

Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en las personas privadas de la libertad en Costa Rica

Prevalence of chronic noncommunicable diseases in persons deprived of liberty in Costa Rica

Rafael Alberto González Cortés ¹

1. Médico (MD), Máster en Salud Pública. Servicios médicos penitenciarios, Ministerio de Justicia y Paz, Costa Rica.

Correspondencia: Dr. Rafael Alberto González Cortés. MSc --- drgonzalezc1989@gmail.com

Recibido: 0-06-2023

Aceptado: 12-08-2023

Resumen

Resumen:

Mediante un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal se realiza una comparación entre la población penal de la Unidad de Atención Integral (UAI) 20 de diciembre y la población penal total costarricense. Hasta no hace mucho tiempo, en el ámbito penitenciario se ha experimentado un cambio importante en la morbilidad de las personas privadas de la libertad, pasando de un modelo casi unicausal de origen infeccioso, a procesos de etiología múltiple, con desarrollo poco predecible y alto porcentaje del gasto público sanitario. En el siguiente estudio se determina la similitud existente en prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles tanto a nivel país, sistema penitenciario nacional y UAI 20 de diciembre.

Palabras claves

Salud, atención a la salud, centro penitenciario, persona privada de la libertad, Costa Rica.

Fuente: DeCS (Descriptor en Ciencias de la Salud)

Abstract

Through a quantitative, descriptive and cross-sectional study, a comparison is made between the prison population of the Unidad de Atención Integral (UAI) 20 de diciembre and the total Costa Rican prison population. Until recently, there has been an important change in the morbimortality of persons deprived of liberty in the penitentiary environment, going from an almost unicausal model of infectious origin, to processes of multiple etiology, with little predictable development and a high percentage of public health expenditure. The following study determines the existing similarity in the prevalence of chronic non-communicable diseases at the country level, the national prison system and the UAI December 20.

Key words

Health, health care, penitentiary center

Source: MeSH (Medical Subject Headings)

Introducción

El Ministerio de Justicia y Paz (MJP) basa su existencia desde el marco legal, según la Ley No 6739: Ley Orgánica del Ministerio de Justicia, del 28 de abril de 1982, modificada mediante la Ley No 8771 el 14 de setiembre de 2009, en la cual se establece la modificación a esta, según numeral 6739, para que, en adelante, se le denomine: Ministerio de Justicia y Paz (1).

El nuevo modelo de atención integral es creado en la estructura de la Dirección General de Adaptación Social (DGAS) del MJP bajo el Decreto Ejecutivo No 40265–JP, del 14 de marzo del 2017 (2). La estructura funcional de cada una de las Unidades de Atención Integral (UAI) estará integrada por áreas profesionales, las cuales son las responsables de desarrollar la oferta de servicios profesionales necesarios para el cumplimiento del plan de intervención, incluidos los servicios de salud penitenciarios, estos se encargan de velar por el estudio completo del estado de salud de la persona residente, desde un Primer Nivel de Atención; además, mediante el convenio existente entre la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) y el MJP, que data de 1993 y que se actualizó en 1998, donde se indica que la CCSS “dará atención médica a las personas privadas de libertad y minoría infractora”.(1)

La UAI 20 de diciembre de 1979 se ubica en Punta Riel, distrito de Roxana, cantón de Pococí, provincia de Limón, Costa Rica. Iniciaron labores el 6 de julio del 2018, momento desde el cual se inician atenciones médicas, bajo la modalidad de Consulta Externa, lo que permite recabar datos acerca del proceso salud-enfermedad de este particular grupo poblacional. A nivel ministerial, existe escasa información y estudios que desarrollen, desde un punto de vista integral, las variables en salud existentes en las personas privadas de la libertad y cómo estas influyen en un cambio importante en la morbilidad, lo cual guiaría la atención a los decisores en salud a enfoques centrados en procesos de etiología múltiple, con desarrollo poco predecible y alto porcentaje del gasto público sanitario.

El análisis de situación de salud es un proceso analítico-sintético que comprende diversos tipos de análisis, tanto descriptivos como analíticos, que involucran hallazgos demográficos, así como determinantes sociales de la salud y morbilidad, lo cual permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de la población en su territorio.

En este documento se exponen los resultados del análisis de los indicadores seleccionados como trazadores para aportar evidencia efectiva y oportuna que permita hacer uso de la inteligencia sanitaria, buscando el fortalecimiento de la rectoría en salud necesaria para la gobernanza, la planificación y la conducción de políticas públicas en salud con dicha población específica, así como incluir una serie de indicadores que dan cuenta de las estadísticas básicas que permiten la caracterización de la situación actual, demográfica, política, de determinantes sociales y de los efectos en salud en el sistema penitenciario costarricense.

Materiales y métodos

El diseño metodológico es cuantitativo, descriptivo y de corte transversal al 27 de octubre del 2022. La población objeto de estudio es de 579 personas privadas de la libertad, de la UAI 20 de diciembre de 1979, del sexo masculino, que pernoctan en dicho recinto durante el análisis. Las muestras utilizadas para el estudio de enfermedades crónicas no transmisibles (dislipidemia, sobrepeso y obesidad) fueron mediante el

muestreo no probabilístico, con una población total de 579 personas (N=579), para un tamaño ideal de la muestra de 231, con un índice de Confianza del 95 % (Z= 1,96), valor de significancia (p<0,005) y margen de error del 5 % y $\pm 0,5$ desviación estándar. El criterio de selección fue haber recibido atención médica documentada en el expediente respectivo.

Para la recolección de la información, se diseñó una matriz de donde se recolectaron los documentos obtenidos de los expedientes médicos de la población objeto de estudio, trasladados a una base de datos, cuantificando los diagnósticos de las enfermedades crónicas no transmisibles, medidas antropométricas (peso y talla) para calcular el índice de masa corporal, revisión de resultados de laboratorios midiendo y segmentando el perfil de lípidos de la muestra en estudio.

Con base en estadística descriptiva, se hizo una aproximación a la distribución de los datos, tendencia central y dispersión, razón de tasas, así como medidas de frecuencia de las enfermedades. Para el análisis de datos, se utiliza el programa PSPP, el cual es una aplicación de software libre para el análisis de datos. Este incluye la distribución de los datos, la tendencia central y la dispersión, la razón de tasas, así como las medidas de frecuencia de las enfermedades.

Resultados

Respecto a las enfermedades crónicas no trasmisibles, la HTA es a nivel de la población general costarricense el principal motivo de consulta, como lo es en la UAI 20 de diciembre. La tasa de prevalencia a nivel país es ligeramente superior a la observada en el sistema penitenciario costarricense y en la UAI, los cuales sí comparten indicadores muy similares (13,3% vs 15,02%). La DM2 es un verdadero problema de salud pública, debido a su aumento progresivo en incidencia y prevalencia, en Costa Rica, cerca del 10% presentan el diagnóstico y en los últimos 30 años la prevalencia en el sexo masculino ha aumentado aproximadamente un 5%.

En el sistema penitenciario nacional la prevalencia de DM2 es del 5,6%, muy similar a la observada en la UAI 20 de diciembre la cual fue de 4,6%. La prevalencia de asma a nivel nacional ronda el 8%, a nivel del sistema penitenciario y en la UAI 20 de diciembre, las prevalencias fueron muy similares (4,7% vs 5,1%).

En cuanto a la dislipidemia, la prevalencia por cantones en Costa Rica oscila entre el 8,7% y el 17,4%; a nivel penitenciario, no existe datos al respecto, pero no hay evidencia que indique que sus índices no sean similares a los de la UAI, los niveles de LDL se encuentran altos o muy altos en el 9% de la población, casi un 40% con niveles elevados de triglicéridos y aproximadamente el 60% con niveles de HDL subóptimos, los cuales son excelentes marcadores de riesgo de arteriosclerosis, especialmente de enfermedad coronaria, eso quiere decir que el 43,1% de los residentes de la UAI presentan dislipidemia. En lo que respecta a la obesidad y sobrepeso, en la población general costarricense se encontró una prevalencia de exceso de peso cercana al 70% a nivel penitenciario mundial del 50%, y la observada en la UAI del 54,6%.

Discusión

Las enfermedades crónicas no transmisibles se pueden definir como: un proceso incurable, con una gran carga social, tanto desde la dependencia e incapacitación que genera, como desde el punto de vista

económico; que tienen una etiología múltiple y con un desarrollo poco predecible (1). La OMS afirma que las enfermedades crónicas originan el 60 % de las causas de fallecimiento a nivel mundial y desencadenan hasta el 75 % del gasto público sanitario (2) España lo que respecta al ámbito penitenciario, las principales causas de mortalidad fueron las cardiovasculares con un 19,5 %. (3)

En los centros penitenciarios se ha experimentado un cambio importante en cuanto a las principales causas de fallecimiento. Hace no muchos años, la principal causa de mortalidad era de origen infeccioso, concretamente la infección por el VIH que hoy en día no supone más de un 6 % en las causas de defunción, y pasaron a tomar una mayor preponderancia las de origen cardiovascular (4). Respecto a la Hipertensión Arterial (HTA) publicaciones a nivel mundial realizadas en reclusos de prisiones de otros países indican la prevalencia de HTA entre 18,8 % al 25,8 % (1).

En Costa Rica, según los resultados de la Encuesta para Diabetes y Factores de Riesgo Cardiovascular realizada en el Área Metropolitana de San José, en el año 2004, encontró que un 25 % de la población adulta padece de esta enfermedad y otro 25 % es portador de prehipertensión. La HTA continúa siendo la primera causa de consulta en la población adulta. Lo anterior identifica a la HTA como un problema prioritario en salud (5). A nivel del sistema penitenciario nacional, según los datos recabados al 27 de octubre de 2022, con una población 12 846 personas privadas de la libertad, se documenta que el 13,3 % cuentan con el diagnóstico de HTA, en los 17 centros estudiados de atención institucionalizada. Por su parte, en la UAI 20 de diciembre de 1979, que posee una población de 579 personas privadas de la libertad, 87 poseen el diagnóstico de HTA, lo cual representa una prevalencia del 15,02 %, valores que se asemejan a la realidad institucional del MJP.

La Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) representa un problema de salud pública, debido a su prevalencia e incidencia, la cual va en aumento. Para el año 2017, a nivel mundial, cerca de 425 millones de personas padecían de DM y se estima que para el 2045 alrededor de 629 millones van a lidiar con esa enfermedad (6).

La DM, como problema de salud pública, constituye todo un reto. En la última encuesta de factores de riesgo cardiovascular, realizada por la CCSS en el año 2014, el 10,0 % de la población mayor de 20 años la padecía; y de este grupo, el 2,8 % desconocía que tenía la enfermedad. Esto representa un incremento del 2% con respecto a los valores mostrados en el año 2010. La prevalencia de la DM en hombres pasó de un 4,3 % en 1986 a un 9 % en el 2014, mientras que en mujeres pasó de un 5 % en 1986 a un 7,9 % en el 2014 (7).

Diversos estudios en población privada de la libertad a nivel mundial estiman que la prevalencia de DM2 es entre el 12,3 % y 18,8 %, teniendo en cuenta que la prevalencia en la población general de esos países ronda del 4,8 % a 18,7 %. (1). En el sistema penitenciario nacional, de la población que se encuentra institucionalizada la prevalencia de DM2 es del 5,6 %, de los cuales 1,8 % son insulino dependientes, de ellos solo 0,2 % se encuentra representado por el sexo femenino. En la UAI 20 de diciembre, la prevalencia es de 4,66 %. Aun así, se estima que la mitad de los pacientes que son diabéticos lo desconocen (8).

Lo que corresponde al Asma, publicaciones realizadas en reclusos de prisiones de otros países estiman una prevalencia de asma entre 5,4 % al 24,4 % (1). En Costa Rica las enfermedades respiratorias son la causa

más frecuente de atención de urgencia en ambos sexos. En lo referente a consulta externa total por asma, expresada en porcentajes por sexo y causa en la CCSS, para el año 2002, era de 1,58 % y se estima aproximadamente 34 mil nuevos diagnósticos de asma cada año (9).

Un estudio en adultos universitarios costarricenses encontró una prevalencia de 8,2 %, tomando en cuenta que las mujeres tienen dos veces más probabilidades que los hombres de tener asma en la edad adulta (10). En el sistema penitenciario nacional la prevalencia de asma es de 4,7 %, de los cuales solo un 0,35 % está representado por el sexo femenino. En la UAI 20 de diciembre, la prevalencia de es de 5,1 %, valores muy similares a los representados a nivel institucional.

Así mismo la Dislipidemia es la patología crónica no transmisible con mayor prevalencia encontrada en centros penitenciarios a nivel mundial, englobando tanto las hiperlipidemias simples como las mixtas. Los niveles de colesterol HLD, junto con triglicéridos, fueron los exámenes de laboratorio que estuvieron alterados en mayor proporción (11). La prevalencia de las dislipidemias por cantones en Costa Rica oscila entre el 8,7 % y el 17,4 %, afectando al 20 % del grupo de edad de 20 a 59 años. Monge y Arrieta en un estudio realizado en población adolescente rural y urbana, encontraron una prevalencia de LDL elevado en un 7 % de los varones. En el caso de HDL disminuido, este se presentó en un 44 % en hombres y 24,5 % en mujeres (12).

En relación con triglicéridos, la encuesta demuestra una prevalencia total de hipertrigliceridemia (mayor de 500 mg/dl), es similar en hombres y mujeres; sin embargo, la prevalencia limítrofe fue mayor en hombres a partir de los 35 años (13). A nivel nacional, el sistema penitenciario no cuenta con datos relacionados a las dislipidemias; por tanto, en la UAI 20 de diciembre con N=579, se realiza mediante muestreo no probabilístico la valoración de 232 exámenes de laboratorio, lo cual representa un IC: 95 %, con un margen de error del 5 %. De lo anterior se obtienen los siguientes datos: un 7,30 % presenta un LDL alto (LDL 160-189), un 1,70 % muy alto (LDL >190), respecto al nivel de triglicéridos un 37,90 % presenta valores altos (TG 200-499) y 2,5 % muy altos (TG >500), por último, un 58,1 % tenía cifras de HDL bajo (HDL).

Conclusiones

Respecto a las enfermedades crónicas no trasmisibles, la HTA es a nivel de la población general costarricense el principal motivo de consulta, como lo es en la UAI 20 de diciembre. La tasa de prevalencia a nivel país es ligeramente superior a la observada en el sistema penitenciario costarricense y en la UAI, los cuales sí comparten indicadores muy similares (13,3 % vs 15,02 %). La DM2 es un verdadero problema de salud pública, debido a su aumento progresivo en incidencia y prevalencia, en Costa Rica, cerca del 10 % presentan el diagnóstico y en los últimos 30 años la prevalencia en el sexo masculino ha aumentado aproximadamente un 5 %.

En el sistema penitenciario nacional la prevalencia de DM2 es del 5,6 %, muy similar a la observada en la UAI 20 de diciembre la cual fue de 4,6 %. La prevalencia de asma a nivel nacional ronda el 8 %, a nivel del sistema penitenciario y en la UAI 20 de diciembre, las prevalencias fueron muy similares (4,7 % vs 5,1 %).

En cuanto a la dislipidemia, la prevalencia por cantones en Costa Rica oscila entre el 8,7 % y el 17,4 %; a nivel penitenciario, no existe datos al respecto, pero no hay evidencia que indique que sus índices no sean

similares a los de la UAI, los niveles de LDL se encuentran altos o muy altos en el 9 % de la población, casi un 40 % con niveles elevados de triglicéridos y aproximadamente el 60 % con niveles de HDL subóptimos, los cuales son excelentes marcadores de riesgo de arteriosclerosis, especialmente de enfermedad coronaria, eso quiere decir que el 43,1 % de los residentes de la UAI presentan dislipidemia.

En lo que respecta a la obesidad y sobrepeso, en la población general costarricense se encontró una prevalencia de exceso de peso cercana al 70 % a nivel penitenciario mundial del 50 %, y la observada en la UAI del 54,6 %.

Bibliografía

1. Vera-Remartínez, E.J., Borraz-Fernández, J.R., Domínguez-Zamorano, J.A., Mora Parra, L.M., Casado-Hoces, S.V., González-Gómez, J.A., Blanco-Quiroga, A., Armenteros-López, B., & Garcés-Pina, E. (2014). Prevalencia de patologías crónicas y factores de riesgo en población penitenciaria española. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 16(2), 38-47. Recuperado en 25 de octubre de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202014000200003&lng=es&tlng=es.
2. NEbase-www.ine.es [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; c INE 2013 [Citado 2013 Feb 4]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417/&file=inebase>.
3. Mortalidad en Instituciones Penitenciarias 2011. Madrid: Ministerio del Interior Gobierno de España. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Coordinación de Sanidad Penitenciaria; 2012.
4. García-Guerrero J, Vera-Remartínez EJ, Planelles Ramos MV. Causas y tendencia de la mortalidad en una prisión española (1994-2009). *Rev Esp Salud Pública*. 2011 Jun; 85(3): 245-55.
5. GUIAS PARA LA DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, Tercera Edición, Caja Costarricense de Seguro Social, San José, Costa Rica, 2009. Disponible: <https://www.binasss.sa.cr/protocolos/hipertension.pdf>.
6. Rodríguez Mañas L, et al. Diabetes mellitus. En: López JH, Cano CA, Gómez JF. *Geriatría: fundamentos de Medicina*. Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas.; 2006.
7. Guía para la Atención de la Persona con Diabetes Mellitus Tipo 2, Caja Costarricense de Seguro Social, III edición San José, Costa Rica. 2020. Disponible: <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/3487/Gu%C3%ADa%20de%20Atenci%C3%B3n%20a%20la%20Persona%20con%20Diabetes%20Mellitus%20Tipo%202.pdf?sequence=5&isAllowed=y>.
8. Bosch X, Alfonso F. Diabetes y enfermedad cardiovascular. Una mirada hacia la nueva epidemia del siglo XXI. *Revista Española de Cardiología* 2002;55(5):525– 527.
9. GUIAS PARA LA DETECCIÓN DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL ASMA BRONQUIAL EN LA EDAD ADULTA y ADULTA MAYOR EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, CCSS, San José, Costa Rica 2006.
10. Soto-Martínez Manuel, Soto-Quirós Manuel. Epidemiología del asma en Costa Rica. *Rev. méd. Hosp. Nac. Niños (Costa Rica)* [Internet]. enero de 2004 [consultado el 27 de octubre de 2022]; 39(1): 42-53. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1017-85462004000100005&lng=en.

11. Osses-Paredes C., Riquelme-Pereira N. Situación de salud de reclusos de un centro de cumplimiento penitenciario, Chile. Rev. esp. sanid. penit. [Internet]. 2013 [citado 2022 Oct 25]; 15(3): 98-104. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202013000300003&lng=es.
12. Monge Rafael. Beita Oscar. Prevalencia de Factores de Riesgo de enfermedad Coronaria en Adolescentes de Costa Rica. Journal of Adolescent health 2000; 27:210-217.
13. . Tacsan Luis. Asencio Melany. Encuesta Basal de Factores de Riesgo para Enfermedades no Transmisibles Cartago 2001 M. Salud San Jose Costa Rica, octubre 2003



Attribution (BY-NC) - (BY) You must give appropriate credit, provide a link to the license, and indicate if changes were made. You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggest the licensor endorses you or your use. (NC) You may not use the material for commercial purposes.