

Artículos de revisión

La enfermedad respiratoria crónica: reflexiones en el contexto del sistema de salud colombiano

Chronic Respiratory Disease: Considerations within the Public Health System

Diana Durán Palomino,* Olga Cecilia Vargas Pinilla**

Resumen

La enfermedad respiratoria crónica (ERC) es un problema de salud pública en Colombia, cuya gravedad va en aumento por la presencia de factores de riesgo, como el tabaquismo, que tienden a imponerse en poblaciones cada vez más jóvenes y que con el tiempo generan consecuencias a nivel físico, social y mental. La ERC comprende una serie de entidades clínicas con características propias, dadas por el sufrimiento, el aislamiento social, el deterioro fisiológico y la morbilidad asociada, que contribuyen a la limitación funcional, a la pérdida de la calidad de vida y, en definitiva, pueden convertir al individuo que la padece en un ser dependiente y sin futuro.

Lo anterior lleva a un mayor consumo de recursos en salud sin que esto signifique una mejor atención, ya que en muchas oportunidades los esfuerzos aislados, la falta de normatividad, de propuestas sustentadas y el no uso de guías clínicas, entre otras causas, consienten que la intervención realizada esté destinada a paliar los síntomas presentes, pero lejos de abarcar un manejo integral, efectivo y que responda a necesidades individuales.

En este artículo se pretende analizar las normas y políticas públicas que cobijan a los pacientes con ERC, los aspectos relacionados con los derechos a un tratamiento integral, seguro y real en el individuo afectado, así como los obstáculos para su realización.

Palabras clave: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, complicaciones, seguridad social, salud pública.

Summary

Chronic Respiratory Disease (CRD) is a public health problem in Colombia. Its severity increases by the presence of risk factors like fire smoke, which tend to prevail in young population and that leads consequences at physical, social and mental level in the long run. The CRD includes a series of clinical entities with their own characteristics, caused by the suffering, social isolation, physiological deterioration and the associated morbidity. All these contribute to the functional limitation, the lost quality of life and, ultimately, can turn the individual that suffers it in a dependent being without future. All this takes to a greater consumption of health resources without this means one better attention, since in many opportunities the isolated

Recibido: noviembre 15 de 2006

Aprobado: abril 2 de 2007

* Especialista en Rehabilitación Cardíaca y Pulmonar. Coordinadora Especialización en Rehabilitación Cardíaca y Pulmonar, Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario.

Correo electrónico: dduran@urosario.edu.co

** Especialista en Cuidado Respiratorio. Docente de la práctica Rehabilitación Cardíaca y/o Pulmonar, Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Correo electrónico: ovargas@urosario.edu.co

efforts, the lack of clear rules, sustained proposals and the non use of clinical guidelines among other causes, allow that the intervention would be destined to only palliate the present symptoms, but is far from including an integral, effective handling and that responds to individual necessities. This article analyze the public norms

and policies that cover patients with CRD, the aspects related to the rights to an integral, safe and real treatment in the affected individual along with the obstacles for its accomplishment.

Key words: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Complications, Social Security, Public Health.

Introducción

Si se tiene en cuenta la dimensión de la enfermedad respiratoria crónica (ERC) y el impacto socioeconómico que genera, es necesario analizar cómo el Estado garantiza el derecho a la salud de las personas afectadas y si esto funciona en términos de equidad en cuanto a oportunidad y calidad de los servicios. Es probable que este análisis genere grandes frustraciones, pero también que estimule a favorecer el manejo integral de estos individuos en el gremio médico y político que participa activamente en la creación de modelos de atención.

La importancia de la ERC en salud pública deriva de su repercusión en la morbilidad, la mortalidad, la utilización de recursos sanitarios y los costos indirectos que ocasiona a través de visitas al médico, consumo de fármacos y hospitalizaciones continuas. Para la persona que la padece, cualquiera que sea su etiología la ERC se constituye en una limitación frustrante y una invalidez que involucra todos y cada uno de los aspectos de su vida. De esta manera, es indispensable la inclusión temprana de estos pacientes en un programa multidisciplinario que brinde atención integral y oportuna para minimizar los efectos y maximizar el nivel de funcionalidad. Así mismo, se debe generar conciencia de la responsabilidad del equipo de salud sobre la realidad de la ERC en Colombia y sus implicaciones a nivel socioeconómico y político.

A pesar de que en los últimos años se ha despertado el interés por la investigación y la creación de estrategias de manejo para la ERC, producto del incremento en términos de prevalencia, altas tasas de morbi-mortalidad, consecuencias físicas y sociales que generan discapacidad y alteran la calidad de vida de quien la padece, no se alcanza a visualizar un futuro prometedor a corto plazo. Es más, no se cuenta con cifras epidemiológicas de estas enfermedades, y los datos y la información disponible casi siempre se refieren a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), puesto que es la que mayor incidencia presenta en el grupo de enfermedades respiratorias crónicas.

La atención de estos pacientes se debe encaminar a establecer un diagnóstico preciso y ejecutar un plan integral de rehabilitación y seguimiento que asegure cambios que redunden en beneficio de su estado funcional, su participación en los roles que desempeña y en la optimización del uso de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de la economía propia y de la sociedad. En este orden de ideas, cabe preguntarse ¿a cuántos de los pacientes con ERC en Colombia se les ha realizado los exámenes que sugieren las guías de manejo y que aseguran un diagnóstico preciso?, ¿cuántos de ellos logran recibir un plan de rehabilitación que mejore su condición física, nutricional, social y mental?, y mejor aún, ¿cuántos de los que

reciben este tratamiento lo hacen bajo la cobertura de aseguramiento sin recurrir a gastos de bolsillo personal? Aunque se pudiera dar una respuesta, una consideración, una hipótesis, solo serían cifras, valores cuantitativos que no solucionan el problema real de estas personas.

Como la ERC incluye una serie de entidades clínicas con alteraciones orgánicas específicas, deficiencias fisiológicas de intensidad variable y exacerbaciones frecuentes, se requiere de una atención integral de alta calidad en el área ambulatoria y hospitalaria, sin segmentación diferencial de servicios para los diferentes grupos poblacionales. Desafortunadamente, se observa que estar asegurado en Colombia no garantiza la accesibilidad a los servicios de salud, lo cual repercute de forma considerable en las complicaciones frecuentes que estos individuos padecen, afectando de manera importante los recursos sanitarios del país, de la familia y del paciente, al tener estos últimos que asumir copagos por consulta, medicamentos, pruebas y procedimientos de manera repetida (1).

Entre las ERC, en 1974 la American College of Chest Physician (ACCP) presentó para la EPOC la necesidad de responder a objetivos y necesidades individuales, a través de un grupo multidisciplinario que pueda llevar al paciente a recuperar la máxima capacidad funcional posible y atender su estado emocional (2). Según expertos, el enfoque de tratamiento para estos pacientes consiste en mejorar la capacidad para el ejercicio y su estado psicosocial (3). Si se analizan estos propósitos, se podría pensar que, al ser la pérdida de la capacidad física uno de los mayores problemas, resulta prioritario atender más las consecuencias que esto conlleva a nivel de limitación funcional, temor, ansiedad y depresión que van aislando al paciente de sus roles y lo conducen a una discapacidad.

Para modificar y optimizar el plan de acción se requiere un recurso humano capacitado, disponibilidad, acceso y organización de servicios que, sumado a un eficiente sistema de salud, permita brindar una atención integral que responda a las necesidades individuales de la persona comprometida. Es decir, el abordaje de la ERC necesita no solo de una intervención centrada en la enfermedad y sus complicaciones sistémicas, sino también de una mirada que favorezca la equidad y el acceso a un servicio de salud de calidad, eliminando las barreras económicas y la exigencia de trámites, así como trabas que afectan la oportunidad de atención y el bienestar del paciente, violentando además el derecho de cada ciudadano. En este sentido, vale la pena revisar las políticas públicas, la implementación de estrategias y líneas de acción que buscan proteger y cubrir las necesidades de los individuos con ERC.

Comportamiento epidemiológico de la enfermedad respiratoria crónica en Colombia

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) se refiere en su informe sobre enfermedades crónicas a la incidencia de los cambios en los hábitos alimenticios, el estilo de vida sedentario y el aumento del envejecimiento de la población, unidos al tabaquismo y al consumo de alcohol, como los principales factores de riesgo en la presentación y aumento de la incidencia de las enfermedades no transmisibles, generando un reto cada vez mayor para la salud pública (4).

Según la Asociación Latinoamericana del Tórax (ALAT), en América Latina el tabaquismo continúa siendo el principal factor de riesgo en la generación de ERC, aunque para las mujeres del área rural la exposición al humo de leña

es el mayor riesgo. A estos dos factores se suman algunas exposiciones ocupacionales y la deficiencia de alfa-1 antitripsina (5).

Desde el punto de vista de la enfermedad ocupacional en Colombia, la estimación de la incidencia en el período 1985-2000 esperaba que entre las tres enfermedades más frecuentes se encontraran las respiratorias asociadas con la exposición a factores relacionados con la ocupación, afectando más a los hombres (6). Esto se origina en la presencia de agentes irritantes y partículas nocivas en el polvo, humo y sustancias utilizadas o que se producen en la actividad laboral, como el asbesto y la sílice, relacionándose con las pobres condiciones de seguridad industrial, aunado al desconocimiento y al desinterés por parte de los empleadores y empleados.

En Colombia, las enfermedades crónicas de las vías aéreas inferiores ocuparon el cuarto puesto entre las diez causas de mortalidad agrupadas según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) en 2001, con mayor predominio en hombres en un 55% (7). Está claro, pues, que la ERC influye de manera importante en los índices de morbi-mortalidad y que entre estos trastornos fisiopatológicos que afectan el sistema respiratorio en primera instancia la EPOC es sin duda la más representativa y la de mayor incidencia, haciendo a su vez que sea la que tiene mejor disponibilidad de información.

Al ser el tabaquismo un factor de riesgo claramente identificado, se sabe que casi el 50% de las personas que han fumado o persisten con este hábito y tienen síntomas relacionados con el sistema respiratorio son susceptibles de tener una EPOC sin diagnosticar, y en muchos casos esto se hace cuando la enfermedad está avanzada (8). Con el aumento de la exposición a los factores de riesgo y el envejecimiento de la población, la EPOC es una enfermedad cada vez más frecuente, que afecta entre un 6% y un

12% de la población mayor de cuarenta años. Para el año 2020 se cree que esta enfermedad será la quinta causa de años de vida perdidos y/o con discapacidad después de la enfermedad isquémica del corazón, la depresión, los accidentes de tránsito y las enfermedades cardiovasculares (8).

En Colombia, los estudios sobre la prevalencia de la ERC son imprecisos:

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una enfermedad con mayor presentación en la población urbana, de sexo masculino y de edad avanzada. Es la causa más frecuente de consulta en las personas mayores de 60 años y su tasa de mortalidad por 100.000 habitantes en un año promedio (1989-1990) fue en los hombres de 45 a 59 años de 1.45 en el área rural y 1.98 en el área urbana y en los hombres mayores de 60 años de 17.91 en el área rural y 33.92 en el área urbana; en las mujeres de 45 a 59 años en el área rural fue de 1.19 y en el área urbana de 1.54; en las mujeres de mayores de 60 años en el área rural fue de 13.88 y en el área urbana de 20.29 (9).

El Estudio Nacional de Salud calculó que 600 000 personas podrían sufrir de EPOC en el país, con un aumento en la tasa de mortalidad que pasó 12,8 por 100 000 habitantes en 1979 a 15,9 en 1994. Si se tiene en cuenta el marcado infradiagnóstico que se presenta, es probable que esto sea solo un pequeño reflejo de la verdadera situación (10). En 1998 en Bogotá se reportó que el porcentaje de muertes por EPOC fue de 3,86% del total de defunciones por enfermedades crónicas y en 1999 fue de 4,67%. Esto confirma un incremento cada día mayor de la morbilidad y mortalidad por ERC (11). Un estudio más reciente de PREPOCOL (Prevalencia de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en Colombia) muestra que la EPOC en Bogotá, evaluada con espirometría, es del 5% en personas mayores de cuarenta años y que esta

aumenta significativamente en hombres por encima de los sesenta años (12).

Es claro que la presencia de ERC aumenta debido a que los factores de riesgo, como el tabaquismo, permanecen y se acentúan en el día a día de la población, generando impacto en el panorama de la salud pública del país. También es importante reconocer que no hay claridad acerca de la prevalencia de este tipo de patologías y que la EPOC, al presentar una frecuencia más elevada, cuenta con mayor cantidad de datos y despierta más interés en la comunidad, lo que puede favorecer un mejor conocimiento y, por consiguiente, el desarrollo de estrategias de intervención más apropiadas a las necesidades de estos pacientes.

Sin embargo, es necesario seguir insistiendo en la importancia de aunar esfuerzos y generar proyectos de investigación que permitan conocer cada vez mejor la realidad de la EPOC así como de la ERC. En este sentido, en un esfuerzo de colaboración regional, la ALAT apoya el proyecto PLATINO (Proyecto Latinoamericano en Obstrucción Pulmonar) con el fin de conocer la prevalencia de la EPOC y los factores asociados con esta enfermedad en América Latina para así contar con información científica que permita establecer estrategias de prevención, diagnóstico y manejo. Igualmente, pretende describir las consecuencias sociales y económicas de la EPOC en cuanto a discapacidad, limitaciones laborales y el ausentismo resultante de la enfermedad (13).

La enfermedad respiratoria crónica como una entidad discapacitante

La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIDDM-2) pretende unificar la terminología en cuanto a la

salud y sus estados derivados. Así, define algunos componentes que incluyen las funciones y estructuras corporales, las deficiencias, las limitaciones en la actividad y la restricción en la participación, facilitando de esta manera conocer el estado de funcionamiento, salud y discapacidad de un individuo (14).

De acuerdo con estas definiciones, se puede decir que la ERC tiene un componente de *deficiencia* en el cual estructuras anatómicas como el pulmón, el corazón y el sistema músculo esquelético tienen una afección directa al igual que un compromiso en sus funciones; a su vez, un componente de *limitación* por su incapacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria como asearse, desplazarse y caminar debido principalmente a la disnea, y una marcada *restricción* en la participación social viéndose impedido para realizar, por ejemplo, actividades recreativas o de trabajo.

En cuanto al concepto de *discapacidad*, es una situación que afecta a la persona que presenta una dificultad o limitación en su actividad diaria. Esta está relacionada con el contexto sociocultural y se convierte en desventaja de acuerdo con las opciones o barreras que el entorno, la conciencia en la sociedad y el reconocimiento de las necesidades específicas de las personas con esta condición sean dadas (15).

Entre las ERC, la EPOC (la de mayor incidencia) se caracteriza por un deterioro que comprende daño estructural del sistema respiratorio, síntomas como disnea del esfuerzo (85%) e intolerancia al ejercicio (67%), que hace disminuir progresivamente los niveles de actividad física, con lo cual se establece un círculo vicioso de reducción del ejercicio, pérdida de la fuerza muscular, aumento de la disnea y alteración funcional que generan progresivamente mayor incapacidad, pérdida de peso y desnutrición.

Todo este proceso lleva a una limitación en la funcionalidad de la persona para desarrollar sus actividades, afectando su calidad de vida y una restricción en la participación que ocasiona desventajas frente a la posibilidad de cumplir un rol laboral y social con implicaciones a nivel emocional (16).

Pocos estudios han cuantificado las consecuencias sociales y económicas de la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad asociada con EPOC. La discapacidad generada con la ERC, principalmente la EPOC, está claramente fundamentada desde la fisiopatología y en términos generales es referida por el paciente como el hecho de no poder llevar su vida normalmente por el ahogo que se presenta de manera constante y con mayor grado de severidad en la medida que la deficiencia progresa. Sin embargo, esta misma discapacidad es menos notoria para el resto de las personas, ya que a simple vista parecería que no hay ninguna razón para la limitación, debido a que la disnea se asocia básicamente con una sensación percibida en su real magnitud de manera exclusiva por quien la padece.

En el Censo Nacional de población realizado por el DANE en 1993, en el que se reportó la existencia de 63 143 personas con alguna discapacidad en Bogotá, lo que correspondía en su momento al 1,2% de la población de la ciudad, se dice que un 48% presentaba ceguera, el 27% sordera, el 24% parálisis de alguno de sus miembros, el 17% retardo mental y el 4,7% mudez (17). La información arrojada por este censo en cuanto a discapacidad ha sido muy cuestionada, pues aunque fueron utilizados los parámetros de la CIDDM-1 vigente desde 1983 en ningún momento se clasificaron discapacidades de origen cardiovascular o respiratorio.

En un esfuerzo por conocer el panorama de discapacidad en Bogotá, la Secretaría Distrital

de Salud inició en agosto de 2005 el registro de localización y caracterización de las personas en esta situación a fin de contribuir con la organización de políticas, planes y proyectos dirigidos a mejorar las condiciones de vida de esta población. Sin embargo, es necesario saber que este registro se hizo a través de una convocatoria para que las personas que se consideraran con alguna discapacidad se inscribieran de manera voluntaria. Ante este hecho, es importante analizar cómo la persona con ERC asume su enfermedad y, por ende, su limitación y restricción, ya que se puede llegar a pensar que ante el común de la población es más fácil concebir como una persona discapacitada a aquella con una deficiencia músculo esquelética, neurológica, de los órganos de los sentidos o cognitiva. Por lo anterior surge la duda acerca de un posible subregistro para las personas con ERC, favorecido por esta percepción.

Lineamientos de las políticas públicas en enfermedad respiratoria crónica

Después de diez años de la implementación del Sistema de Seguridad Social en nuestro país valdría la pena preguntarse ¿cómo se ha modificado la atención en salud para los colombianos que padecen una ERC?, ¿se han presentado cambios hacia un enfoque social o gira en torno a una visión económica? Si bien los encargados de tramitar las políticas del sector salud parecen anunciar buenos esfuerzos en promover una cobertura suficiente y óptima, no responden a una dinámica real y efectiva. Para lograrlo se necesita una concepción unificada de promoción de la salud, con proyectos sustentados que contemplen la formulación de políticas públicas firmes y saludables, así como la intersectorialidad y la participación social en la toma de decisiones y

acciones que lo promuevan (19). Las políticas públicas permiten reorientar programas y proyectos en distintos ámbitos territoriales, pero continúan siendo sectoriales, específicamente para las ERC (posiblemente en todo), no trascienden hacia la búsqueda del bienestar y la calidad de vida de la población afectada y, además, se observa una brecha en el manejo entre los distintos grupos sociales.

Es indispensable plantear políticas públicas concretas que respondan a necesidades de salud específicas, con acciones que favorezcan la participación social y cultural del enfermo respiratorio crónico. No se deben tratar como individuos que requieren únicamente manejo de síntomas o molestias físicas, sino como personas con discapacidad que tienen el derecho a obtener mayor acceso a las oportunidades de la vida desde todos los roles.

El artículo 48 de la Constitución Política de Colombia de 1991, que reorienta la reforma del sistema de seguridad social, muestra que “la seguridad social en salud es un derecho público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que la ley establezca”; así mismo, el artículo 49 hace claridad sobre lo siguiente:

la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, garantizando a todas las personas el acceso a los servicios de promoción protección y recuperación de la salud. El Estado debe organizar, dirigir y reglamentar la prestación del servicio de salud, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, así como establecer las políticas relacionadas con la prestación del servicio de salud en forma descentralizada (20).

El propósito fundamental de esta reforma era hacer que los servicios de salud fueran más sensi-

bles a las necesidades de la población, con sentido social y responsabilidad frente a aquellos a quienes sirven. Cabe anotar que a partir de 1993, con la aprobación de la Ley 100, ha habido un importante incremento en los aportes dedicados a salud (4,8 del porcentaje del PIB en 1997 comparado con 1,3 que se destinó en 1993); sin embargo, esto no se refleja en el incremento de coberturas de los servicios medidos en tasas; es más, la meta planteada desde el inicio era conseguir la cobertura de toda la población en forma tal que los beneficios que otorgue el sistema fueran distribuidos de acuerdo con la necesidad y no con la capacidad de pago de cada uno de los individuos. No obstante, la cobertura del actual sistema presenta cifras muy bajas, si se comparan con las alcanzadas previamente (21).

En el plan de acción para disminuir la incidencia de ERC la promoción y prevención de salud es una herramienta básica. El nuevo sistema debe hacer más énfasis en esto, con programas colectivos y masivos, con una planeación más direccionada y llegando en forma gratuita a la comunidad de acuerdo con las necesidades expresadas por ella y lo evidenciado por las organizaciones de salud, de vigilancia y control. En el Acuerdo 23 de 1995 se reglamenta el régimen subsidiado del SGSSS, en cuyo artículo 15 se establece la obligatoriedad de brindar acciones de educación y promoción con el objeto de mantener la salud. En el Acuerdo 33 de 1996 se fijan los criterios de utilización, distribución y manejo de recursos económicos para promoción de la salud, definiendo que las entidades prestadoras de salud (EPS) son las responsables del diseño y la ejecución de los planes de actividades en prevención de la enfermedad de sus afiliados (11).

El mismo acuerdo establece que las actividades que se deben desarrollar en prevención de la

enfermedad son: programa de prevención en enfermedades cardiovasculares, tabaquismo, alcoholismo, fármaco dependencia, y enfermedades crónicas y degenerativas. Aunque no se mencionan específicamente las ERC se hace énfasis en la disminución de varios de sus factores de riesgo.

Entre la prevención de factores de riesgo se encuentra la reglamentación contra el tabaco con la Resolución 0116 de 1995 del Ministerio de Salud que prohíbe fumar en salas de teatro y cine, haciendo muy explícitas las sanciones a las que se harían acreedores los asistentes o administradores que la incumplan. El Decreto 3430 de noviembre de 1982, reglamentado por la Resolución 4063, restringe la publicidad de cigarrillo en televisión antes de la once de la noche. En la Ley 30 de 1986 por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes, reglamenta la venta y promoción de alcohol y tabaco. Mediante las resoluciones 602 de 1990 y la 7036 de 1991 el Ministerio de Salud prohíbe el consumo cigarrillo, tabaco y sus derivados en las instalaciones del ministerio y entidades adscritas; convoca a alcaldes y concejos municipales a que prohíban su consumo en instalaciones de salud, espacios cerrados de instituciones de salud y en cualquier espacio cerrado con acceso al público, destinado a actividades culturales y deportivas, y solicita a la Aeronáutica Civil la prohibición de fumar en los vuelos nacionales. La Resolución 1191 de 1991 de esta institución prohíbe fumar dentro de las aeronaves comerciales en todos los vuelos regulares domésticos. En el 01075 de 1192 del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social establece que en las actividades del subprograma de prevención de las empresas se debe incluir el control del tabaquismo, el alcoholismo y la fármaco dependencia (11).

Así mismo, la Ley 100 de 1993 crea en el régimen de beneficios las condiciones de acceso al

Plan Obligatorio de Salud, el cual busca brindar la protección integral de los afiliados y beneficiarios mediante acciones de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías. Sin embargo, haciendo una revisión de los acuerdos y resoluciones posteriores, se encuentra que se han generado guías de atención emitidas por el Ministerio de Salud, donde las ERC que son de gran prevalencia e incidencia en nuestro país en personas mayores de sesenta años no están contempladas entre las enfermedades de interés para la salud pública, sino solo hasta el 2002, cuando se dan los lineamientos de política pública de prevención de las enfermedades crónicas en Bogotá (22).

La ERC debe ser contextualizada en los lineamientos de todas las enfermedades crónicas, pero las dificultades en el acceso a los servicios de salud son y han sido una de las principales expresiones de inequidad en Colombia. En 1990 se realizó una encuesta en la que de cada cuatro colombianos que se sintieron enfermos uno no pudo acudir a los servicios de salud, puesto que a los más pobres les cuesta diez veces más el esfuerzo de llegar a estos servicios que aquellos que tienen buenas posibilidades económicas. Igualmente, los resultados mostraban que de diez a doce millones de colombianos no tenían acceso al sistema de salud (23). Aunque a los más pobres se les concede el SISBEN, su aplicación ha sido bastante cuestionada, puesto que ha dejado por fuera a muchos que lo requieren y ha ingresado a algunos que no lo necesitan.

Del mismo modo, la Secretaría de Salud establece la prioridad de aquellas enfermedades crónicas que ocasionan la mayor carga de enfermedad, muerte y discapacidad y que no son objeto de intervención de otra línea. Entre ellas relaciona directamente la contaminación del aire

y las exposiciones ocupacionales, así como los cánceres de este origen, las crónicas de pulmón y el hígado. El propósito de estos lineamientos es intervenir los determinantes de las enfermedades crónicas, como problema de salud pública, para elevar la calidad de la población y disminuir la carga social y productiva que representan la morbilidad, discapacidad y mortalidad de las enfermedades crónicas en Bogotá. Además, propone como líneas de acción la promoción a una vida cotidiana saludable, la optimización de los servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y la rehabilitación en enfermedades crónicas; también el fortalecimiento de los sistemas de información, vigilancia epidemiológica e investigación (11).

Conclusión

Las ERC, principalmente la EPOC, son enfermedades discapacitantes con una gran morbilidad asociada que lleva al individuo que la padece a una restricción en la participación en sus roles y una importante alteración en la calidad de vida. A pesar de que lo anterior es una realidad con fundamento clínico y epidemio-

lógico, entre los lineamientos de las políticas públicas no está claramente establecido que esta sea considerada como una de las enfermedades crónicas que genera discapacidad.

En Colombia, a pesar de que el interés y la preparación de los profesionales del área ha ido en aumento, aún es difícil para el paciente contar con una atención idónea, un talento humano suficiente y oportuno, ya que el acceso se encuentra limitado por la disponibilidad de recursos, de programas de rehabilitación, de apoyo del sistema general de salud y problemas de infraestructura y organización en las instituciones prestadoras de salud.

Es necesario realizar investigaciones que sustenten la necesidad de generar estrategias de manejo, diagnóstico y seguimiento efectivo en los individuos que padecen una ERC, y no limitar las acciones en ellos al control paliativo de síntomas clínicos que seguirán causando recidivas frecuentes, mayor consumo de recursos sanitarios y, sobre todo, engendrando un futuro con consecuencias físicas, mentales y sociales imposibles de revertir en una población que tiene todo el derecho a disfrutar una vida plena y feliz.

Referencias

1. Franco S. La Salud Pública Hoy. Enfoques y Dilemas Contemporáneos en Salud Pública. Memorias Cátedra Manuel Ancizar, I semestre, 2002.
2. Oficial Statement of the American Thoracic Society. *Am J Respir Crit Care Med.* 1999; 159 (5Pt 1): 1666.
3. Casabury R, Petty T. Exercise training in chronic obstructive pulmonary disease: principles and practice of pulmonary rehabilitation. Philadelphia: WB Saunders Company; 1993, p. 204.
4. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades crónicas. Disponible en www.paho.org Consultado enero 2006.
5. Grupo de trabajo de la Asociación Latinoamericana del Tórax (ALAT). Actualización de las recomendaciones ALAT sobre la exacerbación infecciosa de la EPOC *Arch Bronconeumol* 2004; 40: 315-325.
6. Idrovo JA. Estimación de la Incidencia de Enfermedades Ocupacionales en Colombia, 1985-2000. *Rev. Salud pública* 2003; 5(3): 263-271.

7. DANE. Estadísticas vitales. 2001. Disponible en: www.asivamosensalud.org/areas/resultados Consultado enero de 2006.
8. SEPAR. VII Curso de Formación Continuada. Intervenciones prácticas en el manejo de la EPOC ¿Cuáles son las dificultades de implementación? 2005. Disponible en www.separ.es Consultado enero de 2006.
9. Sociedad Colombiana de Neumología y Cirugía de Tórax. Recomendaciones para el diagnóstico y el manejo del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Rev Col Neum.* 1997; 9(supl): 1-39.
10. Solarte I, Maldonado D, Bustillo, JG, *et ál.* Enfermedad Pulmonar obstructiva. En: Buitrago J. y otros. *Neumología.* Bogotá: McGraw Hill Interamericana; 2000, p. 219.
11. Secretaría de salud de Bogotá. Lineamientos de política pública de prevención de las enfermedades crónicas en Bogotá, D.C. Bogotá, 2002, p. 77.
12. Caballero A, Torres C, Maldonado D. *et ál.* Prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en Colombia. *Rev Col Neum* 2003; 15: 3.
13. Asociación Latinoamericana de Tórax. Proyecto Platino. Disponible en www.platino-alat.org Consultado enero de 2006.
14. Organización mundial de la salud. Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. Grupo de Clasificación, evaluación, encuestas y terminología. Ginebra, Suiza. Diciembre de 2000.
15. Consejería Presidencial para la Política Social. Plan Nacional de atención a las personas con discapacidad. Manual operativo. Sep. 2002, pp. 13-14.
16. Guell R, Lucas RP. Rehabilitación respiratoria. Ed. Medical & Marketing Communications Madrid, 1999.
17. DANE. Censo Nacional de Población, 1993.
18. Cardozo de Martínez CA. Salud y calidad de vida: hacia la conformación del campo de acción institucional. En: *La salud pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública. Memorias Cátedra Manuel Ancizar. I semestre 2002.*
19. Granados R. La promoción de la salud: teoría y práctica. En: *La salud pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública. Memorias Cátedra Manuel Ancizar. I semestre 2002.*
20. Republica de Colombia. Constitución Política de Colombia. Bogotá: Ministerio de Justicia y del Derecho- Imprenta Nacional; 1996.
21. Restrepo ChG, González JC. Algunos aspectos sobre la situación actual de salud en Colombia y sobre su sistema de seguridad social. 25 de agosto 2005.
22. Valencia B. Normas técnicas y guías de atención. Resolución 0042 de 2002. Republica de Colombia, Ministerio de Salud.
23. Colombia, Ministerio de Salud. Seguridad social en Colombia. Ley 100 de 1993. Bogotá, 1994, p. 7.