

LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

en América Latina
y el Caribe





3

Resumen ejecutivo

5

Introducción

6

Aumento rápido de las Enfermedades No Transmisibles

9

Mitos comunes sobre las enfermedades crónicas

17

Costos

19

Causas comunes fundamentales

24

Soluciones y programas

27

Qué pueden hacer los empleadores

ÍNDICE

Las enfermedades crónicas en América Latina y el Caribe: **Una revisión completa**
Un reporte investigativo de Pan-American Life Insurance Group (PALIG)



10

Los cuatro grandes grupos

12

Enfermedad cardiovascular (cardíaca)

13

CÁNCER (neoplasmas malignos)

14

Diabetes

16

Enfermedades respiratorias crónicas

30

Las mejores prácticas para los programas en el lugar de trabajo

31

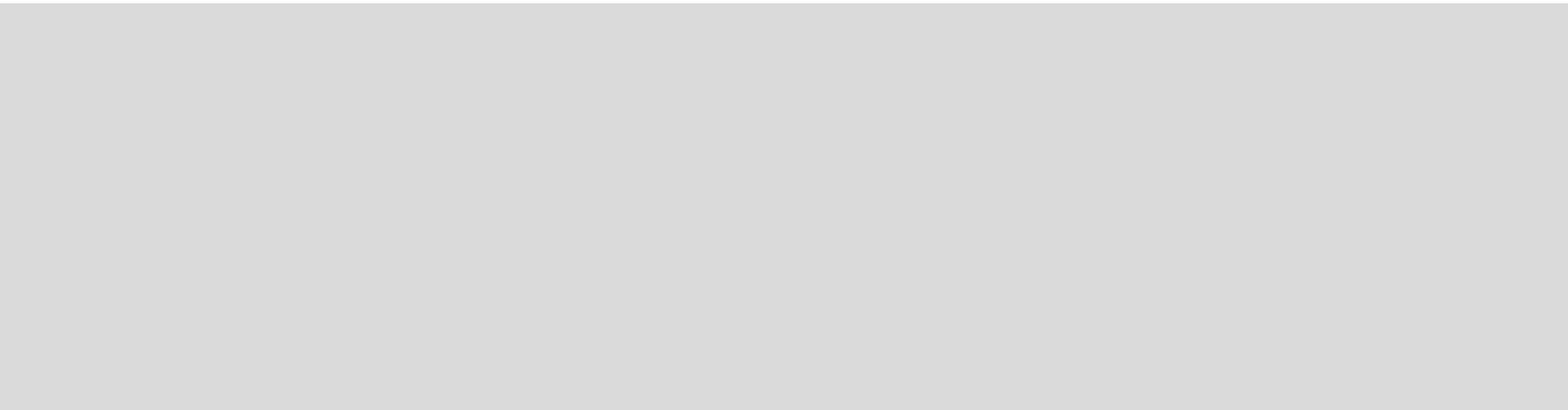
ROI - Programas de enfermedades crónicas

32

COVID-19 y las enfermedades crónicas

34

Resumen y conclusión



81%

de las muertes en América Latina y el Caribe son provocadas por las cuatro enfermedades no transmisibles (ENT) principales: enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas¹



¹ <https://www.paho.org/en/topics/noncommunicable-diseases>

Resumen ejecutivo



La pandemia de COVID-19 ha aumentado aún más los riesgos asociados con el padecimiento de una enfermedad crónica.

Durante el desarrollo de una sola generación, los países de América Latina y el Caribe han experimentado una histórica transformación en su panorama de salud y enfermedades.

Tan solo hace treinta años, el contagio de las enfermedades infecciosas y transmitidas por parásitos, como las enfermedades gastrointestinales, el dengue, la malaria y el sarampión, estaba generalizado.

En la actualidad, la prevalencia de estas enfermedades infecciosas "transmisibles" ha disminuido considerablemente, mientras que, las tasas de las enfermedades crónicas "no transmisibles" (ENT), como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas, se han disparado y ahora son responsables de la gran mayoría de padecimientos, muertes y costos asociados con la salud². Además, los trastornos de salud mental crónicos, así como los trastornos por abuso de sustancias son muy frecuentes y a menudo coexisten con las ENT, complicando aún más su tratamiento.

Las cifras de personas en América Latina y el Caribe que padecen o mueren a

causa de una o más ENT son alarmantes. Ocho de cada 10 muertes en la región se derivan de solo cuatro ENT: enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas³.

Aunado a las muertes prematuras excesivas, millones de personas sufren a diario tratando de controlar su condición crónica. Por ejemplo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que, en el 2020, 32 millones de personas en América viven con diabetes y 1.2 millones en América Latina y el Caribe viven con cáncer.

La pandemia de COVID-19 ha aumentado aún más los riesgos asociados con el padecimiento de una enfermedad crónica. Aproximadamente un tercio de las personas que padecen una enfermedad crónica en América tienen un riesgo mayor de enfermarse gravemente o morir si se infectan de COVID-19⁴.

Las ENT son muy costosas. Se estima que solo la diabetes representa un costo de \$70 mil millones en América Latina y el Caribe, conformando hasta el 12% de los presupuestos de salud nacionales⁵. Para los empleadores, una fuerza laboral con

² <https://www.paho.org/en/topics/noncommunicable-diseases>

³ <https://www.paho.org/en/topics/noncommunicable-diseases>

⁴ <https://www.paho.org/en/news/17-6-2020-COVID-19-has-impacted-operation-health-services-noncommunicable-diseases-america>

enfermedades crónicas implica costos de atención médica mayores, más ausentismo, menor productividad, así como una tasa de retención menor y una moral baja entre los empleados. Por ejemplo, un empleado diabético representa un costo en gastos médicos 2.3 veces mayor para el empleador que un empleado que no padece esta enfermedad⁶.

En resumen, nunca había sido tan urgente contar con acciones significativas para abordar el exceso en casos de discapacidad, muertes y costos asociados con las enfermedades crónicas en América Latina y el Caribe.

Un aspecto positivo es que, una proporción considerable de muertes por ENT se pueden prevenir al combatir solo cuatro factores de



Un aspecto positivo es que, una proporción considerable de muertes por ENT se pueden prevenir

riesgo comunes: el tabaquismo, el consumo peligroso de alcohol, los hábitos alimenticios no saludables y la inactividad física⁷.

El desafío para los empleadores y los profesionales de la atención médica que buscan abordar el tema de las ENT es que, no es tarea fácil lograr que las personas adopten conductas y hábitos más saludables. Aspectos como el aumento en el ingreso familiar, la amplia disponibilidad de alimentos con alto contenido de calorías, los alimentos altamente procesados y la urbanización, entre otros, juegan un papel significativo en esta situación.

La pandemia de la COVID-19 ha aumentado la importancia de los denominados "determinantes sociales de la salud", en los que las personas que padecen ENT que tienen un nivel académico bajo, menores ingresos y poco acceso a servicios de atención médica, han sufrido significativamente más que sus compatriotas con un mayor poder adquisitivo.

Entonces, ¿qué se debe hacer? ¡Todavía HAY esperanza!

Décadas de investigación y experimentación han descubierto diferentes estrategias y enfoques que tienen un impacto comprobado en cuanto a la reducción y prevención de las enfermedades crónicas. Además, la experiencia también ha revelado lo que no funciona.

Este reporte resume mejores prácticas y las más recientes para diseñar e implementar programas de manejo de enfermedades crónicas, tanto a nivel de los empleadores como al de la comunidad.

Nuestro objetivo es ofrecer una guía práctica y viable que nuestros asegurados puedan usar de manera rápida y efectiva.

También abordamos algunas de las nuevas y emocionantes innovaciones y tecnologías que estarán disponibles para prevenir y manejar con mayor efectividad las enfermedades crónicas en América Latina y el Caribe.

Como líder en la industria de seguros de salud y de la innovación en la región, PALIG se compromete a trabajar con sus socios corporativos, corredores de seguros, profesionales médicos y miembros para asumir el reto que representan las enfermedades crónicas en América Latina y el Caribe. Agradecemos la oportunidad de trabajar con ustedes en esta difícil tarea.

⁵ <https://www.paho.org/en/topics/diabetes>

⁶ American Diabetes Association, <https://www.diabetes.org/resources/statistics/cost-diabetes>

⁷ World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases, 2014. Geneva: WHO; 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf.

Introducción

Como ya ha sucedido en los Estados Unidos y en Europa, las enfermedades crónicas no transmisibles, con sus altas tasas de discapacidad y costos, tienen el potencial de afectar considerablemente a los sistemas de salud y las economías en América Latina.

Tanto los países de América Latina como del Caribe tienen una pequeña ventana de oportunidad para desacelerar estas tendencias y evitar este mismo destino. Sin embargo, esto solo se puede hacer si las partes interesadas, incluyendo a los grandes empleadores, las compañías de atención médica y los profesionales médicos, actúan ahora.

En este reporte, brindamos una perspectiva profunda y fresca de las enfermedades crónicas en América Latina y el Caribe, con un enfoque particular en lo que nuestros socios empleadores y de la comunidad médica pueden y deberían hacer.

En la primera sección de este reporte, presentamos las **tasas y tendencias** actuales de las enfermedades crónicas en América Latina y el Caribe, y examinamos las causas subyacentes que explican la razón por la cual ha aumentado más contundentemente la carga representada por estas enfermedades en comparación con cualquier otra región en el mundo. Analizamos a profundidad las **cuatro enfermedades crónicas clave** más importantes en América Latina y el Caribe: enfermedad cardiovascular, cáncer,

diabetes y enfermedades respiratorias crónicas.

Luego observamos los **costos** asociados con estas afecciones crónicas, para las personas y los empleadores en el sistema de atención médica.

Además, revisamos las **causas** que originan estas enfermedades crónicas no transmisibles, tanto a nivel individual como de la sociedad. La importancia y el papel que juegan los determinantes sociales de estas enfermedades han sido muy claros durante la pandemia de la COVID-19.

En la siguiente sección de este reporte, revisamos algunas de las **intervenciones y enfoques** más prometedores en la prevención y manejo de las enfermedades crónicas.

Para finalizar, al momento de escribir este reporte investigativo, es importante destacar que la pandemia de la COVID-19 aún estaba muy activa. En la última sección, enfatizamos algunas innovaciones que resultaron de la experiencia vivida con la COVID-19 y ofrecemos algunas perspectivas iniciales sobre el **impacto** a largo plazo que la **pandemia de COVID-19** podría tener en la prevención, manejo y control de las enfermedades crónicas en la región de América Latina y el Caribe, durante quizás varios años.

Aumento rápido de las Enfermedades No Transmisibles

Durante el desarrollo de una sola generación, los países de América Latina y el Caribe han experimentado una histórica transformación en su panorama de salud y enfermedades.

Tan solo hace treinta años, el contagio de las enfermedades infecciosas y transmitidas por parásitos, como las enfermedades gastrointestinales, el dengue, la malaria y el sarampión, estaba generalizado.

La alta prevalencia de estas afecciones se debió principalmente al suministro inadecuado de agua y a las condiciones sanitarias deficientes, a las menores tasas de vacunación, a la desnutrición entre los bebés y niños, así como al escaso control ambiental.

Con el crecimiento económico y los programas estratégicos de salud pública, los países de América Latina y el Caribe han disminuido

considerablemente la incidencia, la prevalencia y las muertes provocadas por estas enfermedades infecciosas transmisibles.

En cambio, han tenido un aumento exponencial en enfermedades crónicas "no transmisibles" (ENT), que incluyen: enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas (Gráfica 1).

Gráfica 1. Enfermedades transmisibles y no transmisibles comunes en América Latina y el Caribe

Enfermedades infecciosas/transmisibles	Enfermedades crónicas no transmisibles
<ul style="list-style-type: none"> • Gastroenteritis • Dengue • Cólera • Malaria • Tuberculosis • Sarampión • Neumonía 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad cardíaca • Diabetes • Enfermedades respiratorias crónicas • Accidente cerebrovascular • Cáncer • Trastornos musculoesqueléticos • Salud mental
<p>Causas:</p> <p>Suministro inadecuado de agua y condiciones sanitarias deficientes; falta de vacunación; desnutrición; escaso control ambiental que facilita la proliferación de mosquitos</p>	<p>Causas:</p> <p>Hábitos alimenticios deficientes, falta de actividad física, obesidad, tabaquismo, hipertensión arterial*</p>

(*La hipertensión arterial es tanto una causa como un resultado de estos comportamientos)

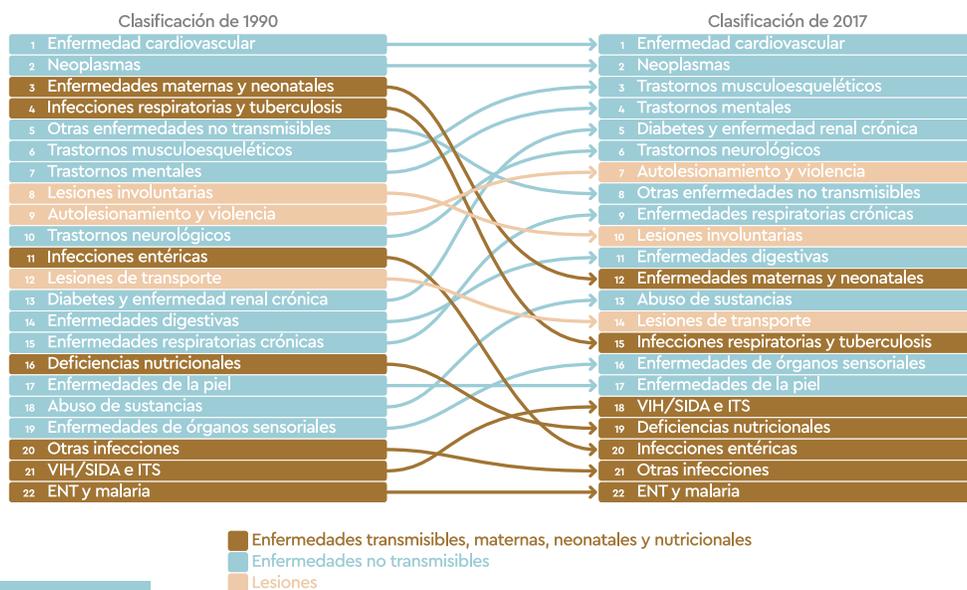
La Gráfica 2 muestra cómo ha cambiado radicalmente la clasificación de enfermedades y muertes debido a afecciones específicas de 1990 a 2017 en América Latina y el Caribe. Las enfermedades se expresan en Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), que es una métrica usada ampliamente y que toma en consideración ambas: la prevalencia de las enfermedades y las muertes asociadas a ellas. Además, permite una comparación más fácil entre los muy diferentes tipos de enfermedades.

AVAD (Años de vida ajustados por discapacidad) Una manera sencilla de medir y comparar las enfermedades

Con el fin de comparar una amplia variedad de afecciones de salud y médicas, tomando en cuenta la morbilidad y mortalidad, los investigadores utilizan comúnmente una métrica denominada Años de vida ajustados por discapacidad o AVAD por cada 100,000 personas en la población.



Región de las Américas, ambos sexos, todas las edades, AVAD por 100,000



Gráfica 2. Clasificación de la carga de enfermedades (enfermedades y muertes) en América Latina y el Caribe, por AVAD (Años de vida ajustados por discapacidad)

Fuentes: El Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME) y los colaboradores de Global Burden of Disease. Universidad de Washington, 2019. <http://www.healthdata.org/>. <https://ourworldindata.org/burden-of-disease>. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

Algunos aportes destacados de este análisis:

Las principales enfermedades transmisibles (en color dorado) que prevalecieron en 1990 han sido reemplazadas por completo por las enfermedades no transmisibles (en color azul celeste) y las lesiones (en color crema) en las Américas y el Caribe en 2017.



Las enfermedades cardiovasculares y los neoplasmas (p. ej. cáncer) fueron responsables de las tasas más altas de morbilidad (enfermedad) y mortalidad (muerte) en ambos períodos.



Las enfermedades y muertes derivadas de enfermedades maternas y neonatales, y de enfermedades respiratorias y tuberculosis descendieron drásticamente durante este período, cayendo de los puestos No. 3 y 4 a los puestos No.12 y 15 respectivamente.



Los trastornos musculoesqueléticos, mentales y neurológicos aumentaron drásticamente entre 1990 y 2017.



La diabetes y la ERC (enfermedad renal crónica) mostraron el mayor cambio, pasando del puesto No. 13 al 5.

Si bien la mayoría de las enfermedades infecciosas han descendido en la clasificación, ciertas enfermedades transmisibles, p. ej. VIH/SIDA y las ITS, se han incrementado de manera proporcional a la carga de enfermedades.



Transición epidemiológica

es el "desplazamiento de las infecciones agudas y las enfermedades por deficiencias, que son características del subdesarrollo, a las enfermedades crónicas no transmisibles, que son características de la modernización y los niveles avanzados de desarrollo".⁸

La rapidez y la gravedad de la denominada "transición epidemiológica" de las enfermedades infecciosas transmisibles a las enfermedades crónicas no transmisibles ha sorprendido a los empleadores, instituciones de atención médica y creadores de políticas gubernamentales.

En parte debido a la rapidez con la que ha ocurrido la transición, existen algunas creencias ampliamente difundidas sobre las enfermedades crónicas transmisibles que no son ciertas. En la siguiente sección, se presentan algunos de estos mitos, junto con los datos relacionados.

⁸ Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. 1971. Milbank Q. 2005;83(4):731-757. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00398.

Mitos comunes sobre las enfermedades crónicas

Quizás en parte porque su aumento ha sido repentino, existen algunos mitos comunes con respecto a las enfermedades crónicas no transmisibles que se han difundido ampliamente por toda América Latina y el Caribe. La Gráfica 3 ofrece una lista de algunos de los "mitos" más comunes sobre las enfermedades crónicas en América Latina y el Caribe ⁹.

Gráfica 3. Los mitos comunes ¹⁰ – y los datos – que rodean a las enfermedades crónicas en América Latina y el Caribe ¹¹

1

Las enfermedades crónicas son enfermedades asociadas con la opulencia, es decir que, afectan principalmente a las personas de altos ingresos de la sociedad

2

Las enfermedades crónicas afectan a las personas mayores

3

Las enfermedades crónicas afectan principalmente a los hombres

4

Son puramente el resultado de decisiones personales, es decir, "estilos de vida no saludables"

5

No se puede hacer nada para prevenirlas

MITOS

DATOS

De hecho, todos los sectores de la sociedad en América Latina y el Caribe: pobres, de clase media y ricos, tienen tasas altas de diabetes y otras enfermedades crónicas ^{12,13}

De hecho, la mitad de las muertes provocadas por enfermedades crónicas ocurren en personas menores de 70 años de edad

De hecho, afectan a las mujeres en la misma proporción que a los hombres. La enfermedad cardíaca es la causa #1 de muerte en las mujeres en la región de América Latina y el Caribe

De hecho, el contexto social y económico (empleo, ingresos, educación) son factores clave determinantes de las enfermedades crónicas

De hecho, hay muchas intervenciones y programas comprobados y efectivos que pueden revertir y prevenir las enfermedades crónicas

Destruir estos mitos es vital mientras trabajamos para establecer intervenciones, políticas y programas que, de hecho, puedan tener los efectos esperados en la prevención y disminución de las ENT.

En la siguiente sección, veremos *por qué* ha habido tantos cambios significativos en los patrones de enfermedades y las *causas* de muerte en América Latina y el Caribe en los últimos 30 años. Al comprender las causas de estos cambios, podemos diseñar intervenciones y programas más efectivos para abordar el tema de las enfermedades crónicas.

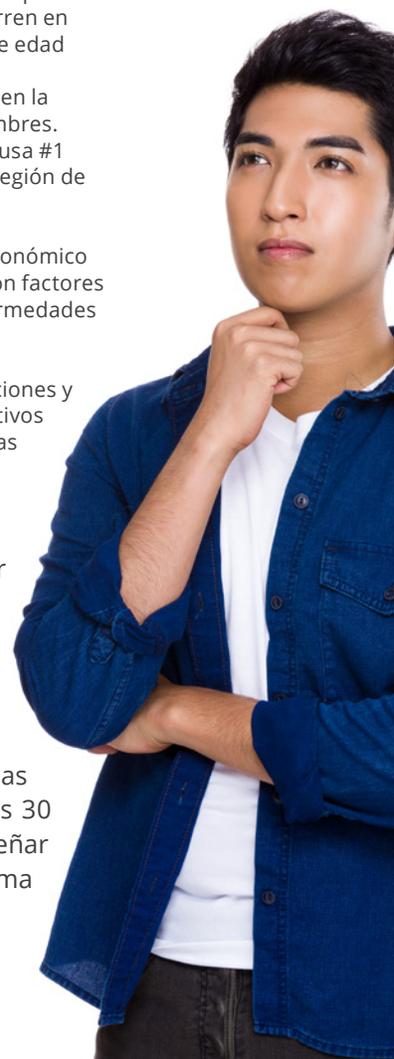
⁹ De Maio. FG. Understanding chronic non-communicable diseases in Latin America: towards an equity-based research agenda. *Globalization and Health* 2011; 7:36-44.

¹⁰ World Health Organization: Preventing Chronic Diseases: a Vital Investment. Geneva; WHO, 2005.

¹¹ De Maio. FG. Understanding chronic non-communicable diseases in Latin America: towards an equity-based research agenda. *Globalization and Health* 2011; 7:36-44.

¹² Boutayeb A: The double burden of communicable and non-communicable diseases in developing countries. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2006; 200: 191-199

¹³ Moura EC et al. Prevalence and social distribution of risk factors for chronic noncommunicable diseases in Brazil. *Rev Panam Salud Publica* 2009;26:17-22.



LOS

4

GRANDES
GRUPOS



ENT MUERTES/AÑO

Enfermedad
cardiovascular

17.9
Millones

Cáncer

9.0
Millones

Enfermedades
respiratorias

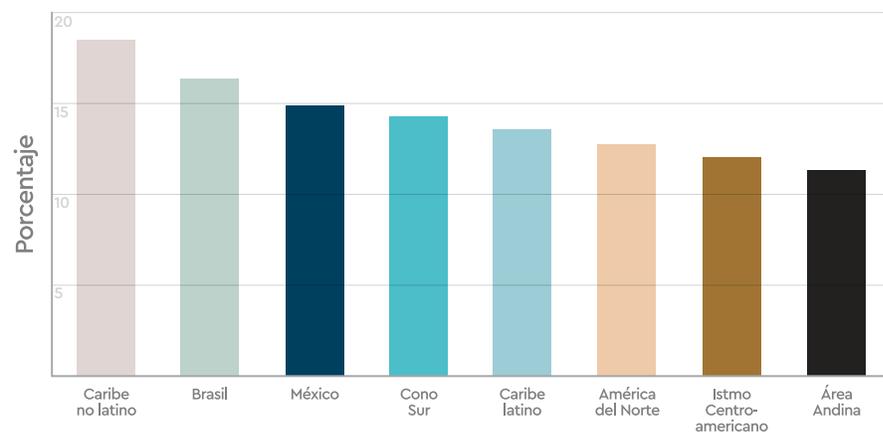
3.9
Millones

Diabetes

1.6
Millones

A nivel global, las enfermedades cardiovasculares son responsables de la mayoría de las muertes por ENT, o 17.9 millones de personas al año, seguido por los distintos tipos de cáncer (9.0 millones), las enfermedades respiratorias (3.9 millones), y la diabetes (1.6 millones). A estos 4 grupos de enfermedades se les atribuyen más del 80% de todas las muertes prematuras por ENT.

En América Latina y el Caribe, la probabilidad de que una persona de 30 años muera a consecuencia de una de estas cuatro ENT principales antes de su cumpleaños # 70, oscila del 12% al 18%, según en qué región viva. (Véase la Gráfica 4).



Gráfica 4. Probabilidad de que una persona de 30 años muera a consecuencia de una de las cuatro ENT principales antes de su cumpleaños # 70, en las ocho subregiones de la OPS de las Américas en 2012.

Fuente: Datos de la OPS (2016a).
Aviso: En esta gráfica, la información para cada subregión incluye solamente sus países cuyos datos están disponibles para 2012. Las ocho subregiones de la OPS de las Américas y sus países son: (1) América del Norte: Bermuda, Estados Unidos de América; (2) México; (3) Istmo Centroamericano: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá; (4) Caribe latino: Cuba, República Dominicana, Puerto Rico; (5) Área Andina: Colombia, Ecuador, Perú, Venezuela (República Bolivariana de); (6) Brasil; (7) Caribe no latino: Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Dominica, Granada, Montserrat, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Surinam, Islas Vírgenes (Estados Unidos); (8) Cono Sur: Argentina, Chile, Paraguay, Uruguay.

En la siguiente sección, ahondaremos aún más en cada una de estas cuatro afecciones clave y en su impacto en América Latina y el Caribe.



La enfermedad cardiovascular ocasiona más enfermedades y muertes en América Latina y el Caribe que cualquier otra afección médica.

Enfermedad cardiovascular (cardíaca)

Como observamos en la Gráfica 1, la enfermedad cardiovascular ocasiona más enfermedades y muertes en América Latina y el Caribe que cualquier otra afección médica. La enfermedad cardiovascular representa el 34% de las tasas totales de mortalidad en América Latina.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un grupo de afecciones que incluyen enfermedad cardíaca isquémica, accidente cerebrovascular, miocardiopatía y miocarditis, entre otras. De ellas, la enfermedad cardíaca isquémica y el accidente cerebrovascular son las que más prevalecen, representando aproximadamente el 85% de la carga de ECV en América Latina y el Caribe¹⁴.

LA ENFERMEDAD CARDÍACA ISQUÉMICA

Se refiere a las afecciones que implican el estrechamiento y el bloqueo de los vasos sanguíneos, causado por el daño al corazón o los vasos sanguíneos derivado de la aterosclerosis.

Esta es una acumulación de placa adiposa que engrosa y endurece las paredes arteriales, lo que puede inhibir el flujo sanguíneo a través de las arterias hacia los órganos y tejidos, pudiendo provocar un ataque cardíaco, dolor de pecho (angina) o un accidente cerebrovascular. Otras afecciones cardíacas, como las que afectan los músculos, las válvulas o el ritmo, se consideran también formas de enfermedad cardíaca¹⁵.



ALGUNOS DE LOS DATOS CLAVE RELACIONADOS CON LAS ECV INCLUYEN:

Una alimentación no saludable, caracterizada por una baja ingestión de frutas y vegetales, y un alto consumo de sal, grasas y azúcares aumenta el riesgo.

La presión arterial alta (hipertensión) aumenta el riesgo de padecer ECV. Una dieta para disminuir la hipertensión arterial, como la dieta DASH puede reducirla¹⁶.

Una alimentación no saludable contribuye a la obesidad y el sobrepeso, que también son factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares.

Las personas que no realizan suficiente actividad física tienen entre 20% y 30% más probabilidades de morir prematuramente que aquellas que son físicamente activas. La falta de actividad física y el sedentarismo son factores de riesgo clave para ECV, cáncer y diabetes.

El consumo de tabaco puede dañar cada parte del cuerpo y es uno de los principales factores de riesgo para ECV, provocando un estimado del 10% de todas las muertes relacionadas.

¹⁴ <https://www.paho.org/en/topics/cardiovascular-diseases>

¹⁵ <https://www.paho.org/en/topics/cardiovascular-diseases>

¹⁶ <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/dash-eating-plan>

CÁNCER

(neoplasmas malignos)

El cáncer es la segunda causa principal de muerte y enfermedad en América Latina y el Caribe, siendo responsable de 1.3 millones de muertes y 3.7 millones de casos nuevos en 2018. Cáncer es el nombre dado a un conjunto de enfermedades relacionadas.

En todos los tipos de cáncer, algunas de las células del cuerpo empiezan a dividirse sin detenerse y se propagan a los tejidos circundantes¹⁷.

ALGUNOS DE LOS DATOS CLAVE RELACIONADOS CON EL CÁNCER INCLUYEN:

Se proyecta que **el número de casos de cáncer aumente de 32% a más de 5 millones de casos en 2030**, debido al envejecimiento de la población y a la transición epidemiológica en América Latina y el Caribe.

Uno de los mitos sobre el cáncer es que "no se puede hacer nada para disminuir el riesgo de padecerlo". De hecho, el 40% de los casos de cáncer se pueden prevenir evitando el tabaquismo, consumiendo una dieta saludable, haciendo actividad física y disminuyendo el consumo de alcohol¹⁸.

Los programas de pruebas y detección temprana del cáncer son otro de los pilares clave para disminuir la incidencia de esta enfermedad.

DATOS SOBRE EL CÁNCER¹⁹

40%
de los casos

se pudieron haber prevenido al disminuir los factores de riesgo clave

30%
de los cánceres

se pueden curar si se detectan tempranamente y se recibe el tratamiento adecuado



Consulte el reporte previo de PALIG en esta serie "Es posible disminuir los factores de riesgo para cáncer" para obtener perspectivas prácticas y una guía en esta área.

¹⁷ <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>

¹⁸ <https://www.paho.org/en/topics/cancer>

¹⁹ <https://www.paho.org/en/topics/cancer>

diabetes

LA DIABETES EN AMÉRICA LATINA²⁴

¿EN QUÉ CONSISTE EXACTAMENTE LA DIABETES?

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica crónica que se caracteriza por un nivel elevado de glucosa en la sangre (hiperglicemia). Se asocia con una deficiencia absoluta o relativa en la secreción y/o acción de la insulina.

Hay tres formas principales de diabetes: tipo 1, tipo 2 y gestacional. La diabetes tipo 2 es la forma más común, y se le atribuye aproximadamente del 85% al 90% de los casos.

El síndrome metabólico está caracterizado por la presencia de prediabetes junto con algún otro factor de riesgo para enfermedad cardiovascular (ECV), (hipertensión, obesidad en la parte superior del cuerpo o dislipidemia).

32 millones
(o 1 de cada 10)
de personas
tienen diabetes

30% a 40%
de personas
con diabetes en las Américas
no reciben un diagnóstico

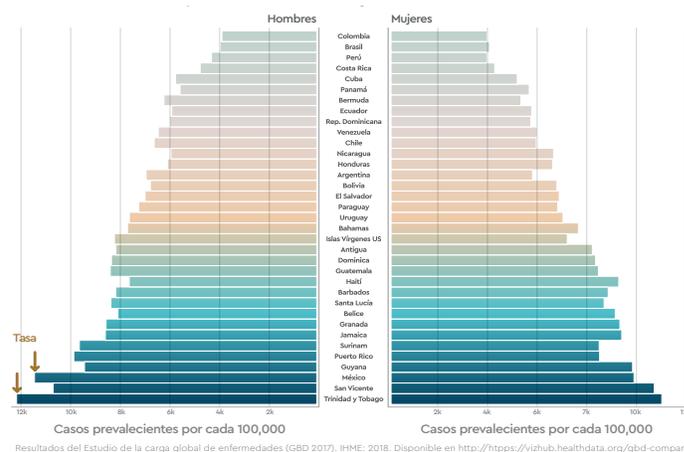
50% a 75%
de los casos
de diabetes en las Américas
no son controlados

²⁴ <https://www.paho.org/en/topics/diabetes>



Las tasas de diabetes varían por país, con las tasas más bajas en Colombia y Brasil, y las tasas más altas en algunas de las naciones de las Islas del Caribe (Gráfica 5).

Gráfica 5. Tasa estandarizada por edad de diabetes mellitus para América Latina y el Caribe en 2017



Resultados del Estudio de la carga global de enfermedades (GBD 2017). IHME. 2018. Disponible en <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>

Dentro de las enfermedades crónicas en América Latina, se ha observado un aumento desproporcionado de casos de diabetes, cuadruplicando el número desde 1990.

El número de personas con diabetes en América Latina y el Caribe fue de 32 millones en 2019 y alcanzará la cifra de 49 millones en 2040²⁰.

ALGUNOS DE LOS DATOS CLAVE SOBRE LA DIABETES EN LAC:

En América Latina y el Caribe (LAC), un consumo menor de frutas y vegetales, así como una ingesta mayor de grasas saturadas, azúcar y sal en comparación con otras regiones en el mundo, está llevando a tasas altas de obesidad y, como consecuencia, diabetes.

Con frecuencia, la diabetes no es diagnosticada o su tratamiento es deficiente²¹; como consecuencia, hay altas tasas de complicaciones derivadas de esta enfermedad²².

La retinopatía diabética es especialmente relevante en LAC, en donde la prevalencia de la ceguera debido a la diabetes es mayor que en cualquier otra región en el mundo²³.

²⁰ <https://www.diabetesatlas.org/en/>

²¹ Beagley J, Guariguata L, Weil C, Motola AA. Global estimates of undiagnosed diabetes in adults. *Diabetes research and clinical practice*. 2014;103(2):150–160. 10.1016/j.diabres.2013.11.001

²² Harding JL, Pavkov ME, Magliano DJ, Shaw JE, Gregg EW. Global trends in diabetes complications: a review of current evidence. *Diabetologia*. 2019;62(1):3–16. 10.1007/s00125-018-4711-221 <https://www.paho.org/en/topics/cancer>

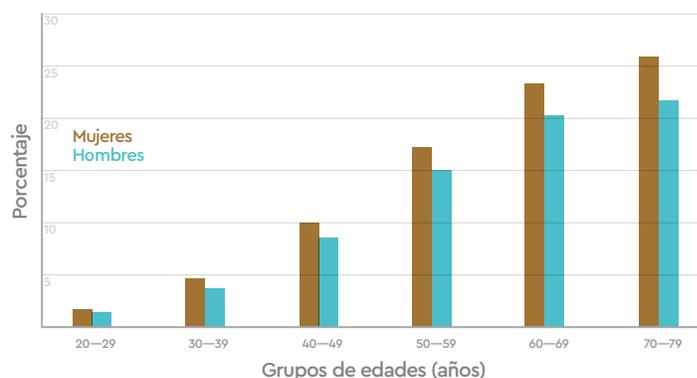
²³ Bourne RR, Stevens GA, White RA, Smith JL, Flaxman SR, Price H, et al. Causes of vision loss worldwide, 1990–2010: a systematic analysis. *The lancet global health*. 2013;1(6):e339–e49.

²⁷ Lee R, Wong TY, Sabanayagam C. Epidemiology of diabetic retinopathy, diabetic macular edema and related vision loss. *Eye Vis (Lond)*. 2015;2:17. Published 2015 Sep 30. doi:10.1186/s40662-015-0026-2

²⁸ <https://www.paho.org/en/topics/air-quality>

La diabetes aumenta con la edad (Gráfica 6), pero además es muy común en las personas de mediana edad que aún están en la flor de sus años laborales. Como exploraremos en una sección posterior de este reporte, este inicio temprano y la naturaleza crónica de la diabetes resulta en altos costos de por vida tanto para los empleadores como para las aseguradoras.

Gráfica 6. Estimaciones de prevalencia (%) de la diabetes por edad y sexo en la Región de América Central y del Sur, 2019²⁵.



Una revisión reciente encontró que "el control de la diabetes en los países de América Latina y el Caribe está muy distante de ser el óptimo".²⁶ Las consecuencias de la diabetes no diagnosticada y no controlada son terribles. Si no se controla esta enfermedad, las personas que la padecen tienen un alto riesgo de tuberculosis, daño a los extremidades que puede requerir amputación, y pérdida de la vista.²⁷

Enfermedades respiratorias crónicas

Las enfermedades respiratorias crónicas [asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfisema y bronquitis crónica] causan aproximadamente el 5% de todas las muertes en la región de Latinoamérica y el Caribe (LAC).

ALGUNOS DATOS CLAVE SOBRE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS:

Fumar tabaco es un factor de riesgo primario para las enfermedades respiratorias crónicas.

La contaminación del aire es el mayor riesgo ambiental para la salud pública en las Américas.

La exposición a los altos niveles de contaminación del aire puede ocasionar una variedad de resultados adversos para la salud. Esto aumenta el riesgo de padecer infecciones respiratorias, enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular y cáncer de pulmón. La contaminación del aire afecta considerablemente a la población más vulnerable, los niños, las personas mayores y las mujeres.



UNA NOTA SOBRE SALUD MENTAL

Como observamos en la primera tabla de este reporte, los trastornos mentales constituyen la cuarta causa más alta de discapacidad en la región LAC. Aunque los trastornos mentales y neuropsiquiátricos no son con frecuencia la causa directa de la muerte, a menudo son comórbidos con otras afecciones crónicas, y pueden tener un impacto directo en los costos de la atención.

Por ejemplo, en el caso de un paciente diabético con depresión, este representa un costo de hasta 50% más que un empleado diabético que no tiene este trastorno mental²⁹.

²⁹ <https://onemind.org/onemindatwork/>

costos

Las afecciones crónicas prevenibles son un contribuyente mayor a los costos de las primas de seguros de salud y las reclamaciones médicas de los empleados, los cuales en todo momento son altos y siguen aumentando a nivel mundial (CDC, 2020)

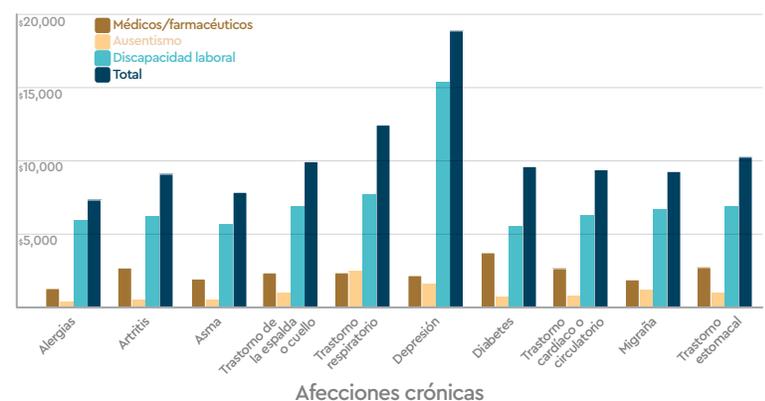
Las enfermedades crónicas no transmisibles son costosas: para las personas, los empleadores, el sistema de salud y la sociedad en general.

La mayoría de las ENT son afecciones crónicas que requieren de regímenes de tratamiento costosos y atención individual prolongada, proporcionados por servicios de atención médica altamente especializados. Además, las ENT tienen un impacto negativo en los ingresos y el crecimiento del sector público y privado a través de las pérdidas en productividad, la discapacidad prolongada y los incrementos en el gasto en salud³⁰.

Las cinco enfermedades crónicas o factores de riesgo: hipertensión arterial, diabetes, tabaquismo, inactividad física y obesidad, representan un costo para los empleadores estadounidenses de \$36.4 miles de millones al año, debido a que los empleados faltan al trabajo³¹.

En la Gráfica 7 se presenta un ejemplo del impacto que tienen las afecciones crónicas en un gran empleador en los Estados Unidos³².

Gráfica 7. Total de costos para las afecciones crónicas para un gran empleador en los Estados Unidos



³⁰ Bloom DE et al. The global economic burden of non-communicable diseases. Geneva: World Economic Forum. 2011. Disponible en: http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf.

³¹ <https://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/factsheets/workplace-health.htm> ³² Collins JJ et al. The Assessment of Chronic Health Conditions on Work Performance, Absence, and Total Economic Impact for Employers. J Occup Environ Med 2005;547-57. Fuente: Collins JJ et al. The Assessment of Chronic Health Conditions on Work Performance, Absence, and Total Economic Impact for Employers. J Occup Environ Med 2005;547-57.

Utilizamos a la diabetes y a la enfermedad cardíaca como ejemplos representativos de los costos de manejo y control de la enfermedad en América Latina y el Caribe.

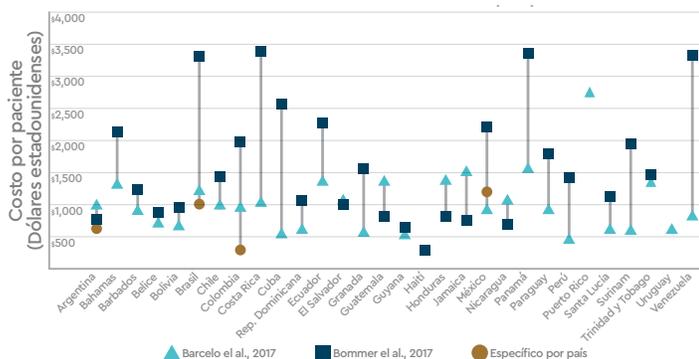
COSTOS DEL MANEJO Y ATENCIÓN DE LA DIABETES EN LAC

Los costos totales (directos e indirectos) asociados con el manejo de las personas con diabetes en América Central y del Sur se estimaron en \$70 mil millones (o de 12% a 14% del presupuesto para salud) en 2019 y aumentarán a \$86 mil millones en 2045³³.

Se estima que el costo actual del tratamiento de la diabetes es el doble del costo actual para tratar el VIH, alcanzando una cifra de hasta US\$10.7 mil millones solo en América Latina. El costo relacionado con la diabetes representa el 9% del gasto total en salud en América Central y del Sur, incluyendo a los países de habla inglesa en el Caribe y Haití³⁴. El costo directo total para la diabetes en América Latina es de \$10.7 mil millones, o \$701 por persona con diabetes³⁵.

Los costos asociados con la diabetes incluyen tanto costos directos como indirectos. Los costos directos varían por país en LAC de unos cuantos cientos de dólares a aproximadamente \$3,500 por paciente (Gráfica 8).

Gráfica 8. Costos médicos directos de la diabetes por país.



En México, asumiendo que la prevalencia de diabetes e hipertensión arterial sigue aumentando según los pronósticos, se ha estimado que el gasto nacional en salud tendrá un incremento del 5% al 7% al año solo para satisfacer las necesidades de las personas que recién son diagnosticadas. En Trinidad y Tobago, se estima que el costo actual de la hipertensión arterial y la diabetes representa el 8% del PIB³⁶.

Los costos de las enfermedades crónicas no transmisibles incluyen los costos directos relacionados con gastos médicos más altos, las primas de seguros, así como los costos indirectos asociados con el ausentismo, las tasas de productividad y retención.

³³ <https://www.paho.org/en/topics/diabetes>

³⁴ PAHO. Innovative Care for Chronic Conditions: Organizing and Delivering High Quality Care for Chronic Noncommunicable Diseases in the Americas, 2013.

³⁵ PCorrea R et al. The status of diabetes and its complications in Latin-American population: a review article. Diabetes Research and Clinical Practice, 168, 2020.



Por ejemplo, en los Estados Unidos, las personas con un diagnóstico de diabetes incurren en un promedio de gastos médicos de \$16,752 al año, de los cuales \$9,601 son atribuidos a la diabetes³⁷. Las personas que han sido diagnosticadas con diabetes tienen gastos médicos de aproximadamente 2.3 veces mayores que los gastos en los que incurrirían si no tuvieran la enfermedad³⁸.

Los costos indirectos incurridos por los empleadores se presentan en la Gráfica 9 que aparece a continuación. Es de notar que, el impacto más grande ocurre en la disminución de la productividad de los empleados mientras están en el trabajo, un hallazgo que probablemente también es cierto en América Latina y el Caribe.

Gráfica 9. Impacto de la diabetes en la productividad laboral y los costos en los Estados Unidos

Impacto sobre la productividad laboral	Costo/pérdida debido a la diabetes (\$US mil millones)	Porcentaje de costo/pérdida total
Mayor ausentismo	\$3.3	3.8%
Menor productividad en el trabajo	\$26.9	30.7%
Incapacidad para trabajar como resultado de discapacidad relacionada con la enfermedad	\$37.5	42.8%
Pérdida de capacidad productiva debido a mortalidad temprana	\$19.9	22.7%
TOTAL	\$87.6	100%

Asociación Americana de la Diabetes. <https://www.diabetes.org/resources/statistics/cost-diabetes>

³⁶ Glassman A, Gaziano TA, Bouillon Buendia CP, Guanais de Aguiar FC. Confronting the chronic disease burden in Latin America and the Caribbean. Health Affairs. 2010;29(12):2142-8.

³⁷ American Diabetes Association, <https://www.diabetes.org/resources/statistics/cost-diabetes>

³⁸ American Diabetes Association, <https://www.diabetes.org/resources/statistics/cost-diabetes>

Gráfica 10.
Carga generada para los empleadores por las enfermedades cardiovasculares



Centro de recursos 6/17

LA ENFERMEDAD CARDÍACA

representa costos altos similares para los empleadores. Según la Asociación Americana del Corazón (Gráfica 10).

La hipertensión arterial aumenta los costos de atención médica de un empleado en casi un tercio

El costo para los empleadores del ausentismo derivado de la hipertensión arterial es de \$10.3 miles de millones al año

Los accidentes cerebrovasculares tienen un costo para todos los pagadores de \$6,492 por persona al año e implica 20 días laborales perdidos por paciente al año

La obesidad aumenta los costos de atención médica de un empleado en 27 por ciento

El costo para los empleadores del ausentismo derivado de la obesidad es de \$11.2 miles de millones al año

La enfermedad cardíaca ocasiona un promedio de 13 días laborales perdidos por año por paciente

El costo de la inactividad física para los empleadores en los Estados Unidos es de \$9.2 mil millones al año



En la siguiente sección, veremos por qué ha habido tantos cambios significativos en los patrones de enfermedades y las causas de muerte en América Latina y el Caribe en los últimos 30 años. Al comprender las causas de estos cambios, podemos diseñar intervenciones y programas más efectivos para abordar el tema de las enfermedades crónicas.



\$9.2 mil millones/año

Le cuesta a los empleadores la inactividad física en los Estados Unidos

GRAFICO ¹⁰ Asociación Americana del Corazón. https://www.heart.org/idc/groups/heartpublic/@wcm/@fc/documents/downloadable/ucm_496180.pdf

causas comunes fundamentales

Así que, ahora que comprendemos el drástico desplazamiento en los patrones de enfermedad y muerte en la región, y que esos desplazamientos están elevando los costos de la atención médica, las siguientes preguntas serían:



¿Qué ocasionó este cambio tan considerable en las ENT y por qué ocurrió con tanta rapidez?

Una aportación clave de este reporte es que todas las cuatro enfermedades crónicas no transmisibles principales (enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes y enfermedad respiratoria crónica) comparten justo una serie de comportamientos clave a nivel individual.

LOS COMPORTAMIENTOS DE RIESGO INDIVIDUALES CLAVE que son comunes a las cuatro ENT principales: enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes y enfermedad respiratoria crónica son:



**Sobrepeso y
obesidad**



**Consumo excesivo de
alimentos y bebidas con
alto contenido de calorías y
altamente procesados**



**Actividades y
estilo de vida
sedentarios**



Tabaquismo



**Consumo no
saludable de
alcohol**

Estos comportamientos, en cambio, están asociados con niveles elevados de colesterol, glucosa en ayunas y presión arterial, que son factores de riesgo comunes para una serie de ENT. Como se observa en la Gráfica 11, estos factores de riesgo para ENT son muy comunes y se clasifican entre los más altos de cualquier región en el mundo.

Gráfica 11. Prevalencia de los factores de riesgo clave para ENT en las Américas en comparación con el mundo³⁹.

Factores de riesgo	En todo el mundo			Las Américas			Clasificación de las Américas entre las regiones de la OMS
	Ambos sexos	Mujeres	Hombres	Ambos sexos	Mujeres	Hombres	
Actividad física insuficiente	23.3 [16.6–34.5]	26.8 [18.5–38.9]	19.8 [13.4–32.1]	32.4 [22.7–48.1]	37.8 [26.3–54.3]	26.7 [17.4–44.3]	1
Sobrepeso y obesidad (IMC \geq 25 kg/m ²)	36.6 [35.3–37.8]	37.3 [35.6–39.1]	35.9 [34.1–37.8]	59.0 [57.1–60.9]	57.8 [55.2–60.4]	60.3 [57.7–63]	1
Obesidad (IMC \geq 30 kg/m ²)	11.5 [10.8–12.1]	13.7 [12.7–14.7]	9.3 [8.5–10.2]	24.6 [23–26.2]	27.4 [25.2–29.8]	21.7 [19.5–23.9]	1
Alcoholismo (episodios de consumo excesivo)	7.8 [6.8–8.8]	3.6 [2.9–4.3]	11.9 [10.6–13.1]	14.0 [12.6–15.4]	7.2 [6.0–8.3]	21.0 [19.3–22.7]	2
Colesterol total elevado	9.8 [8.6–11.2]	10.9 [8.9–13.1]	8.6 [7.3–10.1]	12.6 [10.1–15.4]	13.7 [10.0–18.1]	11.2 [8.6–14.4]	2
Glucosa en ayunas elevada	8.3 [7.3–9.4]	7.9 [6.7–9.4]	8.7 [7.2–10.4]	8.1 [6.7–9.4]	7.6 [5.9–9.6]	8.5 [6.5–29.9]	3
Tabaquismo (fumar)	22.1 [17.5–27.1]	7.3 [5.7–9.0]	36.9 [29.4–45.2]	19.0 [14.9–23.5]	19.0 [14.9–23.5]	24.1 [18.8–17.94]	4
Nivel elevado de azúcar en sangre	23.2 [21.4–24.8]	21.4 [19.3–23.5]	25.0 [22.6–27.4]	19.3 [17.4–21.3]	19.3 [17.4–21.3]	22.0 [18.9–25.2]	6

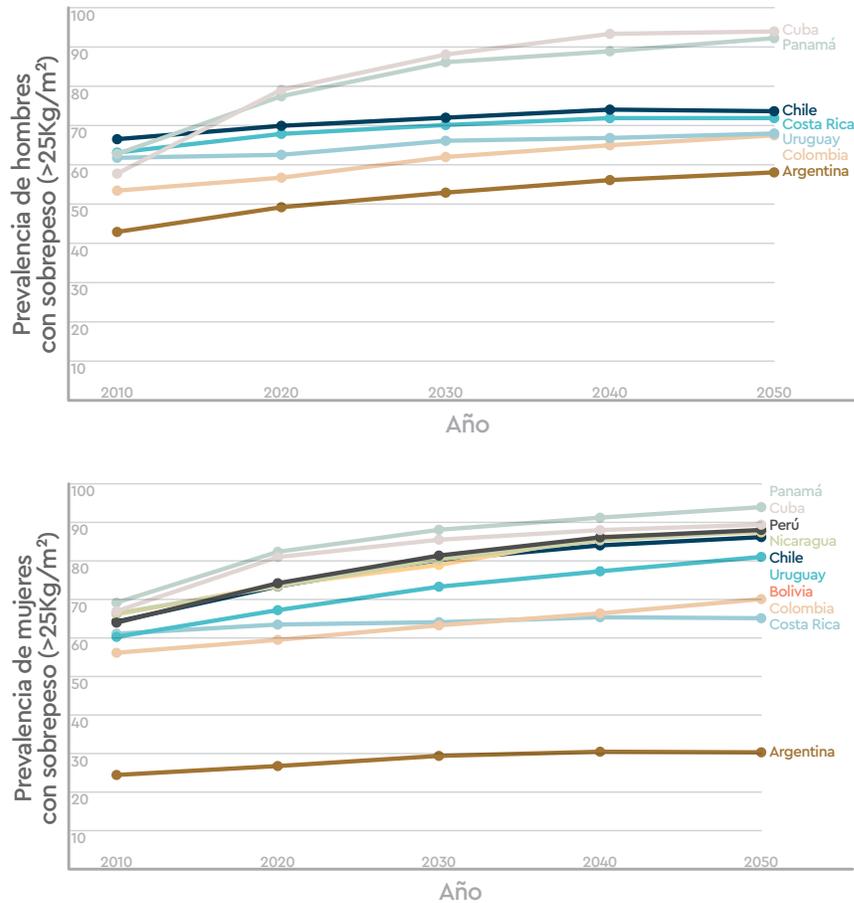
Fuente: Datos de la OMS (OMS 2010a y OMS 2014b).
Aviso: Las estimaciones de todos los indicadores son para el 2010, a excepción del colesterol total elevado (2008). Las tasas de prevalencia están estandarizadas por edad, a excepción de las tasas para actividad física insuficiente y tabaquismo. Todas las estimaciones son para personas mayores de 18 años de edad, a excepción de las que son para tabaquismo (fumar) y consumo de alcoholismo, en donde la población cubierta era mayor de 15 años de edad. Los valores para alcoholismo (episodios de consumo excesivo) se basan en una encuesta, están estandarizados por edad y no se corrigieron los valores por persona.

³⁹ Economic Dimensions of Noncommunicable Diseases in Latin America and the Caribbean. June 2016. Publisher: Pan American Health Organization (PAHO) and Diseases Control Priorities - Third Edition (DCP3). Editor: Branka Legetic, Andre Medici, Mauricio Hernández-Avilla, George Alleye, Anselm Hennis. ISBN: ISBN 978-92-75-11905-1

TASAS DE OBESIDAD POR PAÍS

La obesidad es particularmente un buen indicador del riesgo de diabetes, enfermedad cardiovascular e incluso cáncer. Las tasas de sobrepeso y obesidad han ido en aumento en toda la región LAC en los últimos 10 años y se proyecta que estas tendencias continuarán en el futuro.

Gráfica 12. Tasas de obesidad en países seleccionados de América Latina: hombres y mujeres

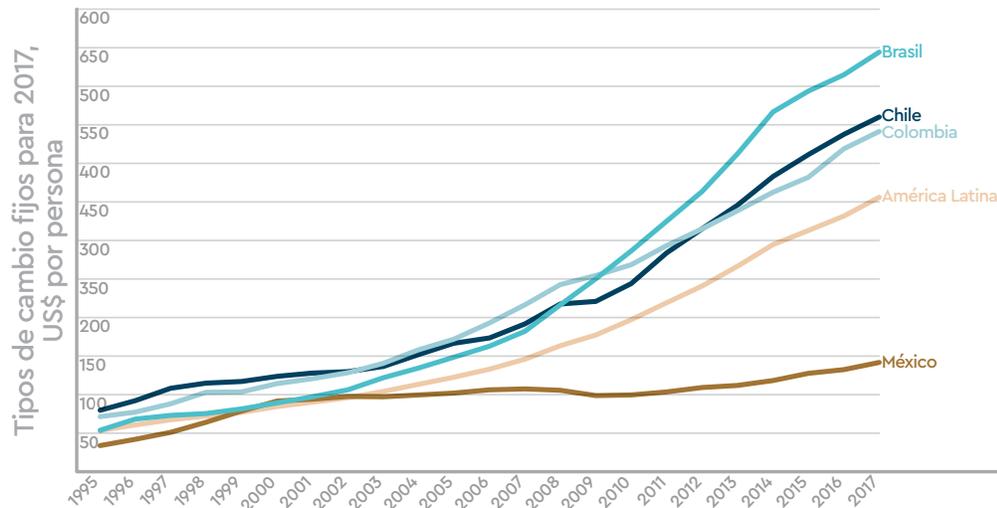


Comportamientos que han provocado un aumento desbordado de las tasas de obesidad en América Latina y el Caribe

Con el fin de diseñar intervenciones efectivas que puedan disminuir las tendencias que describimos anteriormente, necesitamos ahondar un poco más en la **razón** por la cual se han suscitado cambios tan significativos en la alimentación, la actividad física y el sobrepeso, que son comunes a estas ENT.

Un buen ejemplo de ello se presenta en la Gráfica 13 (siguiente página), el cual muestra la cantidad de dinero gastada por los latinoamericanos en comida y en bebidas no alcohólicas fuera de casa en las últimas décadas. La cantidad gastada aumenta de 7 a 10 veces en este período, con un incremento rápido a finales de la década de los 2000.





Gráfica 13. Gastos anuales en alimentos y bebidas no alcohólicas fuera de casa por persona, de 1995 a 2017 ⁴⁰.

⁴⁰ Popkin BM, Reardon T. Obesity and the food system transformation in Latin America. *Obes Rev.* 2018;19(8):1028-1064. doi:10.1111/obr.12694

Gasto anual en alimentos y bebidas no alcohólicas fuera de casa, 1995-2017. Fuente: Euromonitor International Limited 2018© Todos los derechos reservados.

Los alimentos y las bebidas que se consumen fuera de casa tienden a tener más calorías, a ser altamente procesados y a tener un contenido más alto de granos refinados.

ALFABETIZACIÓN EN SALUD

El manejo de una afección crónica puede ser complejo y, a menudo, requiere de un intercambio considerable de información, así como comunicaciones frecuentes entre el proveedor de atención médica, el paciente y sus cuidadores.

La alfabetización en salud incluye la capacidad para tener acceso a, comprender, evaluar y usar la información de salud para tomar decisiones informadas⁴¹; además, puede tener un papel fundamental en el manejo de las enfermedades crónicas^{42,43}. Se ha asociado una baja alfabetización en salud con la falta

de uso y adherencia a los regímenes adecuados de medicamentos⁴⁴, la incapacidad de comprender y usar materiales educativos⁴⁵ y empeorar las prácticas apropiadas de cuidados personales⁴⁶. Con frecuencia, los pacientes se sienten abrumados al recibir un diagnóstico nuevo y no poder comprender esta información puede aumentar ese nivel de estrés⁴⁷.

La alfabetización en salud se ha percibido tradicionalmente como una responsabilidad exclusiva de la persona o paciente. No obstante, ahora se reconoce que también es responsabilidad del sistema de

atención médica y de otras instituciones (p. ej. empleadores, aseguradoras) que pueden ayudar u obstaculizar la capacidad de las personas para aprender y acceder a la información. Las organizaciones que proporcionan oportunidades educativas (p. ej. videos y audios, además de texto) al igual que asistencia en pro del desarrollo de estas capacidades de alfabetización en salud, observan los mejores resultados en sus programas de manejo de la atención para afecciones crónicas⁴⁸.

⁴⁸ Fors A, Blanck E, Ali L, Ekberg-Jansson A, Fu M, Lindström Kjellberg I, Mäkitalo Å, Swedberg K, Taft C, Ekman I. Effects of a person-centred telephone-support in patients with chronic obstructive pulmonary disease and/or chronic heart failure - A randomized controlled trial. *PLoS One.* 2018 Aug 31;13(8):e0203031. doi: 10.1371/journal.pone.0203031.

⁴¹ Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med* 2008;67:2071-78.

⁴² Van der Heide I, et al. Health literacy in chronic disease management: a matter of interaction. *J Clin Epi* 2018;102:134-38.

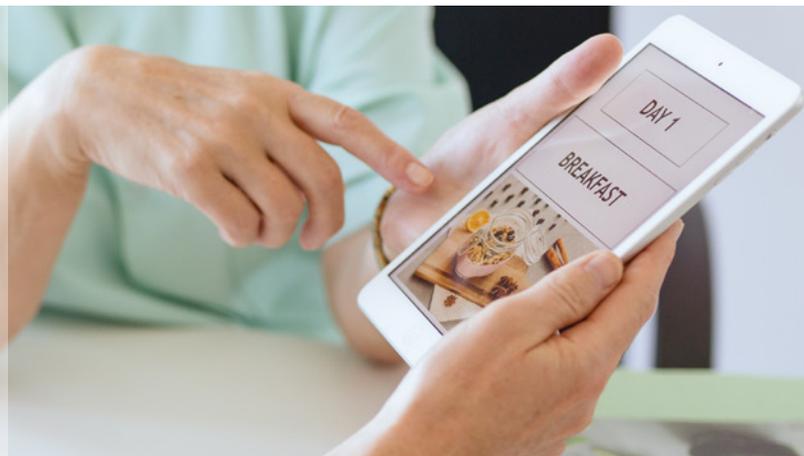
⁴³ BBERkman ND et al. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med* 2011;155:97-107

⁴⁴ Salas M et al. Challenges facing drug utilization research in the Latin American region. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2020;1:1-11.

⁴⁵ Devan H, Hale L, Hempel D, Saïpe B, Perry MA. What Works and Does Not Work in a Self-Management Intervention for People With Chronic Pain? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. *Phys Ther.* 2018 May 1;98(5):381-397.

⁴⁶ Farley H. Promoting self-efficacy in patients with chronic disease beyond traditional education: A literature review. *Nurs Open.* 2019;7(1):30-41.

⁴⁷ Cutler, S., Crawford, P., & Engleking, R. (2018). Effectiveness of group self-management interventions for persons with chronic conditions: A systematic review. *MED/SURG Nursing*, 27(6), 359-367.



MANEJO Y PRUEBAS DE DETECCIÓN

El manejo de las ENT, en especial diabetes, hipertensión arterial y cáncer, no es el más idóneo en toda la región LAC. La gran mayoría de las personas que padecen enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) no reciben la atención adecuada. Aproximadamente solo la mitad de ellas son diagnosticadas y, entre estos pacientes, solamente la mitad recibe tratamiento. Dentro del cuarto de personas con ENT crónicas que sí reciben atención, solo la mitad alcanza los objetivos deseados del tratamiento clínico.

De manera acumulada, aproximadamente solo 1 de cada 10 personas con afecciones crónicas son tratadas con éxito⁴⁹.



¿Cuál es la causa de las fallas en el diagnóstico adecuado y el manejo de las personas que padecen enfermedades crónicas no transmisibles en América Latina?

"En esencia, hay un desajuste entre los problemas de salud con más prevalencia (ENT crónicas) y las formas de organización que tienen los sistemas de salud en muchos países para lidiar con ellos. Este desajuste es histórico en naturaleza y se puede comprender si se revisan las eras pasadas cuando las enfermedades infecciosas eran los problemas de salud más frecuentes".

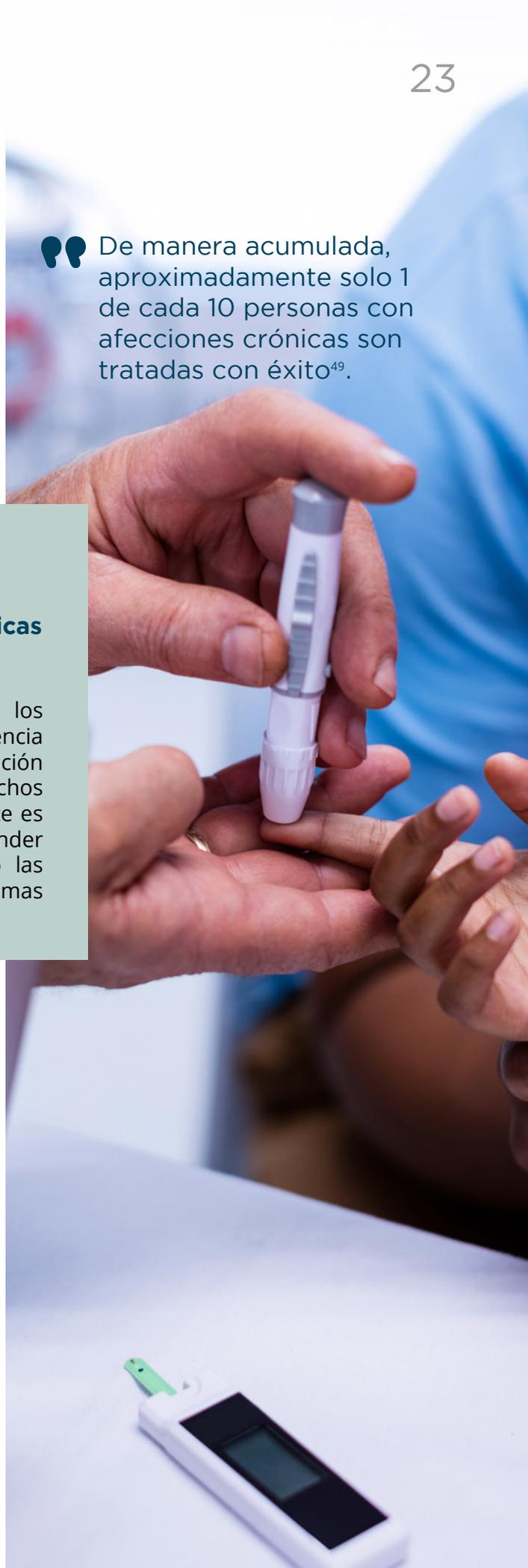
MANEJO DE LOS MEDICAMENTOS

El manejo de los medicamentos y la adherencia para las personas con ENT, en general, no es el idóneo. En estudios realizados en toda la región, a los pacientes con hipertensión arterial y/ diabetes no se les recetan medicamentos a niveles que sean suficientes para controlar estas enfermedades⁵⁰.

Las pruebas de detección inadecuadas y los diagnósticos tardíos representan desafíos adicionales. Por ejemplo, en la región de las Américas, todavía del 30% al 40% de las mujeres con cáncer de seno son diagnosticadas en etapas avanzadas, en comparación con solo el 10% en los países industrializados.

⁴⁹ PAHO. Innovative Care for Chronic Conditions: Organizing and Delivering High Quality Care for Chronic Noncommunicable Diseases in the Americas, 2013.

⁵⁰ Zavattini M, Obreli-Neto P, Cuman R. Estrategia saúde da família no tratamento de doenças crônico-degenerativas: avanços e desafios. Rev Gaúcha Enferm. 2010;31(4):647-54.





Soluciones y programas

En esta sección del reporte, analizamos *qué se puede hacer* para disminuir y revertir la carga y los costos de las ENT en América Latina.

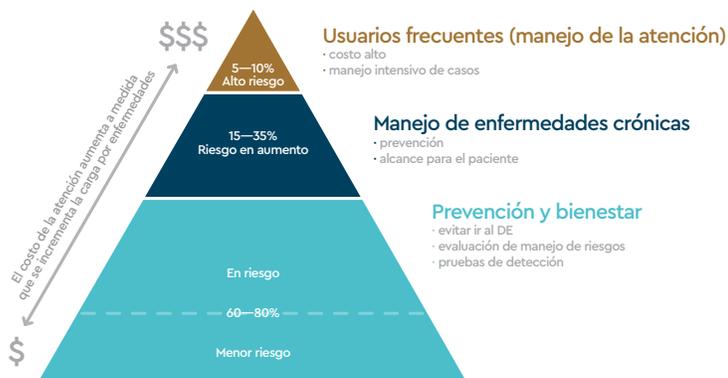
Resaltamos las mejores prácticas y las soluciones efectivas que científicamente se ha comprobado que pueden hacer una diferencia. Ofrecemos algunas estrategias y estudios de casos que toman en consideración el contexto y las realidades culturales de América Latina y el Caribe. Finalmente, nos enfocamos en aquellas estrategias y programas que colocan al empleador y al sector privado en el centro de la acción.

Con frecuencia, escuchamos decir a nuestros socios corporativos y del sistema de salud "Esta bien, lo entiendo. Vemos que el problema de las enfermedades crónicas nos afecta a todos y representa un alto costo, pero ¿qué podemos hacer al respecto?". A continuación, proporcionamos algunas respuestas.

NIVELES DE INTERVENCIÓN

Hay tres tipos básicos de intervenciones para prevenir, manejar y tratar las enfermedades crónicas. Estos niveles se alinean con tres grupos típicos de empleados o miembros de la comunidad: (1) el 5% al 10% de las personas que ya tienen una enfermedad crónica, (2) el 15% al 35% de las personas cuyo riesgo de padecer una enfermedad crónica es alto o va en aumento, y (3) el 60% al 80% de las personas que tienen un riesgo menor de enfermarse, por lo general, debido a su edad o por tener mejores hábitos alimenticios y de actividad física.

Gráfica 14. Grupos de riesgo para enfermedades crónicas, costos y las estrategias más adecuadas para la atención.



Como se presenta en la Gráfica 14, las estrategias y los enfoques de intervención son los que mejor se adaptan a cada uno de estos grupos. Aquellas personas que padecen una enfermedad crónica, por lo general, se involucran activamente con el sistema de atención médica y requieren muchos tratamientos (procedimientos médicos, medicamentos, etc.). En la cima de esta pirámide están los "Utilizadores frecuentes" que tienden a representar costos altos para el sistema o su empleador, y para quienes el mejor enfoque es el de "Manejo de la atención", que incluye atención intensiva provista por profesionales médicos.

El segundo, un grupo más grande, que es el que tiene un "Riesgo en aumento" necesita capacitación y asistencia para evitar enfermarse o que su ENT empeore. Este grupo se beneficia más de los programas de "Manejo de enfermedades crónicas", que incluyen prevención, consejería y apoyo de personas que se encuentren en su misma situación. Finalmente, para el tercer grupo, el más grande y el que tiene el riesgo más bajo, son más idóneos los programas de "Prevención y bienestar".

Estos programas deberían incluir evaluaciones de riesgos para la salud, así como pruebas de detección para identificar

a las personas que tengan o puedan llegar a padecer una enfermedad crónica, junto con educación y actividades (p. ej., programas de acondicionamiento físico en el lugar de trabajo, menús saludables en las cafeterías) para ayudar a evitar que contraigan una de estas enfermedades.

LAS SOLUCIONES DE ATENCIÓN INTEGRADAS PARA LAS AFECCIONES CRÓNICAS TIENEN LOS MEJORES RESULTADOS

Los programas tradicionales de manejo de enfermedades se enfocaban típicamente en una sola enfermedad, eran operados de manera aislada del contexto social y comunitario más amplio, y era difícil medir sus resultados.

Por ejemplo, los programas tradicionales de manejo de enfermedades que se enfocaban exclusivamente en inscribir y darle tratamiento a las personas que ya tenían diabetes, hacían muy poco para abordar los aspectos subyacentes de una mala alimentación, la falta de actividad física y el sobrepeso.

Es posible que muchos de estos enfoques hiperdirigidos hayan ayudado a grupos pequeños de participantes, pero lograron poco en cuanto a evitar que las ENT aumentaran en la comunidad o reaparecieran después del tratamiento.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) llevó a cabo un análisis profundo de lo que funcionaría mejor en el contexto de América Latina. Este reporte extenso y los ejemplos de casos con el título *Atención innovadora para las afecciones crónicas: Organización y provisión de atención de alta calidad para las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas*⁵¹ fue el resultado culminante de estos esfuerzos y es ampliamente recomendado.

Los "modelos de atención integrada" que se basan en el paciente y no en la enfermedad, son más efectivos.



En resumen, los expertos en la materia que contribuyeron al reporte de la OPS llegaron a la conclusión de que los "modelos de atención integrada" que se basan en el paciente y no en la enfermedad, son más efectivos. El modelo de la OPS, basado en el bien establecido "Modelo de atención de enfermedades crónicas" que ha sido bien desarrollado en Estados Unidos y Europa y que reconoció que el manejo de las enfermedades crónicas es una "colaboración" entre el paciente y su proveedor de atención médica, la cual requiere de cooperación y confianza⁵².

⁵¹ PAHO. Innovative Care for Chronic Conditions: Organizing and Delivering High Quality Care for Chronic Noncommunicable Diseases in the Americas, 2013.

⁵² Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. JAMA. 2002;288(19):2469-75.

El Marco de "atención innovadora para las afecciones crónicas" amplió este alcance y reconoce que esta colaboración entre el paciente y el proveedor se da dentro de una política y un ambiente económico y social más amplio, p. ej. los determinantes sociales de la salud (Gráfica 15). Finalmente, el modelo de Atención innovadora coloca a la comunidad, incluyendo a los empleadores, en el centro de la acción.

De manera consistente, se ha encontrado en las revisiones de los programas efectivos en América Latina y el Caribe, que las iniciativas que se desarrollan en colaboración con los empleadores y las organizaciones basadas en la comunidad son mucho más exitosas en cuanto a la prevención y manejo de las ENT, que las que no toman en cuenta a estas partes tan importantes.

Gráfica 15. Marco de condiciones de la atención innovadora para las afecciones crónicas de la OPS



En el centro de este modelo de atención de las afecciones crónicas, se encuentra el desarrollo de una población de pacientes informados y proactivos, así como de equipos de atención médica preparados e igualmente proactivos. Del lado del proveedor, la preparación implica tener la experiencia, la información y los recursos necesarios que garanticen el manejo clínico efectivo. Además, se refiere a tener el acceso oportuno al equipo, suministros y medicamentos necesarios para brindar atención basada en la evidencia. Del otro lado de la ecuación, los pacientes deben contar con información, educación, motivación y confianza para que puedan fungir como socios en lo que respecta a su atención.

El manejo integrado de las ENT tiene sentido por al menos

tres importantes razones. Primera, la mayoría de las personas tienen más de un factor de riesgo y/o ENT (p. ej.: hipertensión arterial y obesidad, o hipertensión arterial y diabetes y/o asma)⁵³. Por lo tanto, tiene sentido que se traten estas afecciones dentro de un marco integrado de atención. Otra razón por la cual la atención integrada tiene sentido es que la mayoría de las ENT representan demandas similares para los trabajadores y los sistemas de salud, y las formas comparables de organizar la atención y manejar estas afecciones tienen una efectividad similar, independientemente de la etiología. Tercera, la mayoría de las ENT tienen factores de riesgo primarios y secundarios comunes.

Por ejemplo, la obesidad es un factor de riesgo mayor para diabetes, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca y ciertos tipos de cáncer. Además, la enfermedad cardíaca se puede convertir en una complicación a largo plazo de más de una afección crónica.

TRES PILARES PARA EL ÉXITO UNA GUÍA PRÁCTICA

Los médicos necesitan una guía práctica y específica que abarque más allá de un marco. **El Anexo 1** ofrece objetivos e intervenciones específicos para cada una de las cuatro afecciones crónicas principales. En cada caso, las intervenciones se agrupan en tres categorías:

- 1 Asesoría, educación y prevención**
- 2 Pruebas de detección y detección temprana, y**
- 3 Tratamiento**

El Anexo 1 proporciona una guía detallada para cada tipo de intervención y para cada una de las cuatro ENT principales.

⁵³ <https://www.paho.org/en/topics/noncommunicable-diseases>

Qué pueden hacer los empleadores

EL SECTOR PRIVADO, INCLUYENDO A LOS EMPLEADORES Y A LAS COMPAÑÍAS DE ATENCIÓN MÉDICA, TIENE UN PAPEL FUNDAMENTAL EN EL TEMA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE.

CÓMO PUEDE CONTRIBUIR EL SECTOR PRIVADO A LA PREVENCIÓN DE LAS ENT

Los empleadores en el sector privado deberían "promover y crear un entorno para los comportamientos saludables entre los trabajadores, al establecer lugares de trabajo libres de tabaco, así como ambientes laborales seguros y saludables..., incluyendo buenas prácticas corporativas, programas de bienestar en el lugar de trabajo y planes de seguro médico"

Fuente: United Nations. Political declaration of the high-level meeting on the prevention and control of noncommunicable diseases. New York: UN; 2011

Desafortunadamente, los lugares de trabajo en América Latina y el Caribe han quedado rezagados en comparación a otras regiones, en cuanto a ofrecerle a sus trabajadores acceso a programas y servicios de bienestar en sus instalaciones (Gráfica 16).

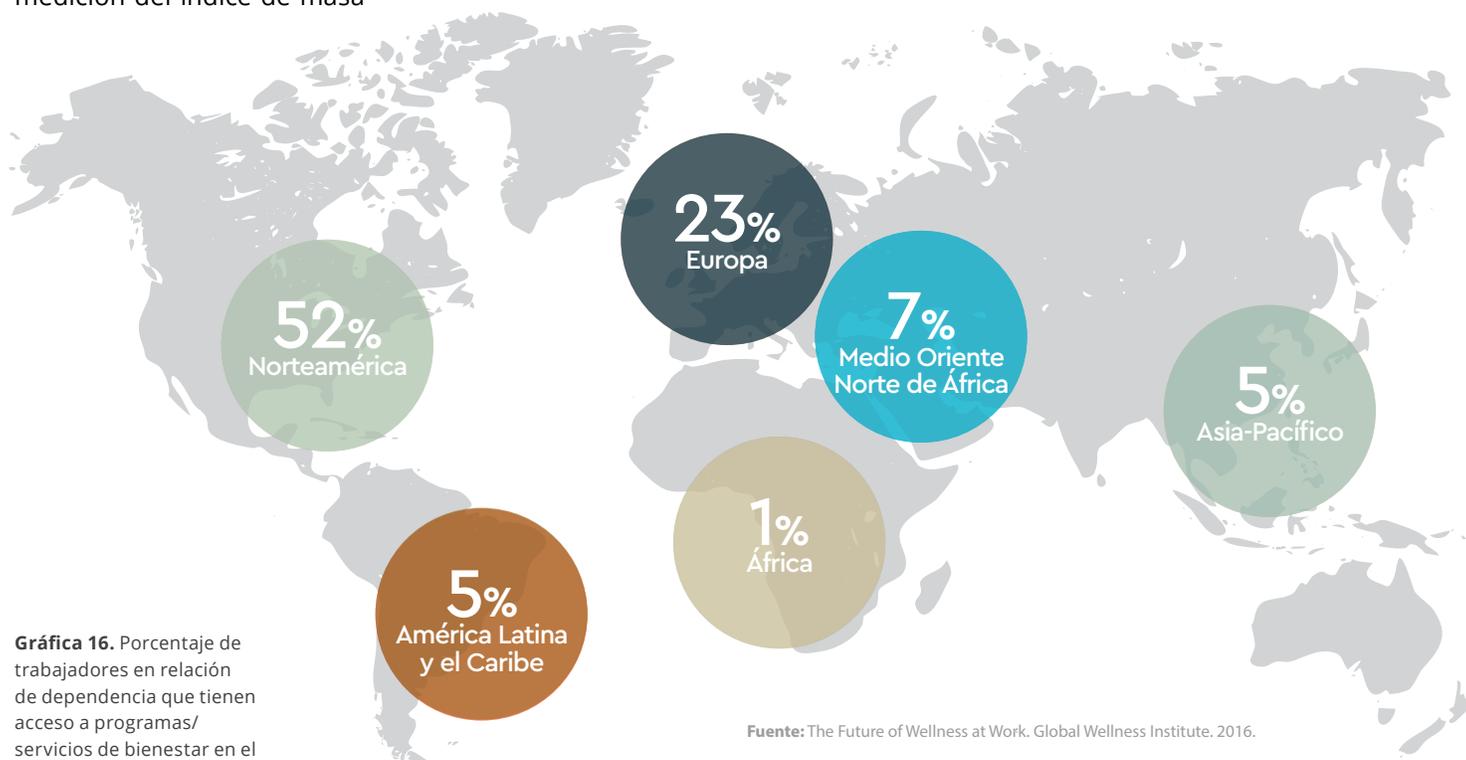
La literatura disponible sobre los programas de manejo de la atención de las enfermedades crónicas en el lugar de trabajo en América Latina es limitada, pero ha demostrado ser efectiva. Por ejemplo, en una revisión hecha por Mehta et al de Worksite Interventions: Improving Lifestyle Habits Among Latin American Adults⁵⁴, se encontraron resultados significativos en las intervenciones debido a las mejoras en las tasas de sobrepeso y obesidad, según la medición del índice de masa

corporal (IMC), el peso, la circunferencia de la cintura, y la proporción de la cintura en relación a la cadera.

Adicionalmente al asunto de "hacer lo correcto", los empleadores tienen un incentivo financiero sólido para abordar proactivamente el tema de las enfermedades crónicas entre sus empleados y las comunidades a las que sirven. Como se presenta en este reporte, existe evidencia empírica sólida que indica que una fuerza laboral con altas tasas de enfermedades crónicas conlleva costos de atención médica más altos, más ausentismo, menor productividad, una tasa de retención menor y una baja moral de los empleados.

MODELO DE SALUD EN EL LUGAR DE TRABAJO

El Centro para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) ha estado estudiando por décadas los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo y publicaron recientemente (2019) la última guía sobre el diseño e implementación de programas que sean efectivos para promover un buen estado de salud y disminuir el riesgo de padecer enfermedades crónicas.



Gráfica 16. Porcentaje de trabajadores en relación de dependencia que tienen acceso a programas/servicios de bienestar en el lugar de trabajo.

Fuente: The Future of Wellness at Work. Global Wellness Institute. 2016.

⁵⁴ Mehta et al. Worksite Interventions: Improving Lifestyle Habits Among Latin American Adults Am J Prev Med 2013;44(5):538-542.



El Modelo de salud en el lugar de trabajo del CDC fue desarrollado en base a cuatro aspectos principales para lograr el éxito

1 VALORACIÓN:

Una valoración para definir los riesgos y preocupaciones relacionados con la salud y seguridad de los empleados y describir las actividades, competencias, necesidades y barreras de promoción de la salud actuales.

2 PLANIFICACIÓN:

Un proceso de planificación para desarrollar los componentes de un programa de salud en el lugar de trabajo, incluyendo la determinación de objetivos, la selección de las intervenciones prioritarias y el desarrollo de una estructura organizacional.

3 IMPLEMENTACIÓN:

Implementación de programas que involucren todos los pasos necesarios para establecer estrategias e intervenciones de promoción de la salud y ponerlos a disposición de los empleados.

4 EVALUACIÓN:

Una evaluación de los esfuerzos para investigar sistemáticamente el mérito (p. ej., calidad), el valor (p. ej., efectividad) y la relevancia (p. ej., importancia) de una acción/actividad organizada de promoción de la salud.

Los componentes de estos cuatro pasos clave se muestran en la Gráfica 17. La guía adicional para que los empleadores puedan implementar estos pasos está disponible a través del sitio web del CDC para la promoción de la salud en el lugar de trabajo ⁵⁵.

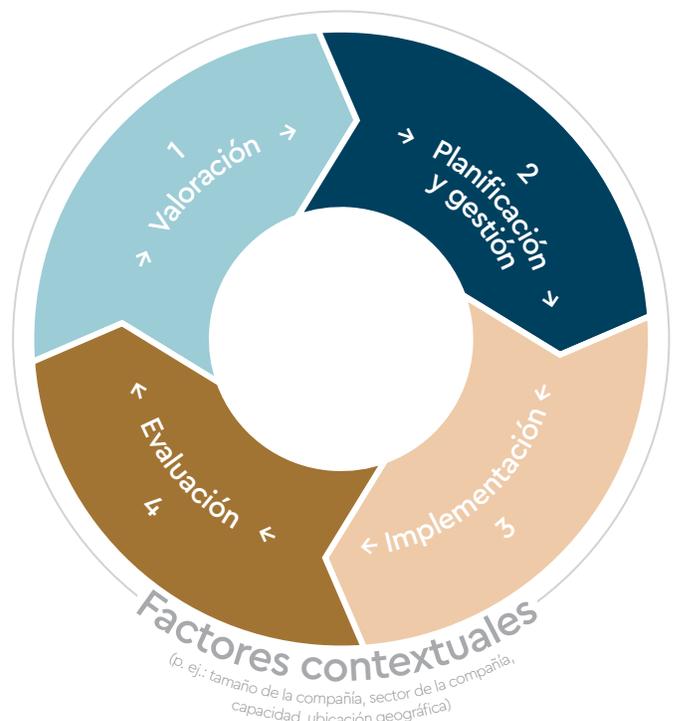
Gráfica 17. Modelo de salud en el lugar de trabajo del CDC

1 Valoración

- Individual (p. ej.: datos demográficos, riesgo para la salud, uso de servicios)
- Organizacional (p. ej.: prácticas actuales, ambiente laboral, infraestructura)
- Comunidad (p. ej.: transporte, alimentación e industria minorista, parques y recreación)

2 Planificación y gestión

- Apoyo de liderazgo (p. ej.: modelos y campeones a seguir)
- Gestión (p. ej.: coordinador, comité de salud en el lugar de trabajo)
- Plan de mejoras de salud en el lugar de trabajo (p. ej.: objetivos y estrategias)
- Recursos asignados (p. ej.: costos, socios/proveedores, personal)
- Comunicaciones (p. ej.: mercadeo, mensajes, sistemas)



4 Evaluación

- Productividad de los trabajadores (p. ej.: ausentismo, asistencia)
- Costos de atención médica (p. ej.: calidad de la atención, estándares de desempeño)
- Mejores resultados de salud (p. ej.: reducción enfermedades y de discapacidad)
- Cambio organizacional, "cultura de la salud" (p. ej.: moral, reclutamiento/retención, alineación de los objetivos comerciales y de salud)

3 Implementación

- Programas (p. ej.: educación y asesoría)
- Políticas (p. ej.: normas organizacionales)
- Beneficios (p. ej.: seguro, incentivos)
- Apoyo ambiental (p. ej.: puntos de acceso, oportunidades, físico/social)

⁵⁵ <https://www.cdc.gov/workplacehealthpromotion/index.html>

Las mejores prácticas para los programas en el lugar de trabajo

La implementación de un programa exitoso de manejo de las enfermedades crónicas y la promoción de la salud en el lugar de trabajo se basa en una serie de aspectos clave.

Gráfica 18. Aspectos clave para tener programas exitosos de manejo de las enfermedades crónicas y la promoción de la salud en el lugar de trabajo



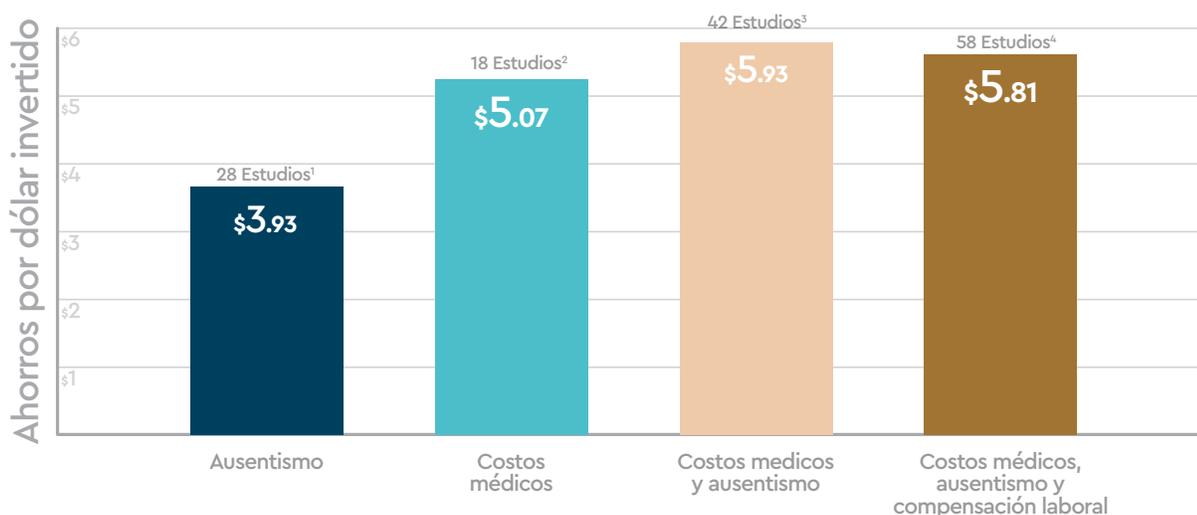
ROI - Programas de enfermedades crónicas

Existe evidencia contundente, para programas incrementales e integrales, de que muchos programas de manejo de las enfermedades crónicas y promoción de la salud sí funcionan, siempre y cuando se diseñen e implementen de manera correcta⁵⁶.

Los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo han demostrado tener tasas de retorno de inversión más sólidas. Una revisión de 73 estudios publicados de los programas de salud en el lugar de trabajo demostró un promedio de \$3.50 a \$1 de relación ahorro-costos en la reducción del ausentismo y los costos de atención médica⁵⁷. Otra revisión de los programas de bienestar en el lugar de trabajo en empresas mayoritariamente grandes con más de 1,000 trabajadores encontró un retorno de la inversión de \$3.27 a \$1 por gastos médicos y \$2.73 a \$1 por ausentismo⁵⁸. Finalmente, en una revisión de más de 100 estudios, el ROI fue de \$3.48 de ahorro en costos médicos por dólar invertido y \$5.82:1 debido a la disminución del ausentismo (Gráfica 19).

Gráfica 19. Retorno de la inversión en la promoción de la salud en el lugar de trabajo

Una revisión sobre los puntajes de estudios publicados sobre el bienestar en el lugar de trabajo encontró que el retorno de la inversión es de \$3.48:1 debido a la disminución de los costos médicos y de \$5.82:1 debido a la reducción en la tasa de ausentismo



¹ Fuente: Aldana, SG, Financial impact of health promotion programs: a comprehensive review of the literature, American Journal of Health Promotion, 2001, volume 15(5): pages 296-320.

² Fuente: Aldana, SG, Financial impact of health promotion programs: a comprehensive review of the literature, American Journal of Health Promotion, 2001, volume 15(5): pages 296-320.

³ Fuente: Chapman, LS, Meta-evaluation of worksite health promotion economic return studies, Art of Health Promotion, 2003, 6:6, pages 1-16.

⁴ Fuente: Chapman, LS, Meta-evaluation of worksite health promotion economic return studies: 2005 Update Art of Health Promotion, 2005, p. 1-16.

⁵⁶ McKinsey Quarterly. How to Design a Successful Disease-Management Program. 2010. <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/how-to-design-a-successful-disease-management-program>.

⁵⁷ Aldana SG. Financial impact of health promotion programs: a comprehensive review of the literature. Am J of Health Promot. 2001;15(5): 296-320

⁵⁸ Baicker K, Cutler D, Song Z. Workplace Wellness Programs Can Generate Savings. Health Affairs. 2010; 29(2): 1-8.

COVID-19 y las enfermedades crónicas



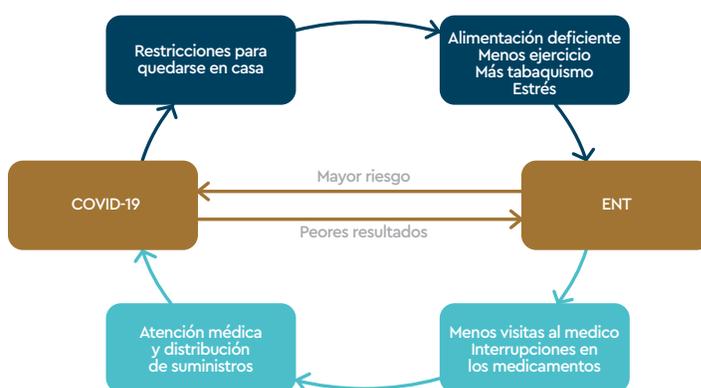
Esta situación es muy problemática debido a que coloca a las personas que viven con ENT en mayor riesgo de enfermarse gravemente o morir si tienen COVID-19”

Anselm Hennis, Director of the Department of Noncommunicable Diseases and Mental Health at PAHO, during a media teleconference organized by the NCD Alliance, the Healthy Latin America Coalition, and Mexico Salud-Hable

La **COVID-19** ha hecho que el manejo y la prevención de las enfermedades crónicas en América Latina sea aún más desafiante y urgente.

Como se muestra en la Gráfica 20, existe una relación sinérgica entre la COVID-19 y las enfermedades crónicas no transmisibles. En palabras simples, esto significa que la presencia de cada una empeora los efectos de la otra.

Gráfica 20. Efectos sinérgicos de la COVID-19 y las Enfermedades crónicas no transmisibles (ENT)



De manera más directa, las personas (Gráfica 20, flechas doradas) con afecciones crónicas subyacentes, como diabetes, enfermedad renal e hipertensión arterial, a menudo tienen un sistema inmune comprometido y, por lo tanto, tienen un riesgo mayor de contagiarse de COVID-19⁵⁹. Por otra parte, las personas con ENT que contraen la COVID-19, con frecuencia tienen casos más graves de esta enfermedad, peores resultados y un mayor riesgo de muerte⁶⁰.

⁵⁹ Sheldon TA. Twin epidemics of covid-19 and non-communicable disease BMJ 2020; 369 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m2618>

⁶⁰ Hernández-Galdamez DR, González-Block MÁ, Romo-Dueñas DK, et al. Increased Risk of Hospitalization and Death in Patients with COVID-19 and Pre-existing Noncommunicable Diseases and Modifiable Risk Factors in Mexico. Arch Med Res. 2020;51(7):683-689. doi:10.1016/j.armed.2020.07.003

Adicionalmente, las disposiciones y restricciones para quedarse en casa que están asociadas con la pandemia de COVID-19 han cambiado drásticamente el comportamiento de las personas (Gráfica 20, flechas azules). Han provocado que las personas: consuman alimentos menos saludables y aumenten de peso⁶¹; se vuelvan más sedentarias y hagan menos actividad física⁶²; y consuman cantidades mayores de alcohol y fumen más⁶³. La pandemia de COVID-19 también ha aumentado significativamente los niveles de estrés, ansiedad y depresión en la gente⁶⁴. Como revisamos en secciones anteriores, todos estos hábitos y comportamientos están asociados con un riesgo alto y con la gravedad de las enfermedades crónicas no transmisibles.

325 millones (o 3 de cada 10) personas

en las Américas, tienen un riesgo más grande de desarrollar COVID-19 grave debido a afecciones de salud subyacentes.

43 millones de personas

en las Américas, son de alto riesgo, "lo que significa que podrían requerir ser hospitalizadas a causa de sus problemas médicos y, dentro de este grupo, los hombres tienen el doble de probabilidades que las mujeres de tener un alto riesgo de presentar complicaciones graves si contraen COVID-19"

Finalmente, los servicios de prevención y tratamiento de las enfermedades no transmisibles (ENT) han resultado considerablemente afectados desde el inicio de la pandemia de COVID-19 en la región de las Américas (Gráfica 20, flechas verdes). En junio de 2020, la Organización Panamericana de la salud (OPS) reportó que la pandemia de COVID-19 estaba teniendo un impacto negativo muy significativo sobre la disponibilidad y las operaciones de los servicios de salud para las personas que padecen enfermedades crónicas no transmisibles⁶⁶.

Por ejemplo, la encuesta que se llevó a cabo en toda la región de las Américas encontró que: los servicios para pacientes ambulatorios se interrumpieron parcialmente en 18 de los



países encuestados (64%), dos países (7%) cerraron por completo sus servicios para ENT y en siete países (25%) siguieron abiertos. Estas interrupciones han afectado todos los tipos de atención para las personas que tienen ENT, pero aún más para diabetes, hipertensión arterial, cuidado dental y servicios de rehabilitación. Las razones principales a las que se les atribuye esta interrupción de los servicios para ENT incluyen la cancelación de servicios de atención electivos (58%, 14/24), reasignación del personal clínico para atender casos de COVID-19 (50%, 12/24), y cancelación de las citas de los pacientes (50%, 12/24).

En resumen, existe un temor real en muchos expertos que indican que los cambios en los comportamientos clave como la alimentación y la actividad física, aunado a estas interrupciones en la atención médica, la realización de pruebas de detección y la administración del tratamiento adecuado debido a la COVID-19, estén creando los cimientos para un aumento descontrolado de enfermedades crónicas en los próximos años.

⁶¹ Gopalan HS, Misra A. COVID-19 pandemic and challenges for socio-economic issues, healthcare and national health programs in India. *Diabetes Metab Syndr.* (2020) 14:757–9. doi: 10.1016/j.dsx.2020.05.041

⁶² NCD Alliance. Impacts of COVID-19 on people living with NCDs. NCD Alliance (2020). Disponible en línea en: https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/COVID-19_%26_NCDs_BriefingNote_27April_FinalVersion_0.pdf

⁶³ Narayan Y et al. A Syndemic Perspective on the Management of Non-communicable Diseases Amid the COVID-19 Pandemic in Low- and Middle-Income Countries. *Frontiers in Public Health* 2020;8. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2020.00508>

⁶⁴ Rajkumar RP. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian J Psychiatr.* 2020;52:102066. doi:10.1016/j.ajp.2020.102066

⁶⁶ <https://www.paho.org/en/news/17-6-2020-COVID-19-has-impacted-operation-health-services-noncommunicable-diseases-americas>

Resumen y conclusión

Las pérdidas humanas y los costos asociados con las enfermedades crónicas en América Latina y el Caribe son un punto de quiebre que requiere que tomemos las acciones pertinentes. La buena noticia es que décadas de experimentación con los programas de manejo de enfermedades nos han dado las herramientas y los conocimientos sobre cómo prevenir, manejar y tratar mejor estas afecciones.

Cambiar para lograr mejores resultados es posible, pero requerirá de un esfuerzo coordinado y de colaboración.

Nosotros, en Pan-American Life Insurance Group, estamos comprometidos con este esfuerzo. Esperamos poder trabajar con nuestras comunidades médicas, de empleadores y productores de seguros y, lo más importante, con nuestros asegurados, para implementar soluciones que nos lleven a tener un estilo de vida más saludable y que se traduzca en un menor impacto económico.

Contigo DÍA A DÍA



ANEXO 1

INTERVENCIONES DE GESTIÓN PARA LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (ENT)

Intervenciones de atención médica primaria				
ENT	Objetivos	Asesoría, educación para el paciente y prevención	Pruebas de detección y detección temprana	Tratamiento
Enfermedades cardiovasculares (ECV)	<p>Evaluar y disminuir los riesgos de desarrollar ECV.</p> <p>Diagnóstico oportuno y preciso de las ECV.</p> <p>Controlar la hipertensión arterial.</p> <p>Prevenir los eventos y complicaciones agudas.</p> <p>Mejorar los cuidados personales de las ECV.</p>	<p>Evaluar el riesgo para ECV.</p> <p>Educar sobre la reducción de los factores de riesgo.</p> <p>Educar sobre el estilo de vida saludable.</p>	<p>Detectar el riesgo para ECV.</p> <p>Educar sobre la reducción de los factores de riesgo.</p> <p>Educar sobre el estilo de vida saludable.</p>	<p>Terapia farmacológica para aquellas personas que hayan tenido o estén en riesgo de sufrir un ataque cardíaco o accidente cerebrovascular.</p> <p>Medicamentos para la hipertensión.</p> <p>Tratamiento de casos nuevos de infarto agudo al miocardio con: ácido acetilsalicílico, o clopidogrel (antiagregante plaquetario), trombólisis o intervenciones coronarias percutáneas primarias.</p> <p>Tratamiento de insuficiencia cardíaca congestiva con inhibidores de la ACE, betabloqueadores y diuréticos.</p>
Diabetes tipo 2	<p>Prevenir la diabetes, incluyendo la diabetes gestacional.</p> <p>Evaluar el riesgo de desarrollar diabetes.</p> <p>Mejorar la calidad de la atención y el pronóstico de las personas con diabetes tipo 2.</p> <p>Reducir y mantener un peso corporal saludable.</p> <p>Controlar los niveles de azúcar en sangre.</p> <p>Disminuir las complicaciones derivadas del manejo deficiente de la diabetes.</p> <p>Mejorar los cuidados personales para la diabetes.</p>	<p>Educación sobre el estilo de vida para prevenir la diabetes tipo 2.</p> <p>Atención prenatal y manejo intensivo de la glucosa entre las mujeres embarazadas para prevenir la diabetes gestacional.</p> <p>Asesoría para las personas con sobrepeso para que puedan bajar de peso al disminuir la ingesta de alimentos y aumentar la actividad física.</p> <p>Educación sobre diabetes, automanejo, incluyendo cuidado de los pies y de los ojos.</p>	<p>Evaluar el riesgo para ECV</p> <p>Educar sobre la reducción de los factores de riesgo.</p> <p>Educar sobre el estilo de vida saludable.</p>	<p>Terapia farmacológica para controlar el azúcar en sangre.</p> <p>Terapia farmacológica para evitar el avance de la enfermedad renal.</p>
Cáncer	<p>Prevenir el cáncer.</p> <p>Detectar el cáncer en etapas tempranas.</p> <p>Realizar pruebas de detección para hombres y mujeres para cánceres susceptibles a detección temprana (cáncer de cuello uterino, seno, colorrectal).</p> <p>Asegurar el diagnóstico oportuno, el tratamiento y la atención paliativa y de apoyo.</p>	<p>Educación en salud sobre la prevención del cáncer y los estilos de vida saludables.</p> <p>Vacunación contra la hepatitis B para la prevención del cáncer de hígado.</p> <p>Vacunación contra el VPH para la prevención del cáncer de cuello uterino.</p>	<p>Exámenes para detectar las primeras señales y síntomas de los cánceres comunes (de pulmón, próstata, colorrectal, seno, cuello uterino, estómago, leucemia, etc.).</p> <p>Examen clínico y/o mamografía para detectar cáncer de seno, conforme a los lineamientos nacionales.</p> <p>Cáncer de cuello uterino: prueba de Papanicolaou, VPH, prueba de ADN, inspección visual con ácido acético (VIA), crioterapia para el tratamiento de lesiones precancerosas, conforme a los lineamientos nacionales.</p> <p>Cáncer bucal: prueba de detección para los grupos con alto riesgo, como los fumadores de tabaco.</p> <p>Cáncer colorrectal: prueba de sangre oculta en heces o colonoscopia, conforme a los lineamientos nacionales.</p>	<p>Referir al nivel secundario de atención para diagnóstico y tratamiento, incluyendo cirugía, quimioterapia y radioterapia.</p> <p>Brindar atención de seguimiento después del tratamiento.</p> <p>Ofrecer atención de apoyo y paliativa.</p>
Enfermedades respiratorias crónicas	<p>Controlar el asma y la EPOC.</p> <p>Mejorar la calidad de la atención para las personas que viven con asma y EPOC.</p>	<p>Educación en salud para el automanejo de las personas que padecen asma y EPOC.</p>	<p>Evaluar el control del asma usando la gravedad y frecuencia de los síntomas.</p>	<p>Terapia farmacológica para manejar el asma y EPOC estables, así como en condición exacerbada.</p>



Confianza
Toda la vida

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

corporatemarketing@palig.com

SOBRE PALIG

Pan-American Life Insurance Group es un proveedor líder de seguros y servicios financieros en el continente Americano. Pan-American Life Insurance Company, con sede en Nueva Orleans, es el principal miembro del grupo y presta servicios financieros de confianza desde 1911. El grupo cuenta con más de 2,100 empleados en todo el mundo y ofrece seguros de vida, accidente y salud, beneficios para empleados y servicios financieros de primer nivel en 47 estados, el distrito de Columbia (D.C), Puerto Rico y las Islas Vírgenes estadounidenses. Las empresas que conforman este grupo ofrecen seguros de vida, accidente y de salud individuales o colectivos en toda América Latina y el Caribe. El grupo tiene sucursales y empresas afiliadas en Costa Rica, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá y 13 mercados en el Caribe, entre ellos Barbados, las Islas Caimán, Curazao y Trinidad y Tobago.

[Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Facebook](#) | palig.com

Para obtener más información, visite palig.com, el sitio web de Pan-American Life, siganos en:
Facebook y Twitter: @PanAmericanLife
LinkedIn: Pan-American Life Insurance Group.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Todo el contenido que se encuentra en este artículo, incluido el texto, las imágenes u otros formatos, tiene únicamente fines informativos. El contenido no pretende reemplazar o sustituir el asesoramiento, diagnóstico o tratamiento médico profesional. Siempre busque el consejo de su médico u otro proveedor de salud calificado, para absolver cualquier pregunta que pueda tener con respecto a una condición médica. Nunca ignore el consejo médico profesional ni se demore en buscarlo por algo que haya leído en este artículo.

Confianza
toda la vida



Visítanos
palig.com

