

ACCESO A LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

UNA APROXIMACIÓN A PARTIR DE LAS ENCUESTAS NACIONALES DE FACTORES DE RIESGO (ENFR)

Por Cynthia Marchioni, Martín Langsam y Natalia Jorgensen

El acceso a diferentes prácticas médicas se ha incrementado en todos los subsistemas de salud en Argentina durante los últimos años. Sin embargo, y a pesar de los recursos asignados a las poblaciones más desfavorecidas, el aumento en estos segmentos ha sido menor al esperado. En un contexto creciente de la relevancia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), el sistema de salud se enfrenta a desafíos para los cuales no está adecuadamente preparado, no sólo en relación a su estructura, sino especialmente a los procesos asistenciales que maximicen acceso y continuidad de cuidado. Monitorear la evolución del acceso a estas prácticas básicas basadas en la evidencia y con impacto sanitario se constituye una necesidad para el diseño y evaluación de políticas sanita-

rias orientadas a enfrentar esta nueva epidemia.

El caso de las enfermedades cardiovasculares es particularmente importante, puesto que representan la principal causa de muerte y carga de enfermedad en nuestro país. Según datos de la DEIS (2013) mueren en nuestro país aproximadamente 66.172 personas por enfermedades del corazón y 18.724 por enfermedades cerebrovasculares, representando el 28% del total de muertes bien definidas del período (300.153). Sumado a ello, refuerza la relevancia social de la promoción del acceso a prácticas preventivas y de detección temprana, el que estas enfermedades sean altamente prevenibles si son detectados y tratados adecuadamente los factores de riesgo convencionales como la presión arterial elevada, el tabaquismo, el colesterol elevado y la diabetes.

El propósito de este artículo es iden-

tificar las brechas en el acceso y realización de prácticas de rastreo y tratamiento básico farmacológico en prevención cardiovascular y diabetes, de acuerdo a niveles socioeconómicos y de cobertura de salud, y su evolución en los últimos 10 años.

Utilidad de las ENFR como fuente de información primaria

Los datos utilizados para el análisis estadístico provienen de las Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo (ENFR) de los años 2005, 2009 y 2013, armonizando las tres encuestas para su comparabilidad en el tiempo¹. Las ENFR forman parte del Sistema de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles (ENT) y del Sistema Integrado de Encuestas a Hogares (SIEH). La tercera edición se realizó entre octubre y diciembre de 2013, en el marco de un convenio entre el Ministerio de Salud

Cynthia Marchioni es Economista (UNLP). Maestranda en Economía (UNLP). Colaboradora investigación CEDLAS (UNLP). Investigadora part-time (Universidad ISALUD)

Martín Langsam es Sociólogo (UBA), Mg. en Políticas Públicas para América Latina (Oxford) Reino Unido, Secretario de CyT, docente e investigador (Universidad ISALUD).

Natalia Jorgensen es Economista (UNMdP), Mg. en Economía Industrial (Universidad Carlos III) Madrid. Docente e investigadora (Universidad ISALUD).

Los autores agradecen especialmente la colaboración de Daniel Ferrante, en la discusión de la metodología y resultados de la ENFR. El presente trabajo resume los principales hallazgos de un proyecto en investigación en proceso que forma parte del Programa de Investigación Aplicada (PIAS2) desarrollado en el ámbito de la Secretaría de Ciencia y Técnica. Oportunamente se presentarán y publicarán los resultados completos.

¹ Los datos de las distintas ondas de la ENFR (2005, 2009, 2013) han sido utilizados como fuente de información para distintos proyectos de investigación, sin embargo creemos que todavía quedan aspectos centrales por explorar, sobre todo en relación con la posibilidad de triangulación de dichos datos con otras encuestas relacionadas con estas temáticas tales como la Encuesta de utilización y gasto en servicios de salud (EUyGSS) o la Encuesta nacional de protección y seguridad social (ENAPROSS). Para más detalle sobre este tema ver Konfino et al., 2014.

de la Nación, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) y las Direcciones Provinciales de Estadística. Fue realizada con los mismos estándares metodológicos que las anteriores (2005 y 2009) a partir de un diseño muestral probabilístico y multietápico que permitió obtener información representativa a nivel nacional y provincial de la población de 18 años y más, residente en localidades de 5.000 y más habitantes. La tasa de respuesta efectiva para esta tercera edición fue del 70,7%, incluyéndose en el análisis a 32.365 personas. Las ediciones anteriores tuvieron tasas de respuesta efectivas de 86% (2005) y 79% (2009).

A partir de estos datos se realizó la descripción de las características de la población y su evolución en cuanto a acceso a atención médica y a realización de las siguientes prácticas: medición de presión arterial en el último año, medición de colesterol en el último año y medición de glucemia. A su vez, se replicó este procedimiento para el tratamiento farmacológico de hipertensión arterial, colesterol elevado y diabetes.

Las brechas, representadas a través de los denominados “prevalence ratios”², se midieron para varios subgrupos de acuerdo a niveles socioeconómicos (nivel educativo, terciles de ingreso, cobertura de salud solo pública vs obras sociales-prepagas) y a ubicación geográfica dentro de la República Argentina.

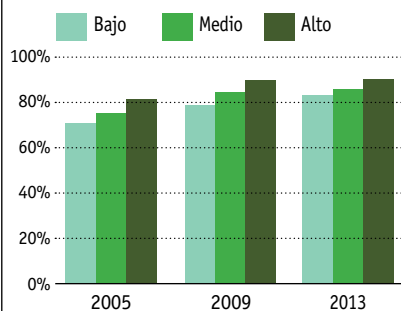
Con la información disponible se realizó un análisis descriptivo utilizando gráficos y tablas resúmenes de los resultados que permitieron presentar un estado de situación del nivel efectivo de acceso para los distintos subgrupos y años bajo análisis como así también examinar la evolución de estas prác-

2 El cociente de prevalencia o prevalence ratio es simplemente el cociente de dos prevalencias (Behrens et al., 2004), de esta manera, el prevalence ratio de ingresos es el cociente entre el nivel más alto y el nivel más bajo de ingresos.

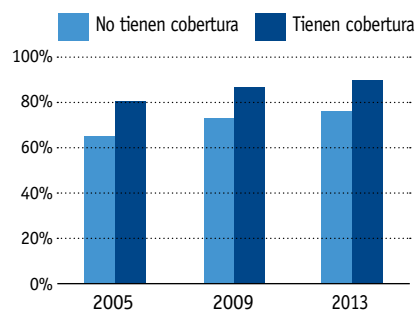
Acceso a la Atención Médica

		2005	2009	2013	Variación 2005-2013
Población Total		73,97%	82,73%	86,27%	12,30%
Nivel de ingresos	Bajo	70,48%	78,09%	82,98%	12,50%
	Medio	75,31%	84,43%	85,74%	10,43%
	Alto	80,93%	89,16%	90,03%	9,10%
	Prevalence Ratio	1,15	1,14	1,08	-0,06
Cobertura	No	64,90%	72,59%	76,02%	11,12%
	Sí	80,43%	86,81%	89,40%	8,97%
	Prevalence Ratio	1,24	1,20	1,18	-0,06

Por nivel de ingresos



Por Cobertura



Fuente: elaboración propia en base a ENFR 2005, 2009 y 2013 (MSAL).

ticas en el tiempo y para cada grupo socioeconómico, calculando ratios de prevalencia entre el nivel más favorecido y más desfavorecido para cada variable socioeconómica.

En este breve artículo se señalan algunos de los hallazgos más significativos hasta el momento. De esta manera se indicará la variación en el acceso a las prácticas preventivas y tratamientos en enfermedades cardiovasculares y diabetes de acuerdo a niveles de ingreso³ y tipo de cobertura de salud. En cada caso se resalta en azul la significatividad⁴ estadística de la variación de los resultados entre los años, la variación acumulada entre puntas

3 NOTA: Rangos de ingreso utilizados para cada año siguiendo el criterio del INDEC 2005: “Bajo” ingresos entre 0 y \$600; “Medio” entre \$601 y \$1.500; “Alto” igual o mayor a \$1.501; 2009: “Bajo” ingresos entre 0 y \$1.750; “Medio” entre \$1.751 y \$4.000; “Alto” igual o mayor a \$4.001; 2013: “Bajo” ingresos entre 0 y \$4.500; “Medio” entre \$4.501 y \$10.000; “Alto” igual o mayor a \$10.001.

4 El punto de corte para evaluar dicha significatividad es variable y puede asignarse de distintas maneras, de acuerdo a distintos criterios de significatividad. En este caso asumimos que para sea significativa la media del valor de un indicador en un período dado debe caer fuera del intervalo de confianza del mismo indicador en el período anterior, como una estrategia conservadora por el gran tamaño muestral y la realización de comparaciones múltiples (Altman D. et al., 2000).

(2013 vs 2005) y la variación de los *prevalence ratio*.

Acceso a la atención médica

Esta variable fue definida como el uso de servicios de salud en los últimos 30 días, excluyendo a aquellos que no los utilizaron pero no tuvieron la necesidad de hacerlo. El acceso a la atención médica aumentó significativamente para toda la población en general en los tres años analizados. También se observa un aumento estadísticamente significativo en el acceso para cada uno de los niveles de ingreso hasta el año 2009. Sin embargo, analizando los niveles iniciales y finales para cada segmento de ingresos se ve claramente que el acceso a la atención médica en el 2009 para el segmento de ingresos bajos no llega a equiparar el porcentaje de acceso de las personas pertenecientes al nivel más alto de ingresos de cuatro años atrás, y que en el 2013, apenas logra superar el 81% inicial para este segmento.

Del análisis según cobertura médica surge una indudable mejora en el acceso para aquellos que poseen cobertura explícita, Obras Sociales (OS) o

seguros privados de salud acercándose a un aumento de 9 pp entre 2005 y 2013. En cambio, entre aquellos que tienen sólo cobertura pública, el cambio resulta significativo estadísticamente sólo entre 2005 y 2009, incrementándose aproximadamente 8 pp para luego disminuir su crecimiento.

Hipertensión: control y tratamiento

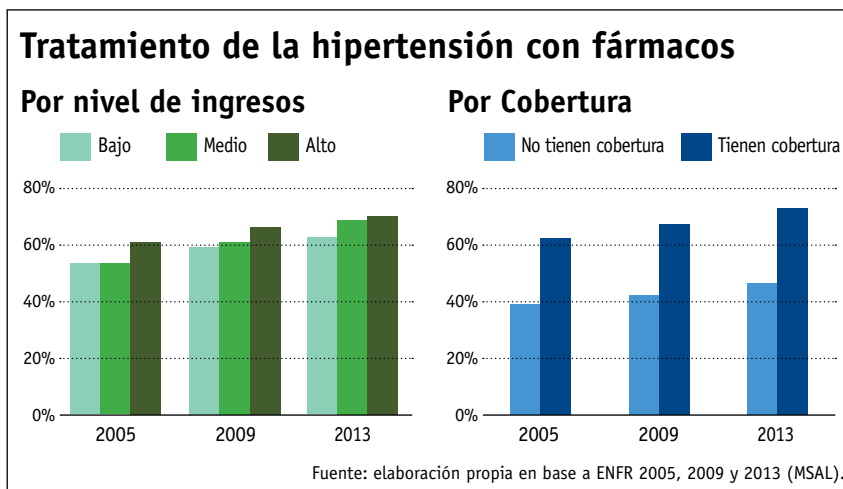
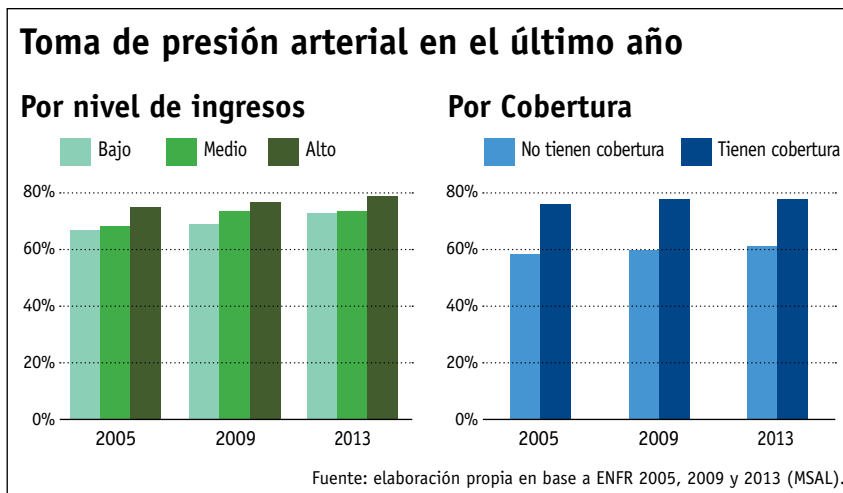
Definida como el porcentaje de personas que declaran haberse medido la presión en el último año, la tasa de medición de la presión arterial ha tenido entre 2005 y 2013 un avance llamativamente reducido, tanto a nivel de la población total como para los distintos niveles de ingreso, encontrándose, para todos los períodos, en valores cercanos al 70%. En consecuencia, la brecha por niveles de ingreso no se ha modificado. Los resultados difieren si se realiza en

análisis por cobertura médica, para cuya variable se observa que entre 2009 y 2013 aumentó levemente el porcentaje de personas que se toman la presión arterial dentro del grupo de personas con cobertura de salud pública, siendo la diferencia estadísticamente significativa. Durante todo el período (2005 a 2013) no se redujo la brecha de acuerdo a cobertura, siendo la medición cerca de 30% mayor en términos relativos en la población con cobertura explícita. Estos resultados merecen particular atención dada la relevancia de esta práctica, ya que la hipertensión arterial es una de las principales causas de carga de enfermedad, explicando en nuestro país cerca de 40.000 muertes anuales (D. Ferrante, 2013).

En cuanto al tratamiento de la hipertensión (HTA) con fármacos respecto de otro tipo de tratamiento o de hipertensos que no tratan la enferme-

dad, se observa un aumento estadísticamente significativo en el acceso para el total de la población (10 pp en la variación punta a punta). Aun así, los niveles de tratamiento son bajos y la variación ha sido similar en todos los subgrupos analizados, no presentando las brechas de acceso a los mismos una mejora en el período bajo análisis en ninguno de los criterios utilizados (niveles de ingresos y tipo de cobertura).

Este último punto merece especial atención. Es de fundamental importancia resaltar la persistencia de la brecha en el tratamiento de la HTA. Se destaca particularmente que la brecha en el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial de acuerdo a nivel de cobertura se ha mantenido inalterada y en un nivel alto, presentando la población con cobertura más de un 50% más de población tratada. Independientemente de la significatividad estadística, la relevancia de prestar especial atención en la evolución de la brecha en acceso al tratamiento farmacológico de la HTA, radica en que 1 de cada 3 argentinos sufren de esta enfermedad crónica que causa 40.000 muertes anuales, entre 20-30% de los infartos y cerca del 50% de los ACV, diálisis, etc. (D. Ferrante, 2013). Dado que el tratamiento farmacológico de la HTA reduce cerca del 40% estos riesgos y que afecta a una considerable cantidad de personas en el país, la reducción de la desigualdad en el acceso al tratamiento de la HTA se erige como en una de las cuestiones de salud de mayor impacto a nivel poblacional. Si bien en los últimos años se han diseñado estrategias para la reducción de la brecha, como por ejemplo la distribución de antihipertensivos a través del Programa Remediar, estos esfuerzos deberían profundizarse. De hecho, si la población sin cobertura tuviera la misma proporción de hipertensos tratados que aquellos que



sí cuentan con cobertura, podrían evitarse unas 5000 muertes por año.

Hipercolesterolemia: control y tratamiento

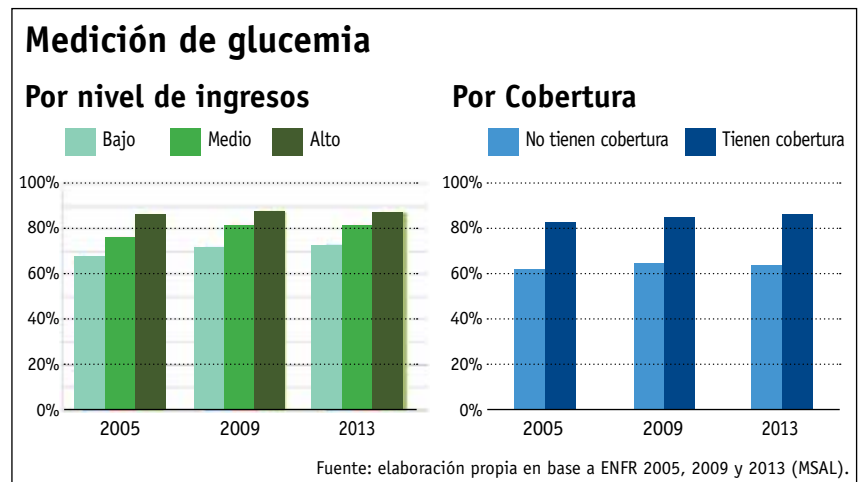
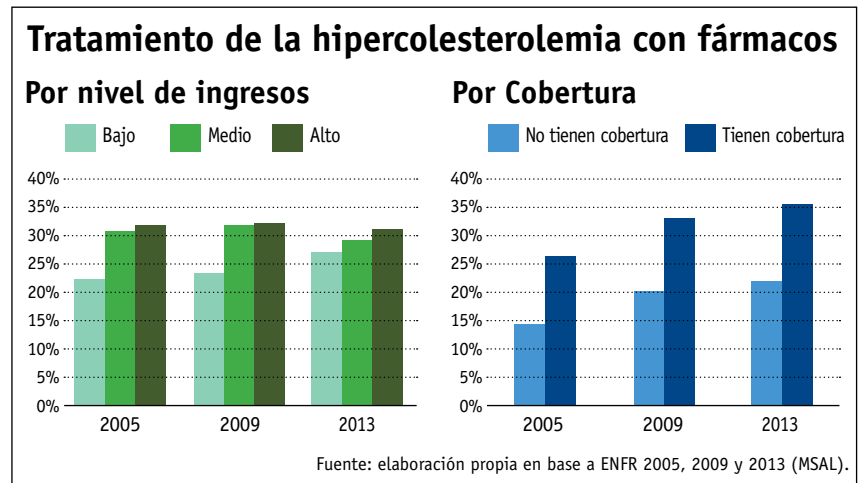
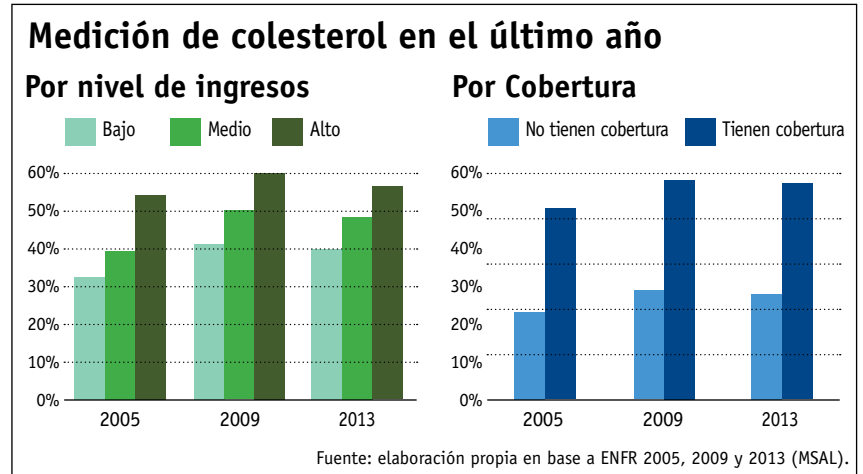
Se observa a nivel poblacional una tendencia positiva en la evolución del porcentaje de población con medición del colesterol en el último año, aunque las diferencias son significativas estadísticamente únicamente para el período 2005-2009. Particularmente se observan en estos años cambios significativos en los niveles de ingreso bajo y medio, donde la medición del colesterol aumentó 8,74 pp y 10,79 pp, respectivamente.

En cuanto a la cobertura de salud, se nota una mejora en la medición de colesterol en todo tipo de cobertura. Sin embargo, sólo se observa una ligera reducción de la brecha en el acceso por lo que persiste el doble de realización de esta práctica en la población con cobertura explícita.

Entre 2005 y 2009 se evidencian mejoras estadísticamente significativas en las variables proxy de acceso al tratamiento del colesterol elevado con fármacos tanto para los niveles bajos y medios de ingresos como para las personas con cobertura explícita, que aumentaron casi en 7 pp su acceso. El aumento del porcentaje de acceso al tratamiento de la hipercolesterolemia en los niveles más bajos de ingresos ha permitido la reducción de la brecha de acceso durante el período 2005-2013. Contrariamente, el aumento de dicho tratamiento en las personas que sólo tienen cobertura pública no resulta estadísticamente significativo, manteniéndose una brecha en el acceso según cobertura relevante durante todo el período.

Diabetes: control y tratamiento

Aunque se observa una leve mejora en la medición de glucemia en la población total, y la esperada relación



positiva entre ingresos y acceso a la medición, no se observan cambios relevantes en los porcentajes en ninguno de los niveles de ingreso, a excepción del aumento en los niveles medios en el período 2005-2009. Dado que durante el período los valores se mantuvieron prácticamente estables, la brecha persiste. Dicho esto, vale detenerse a observar en la tabla un ejemplo claro de persiste en la desigualdad en el

acceso: aún con el salto estadístico de mencionado, el porcentaje de los niveles medios no logra alcanzar en 2013 los porcentajes de acceso a la medición de glucemia que las personas de ingresos ya alcanzaban ocho años antes. Lo mismo sucede en el caso de la variable de cobertura. Desde 2005 a 2013 se mantuvo la brecha en el acceso a la medición de glucemia de acuerdo al nivel de cobertura, ya que no hubo cambios

estadísticamente significativos en ningún caso. Nuevamente, el porcentaje de acceso de las personas sin cobertura explícita luego de casi una década, sigue sin acercarse a los obtenidos por aquellos que sí la tienen.

Respecto del acceso al tratamiento de la diabetes con fármacos, si bien se observa una reducción leve de la brecha de acuerdo al nivel de ingresos, las diferencias no resultan estadísticamente significativas, a excepción del aumento de aproximadamente 10 pp en el nivel medio de ingresos para el período 2009-2013.

En cuanto a la brecha de tratamiento de la diabetes con fármacos de acuerdo a cobertura parece haber una tendencia positiva en el período de análisis, aunque la única diferencia significativa a nivel estadístico es el aumento de 8,6 pp en el grupo con cobertura explícita entre 2005 y 2009.

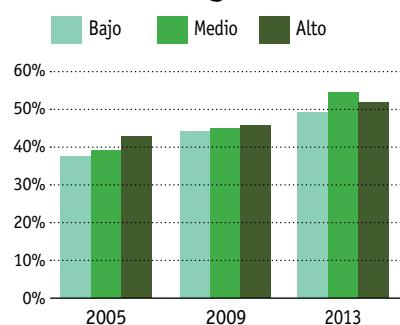
Algunos comentarios preliminares

El análisis de los microdatos de las ENFR 2005, 2009 y 2013 permite investigar la evolución de las brechas de acceso a la atención médica en general, y en particular las brechas de acceso a prácticas preventivas y de tratamiento de enfermedades cardiovasculares y diabetes, tanto a nivel poblacional como por distintas variables dependientes. Luego de un primer análisis y tomando en consideración las limitaciones que estos datos tienen pueden arriesgarse algunos comentarios preliminares. En primer lugar se observa que a pesar de que en algunos casos hubo mejoras (tomando la población en general) en el período evaluado, se han mantenido y hasta incrementado las brechas entre las poblaciones más desfavorecidas y las más favorecidas en cuanto al acceso al diagnóstico y el tratamiento de los principales factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y diabetes.

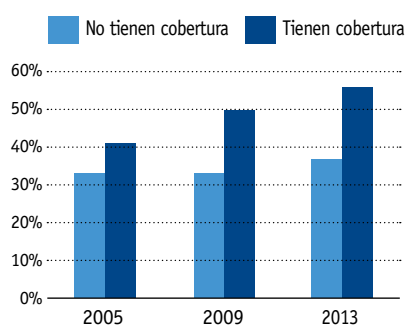
Es de fundamental importancia re-

Tratamiento de diabetes con fármacos

Por nivel de ingresos



Por Cobertura



Fuente: elaboración propia en base a ENFR 2005, 2009 y 2013 (MSAL).

saltar la persistencia de la brecha en el tratamiento de la HTA. Se destaca particularmente que la brecha en el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial de acuerdo a nivel de cobertura se ha mantenido inalterada y en un nivel alto. La brecha en acceso al tratamiento farmacológico de la HTA se vuelve sumamente relevante por ser la de mayor impacto poblacional, con una prevalencia de 1/3 en los argentinos y porque dicha enfermedad provoca 40.000 muertes anuales, entre 20 y 30% de los infartos y cerca del 50% de los ACV, diálisis, etc. Reducir la brecha de acceso al tratamiento de la HTA podría evitar unas 5000 muertes por año.

Este primer acercamiento descriptivo a los datos que aquí se comparten constituyen el punto de partida para un

análisis más detallado y pormenorizado de estos temas, que permita evaluar con mayor profundidad la compleja relación causa y efecto de estas asociaciones. El proyecto propone continuar en esta línea con la realización de regresiones logísticas, con ajustes de potenciales confundidores, utilizando términos de interacción.

En síntesis, la persistencia de estas brechas nos impone el desafío de repensar nuestro sistema de salud, en especial la atención primaria. La epidemia de las enfermedades crónicas no transmisibles constituye una amenaza no sólo para los sistemas de salud, sino para nuestro desarrollo como país. Nuestros servicios de salud deben adaptarse rápidamente para afrontar a estos desafíos, en especial en nuestra población más vulnerable. [U](#)

Referencias

- Altman, D. G., Machin, D., Bryant, T. N., and Gardner, M. J. (2000) *Statistics with Confidence: Confidence Intervals and Statistical Guidelines*, 2nd edition. London: British Medical Journal.
- Behrens T, Taeger D, Wellmann J, Keil U. (2004), "Different methods to calculate effect estimates in cross-sectional studies. A comparison between prevalence odds ratio and prevalence ratio", *Methods Inf Med.*; 43(5):505-9.
- Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas Vitales. Ministerio de Salud de la Nación, República Argentina, 2013.
- Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005, 2009 y 2013, Resúmenes ejecutivos. Ministerio de Salud de la Nación, República Argentina.
- Ferrante D, Konfino J, Linetzky B, Tambussi A, Laspiur S. (2013), "Barriers to prevention of cardiovascular disease in primary care settings in Argentina", *Rev Panam Salud Pública.* 2013 Apr; 33(4):259-66.
- Konfino J, De Maio F, Ondarsuhu D, Ferrante D, Laspiur S. Evidencia generada a partir de las encuestas nacionales de factores de riesgo de Argentina: revisión de la literatura. *Rev. Argent Salud Pública.* 2014; Dic;5(21):7-13.
- Linetzky B, De Maio F, Ferrante D, Konfino J, Boissonnet C. (2013), "Sex-stratified socio-economic gradients in physical inactivity, obesity, and diabetes: evidence of short-term changes in Argentina", *Int J Public Health.* 2013 Apr;58(2):277-84.