

Avances en promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas en Costa Rica

Progress in health promotion and prevention of chronic diseases in Costa Rica

Juan Manuel Hernández Herrera

Médico General, MSC Administración de Servicios de Salud Sostenibles. Administrador Centro Diagnóstico Nuestra Señora.

Guápiles Pococí, Limón drjuanmahh@gmail.com

Recibido 28 septiembre 2009 Aprobado 18 mayo 2010

RESUMEN

La modificación de aspectos determinantes en el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles como la pandemia Sobrepeso-Obesidad, Diabetes Mellitus, Hipertensión y Dislipidemia permiten desde la perspectiva de gerencia y gestión en salud, una variación hacia el beneficio en los indicadores de salud de la población, lo que incidirá en los costos por consulta debido a la gran cantidad de pacientes que se deben atender por las patologías de etiología crónica. Se desarrolla en la presente revisión bibliográfica una crónica de los principales avances en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad a partir de las entidades no transmisibles que se exponen en para Costa Rica.

Palabras claves: enfermedad crónica, promoción de la salud, prevención primaria, sobrepeso, obesidad, Diabetes Mellitus, hipertensión, dislipidemia. (*fuentes: DeCS, BIREME*)

ABSTRACT

The modification of determinant factors for the development of chronic diseases such as pandemic Overweight-Obesity, Diabetes Mellitus, Hypertension and Dyslipidemia permit from the perspective of management and health management, a shift towards benefit in the indicators of population health, which will affect the cost per visit due to the large number of patients that must be addressed by the chronic diseases of unknown etiology. It is developed in this literature review a chronicle of the major advances in health promotion and disease prevention after non-transmissible to set out in Costa Rica.

Keys words: chronic disease, health promotion, primary prevention, overweight, obesity, Diabetes Mellitus, hypertension, dyslipidemias. (*source: MeSH, NLM*)

La necesidad de modificar los estilos de vida y orientarlos hacia la mejora en la salud permite establecer relaciones directas entre la presencia de prácticas adecuadas y prevención de enfermedades. La ejecución de prácticas saludables se refleja en el descenso de la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas o no transmisibles lo que beneficia los servicios de salud pues modifica el costo económico por atención en las consultas por parte de los usuarios y permite destinar fondos a otros sistemas de prevención y promoción, no necesariamente a la curación.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud para el año 2005, la pandemia de Obesidad-sobrepeso, junto con la Diabetes Mellitus, Dislipidemia e Hipertensión Arterial ha obligado a un gasto excesivo en la atención de complicaciones prevenibles por parte de los servicios de salud y es por ello que se debe poner en ejecución nuevos esquemas, tácticas y prácticas de prevención y promoción (1-3).

Sirva el análisis del cuadro 1, para establecer los principales datos con los que se ubica al lector dentro del contexto promoción-prevención en salud.

Cuadro 1. Actualización de conceptos

	Promoción de la Salud Saludable o Salutogénico	Prevención de la Enfermedad Enfermedad y riesgo de enfermar
Objetivos	Actuar sobre los determinantes de la salud y crear opciones saludables accesibles a la población	Reducir factores de Riesgo Proteger individuos o grupos contra riesgos específicos
Dirigido	Toda la población, grupos especiales y condiciones relacionadas con la salud que requieren ser modificadas favorablemente	Prevención primaria, a personas y grupos en riesgo de enfermar Prevención secundaria, a individuos y grupos a riesgo y enfermos subclínicos sin manifestaciones de enfermedad Prevención terciaria, a enfermos a quienes se quiere prevenir complicaciones y muerte
Modelos	Interacción entre individuos con su ambiente social, cultural, económico y político	Clásicos de Salud Pública (primaria, secundaria y terciaria); énfasis en factores de riesgo; tamizaje; modelos basados en evidencia clínica; rehabilitación
Tipo y papel de los interventores	Nuevos interventores sociales, políticos y comunitarios, dirigidos a generar condiciones para que grupos e individuos actúen, se empoderen y tomen decisiones para su salud y el bienestar colectivo	(1era) Similar a promoción de la Salud, nuevos interventores sociales, políticos y comunitarios (2nd y 3era)Interventores clínicos prevención de complicaciones y muertes papel con competencia técnica y científica
Estrategias	Información, educación y comunicación para la salud mercadeo social, fortalecimiento para la participación comunitaria, empoderamiento y acción política para la formulación e implantación de políticas públicas saludables	(1era) similar a promoción, información, educación y comunicación para la salud, mercadeo social, fortalecimiento para la participación comunitaria, empoderamiento y acción política para la formulación e implantación de políticas públicas saludables (2nd) Pruebas discriminatorias y diagnóstico precoz de la enfermedad (3era) Manejo clínico adecuado y eficaz

Marco Político-Normativo

Desde el año 1994, se inicia el Plan Nacional de Promoción de la Salud, como parte del proceso de rectoría y fortalecimiento del Ministerio de Salud,

en los ámbitos de trabajo social. Educación para la salud y relaciones públicas, determinando cambios en el patrón epidemiológico, con la coexistencia de enfermedades crónicas y degenerativas con las de tipo infeccioso y parasitario, así como con las derivadas de la patología social existente y las relaciones con estilos de vida inconvenientes (3).

Se han desarrollado esfuerzos en educación, comunicación y participación social, pero no existe un programa de carácter intersectorial, para educar a la población logrando así que aproveche los servicios de salud y permitiendo ahorrar en acciones de tipo asistencial, siendo esto un vinculante con el inadecuado manejo de los estilos de vida por despersonalización con la educación y manejo de estos satisfactoriamente (3).

La promoción de la salud, es el accionar complementario de las dos grandes áreas conciliatorias de la salud como producto social, por un lado los cambios de orden social y ambiental que el Estado debe propiciar, y por otro la responsabilidad individual y colectiva de conductas favorecedoras a estilos de vida saludables (3).

El programa de promoción y protección de la salud presenta tres grandes estrategias básicas para la producción social: la educación, la comunicación en salud, la participación social. Sus objetivos pretenden en cuanto a prevención y promoción: Vigilar que la comunidad reciba una calidad nutricional y comercial de los alimentos, mediante el control de los servicios de alimentación al público, propiciar ambiente de trabajo que incida favorablemente en la salud física y moral de los trabajadores e implementar la reorganización integral de las unidades de mejoramiento del ambiente humano (3).

Algunos de los esfuerzos políticos en materia de promoción y prevención (3), destacan, un programa de acreditación y garantía de calidad de los servicios de salud que asegure a toda la población atención de calidad: oportuna, continua, pertinente, integral, científica, humanizada, con equidad, solidaridad, universalidad.

En el plan estratégico institucional del Ministerio de Salud 2007, se determina como lema "De la atención de la enfermedad hacia la promoción de la Salud", con lo que define el enfoque operativo de acción. El ministerio como entidad presenta a favor de la promoción de la salud actividades específicas como son, la implementación del proceso de mercadotecnia de la estrategia de promoción de la salud y de la cultura de no exclusión para

impulsar los proyectos prioritarios y fortalecer las condiciones de salud de la población infantil y adolescente en riesgo y capacitación y formación de responsables institucionales en destrezas claves para la instrumentalización de la promoción y el desarrollo de la cultura de la no exclusión. Además en su quinta acción estratégica, define la provisión de servicios de nutrición preventiva y de servicios de la salud para contribuir con el desarrollo de niños y niñas en situación de riesgo de salud. Esto orienta junto con las otras cuatro acciones el camino hacia la promoción de la salud en el compromiso planeado hacia el período 2008-2010. Otra de las acciones estratégicas del plan nacional de desarrollo, es el programa de fortalecimiento de las condiciones de salud de la población infantil y adolescente promoviendo estilos de vida saludables (4).

Estadísticas y Estudios

Algunos de los factores de riesgo que se asocia con patologías cardiovascular son el fumado, sedentarismo y dietas ricas en grasas saturadas en personas cada vez más jóvenes. Datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), demuestran que durante el 2006, fallecieron debido a enfermedades cardiovasculares y el cáncer alrededor de 8 626 personas o sea el 51,1 % de la totalidad todos los fallecimientos que se registran en el territorio nacional. Es por esto que cobra relevancia la necesidad de tomar conciencia sobre la responsabilidad individual y colectiva para la mejor calidad de vida (5).

La incidencia de cardiopatía coronaria aumentará mucho en los países en vías de desarrollo, a causa de los cambios en sus estilos de vida tales como mayor tabaquismo, introducción de la comida rápida y menor actividad física. Es por ello que nuevas campañas de prevención acerca de enfermedades cardiovasculares, deben estar dirigidas a toda la población y tienen que hacer énfasis en el tabaco, la hipertensión, los elevados niveles de lípidos, la diabetes, el sedentarismo, la obesidad y el estrés (6). La obesidad se asocia a más de 30 enfermedades crónicas y con tres de sus principales factores de riesgo como son la hipertensión arterial, la diabetes de comienzo en la edad adulta y las concentraciones elevadas de grasas (lípidos) en la sangre. También se asocia a seis tipos de cáncer como el de mama, de útero y de ovarios, en las mujeres; de colon, de recto y de próstata, en los varones (6-8), la que debe ser manejada por equipos interdisciplinarios

al mismo tiempo, para lograr cambiar los estilos de vida inadecuados o perjudiciales, por otros saludables.

El Doctor Mauricio Barahona Cruz, médico con una especialidad en nutrición humana, explicó que el ambiente en que viva un individuo favorece el sobrepeso y la obesidad. La pérdida de peso generalmente alivia las complicaciones y mejora el humor de la persona, su autoestima, la imagen de su cuerpo, el nivel de actividad y la capacidad para trabajar y relacionarse con otras personas (8).

Ahora, *“indicó, las cadenas de comidas rápidas – conscientes del problema que representa la enfermedad (obesidad), ofrecen un menú dietético, como por ejemplo emparedados de pollo o hechos con carnes y embutidos bajos en grasas, pan integral y la opción de ensaladas las cuales, aunque en algunos sitios pueden costar más dinero, son muy saludables”*. Algunos pacientes me dicen que, *“por ser obesos, hay trabajos que les son negados porque su presentación personal es contraria a la imagen que desea proyectar la empresa”*.

En Costa Rica, según el análisis de las estadísticas del INEC, se ha reportado un aumento en el número de casos de enfermedad cardiovascular desde el año 1995, siendo las mismas la causa más frecuente de muerte para el año 2002, dentro de este grupo de patologías se incluyen la enfermedad isquémica de corazón y la enfermedad cerebro vascular. Con una tasa de mortalidad total de enfermedades del sistema circulatorio de 11 por cada 10 000 habitantes para el año 2002 (8).

La demanda por atención sanitaria cuantificando la cantidad de consultas por medicina general y especialidad por sexo, permite interpretar que se debe orientar una mejora en las condiciones y la prevención para reducir el impacto económico ante la gran cantidad de consultas que se generan con la edad, esto es necesario de determinar cambios en la prevalencia e incidencia de la enfermedades para disminuir la demanda en la consulta externa (9).

Para el año 2005, la mortalidad por causa de muerte está documentada en el INEC, con el 29,1 % para enfermedades del sistema circulatorio, el 22,4% en tumores como segunda causa y 12,6 % debido a causas externas (10).

Tabla 1. Tasa de mortalidad (10 000 habitantes) por Enfermedades del Sistema circulatorio. Costa Rica 2003.

GRUPOS DE CAUSAS	N	Tasa
Total defunciones Costa Rica	15 800	37,9
Enfermedades del sistema circulatorio	4 390	10,5
Fiebre reumática	0	0
Enfermedades cardiacas reumáticas crónicas	41	0,1
Enfermedad hipertensiva	470	1,1
Enfermedad isquémica del corazón	2 208	5,3
Enfermedad cardiopulmonar y enfermedad de la circulación pulmonar	67	0,2
Otras formas de enfermedad del corazón	469	1,1
Enfermedad cerebrovascular	950	2,3
Enfermedad arterias, arteriolas y vasos capilares	132	0,3
Enfermedad venas y ganglios linfáticos no clasificables en otra parte	51	0,1
Otros trastornos y los no especificados sistema circulatorio	2	0

Fuente: Instituto de Estadística Ministerio de Salud (8).

Dentro del número de consultas, las sin patología (control prenatal, crecimiento y desarrollo, salud reproductiva) ocupan el primer lugar con un aumento importante en el año 1997, año en que se inicio la readecuación del modelo de atención de salud de la CCSS, con mayor énfasis en el 2002 y especialmente en las mujeres; seguidos por la enfermedad hipertensiva en ambos sexos y la Diabetes Mellitus, cuyos diagnósticos y control han recibido especial atención destacadamente en los compromisos de gestión. En los varones, la Diabetes Mellitus pasó del noveno al tercer lugar de causa de consulta, desplazando a las inflamaciones de la piel y tejido celular subcutáneo; en las mujeres la hipertensión desplazo a las inflamaciones de útero y la vagina. En general, diferencias observadas en la posición de las causas de consulta entre las encuestas de 1997 y 2002, se pueden interpretar como indicadores de impacto de la adecuación del modelo de atención de la salud y de la gestión del primer nivel de atención (9).

En la Encuesta Nacional de Nutrición de 1996, se señala un alta prevalencia en la obesidad en las mujeres de 20 a 44 años (46 %) y en las de 45 a 59 (75 %). En la consulta externa y debido al fortalecimiento del primer nivel de atención, las consultas preventivas sin hallazgo patológico que se mantenían por debajo del 20 % hasta 1997, se incrementaron a un 27,5 % en 2002, con lo que la captación aumenta y el seguimiento de los pacientes por estas patologías se mejora (3).

En Costa Rica, la población ha alcanzado una

expectativa de vida al nacer de 77,7 años en el año 2001, siendo mayor en mujeres que en hombres (79,9 y 75,6 años, respectivamente). La población tiende al envejecimiento dado que el grupo de personas menores de 15 años descendió de 42,9 % en 1950 a 31,9 % en el 2000, por el contrario la población de 56 años y más aumentó de 2,9 a 5,6 %, respectivamente. Las enfermedades cardiovasculares han constituido la principal causa de muerte de la población costarricense tanto en hombres como en mujeres desde el quinquenio 1970-1974, siendo siempre la tasa ajustada de mortalidad en los hombres más alta que en las mujeres hasta el año 2000, al envejecer la población se eleva el riesgo de sufrir enfermedades no transmisibles, dado que se incrementa la duración de la exposición a los determinantes. La enfermedad cardiovascular representa las tres cuartas partes de la mortalidad debida al aparato circulatorio en hombres y mujeres (72 y 73 % en 1995 y 2001, respectivamente), mientras que el infarto del miocardio es el 44,6 y 44,7 % de la enfermedad cardiovascular para los dos mismos años (8).

Durante el año 2005 según reporte de la Dirección Nacional de Estadísticas y Censos (2006) se documentan como principales causas de muerte las enfermedades del sistema circulatorio con un 29,1 % (10).

La mortalidad por Diabetes Mellitus en Costa Rica ha venido en aumento, en 1996 la edad promedio de muerte por esta causa fue de 67 años, siendo las manifestaciones de enfermedad renal las principales causas de defunción del paciente diabético. En la Encuesta de Hogares de 1998 se encontró un 2,8 % de la población con Diabetes Mellitus siendo de 3,4 % en mujeres y de 2,2 % en hombres. Existe evidencia que solo un número limitado de factores determinan en mayor medida la carga de mortalidad por enfermedades cardiovasculares entre los que se pueden mencionar calidad de la dieta, sobrepeso y obesidad, sedentarismo y consumo de tabaco y alcohol, se destaca además que los estudios sugieren que por cada tres kilos de exceso de peso, se pierde un año de vida en promedio (8).

Según publicaciones de Castillo et Al se logra documentar que la hipercolesterolemia es una condición esencial en el desarrollo y progreso de la aterosclerosis, la lesión vascular asociada a la enfermedad isquémica del corazón. La Encuesta Nacional de Nutrición de 1982 mostró que un 20 % de la población de 20 a 59 años tenía un nivel de colesterol superior a 200 mg/dl y un 10 % presentó

valores superiores a 240 mg/dl (8).

El estudio CARMEN, el más significativo como antecedente nacional seleccionó una muestra representativa de personas entre 15 y 64 años de edad del área urbana del cantón Central de Cartago (2 246 individuos). Se evidencia el alto consumo de fritos diariamente siendo estos un 92 %, con un consumo de café en 78,1 %, además el 22,4 % confites, cajetas o chocolates. El porcentaje de personas que manifestó haber realizado algún cambio en su alimentación fue alto, siendo mayor en mujeres que en hombres; entre los principales cambios están el de sustituir la manteca por aceite 58,1% y el aumento en el consumo de vegetales y frutas 43,1 % (8).

Entre 15 y 19 años de edad presentaron sobrepeso y el 59,4 % de las personas con edades entre los 20 y los 64 años mostraron sobrepeso y obesidad. En ambos grupos de edad el sobrepeso y la obesidad fueron mayores en la mujer. El sobrepeso y la obesidad aumentan en forma directa con la edad. Entre los 20 y 44 años es mayor en los hombres que en las mujeres, situación que se invierte a partir de los 45 años. Al comparar el estado nutricional real y el reportado por los sujetos de estudio se puede observar una gran diferencia entre ambos, encontrándose una sobreestimación del estado nutricional normal de 12,9 % y una subestimación del sobrepeso y obesidad en 15,1 %. El análisis de laboratorio mostraron que la prevalencia de niveles altos de colesterol total fue de 25,3 % la cual aumenta con la edad oscilando desde 5,9 % en adolescentes, con una alta prevalencia de niveles bajos de HDL-colesterol en todos los grupos e edad, siendo mayor en hombres. En relación con la diabetes, se observó una prevalencia muy semejante a la obtenida a nivel nacional del 2,9 %. Aproximadamente el 40 % de las personas encuestadas son sedentarias siendo un factor de riesgo importante para la enfermedad cardiovascular. Como conclusión final el estudio demostró en forma integrada que la población practica estilos de vida poco saludables caracterizados por una dieta inadecuada, sedentarismo y alto consumo de alcohol y tabaco. Todo lo anterior conduce al sobrepeso y obesidad, diabetes y al padecimiento de enfermedades (8).

Las mayores tasas se encontraron en hombres y en personas de 75 años de edad o más. Los mayores incrementos en las tasas de mortalidad por Enfermedad Isquémica Cerebral (EIC) e Infarto agudo del Miocardio (IAM) y que debe prestar

especial atención al aumento de los factores de riesgo de padecer Enfermedad Cerebro Vascular (ECV), como el tabaquismo, la hipertensión arterial, el sobrepeso y la obesidad, el sedentarismo y la alimentación inadecuada. Con respecto a la edad de defunción, en todo el período de estudio se observó una diferencia promedio de dos años entre los hombres y las mujeres, tanto por EIC (69,8 frente a 72,9 años) como por IAM (69,0 frente a 71,6 años). El sedentarismo también incide en el aumento de la prevalencia de ECV. Según el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia IAFA (2002), solo 22,3 % de la población costarricense realiza ejercicio físico. El grupo de 15 a 24 años de edad realiza ejercicio físico con mayor regularidad, pero esta actividad disminuye a medida que se aumenta la edad (11).

Según datos del IAFA, solo un 22,3 % de las personas realizan ejercicio físico; el grupo de 15 a 24 años es el que lo practica con mayor regularidad y tiende a disminuir esta actividad conforme aumenta la edad. El grupo de edad en que se reportó la frecuencia más baja de ejercitación física o la ausencia de ella fue en el de las personas de 30 a 50 años de 41 % (12).

Según los resultados de la encuesta CARMEN (2001), el aporte dietético de carbohidratos y proteínas es adecuado (63 % y 12 %, respectivamente), pero la alimentación de más de 50 % de la población contiene un 28% de grasas, cifra superior a la recomendada (menos de 25 %). Otra característica de la dieta del costarricense es la poca ingesta de fibra. Que se encuentra entre 11 y 25 g en total. Las concentraciones elevadas de colesterol en la sangre constituyen otro factor de riesgo de ECV por su asociación con las lesiones ateromatosas (8). En una investigación realizada en Costa Rica, Rosello y colaboradores encontraron que 43,3 % de la población estudiada de adultos tenía más de 200 mg/dl de colesterol en la sangre, mientras que según la encuesta CARMEN, ese porcentaje asciende a 57,1 % (11).

Además, 44,4 % de la población presentaba concentraciones séricas de triglicéridos mayores de 150 mg/dl, 44 % tenía valores séricos de colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL) menores de 40 mg/dl y 51,2 % de los estudiados tenían valores séricos de colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL) por encima de 130 mg/dl. Tanto para el colesterol de LDL como para los triglicéridos, la prevalencia fue similar en hombres y mujeres, pero las mujeres mostraron valores más elevados de colesterol de HDL que los hombres. A estos factores

de riesgo se suma una prevalencia de hipertensión arterial de 9% en mayores de 15 años de edad (12) y de 2,8 % de diabetes notificada por el propio paciente. Según la encuesta CARMEN, 4 % de la población costarricense padece de diabetes. Se sabe que es posible reducir en 23 % la mortalidad por estas causas si se ponen en marcha estrategias dirigidas a reducir los factores de riesgo relacionados con las condiciones de vida, como el fomento del ejercicio físico y de una dieta equilibrada y la reducción del tabaquismo (11).

Sin embargo, para lograr esa meta es necesario aplicar un enfoque intersectorial que estimule la adopción de estilos de vida saludables. Para ello no basta con contar con la responsabilidad individual de cada miembro de la población, sino que se deben establecer redes de apoyo social y familiar con el respaldo del estado. Entre otras medidas, se debe dotar a las comunidades de infraestructuras adecuadas para la recreación y la práctica sistemática del ejercicio físico, se debe facilitar el acceso a una dieta equilibrada y se debe regular legalmente la venta de tabaco y alcohol (11).

Un estudio realizado en la Empresa IREX en el 2000, demuestra que la cuantificación y valoración de riesgos puede determinar un área de acción, es por ello que se expone a continuación la distribución del riesgo en los obreros de la empresa. Los resultados de este estudio revelaron que el 68,75 % padecen obesidad leve, el 43,75 % con antecedentes familiares de infarto, el 31,25 % no padecen de enfermedades crónicas relacionadas con cardiovasculares excepto colesterol alto, 100 % no realiza actividad física, 93,75 % son impacientes, para una determinación total de 81,25 % con al menos cuatro factores de riesgo, y una edad promedio de 33,25 años, se detalla a continuación en la tabla 2 (13).

Tabla 2. Enfermedad Cardiovascular en una población obrero industrial de la provincia de Cartago, 2000.

Clasificación de riesgo	N	%
Sin riesgo	21	22,34
Riesgo leve	57	60,64
Riesgo moderado	15	15,96
Riesgo severo	1	1,06
Total	94	100

Fuente: Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en una población obrera industrial de la provincia de Cartago (13).

Tabla 3. Prevalencia de los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en los empleados de IREX, 2000.

Factor de riesgo	N	%
Sedentarismo	82	87,23
Obesidad	50	53,19
Estresados	35	37,23
Antecedente familiar enfermedad cardiovascular	33	35,11
Antecedente colesterol/diabetes/hipertensión	12	12,76
Fumado	11	11,70
Presión alta	1	1,06

Fuente: Fuente: Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en una población obrera industrial de la provincia de Cartago (14).

En el año 2004 una consulta costaba a la CCSS en promedio ₡13 547,2 (US\$ 32). Sin embargo, estos costos se distribuyen desigualmente, según se trate de hospitales, de clínicas, de áreas de salud o de proveedores externos contratados por la CCSS para brindar los servicios. En el año 2003 la consulta brindada por un hospital costaba ₡17 296 (US\$ 43), frente a ₡ 9693,4 (US\$ 24,1) dólares que costaba en la red de atención primaria y los ₡ 8447,5 (US\$ 21) que costaba en los proveedores externos. Es necesario aclarar que estos datos deben ser tomados con precaución, ya que la CCSS no cuenta con un sistema de contabilidad de costos que impute adecuadamente a cada producto los costos necesarios para su producción, de manera que es posible que la diferencia real de costo se menor (15). El tipo de cambio según el Banco Central de Costa Rica, 392,27 colones noviembre 2004 y 372,71 colones 2003.

Según publicaciones de la CCSS se estiman ₡35 mil millones (US\$ 16 billones) en gastos por demanda de servicios relacionado con la enfermedad cardiovascular con lo que se demuestra el gran costo económico para el país relacionado con estas patologías (16).

Para el año 2008 se estima que en Costa Rica mueren dos personas al día por causa de la diabetes. En el 2008, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), reportó 742 defunciones por esta causa lo que representa el 4.2 por ciento del total decesos registrados durante ese periodo en el territorio nacional (16).

La tasa de mortalidad en los últimos 5 años (2002-2007) por DM, varió entre 12,31 y 14,59 muertes por cada 100 mil habitantes. En el año 2002 ocurrieron 526 muertes debidas a DM, estas representaron el 3% del total muertes ocurridas en el año 2002. La edad promedio de las personas fallecidas por DM es de 69,8 años. Cada año se pierden 8 559 años de vida debido a esta causa de muerte. (17)

El costo por consulta externa a nivel institucional es de ₡9 348 (US\$ 29,36) según cálculos establecidos para el año 2000, con el podemos determinar el incremento gradual que ha impactado, si para el año 1991 fue de ₡2 129 (US\$ 17,27) cada consulta, además, el número de consultas va en ascenso. Es por ello que la limitación y análisis de los factores determinantes en las consultas deben ser sujeto de estudio para con ello disminuir el costo económico por atención. El tipo de cambio según el Banco Central de Costa Rica, 299,95 noviembre 2000 y 114,18 en 1991.

La alta incidencia y prevalencia de las Enfermedades no transmisibles ENT (Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Hipertensión arterial y sobrepeso-Obesidad) dentro del área de Salud, el personal sanitario de la comunidad se ve en la necesidad de intervenir en los problemas detectados (18).

Para el año 2006 en la Clínica Dr. Carlos Durán Cartín el costo económico calculado es de ₡ 7 267 (US\$1 4,93) colones netos por cada consulta, con un desglose de 41 537 horas contratadas para servicios médicos en la clínica, con un promedio de 3,33 consultas por hora y 550 consultas por día, con lo que demuestra un adecuado uso de los recursos para mantener la calidad en la atención de la consulta (18). El tipo de cambio según el Banco Central de Costa Rica, 450,96 colones noviembre 2006.

El proyecto “Construyendo mi salud” está dirigido a todas aquellas personas entre 18 y 59 años de edad, en virtud que para este grupo de población no existe una oferta exclusiva de programas de salud, manifestó la licenciada Murillo Calvo (19).

Uno de los puntos más importantes de todo este proceso que lleva la clínica, es el progreso que han demostrado tener los participantes, en materia de salud: “Por medio de una especie de evaluación al final podemos observar, principalmente, los cambios de actitud, cambios en sus hábitos diarios y en la alimentación”, “Construyendo mi salud” instaurado hace un año, procura fomentar estilos de vida saludable en la comunidad (19).

Como aspecto concluyente se ha destacado que la participación en este proceso de educación además de atención mediante prevención de enfermedad y promoción de la salud, determina la realización del mismo, es por ello que es de suma importancia la asistencia a las diferentes charlas que se tramitan para lograr integralmente establecer los lineamientos básicos en la realización de hábitos y estilos de vida ajustados al nivel de vida de cada uno de los participantes (19).

Las diferentes opciones que se recomiendan incluyen la explicación del como calcular las kilocalorías de cada uno de los alimentos y el contenido energético de estos basados en las diferentes tablas de equilibrio nutricional que se ubica en la etiqueta correspondiente a esta, ubicada en la porción posterior de la gran mayoría de los alimentos ya sean empacados o sellados mediante el control de alimentos que por ley los productos perecederos deben portar. Las diferentes opciones del menú planteadas en el proyecto elaboran un machote en el que se indica el número total de raciones diarias siendo estas cinco distribuidas de la siguiente manera. Desayuno, Merienda 1, Almuerzo, Merienda 2, Cena. El proyecto detalla que cada uno de los tiempos de alimentación deben realizarse en la mesa y en un tiempo definido sin distractores como televisión o bien espacios no adecuados puesto que existe con ello desconcentración y no se logra el control del apetito, es por ello que además se recomienda planificar la alimentación por anticipado puesto que si el sujeto participante esta en horas laborales debe portar su alimento a su sitio de trabajo y en su horario definido consumir sus alimentos (19).

Se le destaca al participante que la regularidad del proceso requiere la asistencia a las charlas de información ante las implicaciones de las enfermedades y como se deben contrarrestar de una manera preventiva, esto debido a que se ha demostrado que si los pacientes conocen las necesidades de cada uno de las complicaciones del paciente en caso de padecer la enfermedad estos harán su mejor esfuerzo por controlarlo y con ello no padecer tempranamente o del todo ninguna de las complicaciones.

Las profesionales reconocieron que se requiere un cambio de mentalidad por parte del personal de salud para así cambiar la actitud de la población hacia estilos de vida saludables, refieren que “es necesario que la población asuma su auto cuidado y tenga en cuenta que la salud está en sus manos” (19).

Los esfuerzos del centro de salud se puede contrastar de una manera objetiva con la realidad que vive la gran mayoría de los asegurados del servicio sanitario en la CCSS según se plantea en el informe del Proyecto construyendo mi Salud, puesto que conllevan la respuesta a la necesidad de la población al impartir este tipo de educación se logra alcanzar una cobertura mayor al preparar a los usuarios a difundir esta información y reproducirla en su ambiente local siendo familiares y conocidos (19).

CONCLUSIONES

La necesidad de modificar los estilos de vida y orientarlos hacia la mejora en la salud permite establecer relaciones directas entre la presencia de prácticas adecuadas y prevención de enfermedades. La ejecución de prácticas saludables se refleja en el descenso de la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas o no transmisibles lo que beneficia los servicios de salud pues modifica el costo económico por atención en las consultas por parte de los usuarios y permite destinar fondos a otros sistemas de prevención y promoción, no necesariamente a la curación.

REFERENCIA

1. Obesidad y sobrepeso. Pagina Web Organización Mundial de la Salud. OMS. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>. Consultado el 12 de Octubre del 2007.
2. Leyes y Reglamentos de Costa Rica.: LEY N° 5412, Ley Orgánica del Ministerio de Salud. Disponible en: <http://www.cesdepu.com/org/msal.htm>. Consultado el 18 de octubre del 2007.
3. Ministerio de Salud de Costa Rica: Política Nacional de Salud 1994-1998. Disponible en: <http://www.geocities.com/HotSprings/8131/salud.htm>. Consultado el 15 de octubre del 2007
4. Ministerio de Salud de Costa Rica: Plan Estratégico institucional del Ministerio de Salud. 2008-2010. Disponible en: http://www.ministeriodesalud.go.cr/politicadesalud/plan_estrategico.pdf. Consultado el 18 de octubre del 2007.
5. CCSS: Día Mundial del Corazón, Todos podemos reducir el riesgo de una enfermedad cardiovascular. Disponible en: <http://www.info.ccss.sa.cr/>. Consultado el 15 de octubre del 2007.
6. CCSS: Enfermedades patologías de consulta externa. Disponible en: <http://www.info.ccss.sa.cr/>. Consultado el 15 de octubre del 2007.
7. CCSS: Una enfermedad que puede prevenirse. La obesidad es un problema mundial. Disponible en: <http://www.info.ccss.sa.cr/>. Consultado el 15 de octubre del 2007.
8. Castillo L, Alvarado A, Sánchez M. Enfermedad cardiovascular en Costa Rica. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292006000100003&lng=e&nrm=iso&tlng=es#2 . Consultado el 15 octubre del 2007.
9. CCSS: Cambios en la morbilidad y mortalidad por edad y sexo, Costa Rica 1987, 1992, 1997 y 2002. Disponible en <http://www.info.ccss.sa.cr/>. Consultado el 10 octubre del 2007.
- (10)CCSS: Mortalidad proporcional por causa de muerte de Costa Rica. CCSS. 1970-2005. Disponible en: www.ccss.sa.cr/germed/dis/diess/document/pdf/apreli06/c02.pdf. Consultado el 17 de octubre del 2007.
11. CARMEN: Encuesta Carmen estudio. Disponible en: <http://netsalud.sa.cr/encuestas/encuesta%20carmen.pdf>. Consultado el 11 Octubre del 2007.
12. CCSS: Evolución de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón e infarto agudo del miocardio en Costa Rica, 1970–2001. disponible en: http://journal.paho.org/index.php?a_ID=318. Consultado el 1 de octubre del 2007.
13. Hernández-Montoya W. Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en una población obrera industrial de la provincia de Cartago. Rev. costarric. salud pública 2000; 9(16). Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-1429200000010007&lng=es&nrm=iso&tlng=es. Consultado el 15 octubre del 2007.
14. Impacto de la diabetes, pagina web de la CCSS [www.ccss.sa.cr](http://www.ccss.sa.cr/html/comunicacion/noticias/2009/11/n_1049.html). Disponible en: http://www.ccss.sa.cr/html/comunicacion/noticias/2009/11/n_1049.html. Consultado el 13 de enero del 2009.
15. Rodríguez-Herrera A. Naciones unidas CEPAL. La reforma del sector salud en Costa Rica. Disponible en <http://www.iadb.org/intal/intalcdi/PE/2007/01076.pdf>. Consultado el 12 de Mayo del 2010.
16. Solís I. Inversión millonaria en atención por enfermedades cardiovasculares. Disponible en: www.ccc.sa.cr. Consultado el 4 de noviembre del 2007.
17. Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica: Expresidentes del Colegio de Médicos y Cirujanos. Disponible en: http://www.medicos.sa.cr/web/index.php?option=com_content&task=view&id=91&Itemid=39. Consultado el 12 de octubre 2007.
18. OMS: Facts About NCD World Health Organization. Disponible en: <http://www.who.int/hpr/ncd.facts.shtml> Consultado el 26 de mayo del 2008.
19. CCSS: Clínica Carlos Durán desarrolla programa para promover estilos de vida saludable. Disponible en: <http://www.info.ccss.sa.cr/>. Consultado el 15 octubre del 2007.