

## Las enfermedades crónicas y la ineludible transformación de los sistemas de salud en América Latina

### Chronic diseases and the unavoidable transformation of health systems in Latin America

Esteban Londoño Agudelo

Institute of Tropical Medicine. Antwerp, Belgium.

---

#### RESUMEN

La carga de enfermedad y mortalidad por condiciones crónicas constituye un importante reto para todos los sistemas de salud alrededor del mundo, especialmente en los países de medianos y bajos ingresos. Sin embargo, la mayoría de los sistemas de salud realizan un manejo inadecuado de estas enfermedades. En el presente trabajo se cuestiona el hecho de que los esfuerzos globales por mejorar la atención a las enfermedades crónicas continúen obedeciendo a una lógica vertical. Apoyado en la evidencia arrojada por el sistema de salud cubano y de otros países en Europa y América Latina, se propone la estrategia de Atención Primaria en Salud como una solución factible para mejorar el abordaje de las enfermedades crónicas. Se sugiere la necesidad de trabajar por una agenda internacional que vaya más allá del fortalecimiento de los sistemas de salud y se proponga su transformación. Debido a la magnitud y complejidad de los retos que enfrentan los sistemas de salud contemporáneos, se aboga por una triple transformación: epistemológica, operativa y ética.

**Palabras clave:** Sistemas de salud; enfermedades crónicas; cuidado crónico; resiliencia; atención primaria en salud; fortalecimiento de los sistemas de salud.

---

#### ABSTRACT

The burden of diseases and mortality from chronic conditions represents a significant challenge for health care systems worldwide, especially for middle and low income countries. Notwithstanding, the majority of health systems provide

inadequate chronic care of these diseases. The present paper questions that a lot of global efforts aimed at improving the care of chronic diseases still responds to a vertical logics. On the basis of the evidence provided by the Cuban health system and that of other countries in Europe and Latin America, this paper puts forward the strategy of the primary health care as a feasible solution for improved approach to chronic diseases. The need of working for an international agenda that not only encourage the strengthening of health systems but also their transformation as well was stated. Given the magnitude and complexity of challenges ahead for the contemporary health systems, a triple transformation in the epistemological, operative and ethical fields is advocated.

**Keywords:** Health systems; chronic diseases; resilience; chronic care; primary health care; health systems strengthening

---

## INTRODUCCIÓN

La carga de enfermedad y mortalidad por condiciones crónicas constituye un importante reto para todos los sistemas de salud alrededor del mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) proyectó que entre los años 2005 y 2015 morirían aproximadamente 380 millones de personas como resultado de la epidemia global de las enfermedades crónicas, de los cuales alrededor de 17 millones perecerían prematuramente cada año.<sup>1</sup> Para el 2030 se proyecta que las enfermedades no transmisibles causarán el 69% de todas las muertes en el planeta.<sup>2</sup>

Las enfermedades crónicas son especialmente preocupantes para los países de medianos y bajos ingresos, donde la incidencia de estas condiciones está aumentando desproporcionadamente.<sup>3</sup> En efecto, el 80 % de las muertes causadas por condiciones crónicas ocurre en países de bajos y medianos ingresos, donde las personas tienden a desarrollar enfermedades a más pronta edad, sufren por más largo tiempo y mueren más temprano que en los países de altos ingresos.<sup>1</sup>

Las enfermedades crónicas producen un elevado número de muertes evitables a edades tempranas y la aparición de graves complicaciones clínicas y discapacidad, ocasionando alto grado de sufrimiento para los individuos y sus familias. Además, generan altos gastos en salud y llevan a miles de personas al empobrecimiento. Igualmente, representan un alto costo para las economías nacionales y una sobrecarga para los servicios de salud. Se proyecta que países como México, Brasil, Argentina y Colombia sufrirán reducciones substanciales en su Producto Interno Bruto en los próximos diez años, como resultado de los efectos macroeconómicos de las principales enfermedades crónicas.<sup>4</sup>

## LA EPIDEMIA SOBREPASA EL DISEÑO TRADICIONAL DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Se encuentran disponibles intervenciones costo-efectivas para la prevención, atención y control de las enfermedades crónicas. En una serie de la revista *The Lancet*<sup>5</sup> se estimó que la implementación de tres intervenciones costo-efectivas relacionadas con el control del tabaquismo, el consumo de sal y el control de la

---

hipertensión arterial en los 23 países de medianos y bajos ingresos con mayores prevalencias de enfermedades crónicas, podrían potencialmente evitar 32 millones de muertes en el transcurso de 10 años. Sin embargo, la mayoría de los sistemas de salud realizan un manejo inadecuado de estas enfermedades. En el mundo, solo 1 de cada 10 personas que sufren enfermedades crónicas son tratadas con éxito.<sup>3</sup> Los servicios de salud, especialmente en los países de medianos y bajos ingresos, están principalmente diseñados para la atención de problemas agudos. Esta tendencia global ha sido denominada "la tiranía de lo urgente".<sup>6</sup> El cuidado ofrecido a las condiciones crónicas está frecuentemente reducido a la atención tardía de sus exacerbaciones agudas en centros especializados y pagando altos costos. De ahí que la mayoría de los gastos de bolsillo y un alto porcentaje del gasto catastrófico en salud estén relacionados con la atención a enfermedades crónicas, particularmente debido a la aparición de complicaciones altamente prevenibles pero costosas, tales como el infarto cardíaco, los eventos cerebrovasculares y la falla renal.<sup>7-9</sup>

Las deficiencias globales y las barreras en la implementación de intervenciones costo-efectivas para la prevención y control de las enfermedades crónicas se han asociado principalmente con débiles sistemas de salud. La forma en que funcionan y están diseñados la mayoría de los sistemas de salud impide implementar las intervenciones necesarias y sostenerlas en el largo plazo de una manera efectiva y con equidad. Abundante evidencia demuestra que la mayoría de los sistemas de salud se encuentran mal organizados para dar una respuesta efectiva al crecimiento acelerado de las condiciones crónicas no transmisibles.<sup>2</sup>

## LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. UNA SOLUCIÓN POTENCIAL

Asistimos a una globalización de factores de riesgo, tales como tabaquismo, inactividad física y alto consumo de calorías, que combinadas con el envejecimiento poblacional, la urbanización, el estrés sicosocial y los estilos de vida propios de la actual sociedad de consumo, contribuyen al incremento persistente de la carga por padecimientos crónicos. Sin embargo, diversos esfuerzos globales por mejorar la atención a estas condiciones continúan obedeciendo a una lógica vertical donde se enfoca la atención a una sola enfermedad o a un solo tipo de enfermedades, se privilegian los resultados/indicadores de corto plazo y se deja de lado la perspectiva de los sistemas de salud.<sup>2</sup> Las enfermedades crónicas, al ser un conjunto de condiciones complejas, exigen de los sistemas de salud una respuesta coherente y sostenida, por lo cual su abordaje debe ser integral y tiene el deber de incluir intervenciones poblacionales dirigidas a impactar los determinantes sociales y económicos subyacentes.

Las estrategias de Atención Primaria en Salud (APS) podrían constituir una solución factible para mejorar el abordaje de las enfermedades crónicas. El Foro Europeo para la Atención Primaria (*The European Forum for primary care*) asume que un sistema de salud fuertemente basado en atención primaria está mejor preparado para ofrecer cuidados en salud integrales y coordinar efectivamente la atención a las enfermedades crónicas, que aquellos sistemas de salud con una atención primaria débil.<sup>10</sup> En el mismo sentido, *Willison & Andrews*<sup>11</sup> afirman que la APS constituye la mejor opción para asegurar la continuidad del cuidado a través de los sistemas de salud y además la mejor manera de reorientar la profesión médica de su práctica actual: costosa, enfocada en la enfermedad y centrada en el tratamiento; hacia un sistema de cuidado primario más costo-efectivo y orientado a la prevención. Por lo menos tres países Latinoamericanos (Brasil, Costa Rica y

Cuba) registran evidencias de la efectividad y eficiencia de programas basados en APS y su relevancia en el manejo de las condiciones crónicas.<sup>12-14</sup> Dichas experiencias muestran que la APS posibilita, de parte de los sistemas de salud, la implementación de intervenciones costo-efectivas. Además, implica la integración del cuidado preventivo con el curativo y la adopción de un enfoque centrado en el paciente en lugar del tradicional enfoque basado en la enfermedad.<sup>15</sup>

Cuba es internacionalmente reconocida por contar con un sólido y bien organizado sistema de salud basado en la estrategia de APS. El sistema de salud cubano no solo ha alcanzado un excelente progreso en el vigilancia de las enfermedades transmisibles, similar al alcanzado por los países desarrollados, sino también en la atención de las enfermedades cardiovasculares. Por ejemplo, las principales clases de antihipertensivos son producidos en el país y los niveles de tratamiento y control de la hipertensión en Cuba están entre los más altos en el mundo, con tasas de control superiores a aquellas comúnmente vistas en Europa y Estados Unidos.<sup>14,16</sup> La clave del éxito del sistema de salud cubano, aparte de la fuerte apuesta por la inversión social implícita en la perspectiva socialista, parece estar relacionada con el desarrollo sostenido de una red de cuidado primario de alta calidad combinado con un enfoque de salud de la población<sup>17</sup> y un fuerte énfasis en el trabajo multisectorial.

### Los sistemas de salud requieren una agenda de transformación

Podemos afirmar contundentemente que la epidemia de enfermedades crónicas requiere de una agenda internacional para la transformación (no solo el fortalecimiento) de los sistemas de salud, con el objetivo de convertirlos en sistemas crecientemente resilientes. Sin embargo, la solución acertada no pasa por la promoción de programas verticales<sup>2</sup> ni por el diseño de sistemas que sean exclusivos para la atención de enfermedades crónicas. Tal como lo plantea la OMS, el objetivo central es asegurar que los sistemas de salud se encuentren totalmente equipados y preparados para ofrecer cuidado continuo y de alta calidad para quienes lo necesitan.<sup>3</sup> Dicha transformación, dada la magnitud y complejidad de los retos que enfrentan los sistemas de salud contemporáneos, debe estar conformada por un triple movimiento de cambio. Se requiere tanto de una transformación epistemológica, como operativa y ética de los actuales sistemas de salud.

En primer lugar, es necesario un profundo cambio en la concepción epistemológica alrededor del proceso salud-enfermedad. Las enfermedades crónicas no pueden continuar siendo abordadas como una serie de episodios agudos. Los sistemas de salud deben acoger el concepto de *cronicidad*, explorar y abordar las implicaciones que conlleva la atención de enfermedades de larga duración y progresión lenta.<sup>18</sup> En efecto, la causalidad compleja y dinámica de las enfermedades crónicas determina que su pronóstico sea generalmente incierto y las intervenciones tecnológicas para su tratamiento solo parcialmente eficaces y frecuentemente acompañadas de eventos adversos. Además, la inmensa incertidumbre que generan enfermedades que no tienen curación, hacen que el conocimiento deje de ser exclusivo del personal de salud. Los profesionales y pacientes pasan a tener experiencias y conocimientos complementarios.

La dimensión operativa de los sistemas de salud debe igualmente ser transformada. Los sistemas de salud diseñados para atender principalmente episodios agudos no están a la altura de los retos presentados por las sociedades contemporáneas. La experiencia de Cuba y otros países como el Reino Unido y los Países Bajos,<sup>19</sup> los cuales han logrado buenos resultados en el abordaje de las enfermedades crónicas, gracias principalmente a sólidas estrategias de atención primaria; demuestran

características claves que deben exhibir los sistemas de salud resilientes: garantía de acceso universal y continuo a los servicios de salud; protección del riesgo financiero; voluntad política y suficiente inversión; prestación de servicios de calidad; permanente trabajo intersectorial y movilización social; regulación efectiva; talento humano bien capacitado, compensado y motivado; adecuada relación médico-paciente; y participación ciudadana.

Finalmente, se requiere una verdadera transformación ética de los sistemas de salud. No es posible alcanzar sistemas de salud resilientes en contextos de alta iniquidad e injusticia social. Particularmente en Latinoamérica, la región más inequitativa del mundo,<sup>20</sup> es necesario adoptar un enfoque centrado en los determinantes sociales de la salud, con un especial énfasis en la iniquidad. Es esencial entender los patrones sociales y demográficos que subyacen a los promedios nacionales de morbilidad y mortalidad,<sup>4</sup> con el fin de intervenirlos acertadamente en favor de los grupos poblacionales más pobres y excluidos.

Existe pues la inaplazable necesidad de trabajar por sistemas de salud sólidos y resilientes que brinden respuestas coherentes, efectivas y de largo plazo al reto que representan las enfermedades crónicas. Dichos sistemas requieren liderazgo, voluntad política y rectoría estatal al mismo tiempo que diversos niveles de prestación y participación privada, pero siempre manteniendo su vocación pública y persistiendo en la máxima de que la razón de ser de los sistemas de salud es responder a las necesidades y demandas de la población.<sup>21</sup> La transformación ética de los sistemas de salud debe pasar necesariamente por recuperar el sentido esencial de su existencia: acompañar y ayudar a las personas a vivir con el mayor grado de bienestar posible, brindando soporte y aliviando su sufrimiento, de modo que puedan ser productivas y disfrutar de sus vidas.

## Agradecimientos

A todos los miembros de la Red Latinoamericana de Investigación en Enfermedades Crónicas y Sistemas/Servicios de Salud y a sus instituciones, en especial el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología de Cuba (INHHEM), la Universidad de Antioquia (Medellín-Colombia), la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE) y la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba (ENSAP), por posibilitar nuestro trabajo colaborativo en torno a la salud pública y la epidemiología de las enfermedades crónicas y su relación con los sistemas y servicios de salud en Latinoamérica.

## Conflictos de intereses

Declaro no tener ningún tipo de conflicto de interés.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Epping-Jordan JE, Galea G, Tukuitonga C, Beaglehole R. Preventing chronic diseases: taking stepwise action. *Lancet*. 2005;366(9497):1667-71.

2. Samb B, Desai N, Nishtar S, Mendis S, Bekedam H, Wright A, et al. Prevention and management of chronic disease: a litmus test for health-systems strengthening in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2010;376(9754):1785-97.
3. Innovative Care for Chronic Conditions: Organizing and Delivering High Quality Care for Chronic Noncommunicable Diseases in the Americas. Washington, D. C.: Pan American Health Organization; 2013.
4. De Maio FG. Understanding chronic non-communicable diseases in Latin America: towards an equity-based research agenda. *Global Health*. 2011;7:36.
5. Alwan A, Maclean DR, Riley LM, d'Espaignet ET, Mathers CD, Stevens GA, et al. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. *Lancet*. 2010;376(9755):1861-8.
6. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*. 2002;288(14):1775-9.
7. Meraya AM, Raval AD, Sambamoorthi U. Chronic condition combinations and health care expenditures and out-of-pocket spending burden among adults, Medical Expenditure Panel Survey, 2009 and 2011. *Prev Chronic Dis*. 2015;12:E12.
8. Islam MM, Yen L, Valderas JM, McRae IS. Out-of-pocket expenditure by Australian seniors with chronic disease: the effect of specific diseases and morbidity clusters. *BMC Public Health*. 2014;14:1008.
9. Jaspers L, Colpani V, Chaker L, van der Lee SJ, Muka T, Imo D, et al. The global impact of non-communicable diseases on households and impoverishment: a systematic review. *Eur J Epidemiol*. 2014 Dec: 21.
10. GreB S, Baan CA, Calnan M, Dedeu T, Groenewegen P, Howson H, et al. Co-ordination and management of chronic conditions in Europe: the role of primary care--position paper of the European Forum for Primary Care. *Qual Prim Care*. 2009;17(1):75-86.
11. Willison KD, Andrews GJ. The potential of public health to enhance chronic disease management. *Public Health*. 2005;119(12):1130-2.
12. Guanais F, Macinko J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. *J Ambul Care Manag*. 2009;32(2):115-22.
13. Brenes-Camacho G, Rosero-Bixby L. Metabolic control in a nationally representative diabetic elderly sample in Costa Rica: patients at community health centers vs. patients at other health care settings. *BMC Int Health Hum Right.s* 2008;8:5.
14. Cooper RS, Kennelly JF, Ordunez-Garcia P. Health in Cuba. *Int J Epidemiol*. 2006;35(4):817-24
15. Starfield B. Toward international primary care reform. *CMAJ*. 2009;180(11):1091-2.
16. Ordunez-Garcia P, Munoz JL, Pedraza D, Espinosa-Brito A, Silva LC, Cooper RS. Success in control of hypertension in a low-resource setting: the Cuban experience. *J Hyperten*. 2006;24(5):845-9.

17. Linares Pérez N. Aplicación de los enfoques de salud de la población y los determinantes sociales en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2015;41(1). Acceso: 20 Oct 2016. . Disponible en:  
<http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/299/306>
18. Allotey P, Reidpath DD, Yasin S, Chan CK, de-Graft AA. Rethinking health-care systems: a focus on chronicity. Lancet. 2011;377(9764):450-1.
19. Schoen C, Osborn R, How SK, Doty MM, Peugh J. In chronic condition: experiences of patients with complex health care needs, in eight countries, 2008. Health Aff (Millwood). 2009;28(1):w1-16.
20. Pobreza y Desigualdad: La Perspectiva De América Latina y El Caribe y Propuestas en Ámbitos de Protección Social y Educación. Chile: CEPAL (Comisión Económica para América Latina y El Caribe; 2012.
21. Unger JP, DePaepe P, Ghilbert P, Soors W, Green A. Integrated care: a fresh perspective for international health policies in low and middle-income countries. Int J Integr Care. 2006;6:e15.
- 

El artículo está soportado por el Proyecto 1.14 del Instituto de Medicina Tropical de Amberes-Bélgica : "*Strengthening Public Health Care Research in Cuba*", financiado por el DGD (Directorado Belga para la Cooperación al Desarrollo).

Recibido: 14 de marzo de 2016.  
Aceptado: 20 de octubre de 2016.

*Esteban Londoño Agudelo*. Institute of Tropical Medicine. Antwerp, Belgium.  
Correo electrónico: [elondono@itg.be](mailto:elondono@itg.be)