

REPUBLICA DE CHILE  
PRESIDENCIA  
REGISTRO Y ARCHIVO

NR. 92/13861

A: 22 JUN 92

P.A.A.	<input type="checkbox"/>	R.C.A.	<input type="checkbox"/>	F.W.M.	<input type="checkbox"/>
G.P.L.	<input type="checkbox"/>	M.L.P.	<input type="checkbox"/>	P.V.S.	<input type="checkbox"/>
J.Y.O.	<input type="checkbox"/>	E.D.E.C.	<input type="checkbox"/>	J.R.A.	<input type="checkbox"/>
P.L.S.	<input type="checkbox"/>				

ARCHIVO

# PROMOCION DE SALUD Y PREVENCION DE ENFERMEDAD: NUEVAS ORIENTACIONES

DR. JORGE JIMENEZ DE LA JARA,  
Ministro de Salud Pública  
República de Chile

Conferencia dictada en el 12º Congreso Chileno de Medicina  
Interna, Oct. 17, 1990,  
Stgo, Chile.

## PROMOCION DE SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD: NUEVAS ORIENTACIONES

### PROMOTION OF HEALTH AND PREVENTION OF DISEASE: NEW ORIENTATIONS

*This is the lecture given by Jorge Jiménez MD, Minister of Health at the 1990 Chilean Congress of Internal Medicine. He states that clinicians today are directing their attention to epidemiology and to the community health problems, focusing their medical activity towards primary prevention of diseases. Knowledge emerging from evolutionary pathology, natural history of diseases, human genetics, the influence of environment upon health and human behavior, enriches the new outlook of epidemiology. The concept of promotion of health overlaps the classical concept of prevention. (Key words: Health Promotion; Preventive Medicine; Epidemiology; Public Health).*

Una gran aspiración de cualquier Ministerio de Salud es ser considerado, más como el organismo que preocupa de la salud, antes que exclusivamente de la atención médica. Este debe haber sido el pensamiento de las grandes figuras de la salud pública nacional cuando dieron origen a las políticas e instituciones de orientación preventiva en la primera mitad de este siglo.

Así actuó González Cortés, al ligar la salud con la seguridad social de los obreros en 1924; tal lo hizo Cruz-Coke, en 1936, al impulsar la ley de Medicina Preventiva y lo hicieron múltiples especialistas, encabezados por Jorge Mardones Restat, en 1952, al dar vida al Servicio Nacional de Salud. Quienes así procedían, estaban representando a varias generaciones de médicos que creían firmemente en la integralidad de la función de la salud, de la muy cierta relación entre la enfermedad y el medio ambiente y la realidad socioeconómica, en la responsabilidad social y la del Estado.

También así se condujeron los especialistas en salud materno-infantil, al impulsar los grandes programas de acción en las áreas de su competencia: el cuidado prenatal de la madre, el parto atendido profesionalmente, el control del niño sano y las inmunizaciones y alimentación complementaria, la planificación familiar y la identificación de los

grandes problemas del binomio, como el aborto inducido, la diarrea infantil, entre otros.

Con posterioridad, los médicos chilenos, sin perder esta orientación esencial, privilegian el desarrollo de la clínica con apoyo de las ciencias básicas y se comprometen en el proceso de crear especialidades y subespecialidades clínicas al interior de las ramas básicas de la Medicina. Es el período científico por excelencia, que marca la tendencia hacia la bioquímica, la biología celular, la farmacología y la genética. Se produce, por lo tanto, una menor importancia relativa de las poblaciones en favor del individuo.

Sin embargo, la racionalidad y la estrictez del pensamiento están llevando nuevamente a los clínicos hacia la preocupación más globalizante de la epidemiología y de las comunidades. Los médicos chilenos no son una excepción y, en esta línea, están anunciando su tarea hacia el fin del segundo milenio.

Producto de esta nueva orientación es la salida de los clínicos hacia el intercambio con los epidemiólogos, buscando un mayor rendimiento a sus acciones, mediante la prevención primaria de la enfermedad, una vez que sus descubrimientos les han llevado a conocer los factores de riesgo, tanto personales como ambientales, ya sea ligados a la

herencia o a los alimentos y los hábitos de vida.

El médico clínico no desea ser sólo aquel que diagnostica una enfermedad en etapas terminales o de muy difícil y costosa curación. No, el sentido mayor de su acción lo lleva a los extramuros del hospital, a la comunidad y al hogar de sus pacientes. El médico clínico no sólo se preocupa por los enfermos, sino que por sus parientes supuestamente sanos o ciertamente sanos, pero ligados a un ambiente generador de patologías. En esta misma línea surgen también los pediatras con preocupación por las enfermedades crónicas del adulto y su prevención primaria en períodos muy iniciales en la vida del niño.

Esta preocupación ha motivado la constitución de equipos de trabajo que asesoren al Ministro de Salud en el estudio de aquellas condiciones susceptibles de ser enfocadas con un criterio que rompa con el esquema exclusivamente clínico, para salir hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, haciendo así la función del Ministerio verdaderamente de salud y no meramente de atención médica.

### Salud y enfermedad en la historia

Es verdaderamente fascinante constatar como en la historia del hombre, salud y enfermedad han ido siendo relacionados con los conceptos prevalentes que utilizaba cada sociedad para explicarse la vida y la muerte.

Así, en etapas iniciales del desarrollo de la humanidad, predominan las interpretaciones religiosas o mágicas, en las cuales toda la causalidad de los fenómenos se encuentra en la bondad o en la furia de los dioses, a los cuales se implora o realizan sacrificios en búsqueda de bienestar y de sobrevida.

Hasta nuestros días prevalecen muchas de estas interpretaciones cuando se enfrentan problemas de magnitud aparentemente incontrolables, como son las grandes epidemias que nos asolan.

A los inicios de la medicina moderna, se atribuyen al aire y al agua capacidades para transmitir enfermedades, dándose de esta manera las primeras medidas de control relacionadas con las ciudades, las viviendas y el ambiente urbano. Es particularmente notable entender las explicaciones del Siglo

XVI a XIX en las cuales se atribuye a elementos flotantes en el aire, pero de algún peso como para irse hacia las capas más bajas, la causa de las enfermedades. Las recomendaciones consecuentes eran las de buscar las alturas y las montañas. Los barrios altos, como sinónimos de mayor salud, surgen en esas épocas y aun persisten entre nosotros.

La era bacteriológica, que se inicia en la segunda mitad del Siglo XIX y representa la base de la medicina científica, refuerza algunas de las teorías que relacionan las enfermedades con el medio ambiente, particularmente con el agua. Los trabajos de Snow en las epidemias de cólera en el Londres victoriano, refuerzan esta relación de causalidad, a la vez que dan nacimiento a la recolección sistemática de datos de morbimortalidad y su posterior interpretación.

El desarrollo paralelo de la inmunología y las vacunas contribuye a una epidemiología muy activa, en la cual se mezclan la higiene con las acciones de prevención de enfermedades infecciosas, lográndose grandes metas de control en diversas partes del mundo. El símbolo de estas tareas de la salud pública lo constituye la erradicación mundial de la viruela, en 1976, por la Organización Mundial de la Salud.

Con el mayor conocimiento de los procesos celulares y fisiológicos se llega progresivamente a conocer la intimidad del cuerpo humano y los médicos se fascinan con su sabiduría cada vez más profunda de los mecanismos pequeños de la enfermedad. Al ser humano se le ve, así, cada vez más aislado uno de otro, en una angustiosa soledad.

Sin embargo, junto con prolongarse la vida de las personas, se inicia una nueva batalla de la epidemiología que lleva a romper esta fatalidad individualista, adjuntando a la teoría nuevos aportes que surgen de los conocimientos de la patología evolutiva o historia natural de las enfermedades, de la genética y de la influencia del ambiente a través de alimentos y tóxicos, y del comportamiento físico y mental del hombre.

Todo vuelve a revolucionarse cuando se encuentran las manchas de aterosclerosis en las arterias de los soldados norteamericanos que mueren a los 30 años de edad en la guerra de Corea y se comprueba así que la arterioesclerosis se inicia en etapas muy

tempranas de la vida. Las enfermedades crónicas no son privilegio de los viejos exclusivamente, sino que también de los jóvenes.

Al relacionarse muchas enfermedades crónicas con la dieta abundante en grasas y calorías, se dice igualmente que por ese sólo factor serían propias de las personas de altos ingresos. Pero algún tiempo después se descubre que también los obreros de las ciudades sufren de obesidad y de alteraciones vasculares de depósito. Nuevo golpe a la cátedra: los pobres también sufren de las enfermedades que se creía privilegio de los ricos.

La transición epidemiológica ocurrida en los países desarrollados y muchos en vías de desarrollo, por la disminución notoria de la mortalidad infantil y el prolongamiento de la expectativa de vida, no es, sin embargo, un proceso uniforme que abarque todas las clases sociales ni todos los grupos. Existen aún muchos rezagos de patologías transmisibles que nos vuelven a la realidad de situaciones aparentemente superadas. Es así como la no dominada tuberculosis, cuya vuelta ha sido llamada "el retorno de la vieja dama", junto a las enfermedades de transmisión sexual de tan difícil control, nos hacen repensar el esquema de sucesivos cambios excluyentes para caer en la claridad de que muchas realidades se superponen y entremezclan, no sólo a través del mundo sino que en sociedades de desarrollo aparentemente uniformes.

Es en esta realidad compleja en que surgen los conceptos simbióticos de promoción de salud y prevención de enfermedad, hoy en boga.

### **Promoción de salud y prevención de enfermedad**

Promoción de salud es un concepto relativamente nuevo, cuya definición no ha sido totalmente precisada, pero que de alguna manera refleja el afán de reemplazar a términos antiguos como higiene o fomento.

Promoción se sobrepone mucho con los conceptos clásicos de prevención a sus tres niveles: a) primaria, o anterior a la enfermedad; b) secundaria, o detección y control temprano de la enfermedad, y terciaria o de reducción de las incapacidades derivadas de la enfermedad.

En términos epidemiológicos, lo primario busca reducir la incidencia, lo secundario busca reducir

la prevalencia acortando la duración de la enfermedad, lo terciario busca reducir las complicaciones.

La diferencia entre promoción y prevención es más bien de enfoque, ya que prevención está más relacionada a la enfermedad y promoción a la salud misma. En términos religiosos, podría decirse que la promoción busca la santidad o la bondad, mientras que la prevención busca disminuir los pecados individuales.

Las implicancias en la conducta parecen obvias: el énfasis en la promoción implica querer más gente sana y no sólo menos gente enferma.

Tiende a desarrollar mejor los potenciales de salud en las personas.

La promoción de la salud puede ser también personal y comunitaria según las estrategias que se adopten. La personal o individual se realizará mediante intervenciones clínicas, consejería y contacto cara a cara y pretende cambios de la persona en su conducta o hábitos.

La estrategia comunitaria, en cambio está dirigida mucho más a mejorar el potencial socioecológico: los recursos económicos, sociales, culturales, naturales y técnicos del medio ambiente. A través de ellos se busca influir en las condiciones físicas, riesgos y estilos de vida que conforman el potencial de salud individual. Su línea de acción está más relacionada con la medicina social y la salud pública tradicionales.

El primer objetivo de la salud individual consiste en reforzar su potencial de salud, de manera que éste pueda resolver mejor las agresiones del medio ambiente, del estrés psicosocial y de los riesgos de salud.

Tres estrategias son posibles frente a este problema: reforzar el cuerpo con una nutrición adecuada y una inmunización contra enfermedades; aumentar la motivación de salud a través de información, educación o consejo; y desarrollar el potencial de salud de la persona, a través del ejercicio físico, entrenamiento y actividades sociales y culturales.

Fuera de las inmunizaciones, la estrategia de promoción de salud de mayor impacto es la educación, tanto interpersonal como masiva.

El argumento a favor de la educación dice que ella hace posible los cambios de conducta relacionados con salud y los estilos de vida, reduciendo

así la carga de las enfermedades modernas, esta visión asume, a través de posiciones casi filosóficas, que el hombre autónomo es el maestro de su destino y, por lo tanto, responsable de su salud o enfermedad.

Sin embargo, otras evidencias sugieren que no es posible dejar de considerar las presiones culturales y sociales sobre el individuo. De estas consideraciones han brotado demostraciones de que es posible modificar, por ejemplo, la incidencia de enfermedades cardiovasculares a través de programas de promoción de salud en nivel primario, de las cuales la educación para salud es un componente esencial.

La orientación de base poblacional en la promoción está dirigida a diferentes segmentos del medio ambiente social, cultural, económico, natural y técnico. Por lo tanto, su estrategia implica un amplio abanico de instrumentos en el área política legislativa y administrativa. Sus expresiones prácticas son la preservación de la naturaleza y la no contaminación, el desarrollo urbano y la vivienda, la disposición de residuos y la seguridad en el tránsito, la producción y fijación de impuestos sobre alimentos y tóxicos que afecten la salud de las personas.

En el nivel social, una orientación comunitaria debe tener presente la seguridad en el trabajo, la integración con otras políticas sociales de educación, alimentación y provisión de salud, apoyo a los grupos de autoayuda, campañas de educación y otros programas de base social.

Es preciso destacar, empero, que las estrategias individuales y comunitarias no deben ser excluyentes sino que complementarias.

Estas estrategias son mejor entendidas al interior del paradigma socioecológico de la salud, en el cual se postula que hay dos aspectos a considerar: el equilibrio de la salud y el potencial de la salud.

El equilibrio se refiere a la mantención de un balance físico, mental y social del individuo y del grupo. El potencial de salud se refiere a la capacidad del individuo y del grupo para absorber y controlar los desafíos desde el ambiente y sus demandas psicosociales.

La promoción de salud busca incrementar el potencial para así mantener el equilibrio frente al medio ambiente hostil.

La capacidad del individuo o del grupo para defenderse del medio ambiente, a través de su potencial positivo, es medible con indicadores relativamente simples. Con ello también se puede dimensionar el impacto de las intervenciones de promoción de salud que se realicen desde fuera de la persona o el grupo social.

Los programas de promoción de salud dependerán largamente de la situación de salud de cada país y de los factores que tengan relevancia epidemiológica. Es así como, el medio ambiente físico, el tabaco, la dieta, las condiciones socioeconómicas y su impacto físico social, podrán ser tomadas en proporciones variables según sea la realidad de cada país o grupo.

Por último, un párrafo definitorio de OMS nos dice que:

“Promoción de salud es el proceso que capacita a la gente para ejercer control y mejorar su salud. La salud es así un recurso en la vida diaria, no un objetivo vital, es un concepto positivo que enfatiza los recursos personales y sociales así como las capacidades físicas”.

### Mediciones y planificación de objetivos

Al entrar en este terreno de la promoción de salud, sobreviene la necesidad de tener elementos que nos permitan medir las situaciones de salud y los efectos posteriores a las intervenciones. Muchos de los postulados nos orientan más hacia calidad de vida, muertes prematuras e innecesarias, discapacidades, años perdidos de vida útil y su valoración económica, entre otros.

Esta necesidad de medición obliga a reestudiar datos existentes sobre morbimortalidad y a recoger información nueva mediante encuestas de hogares.

Así, se puede considerar muerte prematura a aquella que ocurra antes de los 65 años de edad, y se le puede atribuir a los años perdidos un valor económico en términos genéricos. Los indicadores de satisfacción personal según auto evaluaciones, realizadas en cuestionarios, son otra forma de evaluación posible.

Mediante la elaboración de tablas específicas de mortalidades o morbilidades por enfermedades prevalentes en cada grupo etario o de género, se pueden

fijar objetivos y metas nacionales o regionales para reducir daños. Esta es la fórmula moderna de establecer objetivos y estrategias en salud; así lo han hecho algunas regiones europeas y algunos países como los EE.UU entre nosotros hemos iniciado el proceso de preparar esta planificación con las mejores tecnologías disponibles.

### Nuestra realidad epidemiológica

En Chile, faltando menos de 10 años para el fin de siglo, se ha constituido claramente la transición epidemiológica, en la cual, con una mortalidad infantil inferior a 20 por mil, las causas predominantes de muerte la constituyen las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los accidentes.

Pero mientras la mortalidad infantil ha descendido notablemente en los últimos 25 años, no ha ocurrido lo mismo con las causas predominantes en el adulto, las cuales continúan relativamente estacionarias o en aumento.

Esta realidad chilena es contraria a la de muchos países desarrollados que, mediante estrategias de control, principalmente educativas y de pesquisa temprana, junto a un tratamiento moderno y tecnológicamente sofisticado, han logrado reducciones notables de hasta 20% en las muertes por enfermedades cardiovasculares y de 15% en algunos cánceres.

La mortalidad del adulto se produce a diferentes edades y, si se contabilizan como muertes precoces todas aquellas ocurridas antes de que la persona cumpla 65 años, para el Chile de 1988, ocurrieron muertes que determinaron una pérdida prematura de 417.308 años. Si a cada uno de esos años se le asigna el valor de un ingreso per cápita anual, el total de las muertes significa una pérdida económica de US\$ 834 millones.

Las principales causas de muerte prematura del adulto en Chile son, en orden de magnitud las siguientes:

1. Accidentes
2. Tumores malignos
3. Otras violencias e ignoradas
4. Cirrosis hepática
5. Enfermedades del corazón
6. Enfermedades cerebrovasculares
7. Neumonía e influenza

8. Infecciosas y parasitarias no TBC
9. Tuberculosis
10. Nefritis y síndrome nefrótico
11. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
12. Diabetes mellitus

Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen entre nosotros el principal problema de salud del adulto y provocan 2/3 de la mortalidad de este grupo.

Las causas específicas identificadas las cuales son de alguna manera prevenibles provocan el siguiente número de muertes por año:

1. Enfermedad coronaria	7.284
2. Enfermedad cerebrovascular	6.511
3. Cirrosis hepática	2.368
4. EBO ligada al fumar	1.659
5. Cáncer pulmonar	1.265
6. Diabetes mellitus	1.200
7. Cáncer cérvico uterino	766
8. Cáncer mamario	742
9. Cáncer colorectal	724

Esto da un total de 22.519 muertes evitables en mayores de 15 años, lo cual representa 35,4% del total (1987).

La mortalidad por traumatismos y envenenamientos (nomenclatura de la CIE), grupo que incluye a los accidentes y otras violencias, en una alta proporción es prevenible, por lo que parece pertinente dimensionar su magnitud. En 1987, año de referencia, se asignaron 7.002 defunciones a este grupo, lo que representa el 11% del total de las defunciones en los adultos.

Cuando se analiza en profundidad qué factores intervienen o están asociados a las patologías señaladas anteriormente y en los accidentes y violencias, surge el concepto de factores de riesgo. Es así como, en cada una de las causas, se puede identificar la presencia de una o más variables asociadas que hacen que la probabilidad de ocurrencia de la enfermedad sea significativamente más alta. Entre los factores más importantes están el hábito de fumar (enfermedad coronaria, enfermedad pulmonar obstructiva, cáncer pulmonar), ingestión inmoderada de alcohol (accidentes, cirrosis hepática, enfermedad coronaria), obesidad (diabetes, enfermedad coronaria) y la hipertensión arterial (enfermedad cerebrovascular, enfermedad coronaria).

## Una agenda para Chile

Habiendo identificado un conjunto de problemas de salud, que hemos definido como prevenibles, se hace necesario definir las estrategias de control. En aquellas patologías señaladas en el punto anterior, que tienen factores de riesgo asociados, lo racional es no esperar que aparezcan las enfermedades, sino que abordar el problema en etapas más tempranas de la historia natural de la enfermedad, es decir controlar aquella población de alto riesgo, es decir, sujetos "sanos" que presentan alguna característica (hábito, conducta, condición), que hace que su probabilidad de presentar la enfermedad en cuestión sea muy superior a la de la población general.

La estrategia "poblacional" es una estrategia preventiva, cuyo objetivo es corregir las condiciones subyacentes a la enfermedad y está dirigida a intervenir sobre factores relacionados con las conductas y los estilos de vida de toda la población. Su propósito es disminuir el nivel de riesgo promedio de una población. Esta estrategia de probada eficacia, requiere medidas legislativas y reglamentación que le sirva de complemento.

En aquellas otras enfermedades prevenibles en que no se han identificado factores de riesgo asociados, la estrategia es la prevención secundaria, es decir la pesquisa temprana, o la identificación en una etapa inicial del proceso mórbido que permita un control o curación de ésta.

### Enfermedades o condiciones que se benefician de programas de pesquisa

Existe un gran número de afecciones que pueden beneficiarse de este tipo de actividades de control. Pero, dada la imposibilidad práctica de cubrirlas todas, se hace necesario seleccionar las más significativas, ya sea por el volumen que alcanzan en la población chilena, o por la factibilidad actual de controlarlas.

En la selección de enfermedades, se requiere tener en cuenta como criterios de inclusión para usar técnicas de pesquisa o tamizaje:

- Alta frecuencia de la patología
- Gravedad expresada en términos de letalidad o de costos sociales.

- Conocimientos de la historia natural en Chile.

- Períodos prolongados de evolución asintomática o poco sintomática.

- Evidencias epidemiológicas de la ventaja de la pesquisa, en comparación con la espera de consulta espontánea de los enfermos.

- Existencia de técnicas adecuadas de tamizaje (sensibilidad, especificidad), aceptables para la población y de costo razonable.

- Existencia de recursos especializados en los niveles secundarios y terciarios de atención para absorber la demanda de atención generada por los nuevos enfermos encontrados.

Para la selección de problemas susceptibles de ser influidos por técnicas educativas se requieren evidencias de cambios de comportamiento poblacional, con programas de educación poblacional.

Algunos ejemplos de patologías que cubren algunos de los criterios anteriormente expuestos son:

- Enfermedades cardiovasculares, especialmente hipertensión arterial y enfermedad coronaria.

- Tumores malignos, en especial cérvico-uterino y mama.

- Diabetes Mellitus y obesidad.

- Epilepsia.

- Reumatismos crónicos.

- Tuberculosis pulmonar.

- Enfermedades venéreas.

- Enfermedades mentales, de preferencia alcoholismo y tabaquismo.

### Prevención en enfermedades vasculares del adulto

Diferentes tipos de trastornos determinan importantes problemas de salud, destacando, entre nosotros, la enfermedad coronaria, los accidentes vascular cerebrales y la hipertensión arterial, condición frecuentemente asociada a las dos anteriores.

La experiencia mundial ha mostrado, en años recientes, claras posibilidades de disminuir el riesgo de muerte por enfermedad coronaria. Si se consideran los varones de 35-74 años, la mortalidad disminuido entre 1979-1984 en cerca de 20% en EE.UU, Australia, Canadá y Nueva Zelandia: entre 10-15% en Japón, Israel, Bélgica, Finlandia, Portu-

gal, Holanda, Inglaterra, Dinamarca, Noruega y Suecia. Lo anterior deriva de políticas intencionadas de control. En el caso chileno la mortalidad se encuentra estabilizada en valores fluctuantes entre alrededor de 55 y 60 por 100.000 habitantes, entre los años 1970 y 1988.

Si no se establecen medidas y control solo cabe esperar un importante aumento en Chile entre 1990 y los años 2000, como efecto directo del aumento de la expectativa de vida: del aumento de los factores de riesgo con la edad, la mejoría del nivel de vida, a través de dietas con mayor cantidad de grasas saturadas, colesterol, calorías y sodio, por el efecto de la mecanización sobre el sedentarismo y por la mayor capacidad de compra de cigarrillos.

### Prevención de cáncer

Por razones variadas, entre las cuales destacan el aumento en la expectativa de vida, la disminución de natalidad con una estructura demográfica diferente, el incremento del consumo de tabaco, cabe esperar un incremento de la incidencia de cáncer, que entre nosotros debería ocurrir en las localizaciones pulmonar, biliar y mama. Podría esperarse una estabilización del riesgo de cáncer de cuello uterino y un descenso espontáneo de los cánceres gástrico y esofágico.

Un gran número de actividades de prevención primaria y secundaria se han propuesto para controlar la mortalidad por cáncer. La prevención primaria implica disminuir la exposición a factores de riesgo, siendo los mayores el consumo de tabaco, características de los alimentos, alcohol, químicos del ambiente y ocupacionales y radiación.

En el problema del tabaquismo, el esfuerzo más importante es impedir la aparición de la dependencia al tabaco. En la experiencia de EE.UU se calcula que, con un costo de 0,01% del producto nacional bruto per cápita, se logra prevenir un 50% de iniciadores potenciales y el costo de cada año de vida ganado equivale a 0,7% del PGB per cápita.

El consumo de alcohol aumenta significativamente el riesgo de cánceres bucofaríngeos y esofágicos. La contaminación por aflatoxinas (*Asper-*

*gillum flavus* en granos y maní) determina cáncer hepático. En cáncer no es posible predecir los eventuales beneficios de intervenciones nutricionales. La obesidad se asocia a los cánceres de mama y endometrio. Existe una larga lista de agentes químicos de efecto cancerígeno.

### En la prevención de enfermedades cardiovasculares

Las intervenciones que se sugieren son:

1) Políticas nacionales de nutrición, utilizando preferentemente sistemas tributarios (impuestos o exenciones) para encauzar regímenes alimentarios sin excesos de grasas saturadas, colesterol, calorías, sal y alcohol y junto a un importante grupo de actividades educativas poblacionales.

2) Programas nacionales de ejercicio, particularmente centrados en aquellos grupos poblacionales cuyas ocupaciones o estilos de vida reduce sus niveles de actividad física. Este tipo de programas deben realizarse a nivel escolar, sitios de trabajo y sitios públicos.

3) Búsqueda intencionada de casos de hipertensión arterial asintomática (tamizaje), probablemente en el contexto de un conjunto de tamizajes. Tratamiento farmacológico (pérdida de peso, sal, etc) de los casos encontrados y uso de drogas de bajo costo para los que requieren tratamiento farmacológico, priorizando aquellas drogas de mejor respuesta, menores efectos secundarios y mayor adherencia al tratamiento.

4) Tamizaje de colesterolemia a familiares de coronarios de iniciación antes de los 50 años de edad, con introducción limitada de antihiperlipidémicos de bajo costo (ej ácido nicotínico).

5) Política de control de tabaquismo: regulación, impuestos y educación para reducir la producción y el consumo de tabaco.

Un problema prioritario está constituido por la hipertensión arterial. Un programa de detección de esta enfermedad se justifica, por cuanto:

— Factores de riesgo comprobado de nuestra primera causa de mortalidad, las enfermedades cardiovasculares (accidente vascular hemorrágico, enfermedad ateromatosa, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal);

— Alta prevalencia en Chile (8 a 20% de prevalencia);

— Detección fácil y exenta de riesgo;  
— La demora en la detección empeora el pronóstico y disminuye el rendimiento del tratamiento.

— Existe un tratamiento bien normado, con efectos colaterales menores, que modifica en forma significativa las complicaciones (prevención secundaria);

— El hipertenso detectado constituye un marcador de una tendencia familiar, por lo que la aplicación de cambios higiénico dietéticos —consumo sal, alcohol, obesidad, ejercicio— al grupo familiar, contribuye al control del individuo marcador y modifica la prevalencia en sus hijos (prevención primaria).

### **Conductas específicas**

— Incluir la determinación de presión arterial en toda atención de un servicio de salud;

— De enfocarse sobre poblaciones en mayor riesgo, se debe controlar:

1. Al hipertenso lábil y el normotenso en nivel alto (85 a 90 mmHg);

2. A los hijos de hipertensos;

3. A las mujeres en tratamiento anticonceptivo hormonal;

4. A las mujeres que han desarrollado hipertensión durante el embarazo.

### **En el control del cáncer**

Las intervenciones que se sugieren son:

1) Programas de reducción del consumo de tabaco, fundamentalmente a través de políticas de impuestos y de educación poblacional y escolar;

2) Programas de control ambiental y ocupacional de agentes químicos de acción carcinógena y de radiaciones ionizantes;

3) Programa de tamizaje (Screening) de cáncer cérvico-uterino, de mama, de piel y bucofaríngeo);

4) Educación en autoexamen mamario.

### **En la prevención de otros problemas de salud del adulto**

En Chile destacan igualmente la importancia de

controlar, a través de esfuerzos preventivos, otros grandes problemas de salud del adulto:

— Accidentes;

— Alcoholismo y cirrosis hepática;

— Bronquitis crónica;

— Diabetes mellitus;

— Litiasis biliar;

— Enfermedad reumatológicas;

— Tuberculosis.

Cabe aquí un breve comentario sobre la situación estacionaria y con tendencia al aumento de la TBC. De acuerdo al análisis de los especialistas, ésta se debe fundamentalmente a la relajación de la vigilancia epidemiológica en el nivel primario producto de la descentralización de la atención de salud.

Algo semejante ocurrió con el sarampión en 1987 y pudiese ocurrir con otras enfermedades transmisibles. La conclusión lógica es que los patógenos continúan operando igual y que, ciertamente, ignoran que los alcaldes no saben de salud.

Una prevención dentro de la prevención: no podemos olvidar que muchos triunfos epidemiológicos son inestables y requieren de retroalimentación permanente.

### **Accidentes**

La frecuencia de accidentes en Chile es una de las más elevadas en Latinoamérica. La situación deriva del riesgo vinculado a accidentes del tránsito, del trabajo y de hogar. La disminución de los accidentes del tránsito ha sido un hecho llamativo de los últimos años, atribuibles a los mejoramientos en cuanto a disposiciones legales (código del tránsito). Características de las vías de circulación y educación de choferes. Se requiere, en cambio, un importante esfuerzo educativo en relación a los peatones. La disminución de los accidentes del trabajo está vinculada a la existencia de un sistema de seguro contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, cuyas primas, fluctuantes de acuerdo al riesgo, han estimulado sistemas de seguridad y prevención.

En contraste con las situaciones anteriores, persiste en el país un elevado riesgo de accidentes del hogar, para cuyo control se propone una campaña educativa nacional.

## **Alcoholismo y cirrosis hepática**

El elevado consumo de alcohol en Chile se asocia a la producción de accidentes de diversas naturalezas: a la cirrosis hepática, cuya frecuencia es la más alta de Latinoamérica, y a la generación de adicción por el alcohol.

Las estrategias de control están vinculadas al desarrollo de una política tributaria y educativa en la producción y consumo de alcohol.

## **Bronquitis crónica**

La prevención de la bronquitis crónica depende fundamentalmente del desarrollo de una política antitabaquismo y, en menor escala, del desarrollo de programas de control de la contaminación del aire.

## **Diabetes Mellitus**

Se estima que, aproximadamente, 3% de los adultos chilenos sufren de esta enfermedad. Su prevención primaria se asocia al control de la obesidad y al consejo eugénico. La prevención secundaria se realiza a través de programas de tamizaje que identifiquen a la población diabética antes de sufrir complicaciones. En esta afección se propone la investigación sistemática de la enfermedad en la población mayor de 40 años, dando especial prioridad a los familiares de diabéticos y a los obesos.

## **Litiasis biliar**

Se trata también de un tipo de patología extremadamente frecuente, calculándose que aproximadamente 1/5 de la población adulta sufre de esta enfermedad. La litiasis biliar puede identificarse por ecografía y otros sistemas. Dado que una proporción de los pacientes litiasicos se complican, resulta conveniente identificar la presencia de cálculos vesiculares antes de sufrir complicaciones. Se propone la búsqueda sistemática de litiasis en los consultantes por trastornos digestivos.

## **Enfermedades reumatológicas**

En este conjunto de enfermedades, para propósitos de actividades preventivas, destaca el síndrome

me doloroso lumbar o lumbago, de elevada frecuencia en la población. Para su control se propone la utilización de programas de acondicionamiento físico y para la población trabajadora, el control en las faenas, de exigencias ergonómicas para L5/S1 y readecuaciones ergonómicas en faenas de alto riesgo (alzas de pesos, vibraciones, etc).

## **Tuberculosis**

Comparativamente con otros países Latinoamericanos, la tuberculosis sigue teniendo en Chile tasas elevadas de morbilidad. Para acelerar la tendencia al descenso se requiere la búsqueda intencionada en grupos de alto riesgo (contactos) y la detección en pacientes con síntomas respiratorios.

Con estos antecedentes y sus intervenciones consecuentes, el Ministerio de Salud está preparando dos iniciativas complementarias:

- Una nueva ley de Medicina Preventiva que recoja estos conceptos y les dé curso jurídico.

- Una gran campaña de promoción y prevención a través de medios masivos para la población general y de medios restringidos para los grupos de riesgo.

Con ambas acciones esperamos que el país en su conjunto se ponga a tono con la necesidad de ser actores de nuestra propia salud.

## **La medicina del futuro**

Con la perspectiva cierta de una población que llega a vivir más años pero con más salud en ellos, el papel de la medicina del 2000 cambia radicalmente.

El médico como experto en estilos de vida y consejero de bienestar, es el modelo probable de profesional hacia el futuro. Ellos serán los que diagnosticarán riesgos más que enfermedades y prescribirán medidas preventivas antes que medicamentos.

Los avances en la tecnología médica harán mucho más frecuentes los procedimientos no invasivos, tanto en el diagnóstico, como en el tratamiento. La cirugía será distinta, menos radical y mucho más sofisticada. La hospitalización será también mucho menos frecuente.

El énfasis estará puesto en el reemplazo genético y la psicoimmunología, como mecanismos para mejorar la adaptación y la respuesta del cuerpo humano a la agresión ambiental.

Todo esto conlleva un cambio que acentuará el rol de médico como preventor, antes que curador. La medicina trasladará el foco desde el tratamiento al estímulo, desde la reparación a la mejoría, desde la disminución de la enfermedad a la mejoría en el rendimiento del cuerpo.

Este nuevo ciclo de la medicina tiene un profundo contenido humanista ya que refleja una fe importante en las potencialidades del ser humano en su integridad.

Es también un reconocimiento a la sabiduría de la naturaleza y un llamado a la humildad de nuestra profesión.

Porque nunca debemos olvidar que la vida no nos pertenece sino que nos viene del Creador.

## REFERENCIAS

- 1.- Ministerio de Salud de Chile. Primer informe Comisión Nacional de Prevención y Fomento Salud del Adulto. Agosto, 1990.
- 2.- WHO: Measurement in health promotion and disease prevention. European Region, Nº 22, 1987.
- 3.- WHO European Region. Targets for health for all. Copenhagen, 1985.
- 4.- Dpt. of Health and Human Services, USA. Healthy People 2000. 1990.
- 5.- CRICHTON M D. Greater expectations. Newseek, sept. 24, 1990.

Reprints request:

Dr Jorge Jiménez  
Ministerio de Salud  
Santiago de Chile