

El médico del futuro

Seguirá relacionándose esporádicamente con el paciente individual en la soledad del consultorio. ¿O deberá ser parte de un equipo de salud responsable de la comunidad, con la continuidad y la promoción de la salud en sus propias casas?

The Doctor of the Future

Should doctors of the future continue to interact occasionally with the patient in their offices, or should they be part of a healthcare team responsible for the community, with the continuity and health promotion in their homes?

HERNÁN DOVAL

INTRODUCCIÓN

Cada vez son menos los que creen que el progreso de la medicina depende solamente de las innovaciones tecnológicas, cuando al mismo tiempo la atención médica actual en el mundo, con distintos matices, es fragmentaria, sin un médico de atención continua que conozca por completo al paciente, y sea responsable en última instancia de tomar las decisiones sobre su salud. Sin embargo, Hunter dice recientemente que *“Como los estudios han mostrado, la mayoría de los pacientes y el público no quiere realmente la elección (del sistema de atención) - más bien quieren servicios accesibles provistos localmente donde es posible que puedan confiar y los cuales fueran seguros y de buena calidad.”* (1)

Esto nos lleva a preguntar ¿cuáles son los factores de la mala salud de la sociedad actual?

En una Perspectiva del *New Engl J Med* sobre el rol de los clínicos en la reforma de la atención de salud, Darzi escribe que los: *“Problemas de salud relacionados con el estilo de vida, tales como la obesidad, fumar, la diabetes, no serán resueltos por la alta tecnología robótica y hospitales más grandes, sino más bien por acceso a médicos de familia, innovaciones en la salud pública, y lecciones de la disciplina emergente de la economía de la conducta. Los mejores resultados pueden ser logrados solamente cuando el sistema en sí mismo es saludable y construido en “camaradería” real entre pacientes y clínicos”* (2)

En su lugar... *“se llama a la camaradería con el sector privado, a pesar del monto de evidencia de los determinantes comerciales de la mala salud tales como el alcohol, el tabaco, los alimentos ultra-procesados, y polución industrial y de los automóviles”* (3) y podríamos agregar el cambio climático catastrófico debido al calentamiento global por las industrias de energía fósiles no renovables.

Estos determinantes comerciales no se deben a pequeños negocios o aun empresas nacionales, sino a: *“El poder de las corporaciones transnacionales, los*

principales vectores de los determinantes comerciales de la salud, trasciende los límites nacionales, y es necesaria una acción global fuerte y decisiva por la sociedad civil global y las instituciones internacionales. En 2018, por ejemplo, de las 100 entidades con más altos ingresos anuales, 69 eran corporaciones y 31 eran gobiernos.” (3)

Por lo tanto, como bien se ha dicho: *“la mayoría de las enfermedades requieren un enfoque personal tanto como un enfoque poblacional mejorando los estilos de vida y costumbres que afectan el riesgo. Este es un componente central de la atención primaria de la salud.”* (4)

Pero los riesgos de salud no son iguales, y en realidad pueden ser muy distintos en las diferentes comunidades. Por lo cual el primer paso imprescindible es conocer cuáles son los determinantes del riesgo en las comunidades donde trabajamos; para poder adecuar la atención a los requerimientos específicos de nuestra población y también monitorizar sus resultados.

Vamos a tratar de demostrar que existen poblaciones “invisibles” a sus determinantes específicos.

FACTORES DE RIESGO “INVISIBLES” EN LOS ASENTAMIENTOS INFORMALES

La Argentina en general (5) y la ciudad de Buenos Aires en particular (6) son ámbitos con profundas desigualdades desde el punto de vista de la salud. La probabilidad de morir en forma prematura, entendida como aquella que se produce antes de los 74 años, está condicionada por las condiciones socioeconómicas. En el quintilo más alto de necesidades básicas insatisfechas aumenta más del 30% la mortalidad total y más del 33% la mortalidad cardiovascular considerando toda la Argentina; y la disparidad es aún mayor en la Capital, con más del doble de muertes (5-7).

Este fenómeno además se verifica y es publicado en forma repetida a nivel internacional. (8-10)

Por lo cual, la planificación de una política sanitaria para la prevención de enfermedades requiere de la correcta disponibilidad de datos sobre carga de

enfermedad y riesgos en la población. En Argentina se han realizado las encuestas nacionales de factores de riesgo (ENFR), que caracterizan la distribución de los factores en amplios grupos poblacionales.

Sin embargo, enormes grupos sociales quedan fuera de las estimaciones realizadas; porque se excluye el relevamiento de las denominadas “zonas peligrosas” o despectivamente mencionadas como “marginales”, a la que los técnicos llaman de manera aséptica “asentamientos informales” y el pueblo caracteriza con justa precisión como “villas miserias”, que representan alrededor del 10% de los habitantes de la Argentina.

El objetivo de nuestro relevamiento fue caracterizar la prevalencia de los determinantes del riesgo entre los habitantes de la villa 31 del barrio de Retiro en Buenos Aires y compararla con la información proveniente de la ENFR (11).

La Corriente Nacional de Salud Salvador Mazza junto a la Escuela de Psicología Social Pichón Riviere realizaron una encuesta basal en terreno de habitantes de la villa 31 y 31 bis de la ciudad de Buenos Aires. Durante un período de 27 meses se realizaron los sábados entrevistas personales por muestreo de conveniencia a habitantes de distintas zonas de las villas 31 y 31 bis del barrio de Retiro en la ciudad de Buenos Aires, (llamada EV31 “Encuesta de la Villa 31”) en aquellos que aceptaban su realización (por ausencia de registros de viviendas no se realizó un muestreo probabilístico). Las entrevistas se realizaron usando un cuestionario estructurado de más de 100 preguntas que incluían aspectos demográficos, laborales, económicos, de factores de riesgo, adicciones y salud reproductiva. A todos los participantes se les midió la tensión arterial, el peso y la altura. Fueron entrevistados un total de 406 personas que se compararon con las 32 365 de la ENFR en general. Todas las comparaciones se hicieron por estratos de edad.

Demografía

En el análisis de la edad por estratos, la edad promedio dentro de cada estrato de edad resultó similar entre la ENFR y la EV31. La proporción de mujeres entrevistadas fue significativamente mayor en la Villa 31 (67,9% contra 52,6%). Las personas de las villas 31 tenían menor escolaridad, llegando a un nivel educativo de secundario completo o más en 35% contra 51,9% en la ENFR ($p < 0,001$).

Como era esperable, las características habitacionales eran clara y significativamente distintas entre los habitantes de la villa 31 respecto de la ENFR, desde el material de los pisos, la proporción de ausencia de baños o cualquier otro indicador de estructura de la vivienda. La cantidad promedio de componentes de la familia fue similar en la EV31 y en la ENFR (casi 4).

Los habitantes encuestados en la villa 31 carecían mucho más de cualquier seguro de salud (obligatorio o voluntario), 78,3% de las personas contra 29% en la ENFR.

Las tasas de desocupación fueron también significativamente distintas entre las dos poblaciones en todos los estratos de edad; más de cinco veces entre los ciudadanos de la villa 31.

Salud declarada

Una salud autopercebida regular a mala, la presencia de dolor y la existencia de ansiedad y depresión moderada a grave, fueron significativamente mayores en todos los grupos de edad de los habitantes de la villa (3 a 5 veces). La prevalencia de hipertensión autoinformada fue asimismo mayor entre los habitantes del asentamiento (un 26% más), sobre todo en los grupos jóvenes; por ejemplo, de 25 a 34 años fue casi 3 veces más. El sobrepeso (26%) y la obesidad (72%) fueron significativamente más prevalentes entre los habitantes de la villa 31, también más marcada en los más jóvenes. La incidencia de diabetes fue 12,1% entre los ciudadanos de la EV31 y de 9,8% entre aquellos de la ENFR (26% más); sin embargo, en las personas de 18 a 24 años la incidencia de diabetes triplicó a la media nacional. Los habitantes de la villa 31 fueron siempre significativamente menos tratados para todas las condiciones evaluadas que en la ENFR. Fue el caso para el tratamiento antihipertensivo y el hipolipemiente con 7 veces más tratados en la ciudad, y el antidiabético que se elevó 17 veces.

Fue mucho más notoria la disminución de los fumadores diarios en los habitantes de la villa 31, menos de la mitad, en todas las edades.

El consumo diario de alcohol fue 10 veces más frecuente en la villa, con un uso peligroso del 35% y una adicción al alcohol del 10%.

Para el consumo ilegal de drogas se utilizó la escala validada “Drug Abuse Screening Test-10” (DAST-10), que mostró un uso peligroso en 5% y adicción en 3%; pero como todos los adictos fueron hombres, en este grupo se elevó al 13%

Como se demuestra, la prevalencia de factores de riesgo tiene una distribución particular y distinta a la reportada en la ENFR de la ciudad. Estos datos sugieren la necesidad de profundizar en el relevamiento de estos grupos poblacionales para poder establecer políticas específicas.

Comentarios

Este enorme conglomerado de personas habita en viviendas sumamente precarias en condiciones de hacinamiento, y están invisibilizados en la representación de la vida cotidiana y de la planificación sanitaria en particular. La ENFR por diseño muestral representa a 25,7 millones de argentinos que viven en ciudades. Sin embargo, los habitantes de las llamadas villas de emergencia no son parte de estos argentinos representados, porque no se han identificados las villas miserias como áreas residenciales diferentes dentro de las ciudades.

Esto se verifica porque el número de personas que en la ENFR habitaba en una locación no apta para vivienda y en una pensión o pieza de inquilinato precaria, representa solo el 0,5% de la muestra.

La salud autopercibida, una pregunta estructurada deliberadamente subjetiva y simple, es –sin embargo– un fuerte indicador de mortalidad precoz en la población general (12). A cualquier edad, la percepción de una salud regular a mala fue dos a tres veces más frecuente entre los habitantes de la villa 31. Esto se correlaciona con desocupados en una proporción que triplica a la de los argentinos que no habitan en la villa, y en la inmensa mayoría (75%) sin seguros de salud (obra social o prepago privado), por lo cual los habitantes de la villa requieren de la asistencia pública exclusiva para encontrar soluciones a sus numerosos problemas de salud.

En línea con estos hallazgos se cuentan las altas tasas comunicadas de depresión y ansiedad, tanto como la mayor presencia de dolor moderado a severo. La tasa de uso peligroso de alcohol en la población de la villa es alarmante (35%).

El consumo ilegal de drogas es un verdadero problema, uso peligroso del 5%, con una adicción del 3% (en hombres 13%).

Una serie de factores de riesgo concatenados resulta francamente preocupante, sobre todo entre las personas más jóvenes. El sobrepeso y la obesidad casi doblan las tasas nacionales e inducen al aumento de la diabetes, el colesterol y la hipertensión. Con el hallazgo preocupante de que, pese a las mayores tasas, los habitantes de la villa tenían medidas con mucha menor frecuencia la glucemia, el colesterol y la presión arterial en el último año; y además entre aquellos con diabetes, hipercolesterolemia e hipertensión, la tasa de tratamiento era exigua en todos los grupos de edad, llegando hasta 10 veces menos que en los ciudadanos de la ENFR de la ciudad.

Los pobres en general y en este caso los más pobres dentro de los pobres no tienen la libertad de elegir qué comer ni cuando ejercitarse. Reclamarles un “estilo de vida” con una dieta inteligente y ejercicio es un facilismo, y pone a la enfermedad como una responsabilidad del sujeto considerado individualmente, en lugar de su “modo de vida” en que comer y ejercitarse “con inteligencia” suele costarle tiempo y dinero que no tienen. En Argentina el precio de las frutas y verduras es habitualmente alto, lo que explica su poca presencia en la dieta de los habitantes de la villa. Asimismo, la menor incidencia de tabaquismo en las personas de la villa podría no responder a la prudencia ni a decisiones inteligentes sino –seguramente como sucede en el resto del mundo– al costo de los cigarrillos. No basta con recomendar prudencia e higiene, sino en entender cómo llegar a personas que deberán tomar decisiones complejas en un ámbito único plagado de desafíos.

FORMACIÓN DE TRABAJADORES SOCIALES DE LA COMUNIDAD (TSC) Y CUIDADO ASISTENCIAL EN LAS CASAS POR GRUPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

La disponibilidad de consultas en esta población se ve afectada por los pocos centros de atención ambulatoria, con poco personal sanitario y por lo tanto limitados horarios de atención, entre otros factores. Al mismo tiempo la cultura de la prevención de entidades asintomáticas a temprana edad no es favorecida en una población con urgencias vitales, como la de sobrevivir a sus indicadores demográficos y su falta de trabajo.

Por eso es necesario la institución de un sistema de salud completamente diferente.

Con esa idea, hemos terminado un primer curso teórico-práctico con evaluación para formar “trabajadores de salud de la comunidad” (TSC) con los propios habitantes de la villa, para que asistan y formen un grupo asistencial con los médicos y las enfermeras de atención primaria para la corrección de los factores de riesgo de salud y controlen el tratamiento en la propia vivienda del paciente, con visitas programadas y frecuentes para mantener la continuidad del tratamiento. Tratamos de evaluar su efectividad con un ensayo pragmático controlado, pero lo impidió la epidemia de COVID-19; esperamos realizarlo cuando estén dadas las condiciones de accesibilidad.

EXPERIENCIA EN OTROS PAÍSES LATINOAMERICANOS

Un sistema similar, donde el mismo grupo asistencial prioriza la relación con la salud pública de la comunidad, se inició sistemáticamente en Costa Rica en 1994, cuando fue aprobada por unanimidad en la Asamblea Legislativa. Al unirse los servicios públicos del Estado del Ministerio de Salud, los llamados *EBAIS* (*Equipo Básico de Atención Integral de Salud*, que tendría asignado a un grupo de atención primaria de la salud local cada costarricense), y el sistema de hospitales y clínicas de la Caja. Esto permitió a los funcionarios públicos combinar las condiciones de vida y las necesidades de salud como un todo, y establecer los objetivos a realizar y también el seguimiento de su progreso.

El *EBAIS* incluye un médico, una enfermera y un TSC (llamado ATAPS – Asistente Técnico en Atención Primaria). El TSC (ATAPS) era responsable de visitar preventivamente 1.400 viviendas. Los hogares están agrupados en 3 categorías:

Prioridad 1: personas ancianas viviendo solas, individuos con incapacidades serias, enfermedad crónica no controlada, o condiciones de alto riesgo; reciben como mínimo 3 visitas preventivas por año.

Prioridad 2: hogares con riesgo más moderado, 2 vistas en un año.

Prioridad 3: el resto de los hogares como mínimo 1 visita preventiva en el año.

La eficacia del sistema se manifiesta en que Costa Rica tiene la expectativa de vida más alta de toda Latinoamérica.

“Los resultados son envidiables. Desde el desarrollo del sistema *EBAIS* la muerte por enfermedades comunicables ha caído un 94%, y un progreso decisivo se hizo también con las enfermedades no comunicables. No es solo que Costa Rica ha superado la expectativa de vida de América mientras gasta menos en atención de salud como porcentaje del ingreso, en realidad gasta menos que el promedio mundial. La mayor ganancia estos días es en los años intermedios de vida. Para gente entre 15 y 60 años, la tasa de mortalidad en Costa Rica es 8,7%, versus 11,2% en EE UU – un 30% de diferencia. Pero a las personas mayores también les va mejor: en Costa Rica aquellos con 60 años sobreviven en promedio otros 24,2 años, comparado con 23,6 años en los EE UU. (13)

GRUPOS COMUNITARIOS DE PARES

A su vez, aprovechando el “efecto vecindario”, se podrían crear grupos comunitarios de pares para el tratamiento de los diferentes factores de riesgo presididos por un TSC que aclare las dudas, pero aún más importante, que demuestre en acciones prácticas como hacer distintos tipos de ejercicio, dejar el tabaco, disminuir la obesidad, tratar la diabetes, la hipertensión, disminuir el alcoholismo, y dejar el consumo de drogas (14,15).

El “efecto vecindario” fue descrito por los ingenieros Madiz y Risom, miembros del equipo danés Gehl que asesora en el redesarrollo de la Villa 31. El entrevistador dice: “*La principal sorpresa de los especialistas fue detectar que en las calles de la Villa 31 hay un mayor número de personas caminando, andando en bici, socializando, jugando y mirando a otra gente pasar que en el resto de los seis vecindarios que estudiaron..., afirman y aseguran que las familias de la 31 enfrentan graves privaciones en muchos aspectos y, sin embargo, en medio de la escasez, el vecindario posee características que algunas de las ciudades más privilegiadas ambicionan.*” (16)

Como hemos demostrado, en primer lugar se encuentra la invisibilidad de esta población, ya que la distribución de las condiciones médicas encontradas en la “población general” no puede ser automáticamente transferida a la población de los asentamientos informales de la Ciudad de Buenos Aires. Ni la diabetes ni la hipertensión ni la depresión ni el acceso a las consultas y el tratamiento se asemejan en nada a la de los habitantes de “la ciudad”. Por lo tanto, la planificación sanitaria del colectivo “ciudad” no es transferible a los habitantes de las villas, ya que estos no son parte de la ciudad como la entienden aquellos que miden, planifican y ejecutan. Una política que incorpore a estos sujetos, en sus necesidades, perspectivas, capacidades e incapacidades es imprescindible para establecer una política sanitaria.

En segundo lugar, debe establecerse cómo articular esa política sanitaria. La “oferta pasiva” de servicios, tratando a los habitantes de las villas como simples

“consumidores” está lejos de constituir una buena aproximación a la luz de estos resultados.

Como Tudor Hart ya dijo en 1994, deberíamos hablar de los pacientes no como clientes, sino como colaboradores o coproductores junto con el sistema sanitario: “*reconocer a los pacientes como coproductores más bien que consumidores comenzaría a resolver varios problemas, los cuales de otro modo solo probablemente empeorarían. Como coproductores los pacientes deben compartir mucho más activamente tanto definir sus problemas como inventar soluciones factibles de los problemas que ellos tienen en el pasado.*” (1)

En la coproducción ciudadanos – grupo de salud no hay lugar para nociones de dominio o paternalismo profesional, que resultarían anticuadas; sino poner el foco en la combinación de las respectivas fuerzas del público y los profesionales.

Porque no solo se trata de establecer una política de contención de la “demanda espontánea” sino en promover la “camaradería” y darles “poder” para discutir y señalar como realizar la promoción y reversión de una carga de enfermedad y riesgo entre la población joven, que en poco tiempo tendrán una importante cantidad de eventos, sufrimientos y discapacidades. El desafío es enorme e implica una revolución institucional, demográfica y cultural.

ECONOMÍA DE LOS CAMBIOS DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO Y LOS DETERMINANTES SOCIALES.

¿EL SISTEMA DE ATENCIÓN DE SALUD TIENE ALGO QUE DECIR A LAS POLÍTICAS DE ESTADO?

En las “Clasificaciones de Salud de los Condados” de EE UU, desde el año 2015 cada condado proporciona 4 grupos modificables de determinantes de salud, que incluyen condiciones socioeconómicas, conducta saludable, atención médica, medio ambiente físico, y que a su vez condicionan los resultados de salud tales como el largo y la calidad de vida. La contribución relativa en el modelo de regresión validado de cada uno de estos determinantes de salud fue: factores socioeconómicos 47%, conducta saludable 34%, atención médica 16%, medio ambiente físico 3%.

La unión de los factores socioeconómicos y la conducta saludable constituyen el 81% de la expectativa y la calidad de vida, frente a un magro 16% de la atención de salud.

Es evidente que para lograr las mayores mejorías en la salud de la población se requiere abordar sus determinantes sociales (conducta saludable) y económicos. Estas son políticas de Estado, donde los que atendemos la salud tenemos que decir qué hacer y fundamentalmente crear una fuerte corriente de opinión en la población para que se pueda hacer realidad. (17)

Para prevenir la mala salud hay que enfocar las conductas que contribuyen a la mayoría de las enfermedades crónicas que incluyen fumar, dieta no saludable, consumo de alcohol e inactividad física, y que también siguen un patrón socioeconómico.

Se puede dirigir las intervenciones a estos factores de riesgo –que son en gran medida mediados por procesos no conscientes–, con diferentes políticas de estado como la intervención fiscal y económica, los enfoques de *marketing*, y la disponibilidad de los productos que dañan a la salud.

Como dice Marteau, “Lograr una acción política efectiva requiere un fuerte apoyo político y público para superar las presiones poderosas de las organizaciones comerciales que se benefician a expensas de la salud de la población. Abordar el comportamiento y las causas sociales juntas es particularmente importante para las intervenciones basadas en el precio.” (18)

Vamos a mostrar como existen evidencias para estas políticas.

Cafeterías de escuela: La disponibilidad se evidencia en las compras en las cafeterías en 54 escuelas privadas de más de 20 000 niños y adolescentes del Brasil. Solo el 11,6% de los productos ofrecidos eran de alto valor nutricional; la inclusión de una bebida de alto valor estuvo asociada a un aumento del 19%, pero también una disminución del 18% en el gasto de bebidas de bajo valor nutricional. (19) O sea, la disponibilidad del menú, si se estableciera por disposición estatal, tiene la potencialidad de aumentar el consumo de productos saludables y la disminución del consumo de los insalubres.

Consumo de sal: Un excelente estudio randomizado en grupos (*cluster*), abierto, de 600 vecindarios rurales (casi 21 000 personas con antecedente de accidente cerebrovascular, ACV y/o hipertensión) se realizó en 3 diferentes lugares de China. Proveer un sustituto de la sal (cloruro de sodio 75% y cloruro de potasio 25%) al grupo intervención, mientras el grupo control siguió consumiendo la sal habitual, en un seguimiento de 4,7 años, disminuyó significativamente el ACV 14%, los eventos cardiovasculares mayores 13%, y la muerte 12%, sin efectos adversos atribuidos a la hiperkalemia. (20) No hay duda de que establecer que la sal debe tener 25% de cloruro de potasio produce una disminución del daño de eventos cerebrales y cardiovasculares en toda la población.

Alcohol: Hay poca evidencia de disminución de la venta de alcohol poniendo un precio mínimo, excepto en Canadá. En un análisis del registro de una serie interrumpida de compras de vivienda de Escocia, con la imposición el 1 de mayo 2018 de un precio unitario mínimo de 0,64 libras por gramo de alcohol, se produjo una disminución inmediata de la compra semanal de 9,5 gramos de alcohol por adulto por vivienda, casi la mitad de lo anterior. La reducción fue mayor en las viviendas de ingresos más bajos y en aquellas que compraban la cantidad más grande de alcohol.

Si esta medida se extendiera, se disminuiría el séptimo factor de riesgo principal de mala salud y muerte prematura en el mundo. (21)

Cigarrillo: El tabaco produce 7 690 000 muertes anuales (87% fumaban en ese momento) y 200 millones de años de vida ajustada por discapacidad. (22)

“El precio es el determinante clave del consumo de tabaco y la cesación. En todo el mundo, una reducción de cerca de un tercio se puede lograr doblando el precio de los cigarrillos ajustado por la inflación, lo cual puede ser logrado en muchos países de ingresos bajos y medios, triplicando el impuesto al consumo específico sobre el tabaco. ... Los impuestos más altos son particularmente efectivos en los grupos más pobres o menos educados, y ayudan a prevenir en la gente joven, que está experimentando fumar, que se transformen en fumadores regulares.” (23)

Sorprendentemente, o no tanto, el impuesto al consumo es francamente más bajo en los países de ingresos bajos y medios que en los de ingresos altos, impidiendo disminuir el consumo de tabaco. Igual efecto de la relación precio-consumo se observa en países de Latinoamérica (24)

Bebidas azucaradas: En una revisión de consumo de bebidas azucaradas en niños y adolescentes, los aumentos de precio están asociados con una disminución en el consumo. “En el caso de bebidas azucaradas, una revisión sistemática reveló que cada 10% de incremento en el precio, con un impuesto, redujo el consumo de bebidas azucaradas un 7%.” (25)

Un estudio de la elasticidad de precios en México para bebidas azucaradas encontró que un aumento de precio del 10% se asociaba con una disminución de la cantidad consumida de 11,6%, y para las bebidas sin alcohol (refrescos) de 10,6%. Elasticidad más alta se encontró en viviendas de áreas rurales, en áreas más marginales y con menores ingresos. (26)

En la Encuesta Mensual de Ventas de la Industria Manufacturera de México del 2007 al 2015, el 1 de enero del 2014 se impuso un impuesto de 1 peso al consumo de bebidas azucaradas. Se comparó el período previo al impuesto (2007-2014) con el período posterior (2014-2015), y se observó una disminución de 7,3% *per capita* en las ventas de bebidas azucaradas y un incremento del 5,2% en las ventas *per capita* de agua, en ese primer año. (27) En seguimiento a 2 años, disminuyó 8,2% promedio, en el segundo año la reducción fue aún mayor. Los 3 diferentes grupos de ingreso redujeron las compras de bebidas azucaradas con los impuestos, pero la reducción absoluta y relativa fue más grande en las viviendas con nivel socioeconómico bajo. (28)

Obesidad infantil: El sobrepeso y la obesidad infantil se han convertido en un problema tan serio en nuestra sociedad que toda una ciudad trabaja contra la obesidad de la niñez, como sucede en Amsterdam, donde voluntarios entrenados visitan escuelas, centros comunitarios y hogares para que los niños tomen agua en lugar de bebidas azucaradas; se prohíben los avisos de alimentos no saludables en los subterráneos, se planea una ciudad amigable para ejercitarse y promueven alimentos más saludables en los negocios privados (como vender pan con harina integral en lugar de pan blanco). Enfermeras de atención comunitaria miden peso y altura a los niños de las escuelas por lo menos 1 vez al año.

El sobrepeso infantil disminuyó del 21% en 2012 a 18,5% en 2015 (caída de 12%, a pesar del aumento de la población infantil en esos 3 años) (29)

Un ensayo clínico randomizado por grupos (*cluster*) de escuelas, se realizó en 24 establecimientos de China. Allí 1392 niños de 8 a 10 años fueron asignados a intervención multifacética, (dirigida tanto a los niños como a su medio ambiente –comprometiendo a la escuela y a las familias en apoyar los cambios de conducta de los chicos, durante un año escolar) o seguimiento usual. El Índice de Masa Corporal (IMC) disminuyó significativamente $-0,46 \text{ kg/m}^2$; también la obesidad un 27% y otros signos habituales de adiposidad, sin efectos adversos. (30)

Dieta deficiente: La adolescencia es un momento clave para inducir dietas saludables, porque después persistirán por el resto de la vida. Si bien siguen existiendo muchos países con desnutrición o inseguridad alimentaria, hay una rápida emergencia de la pandemia de obesidad que se manifiesta a esa edad.

“Una combinación de impuestos, regulación, y campañas de educación pública parece maximizar el impacto. ... los gobiernos locales puedan influenciar la planificación de las reglas, tales como restricciones a los restaurantes de comida rápida cercanos a las escuelas o licencia a los vendedores de alimentos callejeros. Por ejemplo, la exposición a establecimientos de comidas rápidas está fuertemente asociado con consumo de comida chatarra, en un estudio realizado con adolescentes canadienses.” (31)

¿QUÉ HACER?

Si en la discusión de una Corriente Nacional de Salud se llegara a acuerdo sobre estas proposiciones, sería necesario pasar a realizar un Programa de Salud concreto de cada punto específico. Distintos grupos podían ocuparse de cada tema, por ejemplo, cómo constituir los grupos de atención primaria, objetivos y formas de atención desarrollados con la comunidad, cómo intervenir en las escuelas y con qué adiestramiento del personal docente, controles de peso y altura a todos los chicos más de una vez por año, qué alimentos prohibir, o disminuir la disponibilidad con impuestos o facilitar su compra con subsidios o abolición de impuestos, y así también otros que se puedan definir.

En una reunión general se podría discutir y consensuar cada tema, para tener un Programa de Salud concreto y detallado, que, con la presentación y la discusión en toda la población, pueda tener el impulso necesario para llevarlo a la práctica.

CONCLUSIÓN

“William Beveridge, el economista cuyo informe de 1942 llevó al establecimiento del Servicio de Salud Nacional de Gran Bretaña (NHS), tiene una frase famosa; dijo que *“un momento revolucionario en la historia del mundo es un tiempo para revoluciones, no*

para remiendos”. *“Dado la combinación de la recesión global y la bomba de tiempo que son los costos del seguro de salud, no se puede negar que la atención de salud en EE UU (y en todo el mundo) ha alcanzado tal momento. Este asunto es demasiado importante para ser dejado a los políticos y a los legisladores; hay un requerimiento urgente para que los profesionales clínicos intensifiquen y lideren el debate.”* (2)

Debemos comenzar a discutirlo, no solo con el personal sanitario sino con toda la población; creando un gran movimiento social, para que no se siga haciendo lo mismo, estando ya al borde del abismo.

Si bien es una tarea difícil, por lo menos podemos reclamar el honor de haberlo intentado.

Declaración de conflicto de intereses

El autor declara que no tiene conflicto de intereses.

(Véase formulario de conflicto de interés del autor en la web/Material suplementario).

BIBLIOGRAFÍA

- Hunter DJ. The future doctor and the future patient – reaching a true partnership. *Br Med J* 2021;375:n3121. <https://doi.org/10.1136/bmj.n3121>
- Darzi A. A Time for Revolutions – The Role of Clinicians in health Care Reform. *N Engl J Med*. 2009;361(6):e8. <https://doi.org/10.1056/NEJMp0905707>
- Sanders D, Nandi S, Laborité R, Vance C, Van Damme W. From primary health care to universal health coverage – one step forward and two steps back. *Lancet* 2019;394:619-21. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31831-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31831-8)
- Goodyear-Smith F, Van Wheel C. Account for primary health care when indexing access and quality. *Lancet*. 2017;390:205-06. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31289-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31289-8)
- Macchia A, Mariani J, Ferrante D, Nul D, Grancelli H, Doval HC. Muerte cardiovascular prematura y condición socioeconómica en la Argentina. Acerca de las oportunidades y desafíos de representar a poblaciones vulnerables. *Rev Argent Cardiol* 2015;83:516-21.
- Macchia A, Mariani J, Nul D, Grancelli H, Doval HC. Inequidad social, lugar de residencia y muerte prematura por cualquier causa en la Argentina. *Rev Argent Cardiol* 2016;84:114-9. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v84.i2.8267>
- Mariani J, Monsalvo M, Fernández Prieto A, Macchia A. Muerte prematura por accidente cerebrovascular y condición socioeconómica en la Argentina. *Rev Argent Cardiol* 2016;84:120-5. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v84.i2.8021>
- Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, Avendaño M, Muennig P, Guida F, Ricceri F y col. LIFEPAth consortium. Socioeconomic status and the 25×25 risk factors as determinants of premature mortality: a multi-cohort study and meta-analysis of 1·7 million men and women. *Lancet* 2017;389:1229-37. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32380-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32380-7)
- Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med* 2008;358:2468-81. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0707519>
- Hosseinpour AR, Bergen N, Mendis S, Harper S, Verdes E, Kunst A, et al. Socioeconomic inequality in the prevalence of noncommunicable diseases in low- and middle-income countries: results from the World Health Survey. *BMC Public Health* 2012;12:474. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-474>
- Doval HC, Mariani J, Gomez GC, Vulcano L, Parlanti L, Gavranovic MA, et al. Cardiovascular and other risk factors among people who live in slums in Buenos Aires, Argentina. *Public Health* 2019;170:38-44. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.02.014>

12. Idler EL, Benyamini Y. Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *J Health Soc Behav* 1997;38:21-37. <https://doi.org/10.2307/2955359>
13. Gawande A. Costa Ricans live longer than we do. What's the secrets? *The New Yorker*. 23 August 2021.
14. Jain Y, Jain P. Communitisation of health care: peer support groups for chronic disease care in rural India. *BMJ* 2018;360:k85. <https://doi.org/10.1136/bmj.k85>
15. Lilford RJ, Oyebode O, Satterthwaite D, Melendez-Torres GJ, Chen YF, Mberu B, et al. Improving the health and welfare of people who live in slums. *Lancet* 2017;389:559-70. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31848-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31848-7)
16. Jurado M. diario Clarin 21 febrero 2018 página 55.
17. Hood CM, Gennuso KP, Swain GR, Catlin BB. County Health Rankings: Relationships Between Determinants Factors and Health Outcomes. *Am J Prev Med* 2016;50:129-35. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.08.024>
18. Marteau TM, Rutter H, Marmot M. Changing behaviour: an essential component of tackling health inequalities. *BMJ* 2021;372:n332. <https://doi.org/10.1136/bmj.n332>
19. Andretti B, Goldszmidt RB, Andrade EB. How changes in menu quality associate with subsequent expenditure on (un)healthy foods and beverages in school cafeterias. *Prev Med* 2021;146:106456. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106456>
20. Neal B, Wu Y, Feng X, Zhang R, Zhang Y, Shi J, et al. Effect of Salt Substitution on Cardiovascular Events and Death. *New Engl J Med* 2021;385:1067-77. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2105675>
21. O'Donnell A, Anderson P, Jané-Llopis E, Manthey J, Kaner E, Rehm J. Immediate impact of minimum unit pricing on alcohol purchases in Scotland. *BMJ* 2019;366:15274. <https://doi.org/10.1136/bmj.l5274>
22. GBD 2019 Tobacco Collaborators. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990-2019. *Lancet* 2021;397:2337-360.
23. Jha P, Phil D, Peto R. Global Effects of Smoking, of Quitting, and of Taxing Tobacco. *New Engl J Med* 2014;370:60-8. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1308383>
24. Guindon GE, Paraje GR, Chaloupka FJ. The Impact of Prices and Taxes on the Use of Tobacco Products in Latin America and the Caribbean. *Am J Public Health* 2015;105(3):e9-e19. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302396>
25. Muth ND, Dietz WH, Magge SN, Johnson RK. Public Policies to Reduce Sugary Drink Consumption in Children and Adolescents. *Pediatrics* 2019;145:e20190282. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-0282>
26. Colchero MA, Salgado JC, Unar-Munguia M, Hernández-Ávila M, Rivera-Dommarco JA. Price elasticity of the demand for sugar sweetened beverages and soft drinks in Mexico. *Economics and Human Biology* 2015;19:129-37. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2015.08.007>
27. Colchero MA, Guerrero-López CM, Molina M, Rivera JA. Beverages Sales in Mexico before and after Implementation of a Sugar Sweetened Beverage Tax. *Plos One* 2016;11(9):e0163463. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0163463>
28. Colchero MA, Rivera JA, Popkin BM, Wen Ng S. Sustained consumer response: evidence from two-years after implementing de sugar sweetened beverage tax in Mexico. *Health Aff (Millwood)* 2017;36:564-71. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.1231>
29. Sheldon T. Whole city working against childhood obesity. *BMJ* 2018;361:k2534. <https://doi.org/10.1136/bmj.k2534>
30. Liu Z, Gao P, Gao AY, Lin Y, Feng XX, Zhang F, y col. Effectiveness of a Multifaceted Intervention for Prevention of Obesity in Primary School Children in China. *JAMA Pediatrics* 2022;176:e214375. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.4375>
31. Hargreaves D, Mates E, Menon P, Alderman H, Devakumar D, Fawzi W, y col. Strategies and interventions for healthy adolescent growth, nutrition, and development. *Lancet* 2022;399:198-210. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01593-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01593-2)