

Factores de riesgo de enfermedades no transmisibles en el municipio Sucre, estado Miranda, 2013*

JORGE LUIS DÍAZ RAMÍREZ**

pp. 111-130

Resumen

En este trabajo se presenta los resultados de un estudio descriptivo sobre factores de riesgo de enfermedades no transmisibles en el municipio Sucre del estado Miranda, en el año 2013. Se selecciona una muestra aleatoria simple y se aplica un cuestionario de administración dirigida. Los factores de riesgo con mayor prevalencia se corresponden con el sedentarismo, alimentación inadecuada, obesidad y sobrepeso. Estos factores se presentan mayoritariamente en personas pobres, sin estudios secundarios completos, menores de cuarenta años, del sexo masculino, y con limitaciones en su entorno social para mejorar su calidad de vida. Adicionalmente, se identifica que los consumidores de alcohol y tabaco son grupos altamente vulnerables. Con base en los resultados, se desarrollan estrategias para estructurar políticas públicas en la materia.

Palabras clave

Factores de riesgo/ enfermedades no transmisibles/ Venezuela

Abstract

This paper presents the results of a descriptive study carried out on a randomized sample in the borough of Sucre, the largest of Caracas metropolitan area, in 2013, where a questionnaire targeted delivery applies. The study was aimed to identify the risks factors for non communicable diseases, taking into account demographic, socio-economic and environmental variables. The analysis shows that obesity, overweight and sedentary life styles are significantly associated to poverty, lack of education, gender and age. More than a half of target population have social environment limitations to improve their quality of life. Additionally, it is identified that alcohol consumers and snuff are highly vulnerable groups. Based on the results, strategies are developed to structure public policies in this area.

Key words

Risk factors/ Non-Communicable Diseases/ Venezuela

* Artículo basado en el trabajo de grado de maestría homónimo, aprobado el 27 de marzo de 2015 con calificación *Excelente* en el Centro de Estudios del Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela, Cendes-UVC.

** Político, Director Ejecutivo de Convide AC.

Correo-e: jld.ucv@gmail.com

Introducción

Las enfermedades no transmisibles, tales como la Hipertensión Arterial, la Hipercolesterolemia y la Diabetes, figuran entre las principales causas de muerte a nivel mundial, regional y nacional (OMS, 2012). Se sabe que los principales factores de riesgo que generan estas patologías son los estilos de vida, como el hábito de fumar, ingerir alcohol abusivamente, alimentarse de forma inadecuada y no realizar actividades físicas (Ezzati y Riboli, 2013).

La mejor forma de conocer el estado de los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles es a través de la aplicación de encuestas periódicas por muestreo de amplio margen, ya que a través de ellas se conoce su incidencia en la población sana antes de la aparición de las patologías crónicas.

Venezuela es uno de los muchos países donde no se han realizado estudios de este tipo en ningún nivel, sea nacional, regional o municipal. La información que se dispone es de carácter administrativo, recolectada en los centros de salud a partir de datos proporcionados por los pacientes en consulta y de forma muy rudimentaria.

Por tal motivo, este trabajo pretende estudiar la situación de los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles tales como Hipertensión Arterial, Hipercolesterolemia y Diabetes en los habitantes del municipio Sucre del estado Miranda, en el año 2013. Para ello, se vincula la presencia de estos factores de riesgo con las dimensiones demográficas, socioeconómicas y del entorno social de la población.

Vigilancia de las enfermedades no transmisibles como base para el diseño de Políticas Públicas de Salud

Toda política pública efectiva en materia sanitaria debe partir de un diagnóstico exhaustivo de la situación de salud de la población objetivo. Para ello, es necesario conocer de buena fuente la información acerca de, al menos, dos elementos primordiales: de qué mueren las personas (mortalidad por causas) y de qué se enferman (morbilidad). El conocimiento de lo anterior permite identificar las posibles causas y así estar en condiciones óptimas para diseñar medidas tendientes a prevenir y restablecer la salud de la población.

Las enfermedades se constituyen como procesos que se desencadenan «ante una agresión externa de mayor o de menor duración» (Toledo, 2005: 48). Dependiendo de la naturaleza de estas agresiones y de su permanencia, se clasifican los estados patológicos en enfermedades transmisibles o agudas, y en no transmisibles o crónicas. Las primeras se refieren a episodios de daño rápido en poco tiempo y se transmiten por medios de agentes infecciosos, mientras que las segundas se extienden a lo largo del tiempo, no se transmiten y, en su mayoría, son degenerativas.

Dada la rapidez de los daños que producen las enfermedades transmisibles agudas, las políticas de salud han concentrado sus esfuerzos generalmente en atacarlas, descuidando

el efectivo control de las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT). Este hecho trae como consecuencia que, para 2008, alrededor del 63 por ciento de las defunciones a nivel mundial estuvo asociado a ENT, figurando entre ellas las cardiovasculares (48 por ciento), neoplasias (21 por ciento), enfermedades respiratorias crónicas (12 por ciento) y diabetes (4 por ciento) (OMS, 2012). Además, de acuerdo a la misma fuente, se estima que para el 2030, las mencionadas enfermedades alcanzarán la cifra promedio de 55 millones de defunciones al año en el mundo.

América Latina no escapa de esta realidad, por el contrario, es una de las regiones más afectadas por esta situación. Solo en el 2010, 77 por ciento de las causas de muerte fueron atribuidas a ENT.¹

El caso de Venezuela es cónsono con la tendencia mundial y continental. En el Anuario de Mortalidad del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS, 2012a) de 2010, las ENT figuraron entre las primeras cinco causas de muerte en el país, destacando las enfermedades del corazón (21 por ciento), cáncer (15 por ciento), enfermedades cerebro-vasculares (8 por ciento), diabetes (7 por ciento) y otras enfermedades no transmisibles (4 por ciento). Si se suma la participación de estos padecimientos en la mortalidad general, se obtiene que representaron el 55 por ciento de las causas de muerte a nivel nacional. En otras palabras, la mayoría de los venezolanos muere debido a afecciones crónicas.

Ante tal escenario, se han llevado a cabo importantes acciones para mejorar esta problemática, sobre todo desde organismos internacionales. En 1997, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), siguiendo el ejemplo de la iniciativa europea Cindi (Countrywide Integrated Non-communicable Disease Interventions), creó la Red Conjunta de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No Transmisibles (Carmen), con el fin de promover la prevención de las enfermedades no contagiosas en América Central y del Sur. A partir de esta iniciativa regional, la OPS presentó en 1999 el Programa para Enfermedades No Transmisibles, el cual impulsó la Propuesta de Red de Vigilancia de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles (OPS, 1999).

Desde la creación de esta propuesta, la OPS ha incentivado a los países miembros a desarrollar políticas de salud conducentes a disminuir los factores de riesgo, más que a dedicarse exclusivamente a atender los episodios patológicos; es decir, se plantea priorizar la prevención sobre la curación. En este sentido, los Estados deben asumir en la concepción de sus políticas públicas una estrategia basada en factores de riesgo para la prevención de ENT, con el fin de reorientar las intervenciones de política sanitaria más hacia las causas que hacia los efectos.

¹ Observatorio Regional de Salud de la Organización Panamericana de la Salud, 2011.

Ahora bien, para un desarrollo óptimo de esta estrategia, es necesaria una información epidemiológica actualizada, que determine la prevalencia y tendencia de las principales causas de las enfermedades en cuestión, las cuales son generalmente, según Toledo (2005), de tipo conductuales (alimentación inadecuada, sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo), biológicas (dislipidemia, hipertensión, sobrepeso, antecedentes familiares) y sociales (ámbito socioeconómico y cultural).

Adicionalmente, una estrategia como la planteada requiere de una información periódica que sea obtenida directamente en el campo y no a través de los registros administrativos de los centros de salud, ya que el objetivo es conocer con anticipación los factores que pudieran poner a las personas en riesgo de padecer alguna enfermedad no transmisible, a fin de implementar medidas que prevengan estos estados patológicos.

En este contexto, las encuestas periódicas de factores de riesgo se constituyen como el sistema de vigilancia más adecuado, ya que permiten conocer, de primera fuente, la situación de salud de la población en un corto plazo, facilitando el diseño de políticas especiales basadas en la mejor evidencia disponible. Para ello, el Programa de Red de Vigilancia de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles de la OPS, diseñó consensualmente una metodología estándar de encuesta periódica de vigilancia epidemiológica, con el objeto de agilizar su aplicación en los países miembros (OPS, 1999).

Sin embargo, metodologías de este tipo no se habían ejecutado en el país. Lo más cercano a ello habían sido los estudios médicos de prevalencia e incidencia de enfermedades o grupos de enfermedades específicas, realizados por instituciones académicas del área de la medicina, como ejercicios de salud pública. Estos estudios son de carácter meramente médico y, en consecuencia, están muy distantes de lo que una encuesta periódica refiere, dado que esta última no considera a las intervenciones médicas dentro de su estructura, sino que se basa en cuestionarios orales, en vista del amplio espectro de la población a la que se dirige.

Aunado a ello, la información epidemiológica oficial que se dispone en el país proviene exclusivamente de los registros administrativos de los centros de salud y, como se ha explicado anteriormente, esta información no permite realizar un seguimiento efectivo de los factores en cuestión (MPPS, 2011). En este sentido, se puede sostener que en Venezuela no existía un conocimiento sistemático de los factores de riesgo de las ENT al menos en un nivel local o municipal.

Ante esta panorámica, las interrogantes que orientan esta investigación, son: ¿cuáles son los factores de riesgos de las ENT en el país? Y conociendo estos factores ¿En qué estado se encuentran? Para así responder finalmente ¿cómo se relacionan estos factores con las características demográficas, socioeconómicas y del entorno social de la población?

Para darle viabilidad a la resolución de esta problemática, en vista de los limitados recursos con que este trabajo contaba, se limitó a un contexto menos amplio que el na-

cional. Es por esta razón que esta empresa investigativa se centra en estudiar los factores de riesgos de las ENT en un municipio venezolano: el municipio Sucre del estado Miranda. Esto se debe, principalmente, a que este municipio es uno de los pocos en el país que ha privilegiado las acciones preventivas sobre las curativas como lineamiento fundamental de su política de salud. Los planes preventivos que adelanta la Alcaldía, mejor conocidos como Planes Progresas, son muestra de ello, los cuales se descomponen en once programas que atienden áreas como alimentación, educación, deporte e infraestructura.

En materia de salud, se cuenta con el Programa Chequéate y Progresas, que está dirigido a dar atención a pacientes con enfermedades crónicas como Hipertensión Arterial, Diabetes y Colesterol Elevado, así como a prevenir su expansión (Alcaldía del municipio Sucre, 2011).

A pesar de estas importantes iniciativas, la Alcaldía del Municipio Sucre presenta dificultades para llevar adelante una efectiva vigilancia epidemiológica en la materia, ya que la información que recoge mediante registro continuo de su red ambulatoria es principalmente de morbilidad general, sin considerar factores de riesgo. Adicionalmente, este registro administrativo no tiene un alcance representativo de la población local, dado que sólo el 2 por ciento de los residentes de la entidad acuden a los centros municipales de salud (Funindes, 2010).

Debido a este sub-registro de información epidemiológica, el Plan Chequéate y Progresas carece de datos periódicos de los factores de riesgo de las patologías a las cuales va dirigido y, por consiguiente, no dispone de cifras específicas que permitan definir las magnitudes y alcances de sus acciones.

Por lo tanto, dada la ausencia de una eficaz vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas y el interés concreto de la Alcaldía en promover las estrategias preventivas para dichas enfermedades, esta investigación propone conocer la situación de factores de riesgos de ENT tales como Hipertensión Arterial, Diabetes e Hipercolesterolemia, con base en una encuesta transversal descriptiva a una muestra representativa de la población de la entidad local, en el año 2013.

Esta encuesta está basada en la mencionada Propuesta de Red de Vigilancia de Factores de Riesgo para Enfermedades no Transmisibles (OPS, 1999), con el fin de suministrar información, veraz y adecuada a estándares e indicadores internacionales, sobre la situación de salud de los ciudadanos del municipio Sucre.

En este sentido, esta investigación tiene como objetivo estudiar la presencia de factores de riesgo asociados a Hipertensión Arterial, Diabetes e Hipercolesterolemia en ciudadanos mayores de 18 años, residentes del municipio Sucre del estado Miranda, en el año 2013, contribuyendo de este modo con el diseño e implementación de políticas sociales municipales de salud en la entidad local. El análisis de los factores de riesgo se realiza considerando las características demográficas, socioeconómicas y del entorno social de la población.

Diseño metodológico

Siguiendo lo planteado por Hernández, Fernández y Baptista (2006), esta investigación sigue un diseño no experimental, ya que las variables en estudio no son manipuladas, sino que simplemente se observan tal como se manifiestan en su realidad. En este caso, siendo los factores de riesgo de ENT las variables dependientes, la investigación se limita a observar, para luego describir su comportamiento en una población y tiempo determinados.

Al ser una observación puntual en el tiempo, este estudio toma como estrategia metodológica a los diseños no experimentales transversales, entendidos éstos como la recolección de datos en un tiempo único. Del mismo modo, al tratarse de una descripción de fenómenos sociales sin influir en su comportamiento, la investigación asume el diseño transversal descriptivo.

La encuesta se constituye como la técnica de recolección más idónea para esta investigación, dado que permite obtener información de un colectivo amplio, utilizando procedimientos estandarizados de interrogación con intención de obtener mediciones cuantitativas de una gran variedad de características objetivas y subjetivas de la población (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

En esta encuesta se utiliza la modalidad de entrevistas orales y presenciales, de modo que los encuestados responden a las interrogantes realizadas por un encuestador directamente en el campo. Las funciones de encuestador fueron realizadas enteramente por el autor de esta investigación.

La población objeto de estudio se corresponde con los habitantes mayores de 18 años del municipio Sucre del estado Miranda. Dicho entidad local tiene una población 600.351 habitantes (INE, 2011), de los cuales 432.406 son mayores de 18 años. Es decir, la población objetivo representa 72 por ciento de la población general del Municipio.

En cuanto al muestreo, se tomó una muestra probabilística aleatoria simple, a fin de dar la misma probabilidad de escogencia a todos los elementos de la población. El cálculo del tamaño de la muestra se realizó en el mes de marzo de 2012. Para este cálculo se usó un nivel de confianza de 95 por ciento, un error estándar de 5 por ciento y un nivel de heterogeneidad de 50 por ciento. El tamaño de la muestra resultante fue de 384 habitantes mayores de edad del municipio Sucre.

Con respecto al marco muestral, se trabajó con un mapa catastral del Municipio. Este mapa divide a la entidad en 37 zonas, las cuales se subdividen a su vez en 233 sectores, distribuidos en 5 parroquias: Petare, Leoncio Martínez, La Dolorita, Caucagüita y Filas de Mariche. Al mismo tiempo, el mapa codifica las calles y avenidas, permitiendo de este modo la selección al azar del punto donde se escogen los casos de la muestra. Para la selección de los casos muestrales se utilizó una estratificación polietápica: i) por sexo y ii) por grupo etario.

El instrumento utilizado para recolectar datos se corresponde con un cuestionario, basado en el modelo propuesto por la Red de Vigilancia de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles de la OPS, adaptado al contexto de la situación nacional, regional y local.

Al tratarse de un estudio con múltiples variables, se tomaron modelos de test validados y reconocidos internacionalmente para cada área de estudio. Algunos test fueron adquiridos del mencionado modelo y otros fueron incorporados a sugerencia de expertos en la materia, con el fin de dar mayor integridad a los resultados.

En este sentido, el cuestionario desarrollado para esta investigación comprende preguntas cerradas y abiertas, con respuestas previamente codificadas en el caso del primer tipo de preguntas. Este instrumento tiene una totalidad de 50 preguntas, distribuidas en 5 secciones, a saber:

1. Datos demográficos. En esta sección se interroga sobre el sexo, la edad y la parroquia.
2. Datos socioeconómicos. La sección tiene como propósito cuestionar sobre la estratificación social, la ocupación y el nivel de instrucción de los encuestados. Para esta sección se emplea el modelo de estratificación de Graffar-Méndez Castellano (BCV, 2007), las categorías de ocupación de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (INEC, 1997) y la nomenclatura de grado de instrucción del INE (2011).
3. Información biológica. Este segmento indaga sobre los antecedentes familiares de los entrevistados, sus datos antropométricos y su condición y percepción de salud. Para esta parte se usan las preguntas propuestas por la Red de Vigilancia de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles de la OPS (1999).
4. Información de hábitos. El segmento interroga sobre las diversas actitudes de los entrevistados de acuerdo a varios factores conductuales, tales como el consumo de alcohol, tabaquismo, alimentación y sedentarismo. Los modelos de pregunta utilizados se corresponden con:
 - a. En el caso del alcohol, se aplica el cuestionario de CAGE (Ewing, 1984).
 - b. Para el tabaquismo y sedentarismo, las preguntas son tomadas del cuestionario de la Red de Vigilancia de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles de la OPS (1999).
 - c. Y con respecto a la alimentación, las preguntas se obtienen del modelo propuesto por Garau (2011).
5. Información sobre las Condiciones del Entorno Social. En la última sección se investiga sobre las limitaciones para acceder a los servicios sociales por parte de los encuestados. Las preguntas para medir estas variables son tomadas del modelo de evaluación de servicios sociales de Convite (2007).

Antes de su aplicación, este cuestionario fue validado por un grupo de expertos, quienes ayudaron en su mejoramiento y adaptación.

El trabajo de campo tuvo lugar durante el mes de julio del año 2013. Se contó con la asistencia del personal de la Dirección de Salud de la Alcaldía del municipio Sucre en el traslado y reconocimiento de los sectores a encuestar, permitiendo de esta manera el fácil acceso a la zona y la colaboración de las comunidades con la actividad.

Para la tabulación de los datos se contó con la ayuda del programa informático Statistical Package for the Social Sciences, SPSS®.

Perfil de la población estudiada

Antes de mostrar los resultados y conclusiones, es preciso describir brevemente las características sociales y económicas de la entidad objeto de estudio, con el fin de proporcionar una idea clara del tipo de población abordada, facilitando así la lectura de los resultados que se presentarán más adelante.

El municipio Sucre del estado Miranda se caracteriza por ser el segundo municipio más poblado del país y el primero de su estado, representando el 22 por ciento de la población mirandina (Gobernación de Miranda, 2009).

En relación con la situación socioeconómica, este municipio se distingue por tener una tasa de desempleo superior a la media nacional, ubicada en un 25 por ciento; además, el 48 por ciento de la población económicamente activa, tiene una ocupación informal (INE, 2011).

Acerca de la situación de pobreza, la población local es una de las que más sufre este flagelo en el país. De acuerdo con el INE (2011), el 40 por ciento de los hogares manifiestan tener necesidades básicas insatisfechas. Asimismo, Sucre tiene la mayor proporción de personas que viven en barriadas pobres o muy pobres, conformando la totalidad de 1.465 barrios, agrupados en más de 70 núcleos barriales (Sánchez, 2006 c.p. Pirona, 2006).

El municipio Sucre se divide en cinco parroquias: Petare, La Dolorita, Filas de Mariche, Caucagüita y Leoncio Martínez. Las diferencias socioeconómicas, geográficas, de acceso a servicios públicos y sociales entre dichas parroquias representan la heterogeneidad que distingue a la entidad, convirtiéndola en una de las más complejas del país para su gobierno y estudio. La Parroquia Petare es la más habitada del Municipio y es considerada como la segunda con mayor densidad de población de América Latina, además, cuenta con el barrio popular del continente de mayor tamaño: José Félix Rivas (Pirona, 2006). Las parroquias La Dolorita, Filas de Mariche y Caucagüita, además de tener características socioeconómicas similares a Petare, se caracterizan por presentar dificultades de acceso y de disponibilidad de servicios. En contraste, la parroquia Leoncio Martínez se distingue por concentrar una población con mejores condiciones socioeconómicas y disponer de mejores servicios (Oficina de Análisis Estratégico del Municipio Sucre, 2009).

Resultados y conclusiones

En cuanto a los aspectos demográficos

1. La mayoría de las personas con factores de riesgo de ENT (PFREN) son hombres. Sólo en el caso del sedentarismo, las mujeres resultan ser mayoría (53 por ciento). En el resto de los factores, los hombres representan la mayor parte de los casos: antecedentes familiares (54 por ciento), sobrepeso y obesidad (54 por ciento), alimentación poco saludable (53 por ciento), consumo de alcohol (65 por ciento) y tabaquismo (66 por ciento), tal como se aprecia en la tabla 1:

Tabla 1

Distribución por sexo

	Hombre %	Mujer %
Antecedentes familiares	54	46
Sobrepeso y obesidad	54	46
Alimentación inadecuada	53	47
Consumo de alcohol	65	35
Tabaquismo	66	34
Sedentarismo	47	53

2. La mayor parte de las PFREN son menores de 40 años. En 5 de los 6 factores de riesgo en estudio, el grueso de la población tiene entre 18 y 39 años. Los cinco factores son: antecedentes familiares (58 por ciento), sobrepeso y obesidad (57 por ciento), alimentación poco saludable (68 por ciento), consumo de alcohol (52 por ciento) y sedentarismo (57 por ciento). El único factor donde los jóvenes no son la mayoría es el tabaquismo, donde las personas con más de 39 años representan el 51 por ciento de los casos (tabla 2).
3. Las PRFEN viven principalmente en las parroquias con mayores dificultades económicas y sociales: Petare y La Dolorita. Dado que estas parroquias son las más habitadas del Municipio, probabilísticamente es natural que la mayoría de los casos estudiados estén residenciados en ellas, tal como se puede apreciar en la tabla 3. En los análisis de cada factor de riesgo se observó dicha distribución: antecedentes familiares (78 por ciento), sobrepeso y obesidad (79 por ciento), alimentación poco saludable (79 por ciento), consumo de alcohol (93 por ciento), tabaquismo (79 por ciento) y sedentarismo (78 por ciento).

Tabla 2

Distribución por grupos etarios

	18-29 años %	30-39 años %	40-59 años %	60 años o más %
Antecedentes familiares	33	25	35	7
Sobrepeso y obesidad	30	27	34	9
Alimentación inadecuada	44	24	22	10
Consumo de alcohol	33	19	27	21
Tabaquismo	29	20	28	23
Sedentarismo	35	22	30	13

Tabla 3

Distribución por parroquias

	Petare %	Leoncío Martínez %	La Dolorita %	Caucagüita %	Filas de Mariche %
Antecedentes familiares	65	11	13	8	4
Sobrepeso y obesidad	66	13	13	5	3
Alimentación inadecuada	65	8	14	7	6
Consumo de alcohol	81	1	12	5	1
Tabaquismo	71	13	8	5	3
Sedentarismo	66	6	12	10	6

Con respecto a las condiciones socioeconómicas

1. Las PFREN pertenecen en su mayoría a los estratos socioeconómicos más pobres. En los seis factores de riesgo contemplados es una constante que el mayor número de PFREN forme parte de los estratos IV y V: antecedentes familiares (42 por ciento), sobrepeso y obesidad (47 por ciento), alimentación poco saludable (41 por ciento), consumo de alcohol (63 por ciento), tabaquismo (41 por ciento) y sedentarismo (46 por ciento) (tabla 4).
2. Mayoritariamente, las PFREN tienen un empleo estable y remunerado. Se comprueba que, en cinco de los seis factores de riesgo analizados, las personas ocupadas representan la mayoría de las PFREN: antecedentes familiares (59 por ciento), sobrepeso y obesidad (53 por ciento), alimentación poco saludable (58 por ciento), tabaquismo

(49 por ciento) y sedentarismo (51 por ciento). Sólo en el caso de los consumidores de alcohol, los desocupados representan la mayoría (52 por ciento) (tabla 5).

Tabla 4

Distribución según estrato socioeconómico

	I y II %	III %	IV y V %
Antecedentes familiares	24	34	42
Sobrepeso y obesidad	24	29	47
Alimentación inadecuada	25	36	41
Consumo de alcohol	11	26	63
Tabaquismo	29	30	41
Sedentarismo	22	31	47

Tabla 5

Distribución según ocupación

	Ocupada %	Desocupada %	Inactiva %
Antecedentes familiares	58	30	12
Sobrepeso y obesidad	53	34	13
Alimentación inadecuada	58	26	16
Consumo de alcohol	38	52	10
Tabaquismo	50	43	7
Sedentarismo	51	30	19

- La mayoría de las PFREN no tiene estudios secundarios completos. Cuando se analiza la información sobre el nivel de instrucción, se advierte que la parte más numerosa de las PFREN está compuesta por individuos que no superaron la primaria o la secundaria, incluyendo a los que no saben leer ni escribir. Este patrón se observa en el análisis de los seis factores en cuestión, siguiendo los datos mostrados en la tabla 6: antecedentes familiares (57 por ciento), sobrepeso y obesidad (67 por ciento), alimentación poco saludable (56 por ciento), consumo de alcohol (73 por ciento), tabaquismo (61 por ciento) y sedentarismo (55 por ciento).

Tabla 6

Distribución según nivel de instrucción

	Con o sin estudios primarios %	Estudios secundarios incompletos %	Estudios secundarios completos %	Estudios universitarios %
Antecedentes familiares	24	33	26	17
Sobrepeso y obesidad	34	33	19	14
Alimentación inadecuada	22	33	28	17
Consumo de alcohol	47	26	17	10
Tabaquismo	38	23	23	15
Sedentarismo	27	28	27	18

Acerca de las limitaciones del entorno social

La mayor parte de las personas con factores de riesgo de Hipertensión Arterial, Diabetes e Hipercolesterolemia tiene limitaciones en su entorno social para incrementar su calidad de vida, tal como lo indica la tabla 7:

Tabla 7

Limitaciones del entorno social

	Chequeo médico %	Nivel educativo %	Vivienda nueva %	Nuevo empleo %	Transporte público %	Alimentos nutritivos %	Espacios públicos %
Antecedentes familiares	37	35	86	65	68	84	36
Sobrepeso y obesidad	37	39	76	66	67	80	38
Alimentación inadecuada	41	39	75	60	69	82	37
Consumo de alcohol	57	33	91	72	77	76	55
Tabaquismo	53	64	87	79	85	84	56
Sedentarismo	44	40	74	62	69	81	40

A partir de estos datos, se observa que:

1. *Limitaciones de salud:* La mayoría de los consumidores de alcohol (57 por ciento) y de los fumadores (53 por ciento), manifiestan obstáculos para realizar su chequeo médico.

2. *Limitaciones educativas:* Los fumadores son los únicos que reportan mayoritariamente tener inconvenientes para mejorar su nivel educativo (63 por ciento).
3. *Limitaciones habitacionales:* La mayoría de las PFREN expresa dificultades para comprar una vivienda nueva: consumidoras de alcohol (91 por ciento), fumadoras (87 por ciento), con antecedentes familiares (86 por ciento), con sobrepeso u obesidad (76 por ciento) con hábitos alimentarios poco saludables (75 por ciento), y con sedentarismo (74 por ciento).
4. *Limitaciones laborales:* Mucho más de la mitad de las PFREN manifiesta tener impedimentos para obtener un empleo en caso de requerirlo: fumadoras (79 por ciento), consumidoras de alcohol (72 por ciento), con sobrepeso u obesidad (66 por ciento), con antecedentes familiares (65 por ciento), con sedentarismo (62 por ciento) y con hábitos alimentarios poco saludables (60 por ciento).
5. *Limitaciones de movilidad:* El mayor número de PFREN considera que el transporte público de su entorno es deficiente: fumadoras (85 por ciento), consumidoras de alcohol (77 por ciento), con sedentarismo (69 por ciento), con hábitos alimentarios poco saludables (69 por ciento), con antecedentes familiares (68 por ciento) y con sobrepeso u obesidad (67 por ciento).
6. *Limitaciones alimentarias:* La mayor parte de las PFREN afirma no poder comprar alimentos altamente nutritivos como pescados, frutas y verduras por su elevado precio: fumadoras (84 por ciento), con antecedentes familiares (84 por ciento), con hábitos alimentarios poco saludables (82 por ciento), con sedentarismo (81 por ciento), con sobrepeso u obesidad (80 por ciento) y consumidoras de alcohol (76 por ciento).
7. *Limitaciones para el entrenamiento físico en espacios públicos:* Sólo las personas fumadoras (56 por ciento) y consumidoras de alcohol (55 por ciento) reportan mayoritariamente tener dificultades para ejercitarse en espacios públicos.

Se concluye que el sedentarismo, la alimentación inadecuada y la obesidad o sobrepeso son los tres factores de riesgo con mayor prevalencia en la población. Cuatro de los seis factores de riesgo analizados presentan una prevalencia mayor del 50 por ciento de los casos, siendo la insuficiente actividad física (79 por ciento), los hábitos alimentarios no saludables (75 por ciento) y el sobrepeso u obesidad (59 por ciento) los tres principales, quedando en cuarto lugar los antecedentes familiares (56 por ciento).

Aunque el consumo de tabaco y alcohol no distingue a la mayoría de la población, afecta a una buena parte de ella. A pesar de no representar más del 50 por ciento de los casos, es de interés saber que una cuarta parte (24 por ciento) consume cigarrillos, y casi una quinta parte (16 por ciento) acostumbra a ingerir alcohol de forma riesgosa, perjudicial o dependiente, siendo ambos hábitos potencialmente perjudiciales para la salud y el bienestar social, y generadores importantes de ENT.

Hallazgos adicionales

Como aporte adicional, esta investigación identifica a los grupos de alto riesgo, representados por las personas que, además de poseer un factor de riesgo, tienen otros elementos biológicos, conductuales y sociales que las colocan en una situación de especial vulnerabilidad para desarrollar alguna de las ENT examinadas. En la tabla 8, se aprecian los factores de riesgo que se encuentran asociados entre sí y las poblaciones más vulnerables:

Tabla 8

Población vulnerable con factores de riesgo de enfermedades no transmisibles

	Antecedentes familiares %	Sobrepeso y obesidad %	Alimentación inadecuada %	Consumo de alcohol %	Tabaquismo %	Sedentarismo %
Antecedentes familiares	-	58	71	29	43	78
Sobrepeso y obesidad	66	-	72	31	41	80
Alimentación inadecuada	64	57	-	26	43	82
Consumo de alcohol	73	77	80	-	61	83
Tabaquismo	72	69	85	49	-	74
Sedentarismo	70	60	78	25	48	-

Tal como lo indica la tabla anterior, las personas con antecedentes familiares, por lo general, son sedentarias (78 por ciento), tienen una alimentación inadecuada (71 por ciento) y presentan obesidad o sobrepeso (58 por ciento). En el caso de las personas con sobrepeso u obesidad, presentan mayoritariamente otros factores como sedentarismo (80 por ciento), alimentación inadecuada (72 por ciento) y antecedentes familiares (66 por ciento).

Si se observa a la población con hábitos alimentarios pocos saludables, se tiene que la mayoría son sedentarios (82 por ciento), poseen antecedentes familiares (64 por ciento) y sobrepeso/obesidad (57 por ciento). Por su parte, la población que consume de forma riesgosa alcohol presenta todos los otros factores de riesgo: sedentarismo (83 por ciento), alimentación inadecuada (80 por ciento), sobrepeso u obesidad (77 por ciento), antecedentes familiares (73 por ciento) y tabaquismo (61 por ciento).

En el caso de los fumadores, generalmente presentan cuatro de los otros cinco factores de riesgo: alimentación inadecuada (85 por ciento), sedentarismo (74 por ciento), antecedentes familiares (72 por ciento) y sobrepeso u obesidad (69 por ciento). Y con respecto a los sedentarios, se observa que la mayoría de los casos presenta factores adicionales como

alimentación inadecuada (78 por ciento), antecedentes familiares (70 por ciento) y obesidad o sobrepeso (60 por ciento).

De esta manera, se aprecia notablemente que los grupos altamente vulnerables son los consumidores de alcohol y los fumadores, dado que por lo general presentan todos o casi todos los factores de riesgo en estudio.

Adicionalmente, también se puede ver que los factores tales como sedentarismo, alimentación inadecuada, sobrepeso/obesidad y antecedentes familiares se encuentran estrechamente interrelacionados, lo que significa que la presencia de uno de estos factores va acompañada generalmente por la de los otros tres.

Con base en estos resultados, se pueden identificar tres importantes grupos: 1) los consumidores de alcohol, 2) los fumadores y 3) los sedentarios-obesos-con antecedentes familiares y alimentación inadecuada.

Este análisis permite a los tomadores de decisión focalizar las acciones y concentrar los esfuerzos, ya que distingue a las poblaciones que tienen una alta probabilidad de adquirir una enfermedad no transmisible, además de presentar las interrelaciones entre los factores, lo que facilita la implementación de medidas menos costosas y más efectivas.

Comentarios sobre el panorama nacional de las enfermedades no transmisibles

A partir de estos resultados y considerando las observaciones hechas por la OMS (2012), Venezuela está pasando por una transición epidemiológica y nutricional caracterizada por la adquisición de un estilo de vida urbano-industrial típicamente asociado con un aumento de la incidencia y la prevalencia de las ENT, y de los factores de riesgo de dichas patologías. Este escenario se distingue, en cuanto a lo nutricional, por el aumento en el consumo de alimentos procesados y poco nutritivos, con una frecuencia no adecuada y con altos niveles de estrés (Convite, 2007); y con respecto a lo epidemiológico, por un incremento en la morbilidad y en las causas de mortalidad asociadas a enfermedades no transmisibles (MPPS, 2012b), mostrando un comportamiento similar a las sociedades desarrolladas sin contar con las condiciones sanitarias adecuadas para atender estas nuevas demandas.

Aunado a este escenario, el país enfrenta problemas en el sistema de salud, asociados a carencias de infraestructura, personal, equipos e insumos (Provea, 2012). Por otro lado, las condiciones del entorno social limitan severamente la capacidad de los ciudadanos para mantener o restablecer su estado de salud (alimentos y medicamentos costosos y escasos, baja calidad del sistema de salud, costo y baja calidad de la vivienda, baja remuneración, estrés, entre otras).

Ante esta situación, se puede prever no sólo que en Venezuela habrá un aumento significativo de ciudadanos que padezcan de enfermedades no trasmisibles, sino también que será muy costoso y arduo tratar estas patologías, lo que desmejorará aún más la calidad

de vida de los venezolanos, y producirá muertes tempranas y evitables, incrementando la participación de dichas enfermedades en la mortalidad nacional.

Propuesta de política de salud

Los resultados de este trabajo sirven como base para el diseño e implementación de una política de salud en el municipio Sucre del estado Miranda y demás entidades locales y regionales del país que tenga especial interés en adelantar acciones para la prevención de ENT.

Así, siguiendo los hallazgos de la investigación, una política de esta naturaleza debe contemplar al menos las siguientes acciones dentro de sus lineamientos estratégicos:

Promover la realización de actividades físicas en espacios públicos. Como se aprecia en los resultados, más de las tres cuartas partes de la población estudiada no realiza ejercicios físicos, figurando como principal causa la inseguridad en los espacios públicos. En este sentido, los diseñadores deben considerar acciones que, por un lado, incentiven la realización de actividades físicas y, por el otro, aumenten las medidas de seguridad en espacios públicos y de esparcimiento.

Desarrollar estrategias educativas para una alimentación saludable. La gran mayoría de la población en estudio presenta hábitos alimentarios poco saludables, aunado al difícil acceso a alimentos nutritivos por su alto costo. Por tanto, los tomadores de decisión deben pensar en medidas que permitan a la población tener acceso a contenidos educativos sobre alimentación saludable, así como ejecutar acciones para que los ciudadanos puedan acceder a alimentos altamente nutritivos a bajo costo.

Sensibilizar a la población sobre los riesgos de tener sobrepeso / obesidad. El sobrepeso y la obesidad se constituyen como una morbilidad de alta prevalencia, la cual es factor de riesgo de muchas otras enfermedades. Los gestores públicos deben diseñar estrategias que sensibilicen a la población sobre los riesgos de esta patología y, al mismo tiempo, ofrezcan opciones para superarla.

Ejecutar acciones que disminuyan el consumo excesivo de alcohol. Una cuarta parte de la población presenta un consumo riesgoso y perjudicial de alcohol, lo que se constituye como uno de los principales problemas de salud pública. Se ha visto que el consumo de alcohol no sólo es causante de muchas enfermedades y muertes tempranas y evitables, sino que también es un obstáculo para la mejora de la calidad de vida tanto de los consumidores como de sus familiares y vecinos. En esta dirección, los diseñadores de políticas han de desarrollar medidas que tengan por objeto disminuir la ingesta perjudicial de alcohol mediante la ejecución de campañas educativas y acciones restrictivas al consumo, y por otro lado, ofrecer a sus consumidores apoyo para controlar su ingesta.

Sensibilizar a la población sobre los riesgos del tabaquismo. Una quinta parte de la población mantiene el hábito de fumar. Como se sabe, el humo de cigarrillo, tanto de primera como de segunda mano, tiene centenares de sustancias tóxicas causantes de innumerables

enfermedades. A pesar de las medidas restrictivas a su consumo, este sigue siendo un hábito importante en una parte considerable de la población. En consecuencia, los diseñadores deben hallar mejores estrategias educativas sobre los daños que causa el cigarrillo en la salud, así como generar acciones que permitan a los consumidores abandonar tal hábito.

Con el objeto de garantizar el éxito de esta política, los diseñadores deben considerar estrategias que contemplen las necesidades de los diferentes grupos que integran la población, es decir, las medidas que se desarrollen deben enfocarse en los subgrupos que presenten mayores necesidades, tal cual lo evidencian los resultados de esta investigación. En este sentido, algunas de las estrategias que se deben tomar en cuenta son:

1. **Dar mayor importancia a las medidas preventivas.** Si bien las medidas curativas permiten atender con prontitud los daños generados por agentes mórbidos, es menester que los gobiernos, cualquiera sea su nivel, consideren medidas preventivas dentro de sus políticas, ya que actúan con mucha antelación a los eventos patológicos. En consecuencia, es mucho menos costoso prevenir que curar.
2. **Promover la participación masculina.** Si se presta atención a los resultados según el sexo, se observa que los hombres presentan factores de riesgo de ENT en mayor medida que las mujeres. Por lo tanto, las medidas deben tener especial atención a la población masculina.
3. **Diseñar estrategias que incentiven la realización de actividades físicas en la población femenina.** Las mujeres realizan muchos menos actividades físicas en relación con los hombres, por lo que los esfuerzos de las acciones sobre ejercicios físicos deben enfocarse en la población femenina.
4. **Orientar los esfuerzos preventivos en la población menor a 40 años.** La mayoría de la población con factores de riesgo tiene menos de 40 años de edad, lo que indica a los tomadores de decisión que las medidas deben orientarse a la población juvenil.
5. **En términos de cobertura, las acciones deben desarrollarse predominantemente en las parroquias Petare y La Dolorita.** Al ser las parroquias más pobladas y las que presentan mayor número de personas con factores de riesgo, los diseñadores deben dar especial atención a sus habitantes.
6. **Privilegiar a las personas con mayores carencias sociales y económicas.** La mayor parte de las personas con factores de riesgo pertenecen a los estratos con menores recursos socio-económicos, lo que refiere que las acciones deben concentrarse en los residentes más pobres del Municipio.
7. **Incentivar la educación como mecanismo de superación y medio que permite mejorar la calidad de vida.** Los resultados indican que mientras mayor es el grado de instrucción, menor es la presencia de factores de riesgo. En este sentido, promover el acceso a la educación permitirá que las personas adquieran herramientas para mantener, preservar o mejorar su estado de salud.
8. **Promover los estilos de vida saludable y el auto-cuidado.** La promoción de los estilos de vida saludable y el auto-cuidado se constituye como la medida preventivas más efectiva, ya que sensibiliza a la población sobre la importancia de la salud y proporciona las herramientas

para que se eviten enfermedades. En el contexto público, esto se traduce en que, mientras mayor proporción de la población adopte un estilo de vida saludable, habrá menor prevalencia de enfermedades.

9. **Mejorar los servicios sociales que la población califica deficientemente, ampliando su acceso y calidad.** Es indudable que el entorno juega un papel importante en la salud; un mejor entorno significa una mejor calidad de vida y, en consecuencia, un mejor estado de salud. Los gestores deben considerar prontas mejoras en los servicios sociales si se desea que haya una disminución en los factores de riesgo de ENT.
10. **Formar a los ciudadanos en herramientas de exigencia de derechos.** Cuando los ciudadanos conocen sus derechos y además tienen herramientas para hacerlos valer, los entes públicos adoptan medidas más efectivas para ejercer su labor. Entonces, la exigibilidad ciudadana de derechos permitirá indiscutiblemente mejoras en el sistema público de salud y, por ende, mejoras en la salud de la población.
11. **Vincular a los ciudadanos en la toma de decisiones públicas en materia de salud.** El involucramiento de los líderes ciudadanos permite que las acciones públicas tengan mayor sostenibilidad y replicación, debido a que los ciudadanos asumen los problemas públicos como propios, transmiten su conocimiento a otros ciudadanos y otorgan estabilidad a las acciones en el tiempo, superando los cambios en la gestión pública.

Consideraciones finales

La principal motivación de este estudio radica en que a partir de la información obtenida, los diseñadores de política social, tanto del municipio Sucre como de otras entidades locales y regionales, pueden definir el alcance de sus acciones, así como estimar proyecciones, dado que disponen de la magnitud de los factores de riesgo de ENT y su relación con las dimensiones demográficas, socioeconómicas y del entorno social de la población.

Es de gran relevancia para la investigación haber seleccionado a los habitantes del municipio Sucre del estado Miranda como población objeto de estudio, dado que, como se puede apreciar, representa una de las entidades más complejas y heterogéneas del país. En este sentido, esta investigación contribuye directa e indirectamente con el desarrollo de esta población, incorporando estrategias que inciden grandemente en sus condiciones sociales y económicas, a fin de alcanzar una mejor calidad de vida.

Aparte de la importancia de la población seleccionada, este estudio es el primero de esta naturaleza en realizarse en el país. Como se observó anteriormente, en Venezuela no se han aplicado encuestas periódicas de factores de riesgo de ENT de amplio margen a ningún nivel, sea nacional, regional o municipal. A su vez, es el primer trabajo que hace uso de un instrumento para encuestas periódicas basado en la Propuesta de Red de Vigilancia de Factores de Riesgo para Enfermedades no Transmisibles de la OPS.

En consecuencia, este se convierte en el primer estudio interdisciplinario realizado en la materia, ya que el instrumento seleccionado es un compendio de múltiples herramientas

sociales, epidemiológicas, demográficas y estadísticas, que no requiere de prácticas médicas como toma de tensión, medición de glicemia y colesterol, entre otras; por lo que puede ser administrado por profesionales de cualquier disciplina académica.

De este modo, se proporcionan modelos teóricos y metodológicos para estudiar y comprender los fenómenos abordados, y se proponen nuevas estrategias de mayor influencia en el control de las ENT.

Como aporte social, este trabajo contribuye con la promoción de la salud y estilos de vida saludable, estimulando el auto-cuidado en los individuos como medida preventiva principal para el mayor disfrute y prolongación de la vida, al tiempo que impulsa la cultura sanitaria y el desarrollo social de la población.

En suma, los aportes brindados por este trabajo sirven de base para investigaciones relacionadas con la materia y que tengan interés en el estudio de las políticas sociales de salud, con el fin de contribuir con la prevención de las ENT y promocionar la salud como el estadio de pleno goce de la vida.

Referencias bibliográficas

- Alcaldía del Municipio Sucre** (2011). «Planes Progresas» [En línea] Disponible en: <http://www.alcaldiamunicipiosucre.gov.ve> (consulta realizada el 2 de noviembre de 2011).
- Banco Central de Venezuela** (2007). III Encuesta Nacional de Presupuestos Familiares. Principales resultados. Caracas, BCV.
- Convite** (2007). *Informe sobre el derecho a la salud en Venezuela 2007: Situación del derecho en el campo de la atención sanitaria*. Caracas, Convite.
- Ewing, J.** (1984). *Detecting alcoholism. The cage questionnaire*. Nueva York, JAMA.
- Ezzati, M.** y **E. Riboli** (2013). «Behavioral and dietary risk factors for noncommunicable Diseases». Londres: *The New England Journal of Medicine*, vol. 369, DOI: 10.1056/NEJMra1203528.
- Funindes** (2010). «Encuesta social de hogares». Fundasucre, mimeo.
- Garau, C.** (2011). «Test de Alimentación Saludable». [En Línea] Disponible en: <http://ceciliagarau.com.ar/notas-de-interes/test-de-alimentacion-saludable/> (consulta realizada el 12 de noviembre de 2012).
- Gobernación de Miranda** (2009). *Caracterización 2009: Sucre*. Los Teques, Gobernación de Miranda.
- Hernández, R., C. Fernández y P. Baptista** (2006). *Metodología de la Investigación*. México, McGraw-Hill/Interamericana de Editores.
- INE** (2011). «XIV Censo Nacional de Población y Vivienda». Instituto Nacional de Estadística [En línea] Disponible en: <http://www.redatam.ine.gov.ve/Censo2011/index.html> (consulta realizada el 20 de enero de 2013).
- INEC** (1997). *¿Cómo se mide el desempleo?* Buenos Aires, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
- MPPS** (2012a). *Anuario de Mortalidad 2010*. Caracas, Ministerio del Poder Popular de la Salud.
- MPPS** (2012b). *Anuario de Morbilidad 2011*. Caracas, Ministerio del Poder Popular de la Salud.
- Oficina de Análisis Estratégico del Municipio Sucre** (2009). «Información estadística del Municipio Sucre». Caracas, Alcaldía del Municipio Sucre.

OMS (2012). «Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012». Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

OPS (2011). «Distribución de mortalidad por grupos y subgrupos de causas de muertes». Observatorio Regional de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. [En línea] Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=5542&Itemid=2391&lang=es (consulta realizada el 3 de noviembre de 2011).

OPS (1999). *Red de vigilancia de factores de riesgos de enfermedades no transmisibles en Latinoamérica y el Caribe*. Washington, Organización Panamericana de la Salud.

Piróna, C. (2006). «Análisis situacional 2005. Acerca de la infancia y la adolescencia del Municipio Sucre del Estado Miranda». Caracas, Consejo Municipal de Derechos del Niño, Niña y Adolescente del Municipio Sucre del Estado Miranda.

Provea (2012). *Informe Anual*. Caracas.

Secretaría de Salud (2001). «Programa de acción: Adicciones. Tabaquismo». México, Secretaría de Salud. [En línea] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/taquismo.pdf> (consulta realizada el 9 de febrero de 2013).

Toledo, G. (2005). *Fundamentos de Salud Pública*. La Habana, Editorial Ciencias Médicas.