

# La viralización de las enfermedades no transmisibles

## *The viralization of non-communicable diseases*

### Correspondencia

Pedro Jesús Mendoza-Arana  
pmendozaa@unmsm.edu.pe

Recibido: 07/01/2023

Aprobado: 12/01/2023

Citar como: Mendoza-Arana PJ. La viralización de las enfermedades no transmisibles. *Acta Med Peru.* 2022; 39(4): 323-5. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2022.394.2556>

Este es un artículo Open Access publicado bajo la licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional. (CC-BY 4.0)



Pedro Jesús Mendoza-Arana <sup>1,2,3,a,b,c</sup>

<sup>1</sup> Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

<sup>2</sup> Académico de Número, Academia Nacional de Medicina.

<sup>3</sup> Presidente de la Comisión de Enfermedades No Transmisibles, Consejo Nacional de Salud.

<sup>a</sup> Doctor en Medicina,

<sup>b</sup> Profesor Principal,

<sup>c</sup> MSc en Planificación y Finanzas en Salud.

En la primera década del siglo XXI se tomó conciencia a nivel mundial de la expansión de la Diabetes Mellitus, que había dejado de ser una enfermedad de países ricos, para convertirse en lo que se dio en llamar, “la pandemia del siglo XXI” <sup>[1]</sup>.

Si bien tendemos a pensar en las epidemias y pandemias como propios de enfermedades infecciosas, el término no se restringe a ellas. De hecho, las condiciones y enfermedades no infecciosas crónicas pueden, con ciertos ajustes propios de nuestro menor conocimiento de sus mecanismos patogénicos, ser analizadas bajo marcos conceptuales semejantes, a la vez que mejoramos nuestra comprensión de la interacción entre ambas <sup>[2]</sup>.

Como se aprecia en la Tabla 1 <sup>[3]</sup>, entre los diez problemas de salud que han incrementado más su carga de morbilidad en los últimos 30 años, a nivel mundial, ocho son problemas crónicos, uno es una neoplasia, y uno es una categoría que incluye tanto problemas crónicos como agudos <sup>[4]</sup>.

**Tabla 1** <sup>[3]</sup>. Diez problemas de salud que más han incrementado su carga de enfermedad a nivel mundial, en el periodo 1990-2019

|    |                              |         |
|----|------------------------------|---------|
| 1  | Diabetes Mellitus            | 147.90% |
| 2  | Enfermedad Renal Crónica     | 93.20%  |
| 3  | Pérdida de audición por edad | 88.80%  |
| 4  | Cáncer de Pulmón             | 69.10%  |
| 5  | Problemas depresivos         | 61.10%  |
| 6  | Cefaleas                     | 56.70%  |
| 7  | Desórdenes de ansiedad       | 53.70%  |
| 8  | Problemas coronarios         | 50.40%  |
| 9  | Enfermedades ginecológicas   | 48.70%  |
| 10 | Lumbalgia                    | 46.90%  |

Siendo este incremento una importante llamada de atención, otro elemento importante es el nivel presente de las enfermedades crónicas no transmisibles. De acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2021<sup>[5]</sup>, el 17,2 % de personas mayores de 15 años en nuestro país, tienen hipertensión arterial, cifra que llega al 23 % en el departamento de Lima. De las personas con hipertensión, sólo el 60 % había sido diagnosticada por un médico, y de este grupo, el 61 % recibió tratamiento. En esta misma encuesta se evidenció que el 4.9 % de personas de 15 años a más había sido diagnosticada de Diabetes Mellitus, y de ellos, el 64 % había recibido tratamiento en los últimos doce meses<sup>[5]</sup>.

De acuerdo con la información hecha pública en el Repositorio Único Nacional de Información en Salud – REUNIS, a diciembre de 2022, entre las categorías diagnósticas que más habían incrementado su tasa de mortalidad ajustada en el periodo 2000-2021, como se muestra en la Tabla 2, ocho de ellas son enfermedades crónico-degenerativas, encabezadas por la Enfermedad de Alzheimer, que ha sextuplicado su tasa de mortalidad ajustada. Hacemos notar que, a diferencia de la Tabla 1, que se basa en carga de enfermedad, es decir, la medición de años de vida ajustados a la discapacidad, en la Tabla 2 mostramos tasas de mortalidad.

**Tabla 2.** Diez causas de muerte con mayor incremento en la tasa de mortalidad ajustada, Perú 2000-2021

|    |  |      |
|----|--|------|
| 1  | Enfermedad de Alzheimer                  | 670% |
| 2  | Enfermedad pulmonar intersticial         | 377% |
| 3  | Esclerosis múltiple                      | 258% |
| 4  | Enfermedades isquémicas del corazón      | 217% |
| 5  | Diabetes mellitus                        | 177% |
| 6  | Caídas                                   | 176% |
| 7  | Neoplasia maligna del cuerpo del útero   | 171% |
| 8  | Enfermedad del parkinson                 | 164% |
| 9  | Trastornos mentales y del comportamiento | 154% |
| 10 | Insuficiencia respiratoria               | 152% |

Fuente: <https://www.minsa.gob.pe/reunis>. Se excluye del análisis la mortalidad por Covid-19.

No cabe duda entonces que los problemas crónicos se erigen en la prioridad para rediseñar nuestros sistemas de salud. Y no sólo hablamos de equipos e infraestructura, sino también de recursos humanos, de revisar los procesos formativos de nuestros profesionales de la salud, que siguen también en la inercia de décadas de formación<sup>[6]</sup>, e inclusive de revisar con otros ojos nuestros sistemas de clasificación y etiquetas diagnósticas, que nos impiden reconocer tantos otros problemas que son ya de nivel pandémico, así como la necesidad de preparar a nuestro sistema de salud para lidiar con las interacciones entre estos problemas crónicos<sup>[7]</sup>.

En nuestro país, décadas de desarrollo del sistema de salud se han dado bajo el paradigma de un país cuya prioridad sanitaria era la

población materno infantil y sus causas de muerte, de etiología infecciosa aguda. Ello se refleja en el número de especialistas que tenemos, en la estructura de nuestros establecimientos de salud y de sus normas de equipamiento y dotación de personal, en nuestros programas de salud, en nuestros sistemas de codificación y generación de información. La inercia del sistema es muy fuerte. Podría tomar décadas, en las cuales estaremos a la zaga de la demanda, modificar nuestro sistema de salud para que incorpore la noción de una estructura demográfica de adultos y adultos mayores, con problemas de salud crónicos y no infecciosos, como se presenta en la Tabla 2<sup>[8]</sup>.

Que sólo el 34 % de las personas con hipertensión estén recibiendo un tratamiento, y que sólo el 64 % de las personas con diabetes mellitus hayan recibido algún tratamiento en los últimos doce meses, en su mayoría, irregular, se expresan más adelante en enfermedad vascular cerebral, infartos de miocardio, enfermedad renal crónica, y ceguera, por mencionar sólo aquellos problemas de mayor severidad<sup>[9]</sup>.

La explicación no es la desidia de las personas, sino la incapacidad de nuestro sistema de salud, pese al aseguramiento universal, para ofrecer a las personas, tratamiento temprano y regular para estos problemas, además de medidas preventivas de corte poblacional dirigidas a sus principales factores de riesgo<sup>[10]</sup>.

Por otro lado, COVID-19, pandémica en su forma aguda, es una enfermedad que recién estamos conociendo, y en los tres años que llevamos de seguimiento, ha permitido ya avizorar que una de sus formas clínicas es la forma crónica, que entre otras denominaciones, viene quedándose con la de COVID prolongado, o “long COVID”. Si esta forma clínica adopta la misma distribución geográfica de la forma aguda, estaremos pronto ante una pandemia de COVID prolongado<sup>[11-12]</sup>.

Otro legado importante de la pandemia COVID-19 es haber hecho notar las falencias de nuestro sistema de salud<sup>[13]</sup>, pero además, que la salud pública no es un tema aislado, que nuestros sistemas de salud nacionales son elementos de un sistema de salud global. Es ese sistema de salud global el que también tenemos que construir. De no lograrlo, las invocaciones de las entidades que emiten lineamientos globales, como la Organización Mundial de la Salud, serán sólo buenas intenciones, o bonitas frases. La equidad que queremos para nuestras regiones dentro del país, tenemos que reclamarla y construirla también entre sistemas nacionales. La inversión para los medicamentos dirigidos a enfermedades raras y huérfanas, que están fuera de alcance para muchos países, no lo serían si vemos a nuestro sistema de salud como un sistema global<sup>[14]</sup>.

Si nos parece demasiado soñador o ingenuo, sólo pensemos en cómo los recursos humanos ya se comportan así. La emigración de profesionales, que hemos ya aceptado como natural, y que lleva a que entre 25 y 30 % de nuestros graduados de diversas profesiones de salud, en muchas facultades del país, se formen en nuestro país y ejerzan fuera del mismo, es simplemente la expresión de políticas de atracción de recursos humanos diseñadas por otros países, para contar en sus territorios, con

profesionales que necesitan y que no pueden producir <sup>[15]</sup>, y además, a un menor costo de formación para ellos. En otras palabras, el subsistema de recursos humanos ya se comporta como un subsistema global <sup>[16]</sup>.

Los gérmenes no reconocen fronteras. Gracias a Internet, los comportamientos tampoco. Los factores de riesgo se globalizan. No parece muy inteligente, en este contexto, pensar en un sistema de salud que no tome en cuenta estos procesos. No hacerlo, sólo nos expone, por omisión, a un siglo XXI en el cual las enfermedades crónicas no transmisibles se expandan o, a tono del nuevo léxico, se “viralicen”.

## ORCID

Pedro Mendoza-Arana, <https://orcid.org/0000-0002-2750-1804>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Seclén Santisteban, Segundo (Editor). Diabetes: La pandemia del Siglo XXI. 1ª Edición. Lima, noviembre de 2014. 279 páginas. Edición: Proyectos Institucionales de Santillana S.A.
2. Badawi A, Drebot M, Ogden NH. Convergence of chronic and infectious diseases: a new direction in public health policy. *Can J Public Health*. 2019 Aug;110(4):523-524. doi: 10.17269/s41997-019-00228-x. Epub 2019 May 28. PMID: 31140143; PMCID: PMC6964433.
3. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 17 October 2020. doi:10.1016/S0140-6736(20)30925-9.
4. Murray CJL (2020). Global Burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories 1990-2019. *The Lancet* 396:1204-22.
5. INEI (2022). Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDES. Lima: INEI.
6. Miranda E, Garmendia F, Perales A, Mendoza P, Miano J, Calderón W. Evaluación de los planes curriculares y sílabos de las asignaturas de la Facultad de Medicina de la UNMSM, sobre la atención integral de salud a personas afectadas por la violencia. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2009, 70(4):273-276.
7. The Economist (2020) Assessing health system preparedness for multiple chronic conditions: Methods and findings report. London: The Economist.
8. Londoño Agudelo Esteban. Las enfermedades crónicas y la ineludible transformación de los sistemas de salud en América Latina. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2017 Mar [citado 2022 Dic 18] ; 43( 1 ): 68-74. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662017000100007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000100007&lng=es).
9. Singh D (2008) How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers?. Geneva: WHO Europe Policy Brief.
10. Del Castillo-Fernández D, Brañez-Condorena A, Villacorta-Landeo P, Saavedra-García L, Bernabé-Ortiz A, Miranda J. Avances en la investigación de enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú. *An Fac med*. 2020;81(4):444-52. DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v81i4.18798>.
11. Miller B and Sleat D (2021) The Hidden Pandemic: Long Covid. London: The Tony Blair Institute.
12. Abdelrahman Z, Li M and Wang X (2020) Comparative Review of SARS-CoV-2, SARS-CoV, MERS-CoV, and Influenza A Respiratory Viruses. *Front. Immunol*. 11:552909. doi: 10.3389/fimmu.2020.552909.
13. Castro-Baca AM, Villena-Pacheco AE. La pandemia del COVID-19 y su repercusión en la salud pública en Perú. *Acta Med. Peru*. 2021;38(3):161-2. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2021.383.2227>.
14. Labonté R (2010) Health Systems Governance for Health Equity: Critical Reflections. *Rev. salud pública*. 12 (1): 62-76.
15. Ibañez Martín, María María; Delbianco, Fernando FUGA DE CEREBROS EN EL SECTOR SALUD ¿UN FENÓMENO QUE CONDICIONA EL DESARROLLO EN AMÉRICA LATINA? ESTUDIOS ECONÓMICOS, vol. 31, núm. 62, enero-junio, 2014, pp. 3-25.
16. Liu JL, Goryakin Y, Maeda A, Bruckner T, and Scheffler R (2016) Global Health Workforce Labor Market Projections for 2030. Policy Research Working Paper. The World Bank Group.