

Comentario editorial

De Karelia a Jovita y Rosario en Argentina

Dr. Enrique O. Abeyá Gilardon*

En nuestro país, las enfermedades cardiovasculares aún persisten como la principal causa de muerte para la población en general y sin cambios en la tendencia de su tasa de mortalidad específica. En Europa y EE.UU., aunque también son la principal causa de muerte, la tendencia de las tasas es a disminuir.¹ Nuestra población, con relativo poco gasto público, podría beneficiarse con acciones públicas que contribuyeran a un descenso de las tasas específicas.

Geoffrey Rose en 1985 describió con una claridad meridiana las diferencias entre las causas de las enfermedades en los individuos y las causas de la incidencia y prevalencia de esas mismas enfermedades en la población.² Es decir, no es lo mismo por qué alguien enferma en un momento dado, que cuáles son las causas de la incidencia de esa misma enfermedad en determinada población. La primera requiere la identificación de individuos susceptibles, es decir, con alto riesgo, para así prevenir el eventual desarrollo de la enfermedad en ese individuo. En la segunda, se requiere la intervención en el conjunto de la población, para que al actuar sobre las causas de esa incidencia en particular se modifique la magnitud de esa incidencia y prevalencia. La aterosclerosis es una enfermedad que constituye un ejemplo paradigmático para ello.³ Esto se debe al riesgo atribuible. El riesgo atribuible no sólo toma en cuenta la magnitud del riesgo relativo, sino la magnitud de la población expuesta. De esta manera, un bajo riesgo que está ampliamente presente en la población tiene mayor peso como determinante de la incidencia que otro riesgo mayor cuando se presenta en menos individuos.

Si bien no se ha demostrado a nivel

individual una asociación entre el nivel de colesterol sérico y la dieta, esta relación es muy significativa cuando se comparan diferentes poblaciones. Entre éstas, es muy fuerte la asociación entre la ingesta media de grasas saturadas y los niveles medios de colesterol sérico total y la incidencia de enfermedades cardiovasculares y mortalidad específica. Esto fue lo que llevó a que en Karelia (Finlandia), que presentaba una de las más altas incidencias de hipercolesterolemia y mortalidad por enfermedades cardiovasculares del mundo en la década del 70, se promovieran acciones globales en toda la población tendien-

tes a incorporar hábitos de vida saludable, particularmente aumentar la actividad física y disminuir la ingesta de grasas saturadas. En un período de casi 20 años se ha logrado reducir un 15% el promedio del colesterol sérico de la población y a la mitad la mortalidad por infarto. Esta

experiencia positiva ha sido adoptada por la Organización Mundial de la Salud e inspiró la estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud.⁴

Los trabajos de Lubetkin et al. y Rosillo et al. publicados en este número dan cuenta de la alta prevalencia de hipercolesterolemia en escolares de las localidades de Jovita (provincia de Córdoba) y Rosario (provincia de Santa Fe). No sería de extrañar que también la población adulta de estas localidades presentaran alteraciones en su perfil lipídico.

Las intervenciones en individuos de alto riesgo (alteración del perfil lipídico) son fácilmente aceptables desde una perspectiva de la relación paciente-médico tanto para el "paciente" como para el médico. Pero estas acciones quedan limitadas a esos individuos y en definitiva no contribuirán a la solución del problema

*Ver artículos
relacionados
en las páginas
293 y 298*

* Consejo Asesor
Archivos Argentinos
de Pediatría.

en la población. No constituirán más que una solución a corto plazo, provisoria y que no modificará la incidencia y prevalencia de la hipercolesterolemia. Será como el achique en una embarcación que se hunde por un rumbo de agua.

Por el contrario, la acción sobre la población es permanente y definitiva. Será como obturar el rumbo de agua de la embarcación. Pero esto no se visualiza en la relación paciente-médico por la paradoja del bien público: una acción preventiva que da mucho beneficio a la población ofrece poco a cada individuo. Por ello, su consecución no es motivadora para la relación paciente-médico aunque es innegable el beneficio poblacional y debe encararse comunitariamente.

Esta ha sido la experiencia de acciones comunitarias de hábitos de vida saludable ya realizadas en Balcarce, Olavarría y Laprida, todas en la provincia de Buenos Aires, como parte del Programa de Prevención del Infarto

en Argentina (PROPIA), programa de la Universidad Nacional de La Plata.⁵

La amplia experiencia del grupo PROPIA en nuestro país demuestra que la experiencia realizada en Karelia es posible y los logros benefician al conjunto de la población. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Unal B, Critchley JA, Capewell S. Modelling the decline in coronary heart disease deaths in England and Wales, 1981-2000: comparing contributions from primary prevention and secondary prevention. *BMJ* 2005; 331:614-9.
2. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol* 1985; 14(1):32-8.
3. Rose G. ABC of vascular diseases. Epidemiology of atherosclerosis. *BMJ* 1991; 303:1537-9.
4. Joint WHO/FAO Expert Consultation. Diet, Nutrition and the prevention of chronic diseases. WHO Technical Report Series N° 916. (en línea) Ginebra 2003. <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/who_fao_expert_report.pdf>. [Consulta: 20 de setiembre 2005]
5. Programa de Prevención del Infarto en Argentina: <en línea> <<http://www.propia.org.ar>>. [Consulta: 20 de setiembre de 2005]

Invertir en conocimientos produce los mejores intereses.

BENJAMÍN FRANKLIN
(1706-1790)