

Salud Cardiovascular del Varón Brasileño – Una Mirada de la Sociedad Brasileña de Cardiología

Antonio Carlos Palandri Chagas, Emilio César Zilli, João Fernando Monteiro Ferreira, Miguel Antonio Moretti, Rui Fernando Ramos

La comprensión de los mecanismos de la enfermedad ha llevado a la medicina a desarrollar intensamente nuevas estrategias terapéuticas en las últimas décadas, estrategias basadas principalmente en intervención. Sin embargo, estas indiscutibles conquistas en mortalidad y calidad de vida no llegan a promover la curación o remisión completa de los síntomas de la enfermedad, y se acompañan de significativo aumento de los costes de la salud, lo que convierte en universal el problema del financiamiento de la salud, que alcanza incluso a los países más ricos. Estas cuestiones mueven de forma intensa la medicina del siglo XXI hacia la búsqueda de una nueva estrategia de encarar el padecimiento del varón, y volver a tener como enfoque principal la prevención de las enfermedades, en lugar de aguardarlas y tratarlas tras su instalación. Este camino está volviéndose irreversible, como puede ser ejemplificado por conferencia impartida por el profesor Eugene Braunwald, en el último congreso europeo de cardiología, en la ciudad de Barcelona. Dr. Braunwald participó en el simposio “Futuro de la cardiología como especialidad” y impartió la conferencia “Cardiología como profesión en 2020 y además”, en la que enfocó su presentación en los aspectos de la prevención como el mejor camino para el abordaje de enfermedad cardiovascular, y actitud prioritaria de los cardiólogos en el próximo siglo.

El concepto de prevención no es nuevo, y su aplicación ya es corriente en nuestro país. El Ministerio y las Secretarías estatales de salud ya desarrollaron innumerables programas de promoción de la salud que actualmente alcanzan niños y adolescentes, mujeres y adultos mayores. Sin embargo, algunas preguntas surgen: ¿en cuáles enfermedades debemos priorizar la prevención y en cual población debemos actuar?

Brasil está pasando rápidamente por una transición demográfica, en la que el promedio de edad de la población está mayor. En el 2000, aproximadamente el 15% de la población (27 millones de personas) tenían 50 años o más. Este porcentual debe pasar para el 42% (96 millones de personas) en 2050.

Palabras clave

Salud del varón, población, Brasil, Sociedad Brasileña de Cardiología.

Correspondencia: Antonio Carlos Palandri Chagas •

Avenida Marechal Câmara, 160/330, Centro - 20020-907, Rio de Janeiro, RJ - Brasil

E-mail: acchagas@cardiol.br

Artículo recibido el 08/12/09; revisado recibido el 08/12/09; aceptado el 08/12/09.

La edad promedio del brasileño que en el 2000 era de 26 años, en el 2050 pasará a 44 años. A la medida que la población envejece, las enfermedades no transmisibles sobrecargarán el sistema de salud, y el coste de estas enfermedades ya representa mitad del coste de todos los ingresos hospitalarios en Brasil. Estas enfermedades ya son responsables de una gran y creciente cuota de la carga de enfermedades en Brasil, alcanzando algo alrededor del 66%, comparado al 24% de enfermedades contagiosas y el 10% de heridas. La alteración de este perfil, con mayor carga de enfermedades no transmisibles, se debe a la urbanización, mejoría en los cuidados con la salud, modificación de los estilos de vida, políticas específicas y la propia globalización, expandiendo y diseminando el conocimiento técnico-científico. Esta carga de enfermedades no transmisibles no es necesariamente resultado inevitable de una sociedad moderna, pero de un mal que se puede prevenir. Para la mayoría de estas enfermedades (enfermedades coronarias, derrames, diabetes y diversos tipos de cáncer), la causa principal no se encuentra en la genética, sino en factores de riesgo ambiental y comportamental que pueden alterarse.

Entre las enfermedades no transmisibles, el mayor destaque es para la enfermedad cardiovascular, tanto por su actual tasa de morbimortalidad, como por las perspectivas sombrías para los próximos años. La Organización Mundial de Salud en estudio que proyecta el crecimiento de la morbimortalidad por enfermedad cardiovascular en todo el mundo, tomando como base de este análisis, el año de 2040, nos alza a la trágica condición de campeón, al estimarse que Brasil alcance la marca de incremento del 250% cuando comparado a China (200%) y a India (180%)¹. Sobre este aspecto, merece atención la observación de Lotufo, de que una epidemia de enfermedades cardiovasculares esté a punto de instalarse en nuestro país, principalmente por la mayor incidencia de la obesidad y de la diabetes².

La experiencia de los Estados Unidos de América del Norte (EUA) podrá servir de punto de partida para los cambios necesarios de la salud pública en nuestro país. Los EE.UU. redujeron en el período entre el 1980 y el 2000 la incidencia de las ECV en el 51% entre las mujeres y el 49% entre los varones. Y solamente con el combate al tabaquismo y el sedentarismo, las tasas retrocedieron el 12% y el 5% respectivamente³.

Otro aspecto relevante es la existencia de características de salud que se distinguieron en los sexos, conforme datos indicadores de la salud poblacional. En Brasil, el año de 2001, las mujeres presentaban una expectativa de supervivencia 8 años mayor con relación a los varones (73 x 65 años respectivamente), ante el sudeste, donde esta diferencia era de 12 años^{4,5}. En el Brasil, la mortalidad masculina es mayor en

prácticamente todos los grupos de edad, aunque la presencia de quejas sobre la salud y la presencia en ambulatorios ya es prevalente entre las mujeres⁶. Este dato en lugar de demostrar una mayor morbilidad entre mujeres, tal vez se deba a la mayor preocupación del sexo femenino con la atención a la salud y sea el resultado de la existencia de políticas específicas que atiendan exclusivamente a la salud de la mujer.

Otro dato interesante es referente a la edad, teniendo en cuenta que esta es directamente relacionada a la morbimortalidad cardiovascular. En el Brasil, sin embargo, se estima que el 40% de todas las muertes por ECV estén ubicadas en el grupo de edad inferior a 65 años, y también que la enfermedad acomete a individuos en edad menores, siendo que un 26,8% de las muertes de causa cardiovascular ocurren entre 25 y 59 años de edad.

Política nacional de atención integral a la salud del varón

Todas estas informaciones acerca de la enfermedad cardiovascular, que revela un alcance mayor entre varones que entre mujeres, la actual prevalencia y proyecciones de aumento en un futuro próximo, inclusive con aspectos de epidemia, sumadas a las características incapacitantes en edad productiva, además de la característica del sexo masculino no priorizar los cuidados con la propia salud, justificaron la creación de un programa de salud específico para el sexo masculino, a ejemplo de los programas de salud del niño y adolescente, mujeres y adultos mayores.

Para esta finalidad, la SBC ya desarrollaba entre sus actividades, programas de educación continuada en medidas preventivas, terapéuticas y de rehabilitación, que se pueden compartir y multiplicar en ámbito nacional conjuntamente con otras especialidades médicas en la búsqueda de impactación sobre las variables que actúan sobre salud del varón.

Invitada por el Ministerio de la Salud, la SBC participó en reuniones de trabajo sobre la implementación de una política de salud del varón, proponiendo de forma concreta y objetiva las bases para la implementación de esta política en lo que toca el aspecto cardiovascular, al proponer como enfoque de acción cuatro capítulos de la etiopatogenia cardiovascular que deberían abordarse en una primera estrategia: factores de riesgo; coronariopatías; hipertensión arterial; fiebre reumática y miocardiopatía.

Como resultado de este trabajo, el Ministerio de Salud, por medio de la Secretaría de Atención a la Salud y Departamento de Acciones Programáticas Estratégicas, con apoyo de diferentes sociedades médicas, incluida la Sociedad Brasileña de Cardiología, implementó en agosto de 2008 la Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Varón. Esta política tiene por objeto promover salud y reducir la muerte prematura del varón por enfermedades cardiovasculares, urológicas, oncológicas y psiquiátricas⁷.

La SBC está segura de que el desarrollo de este programa, por medio de los esfuerzos conjuntos de diferentes sociedades médicas con el poder público y la sociedad, alcanzará una mayor inserción social en salud e influenciando positivamente la calidad de vida del varón brasileño.

Referencias

1. The challenge of cardiovascular diseases in developing economies. [Accessed in 2008 Feb 10]. Available from: <http://www.earth.columbia.edu/news/2004>.
2. Lotufo PA. Increasing obesity in Brazil: predicting a new peak of cardiovascular mortality. *São Paulo Medical J.* 2000; 118 (6): 161-2.
3. Ford ES, Ajani UA, Croft J, Critchley JA, Labarthe DR, Kottke TE, et al. Explaining the decrease in U.S.: deaths from coronary disease, 1980-2000. *N Engl J Med.* 2007; 356: 2388-98.
4. OPS. Situación de la salud en las Américas Indicadores e datos básicos. (OPS/AIS/03.01).
5. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Ciênc. saúde coletiva.* 2005; 10 (1): 35-46.
6. César CLG, Figueiredo GM, Westphal MF, Cardoso MR, Costa MZA, Gattás VL. Morbidade referida a utilização de serviços de saúde em localidades urbanas brasileiras: metodologia. *Rev Saúde Pública.* 1996; 30 (2): 153-60.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde do homem. Brasília; 2008.

Documento de la SBC para el programa nacional de salud del varón

Por tratarse de estrategia de bajo coste, y extremadamente práctica, la SBC, entiende como prioritarias las proposiciones que se siguen a continuación.

- Criterios de Inclusión de pacientes en el Programa de Salud del Varón

- a) Sexo Masculino
- b) Edad entre 25 – 59 años (*)

- c) Presencia de factores de riesgo familiares (< 30 años)
- d) Presencia de cualesquier factores de riesgo (#) detectados

e) Pacientes en tratamiento cardiovascular

f) Pacientes remitidos por la red de atención primaria

(*) Grupo de edad entendida como blanco para la política de salud del varón: 37.414.900 individuos

(#) Utilizar los siguientes criterios como factores de riesgo: Framingham; InterHeart

- Proposiciones da SBC para el desarrollo de la Política de Salud del Varón

a) Entendemos como prioritaria, una política específica para la Salud del Varón.

b) Entendemos como fundamental, la preparación de equipos técnicos, específicamente volteados para este área (generalistas, agentes de salud, enfermería y psicólogos)

c) Participación permanente de las sociedades de especialidad (SBC; SBH; SBHCl; SBCCV;) en las políticas específicas.

d) Definición en términos actuariales de los valores financieros repasados por el SUS para diagnóstico y terapéutica.

e) La inclusión de metas e índices, a buscar, en el corto, mediano y largo plazos, consolidados en las evidencias de las organizaciones reconocidas de salud.

f) Entender el rol del varón, como (aún) proveedor de la estructura financiera familiar, y programar en este ítem, estrategias funcionales, corporativas y asistenciales, (horarios, disponibilidades, fomentos y transportes) que minimicen este ítem en la prevención primaria y/o secundaria.

g) Promover campañas educativas en nivel de prevención primaria, en escuelas, clubes y organizaciones (civiles, militares, religiosas), en el sentido de estimular la adopción de un modo de vida sana, que inhiba la perpetuación de los llamados factores de riesgo. Estimular las iniciativas en pro de una alimentación sana, propagar estos conceptos estratégicamente en la sociedad.

h) Promover junto al Ministerio de la Salud y el Ministerio de la Educación, la creación de una comisión interministerial, que desarrolle las bases curriculares de una asignatura didáctica: Educación en Salud, que promueva en el nivel básico de enseñanza, los fundamentos y bases de una calidad de vida sana.

i) Proveer una mejor atención a la salud básica en todos los rincones de la población brasileña. Entendemos que la dificultad de acceso a la asistencia primaria, permanece como un factor limitante de la excelencia de la atención cardiovascular.

j) La presencia de agentes de salud y generalistas entrenados disminuyeron en el 40% la incidencia de ECV. Promover en la atención primaria, el programa de detección y control de la Hipertensión Arterial. Estimular entre estos agentes la observación y análisis de los reconocidos factores de riesgo.

k) Propagar entre las empresas, una política de prevención. Mostrar claramente, a través de datos concretos, la rentabilidad de la inversión en prevención. Y en este aspecto específico, la Sociedad Brasileña de Cardiología, coloca todo su potencial técnico, como determinante de los objetivos de esta estrategia.

l) La creación de centros multidisciplinarios de atención a la Salud del Varón (en este ítem, entendemos como fundamental, la participación de entidades académicas, como recolectoras, evaluadoras y determinantes de las estadísticas originadas).

m) La participación de los medios de comunicación, como difusores y críticos, de las determinantes de este proceso.

n) El ingreso de escores pronósticos de riesgo cardiovascular, tomando como base directrices de la SBC, con evaluación periódica por la SBC.

o) El incentivo a los equipos de salud (estaduales y municipales) que alcanzan las "metas", previamente establecidas. Incentivos (fiscales o funcionales) las empresas (públicas y privadas) que alcanzan estas metas.

p) La obligatoriedad en todas las empresas, de exámenes periódicos (ANUALES) de todos los trabajadores.

q) La creación de un "banco de datos" que evalúe anualmente, la participación de la sociedad en esta área específica de la salud.

r) La creación de un programa de Rehabilitación Cardiovascular que posibilite la reintegración de pacientes con secuelas de ECV a la sociedad.

s) La capacitación del Servicio de Atención Médica (SAMU) a la atención al Síndrome Coronario Agudo (SCA). En este aspecto, resaltamos la necesidad de una evaluación de la utilización de trombolíticos estandarizados por el SUS, en la estrategia de la atención al SCA.

t) Capacitación de drogas cardiovasculares, bajo la supervisión de las sociedades de especialidades, que atiendan mejor a la salud cardiovascular del varón brasileño.

u) A la disposición de una red "tele-medicina", que promueva el acceso de cualquier parte del país a los recursos técnicos derivados por el SUS.

v) La creación de un equipo técnico, permanente, que evalúe, a la luz de las evidencias, el más adecuado tratamiento, bajo el punto de vista epidemiológico, en nivel de prevención primaria y /o secundaria. (Pej. AAS en pacientes hipertensos con factores de riesgo.)

w) Aumentar la incidencia de impuestos sobre productos de tabaco, alcohol, grasa trans y sal. Evaluar el impacto económico: Recaudación/gastos en salud.

x) Promover y desarrollar programas de actividad física en las empresas. (5% a menos de incidencia ECV), y en la comunidad en general.

y) Intensificar el Programa de Control al Tabaquismo. Crear equipos específicos que evalúen la relación recaudación de impuestos/gastos con salud en esta área.

z) Evaluar la estrategia de la polipíldora en la prevención primaria y secundaria de la ECV.

aa) Viabilización de una "estampilla" SBC en todas las iniciativas estatales en relación a la salud cardiovascular de la población brasileña.

ab) Buscar junto a los equipos especializadas en consumo, las causas de "no adherencia" a los medicamentos dispuestos por la red pública, por la población 'blanco',

ac) Promover junto al MS una política efectiva de remuneración a los agentes de salud, compatible a la severidad del problema en nuestro país.

ad) Desarrollar, en asociación con la ANVISA y la SBC, un programa de "farmacovigilancia" sobre drogas cardiovasculares en todo territorio nacional.

ae) Estimular la creación de núcleos especializados en salud del varón en todos los municipios brasileños.

af) Propagar junto a la media, campañas de aclaración popular, bajo la responsabilidad de la SBC sobre alimentos y hábitos de vida sana. Estas campañas deberán formar parte de una política de salud permanente y no serán solamente dirigidas hacia los "Días Temáticos".

- Indicadores de Enfermedad Cardiovascular

Estos indicadores deberán complementarse, acompañados y actualizados por el servicio de datos del MS (DATASUS) y por la SBC:

1. Mortalidad de Enfermedad Cardiovascular
2. Morbilidad de la Enfermedad Cardiovascular
3. Datos epidemiológicos por Enfermedad de Chagas

4. Datos epidemiológicos por Fiebre Reumática
5. Datos Epidemiológicos del Tabaquismo
6. Tasa de internación por Enfermedad Cardiovascular
7. Tasa de Procedimientos por Enfermedad Cardiovascular
8. Estadísticas sobre factores de riesgo (variables o no)
9. Atenciones de Emergencia por ECV
10. Costes de salud con ECV
11. Nivel de absentismo por ECV
12. Costes en jubilación por "invalidez" cardiovascular
13. Costes de la política de rehabilitación funcional
14. Expresión en el PIB de la pérdida de función por ECV
15. Beneficios de la seguridad social generados por la incapacidad por ECV