desocupadas y a los dueños que no las alquilan les cobran un impuesto y si al año siguiente no la alquilan, la tienen que vender. O sea que este mismo problema existe en el resto del mundo, pero en otros países hay legislación para resolverlo.

Carrillo consideraba que la salud de la población dependía: de las condiciones de vida y de trabajo, de la preocupación preventiva del Estado y de las condiciones de asistencia. En consecuencia proponía un abordaje integral a través de un “Plan de Salud” que comprendiera tanto las medidas asistenciales, como las preventivas y también las sociales.

#### **Dr. Ramón Carrillo**

(7 de marzo de 1906 Santiago del Estero, Argentina - 5 de diciembre de 1956 Belem do Pará, Brasil)

Profesor, médico sanitarista, neurocirujano, neurobiólogo y político argentino, primer Ministro de Salud Pública que tuvo la Argentina e impulsor de una innovadora y valiosa labor en el campo de la medicina.

Publicó *Política Sanitaria Argentina* (1949) y *Teoría del Hospital* (1951).

#### **Dr. Hernán Doval**

Médico graduado de la Escuela de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en 1965, con “Diploma de Honor”. De destacada trayectoria y solidez intelectual por su aporte científico en la

En solamente ocho años de gestión construyó: 230 establecimientos sanitarios de internación, 50 institutos especializados en Salud, 3000 centros de salud, dispensarios (salas de atención primaria de salud), la primera fábrica de producción pública de medicamentos Especialidades Medicinales del Estado (EMESTA). Revolucionó la capacidad instalada sanitaria: de 66.300 a 144.000 camas hospitalarias de internación

Me gustaría terminar citando una vez más al joven Virchow, cuando en una carta escrita a su padre en el momento de la revolución en Berlín de 1848, de la que fue parte, le manifestó: “A menudo me he engañado con la gente, pero todavía no con la época. Como resultado ahora tengo la ventaja de ya no ser una persona parcial, sino completa, y mi credo médico coincide con mi credo político y social”.

En nuestra época compleja y contradictoria que nos tocó vivir, ¿qué cosas deberíamos enfrentar y hacer para sentir la sensación plena de Virchow “de ya no ser una persona parcial, sino completa”?

#### **REFERENCIAS**

- Jha P. Phil D. Peto R. Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tob. NEJM 2014;370: 60-68.
- Gilmore AB y col. Public health, corporation and the new responsibility deal promoting partnerships with vectors of disease. J Public Health 2011;33:2-4.
- Doval HC. Estrategias de salud: del oficio médico a la medicina social. Rev Argent Cardiol 2015;83:365-375.
- Marmot M. The health gap: the challenge of an unequal world. Lancet 2015;386:2442-2444

*Texto recibido: 10 febrero 2016*

*Aprobado: 27 febrero 2016*

investigación clínica nacional e internacional, con especial énfasis en el campo de la insuficiencia cardíaca, una de las principales causas de muerte cardíaca mundial, a través de los estudios emblemáticos denominados estudio GESSICA y el estudio DIAL, junto con la co-creación hace más de dos décadas del grupo GESSICA con otros jerarquizados colegas especialistas abocados a la constante labor de investigación.

Realiza serias investigaciones desde el ámbito del Comité de Bioética de la Sociedad Argentina de Cardiología, en defensa de la dignidad del paciente. Se desempeñó como Director del Programa de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires; Médico de la División de Cardiología del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. Dirigió el ensayo clínico multicéntrico controlado de amiodarona en pacientes con insuficiencia cardíaca cuyo acrónimo fue el GESICA (Grupo de Estudio de Sobrevida en la Insuficiencia Cardíaca en Argentina), publicado en la revista Lancet.

Actualmente dirige el GESICA II y III, este último un ensayo clínico multicéntrico randomizado de seguimiento frecuente telefónico habitual (DIAL), en 1500 pacientes con insuficiencia cardíaca.

Recibió el reconocimiento de Personalidad Destacada en el ámbito de las Ciencias Médicas, otorgado por la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires por su trayectoria en el ámbito de la salud y su aporte como cardiólogo.

#### **Notas**

*Paleomedicina*: medicina primitiva.

*Neomedicina*: nueva medicina.

*Mesocosmos*: recintos físicos de confinamiento dentro de ecosistemas usados en experimentos que permiten llevar a cabo múltiples repeticiones, proporcionando resultados cercanos a las condiciones reales de los ecosistemas naturales.