

Áreas demostrativas para la prevención de las enfermedades cardiovasculares

Noël C. Barengo¹

Según estadísticas publicadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística para una población estimada en Colombia de 43'405.387 habitantes (año 2006) y sabiendo que la esperanza de vida es de 72,9 años (69,2 años para hombres y 76,6 años para mujeres), la tasa de mortalidad cardiovascular es de 130,2 por 100.000 habitantes, muy por encima de la tasa de mortalidad por neoplasias de todo tipo (73,6 por 100.000 habitantes) o la tasa de mortalidad por violencia (80,6 por 100.000 habitantes) (1). Múltiples factores de riesgos modificables, (hipertensión arterial, colesterol alto, glucemia, peso corporal elevado, tabaquismo, falta de actividad física y alimentación no saludable), se asocian con las ECV de manera multifactorial (2-4). Una proporción importante de esta morbilidad y mortalidad puede ser prevenida a través de estrategias poblacionales, y realizando intervenciones costo-efectivas para personas con enfermedad establecida y para aquellos en alto riesgo de desarrollarlas (5, 6).

Las modificaciones de los factores de riesgo, han demostrado sin lugar a dudas que se puede reducir la morbilidad y la mortalidad en las enfermedades cardiovasculares (7). Un intento a nivel mundial para hacer frente a esta problemática fue constituido por el proyecto finlandés Karelia del Norte que fue el área de demostración para reducir las ECV en Finlandia (7, 8). Este estudio de prevención de base comunitaria fue el primero en el mundo en su naturaleza, utilizando un modelo de evaluación de factores de riesgo para

enfermedades no transmisibles (ENT), seguido por un período de intervenciones sobre la comunidad en general, y posteriormente por una evaluación del impacto de esas intervenciones sobre la distribución de los conductas sociales y los factores de riesgo. Luego de esta experiencia se despertó la iniciativa en diferentes países Europeos (9) y en Norteamérica (10, 11). Estos proyectos llevados a cabo en algunos países desarrollados, mostraron resultados variables. El proyecto Karelia del Norte dentro de sus resultados, mostró una reducción del 68% en la ECV de la población masculina entre 35 y 64 años, un 73% en lo que respecta a la disminución de la enfermedad coronaria, un 44% en morbilidad por cáncer (71% en cáncer pulmonar), y logró además una reducción de la ECV del 49% en la población general (12).

Con el propósito de enfrentar con éxito que la atención a los pacientes con enfermedades no transmisibles sea de calidad, oportunidad, continuidad y cobertura y que se dé prevención, atención y mitigación continua a las necesidades desde las intervenciones poblacionales, nace la definición de las **“áreas demostrativas”**. Las áreas demostrativas tienen que ver con zonas que manejan de manera adecuada y eficiente un tema en específico o representan un reto en salud pública para el sistema, que significa un potencial trasladable-escalable para el resto del país. El concepto nace para permitir el desarrollo de infraestructuras de formación y fomentar la calidad en la atención sobre métodos nuevos o mejorados, programas y medidas para

¹Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Tolima, Ibagué, Colombia
Editor Revista Desafíos
E-mail: noel.barengo@gmail.com

prevenir o controlar las enfermedades no transmisibles.

La implementación de proyectos de Demostración Nacional representa un verdadero desafío (13, 14, 15); aspectos como la rigurosidad científica, el compromiso comunitario y el apoyo económico, resultan indispensables para enfrentar exitosamente el desafío de implementar un estudio de Investigación-Acción.

En este número de la Revista Desafíos se presenta por primera vez los resultados del análisis de los factores de riesgo y hábitos de vida del área demostrativa DEMOMINGA en la Ciudad del Este, Paraguay (15). El área demostrativa de Paraguay usó los mismos conceptos que la primera área demostrativa en América Latina, el área de demostración Balcarce (DEMOBAL) de Argentina.

La implementación de Proyectos de Demostración Nacional representa para nuestro país un verdadero desafío (13). Cuestiones como la rigurosidad científica, el compromiso comunitario y el apoyo económico resultan indispensables para enfrentar exitosamente el desafío de implementar un plan de Investigación-Acción. Las ECV constituyen una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en la población adulta en la ciudad de Ibagué, Tolima, Colombia. Es por lo tanto de gran interés para la Universidad del Tolima, desarrollar acciones de intervención que contribuyan al descenso de la mortalidad y morbilidad cardiovascular generando acciones a través de un área de demostración para las ECV, que ofrecerá no solamente una amplia experiencia en el desarrollo y en la implementación de intervenciones comunitarias para los estudiantes de la Universidad del Tolima, sino también, la generación de información importante para el análisis científico

Correspondencia a:

Autor Correspondiente: Noël C. Barengo

Email: noel.barengo@gmail.com

Recibido: 24/06/2015 Aceptado: 25/06/2015 Publicado: 30/06/2015

tanto de los estudiantes de pregrado, y los de posgrado de varias carreras de la Universidad.

A partir de este año la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Tolima ha implementado un área demostrativa para la prevención de las ECV en el barrio Tierra Firme de la ciudad de Ibagué, así mismo ha ganado la beca de la convocatoria de proyección social que permite desarrollar la intervención comunitaria requerida sobre los factores de riesgo modificables. El desarrollo y la implementación de estas acciones lograrán entre otros aspectos, que la Universidad del Tolima sea pionera dentro del grupo de Universidades Públicas, contando con un área de demostración para las ECV, cuyos beneficios se verán reflejados en todo el país.

Por fin, las actividades específicas del área de demostración servirán como ejemplos de cómo los conceptos de las ciencias sociales y del comportamiento se pueden aplicar para conseguir en las comunidades una disminución de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles, con el objetivo de reducir la carga de dichas enfermedades. El enfoque basado en la reorganización de la comunidad y las estrategias de comunicación para la salud representan una innovación en el control de las enfermedades no transmisibles.

Referencias

1. Gomez JE. Morbimortalidad cardiovascular en el mundo. Rev. Colomb. Cardiol. 2012;19(6):298-299
2. Barengo NC, Hu G, Lakka TA, Pekkarinen H, Nissinen A, Tuomilehto J. Low physical activity as a predictor for total and cardiovascular disease mortality in middle-aged men and women in Finland. Eur Heart J. 2004;25(24):2204-2211.
3. Barengo NC, Kastarinen M, Antikainen R, Nissinen A, Tuomilehto J. The effects of awareness and control of

- hypertension on cardiovascular and all-cause mortality in a community-based population. *J Hum Hypertens.* 2009;23(12): 808-816.
4. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004;328:1519
 5. Preventing chronic disease: a vital investment. Geneva, World Health Organization, 2005.
 6. World Health Organization. Prevention of recurrent heart attacks and strokes in low and middle income populations. Evidence-based recommendations for policy makers and health professionals. Geneva, 2003.
 7. Vartiainen E, Korhonen HJ, Pietinen P, Tuomilehto J, Kartovaara L, Nissinen A, Puska P. Fifteen-year trends in coronary risk factors in Finland, with special reference to North Karelia. *Int J Epidemiol* 1991;20:651-662.
 8. Puska et al., eds. The North Karelia Project. 20 year results and experiences. Helsinki, The National Public Health Institute, Helsinki University, Printing House, 1995.
 9. Puska P, ed. Comprehensive cardiovascular community control programmes in Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1988 (EURO Reports and Studies 106).
 10. Farquhar JW et al. Effect of community-wide education on cardiovascular disease risk factors. The Stanford Five-City Project. *Journal of the American Medical Association*, 1990, 264:359-65.
 11. Luepker RV et al. Community education for cardiovascular disease prevention: risk factor changes in the Minnesota Heart Health Program. *American Journal of Public Health*, 1994, 84: 1383-1393.
 12. Puska P. Changes in premature deaths in Finland: successful long-term prevention of cardiovascular diseases. *Bulletin of the World Health Organization*, 1998, 76: 419-425.
 13. Nissinen A, Berrios X, Puska P. Community-based noncommunicable disease interventions: lessons from developed countries -for developing ones. *Bull World Health Organ.* 2001;79(10):963-70.
 14. Proyecto de Demostración Nacional Balcarce, Argentina (DEMOBAL) Evaluación de Proceso 2005. <http://www.bce-ramosgenerales.com/propia/index2.htm>
 15. Radice CO, Grenovero MS, Martínez AM, Paniagua DR, Tavella JM. Enfermedades no transmisibles: Epidemiología de los factores de riesgo en la población de la fracción Norma Luisa, Minga Guazú, Paraguay. *Revista Desafios*; 2015, 9(1): 10-19