



ARTÍCULO ORIGINAL

Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en usuarios y personal de atención primaria

Risk factors for noncommunicable chronic diseases among primary care users and healthcare personnel

Gustavo Adán García García

Programa de Máster en Salud Pública, Universidad Internacional Iberoamericana (UNINI)

Título corto: Riesgo de ECNT en atención primaria

RESUMEN

Objetivo: Comparar la frecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y factores conductuales y preventivos entre usuarios y personal de atención primaria. **Métodos:** Estudio descriptivo, transversal y comparativo basado en una encuesta aplicada en 2021 mediante muestreo no probabilístico. Se incluyeron 30 adultos: 15 trabajadores y 15 usuarios. Se analizaron sexo, edad, ECNT, antecedentes familiares, bebidas carbonatadas, comida rápida, actividad física y controles médicos. Se calcularon frecuencias, porcentajes y pruebas exploratorias entre grupos. **Resultados:** La presencia de alguna ECNT fue 20,0% en trabajadores y 46,7% en usuarios ($p=0,245$). Los antecedentes familiares fueron 46,7% y 66,7%, respectivamente ($p=0,462$). El consumo de bebidas carbonatadas fue 33,3% en ambos grupos. La actividad física fue más frecuente en el personal (80,0% vs. 60,0%; $p=0,427$), mientras que los controles médicos fueron más frecuentes entre usuarios (80,0% vs. 60,0%; $p=0,427$). **Conclusiones:** Se observaron perfiles distintos entre usuarios y personal, sin diferencias estadísticamente significativas. Los resultados deben interpretarse como evidencia exploratoria y apoyan intervenciones preventivas sobre alimentación, actividad física y seguimiento periódico.

Palabras clave: Enfermedades no transmisibles; Factores de riesgo; Atención primaria de salud; Estilos de vida; Prevención.

ABSTRACT

Objective: To compare the frequency of noncommunicable diseases (NCDs) and behavioral and preventive factors between primary care users and healthcare personnel. **Methods:** Descriptive, cross-sectional comparative study based on a survey administered in 2021 using non-probability sampling. Thirty adults were included: 15 healthcare workers and 15 users. Sex, age, NCDs, family history, carbonated beverages, fast food, physical activity, and medical check-ups were analyzed. Frequencies, percentages, and exploratory between-group tests were calculated. **Results:** Any NCD was reported by 20.0% of workers and 46.7% of users ($p=0.245$). Family history was 46.7% and 66.7%, respectively ($p=0.462$). Carbonated beverage consumption was 33.3% in both groups. Physical activity was more frequent among personnel (80.0% vs. 60.0%; $p=0.427$), whereas medical check-ups were more frequent among users (80.0% vs. 60.0%; $p=0.427$). **Conclusions:** Different profiles were observed between users and personnel, without statistically significant differences. Findings should be interpreted as exploratory evidence and support preventive actions focused on diet, physical activity, and periodic follow-up.

Keywords: Noncommunicable Diseases; Risk Factors; Primary Health Care; Lifestyle; Prevention.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen un problema sostenido de salud pública por su larga duración, necesidad de seguimiento continuo y asociación con discapacidad, mortalidad prematura y utilización de servicios sanitarios. Su aparición responde a una estructura causal compleja en la que intervienen factores biológicos, sociales, ambientales y conductuales.(3-5)

La carga contemporánea continúa siendo elevada. La Organización Mundial de la Salud estima que las ECNT ocasionaron al menos 43 millones de muertes en 2021 y que una proporción importante de las muertes prematuras ocurre en países de ingresos bajos y medianos. En la Región de las Américas, estas enfermedades siguen concentrando gran parte de la mortalidad y la discapacidad, con un peso destacado de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes.(19,20)

Entre los factores modificables se encuentran la alimentación poco saludable, la inactividad física, el consumo de tabaco y alcohol y la falta de vigilancia preventiva. Estos comportamientos pueden expresarse posteriormente como hipertensión arterial, hiperglucemia, dislipidemia, sobrepeso u obesidad, condiciones que aumentan el riesgo cardiometabólico. Su identificación temprana permite orientar prevención primaria y seguimiento clínico antes de la aparición de complicaciones.(6-9,19)

La alimentación y la actividad física merecen especial atención porque se relacionan con varios desenlaces simultáneamente y son susceptibles de intervención individual, familiar, laboral y comunitaria. El seguimiento periódico también ofrece una oportunidad para detectar presión arterial elevada, alteraciones metabólicas y progresión de enfermedades ya establecidas, especialmente en el primer nivel de atención.(7-10)

La atención primaria ocupa una posición estratégica para reconocer estas exposiciones, promover el automanejo y facilitar controles periódicos. Además de atender a la población usuaria, los establecimientos de salud constituyen espacios laborales en los que el propio personal puede presentar factores de riesgo. Estudios en profesionales sanitarios latinoamericanos han descrito sedentarismo, exceso de peso, hipertensión y otros componentes cardiometabólicos, mostrando que el conocimiento sanitario no elimina necesariamente la exposición a conductas de riesgo.(4,10-12,21)

Comparar usuarios y trabajadores dentro de un mismo establecimiento permite explorar dos perfiles potencialmente distintos: por un lado, personas que demandan atención y pueden acumular mayor carga de enfermedad; por otro, trabajadores expuestos a condiciones laborales, horarios y rutinas que pueden interferir con prácticas saludables. Aunque estas comparaciones no permiten establecer causalidad, pueden orientar intervenciones diferenciadas de promoción de la salud.

El objetivo fue comparar la frecuencia de ECNT y de factores conductuales y preventivos entre usuarios y personal de un establecimiento de atención primaria.

METODOLOGÍA

Diseño y participantes

Estudio descriptivo, transversal y comparativo derivado de una investigación de maestría desarrollada en 2021. Se empleó muestreo no probabilístico por criterio del investigador, condicionado por las restricciones operativas existentes durante la pandemia de COVID-19. Se incluyeron 30 adultos: 15 trabajadores de salud y 15 usuarios del establecimiento.

Para los usuarios se consideró ser mayor de 18 años, asistir al establecimiento y encontrarse vinculado con las enfermedades crónicas consideradas en la investigación. Para el personal se consideró laborar en el establecimiento y tener relación con la atención de pacientes con estas enfermedades. Debido al carácter dirigido de la muestra, los participantes no representan una estimación probabilística de toda la población atendida o trabajadora.

Variables e instrumento

Se utilizó una encuesta de elaboración propia con preguntas cerradas, diseñada para ser respondida individualmente. El instrumento original incluyó 13 ítems orientados a características generales, presencia de enfermedades crónicas, antecedentes familiares, hábitos alimentarios, actividad física y prácticas preventivas. Para este artículo se analizaron las variables que contaban con frecuencias recuperables y comparables entre ambos grupos.

Se analizaron sexo y grupo de edad; presencia autorreportada de hipertensión arterial, diabetes mellitus o enfermedad renal; antecedentes familiares de ECNT; consumo de bebidas carbonatadas; frecuencia de comida rápida; actividad física; y periodicidad de controles médicos. Para las variables de frecuencia se conservaron las categorías documentadas en las tablas originales de la tesis.

Análisis estadístico

Los datos fueron originalmente tabulados mediante Microsoft Excel. Para la presente adaptación se reconstruyeron las frecuencias agregadas consignadas en la tesis y se calcularon porcentajes por grupo. Las comparaciones categóricas exploratorias se realizaron mediante chi-cuadrado de Pearson o prueba exacta de Fisher cuando las frecuencias esperadas fueron pequeñas. Se consideró $p < 0,05$ como referencia de significación estadística, sin ajuste por múltiples comparaciones.

Dado el tamaño muestral, el muestreo no probabilístico y la ausencia de una base individual completa, no se realizaron modelos multivariantes ni estimaciones ajustadas. Por tanto, los resultados se interpretaron como descriptivos y exploratorios, priorizando la magnitud y dirección de las diferencias sobre la significación estadística aislada.

Consideraciones éticas

La investigación contó con autorización institucional para realizar el trabajo de campo. El documento de tesis disponible no consigna un número de aprobación por comité de ética. La adaptación a artículo utiliza únicamente resultados agregados y no incorpora información que permita identificar a los participantes.

RESULTADOS

Se incluyeron 30 participantes, distribuidos equitativamente entre personal de salud (n=15) y usuarios (n=15). Entre los trabajadores, 12 fueron mujeres (80,0%) y tres hombres (20,0%); entre los usuarios, nueve fueron mujeres (60,0%) y seis hombres (40,0%). En el personal predominó el grupo de 18 a 30 años (53,3%), mientras que entre los usuarios se observó una mayor proporción de personas de 31 a 50 años y mayores de 50 años. No se observaron diferencias estadísticamente significativas por sexo ni edad (Tabla 1).

Tabla 1. Características demográficas según grupo de estudio

Característica	Personal de salud, n (%)	Usuarios, n (%)	p
Sexo			0,232
Hombre	3 (20,0)	6 (40,0)	
Mujer	12 (80,0)	9 (60,0)	
Edad			0,113
18-30 años	8 (53,3)	3 (20,0)	
31-50 años	5 (33,3)	6 (40,0)	
>50 años	2 (13,3)	6 (40,0)	

La presencia de alguna ECNT fue 20,0% en el personal y 46,7% en los usuarios (diferencia absoluta: 26,7 puntos porcentuales; p=0,245). Los antecedentes familiares se registraron en 46,7% y 66,7%, respectivamente (diferencia: 20,0 puntos porcentuales; p=0,462). El consumo de bebidas carbonatadas fue 33,3% en ambos grupos. La actividad física fue más frecuente en el personal (80,0% vs. 60,0%) y los controles médicos en los usuarios (80,0% vs. 60,0%), sin diferencias estadísticamente significativas (Tabla 2).

En términos absolutos, tres trabajadores y siete usuarios reportaron al menos una ECNT. Aunque la proporción fue más del doble entre los usuarios, el intervalo de incertidumbre implícito en una muestra tan pequeña es amplio; por ello, la comparación debe considerarse una señal descriptiva y no evidencia concluyente de una diferencia poblacional.

Tabla 2. Enfermedades, antecedentes y prácticas de salud por grupo

Variable	Personal de salud, n (%)	Usuarios, n (%)	p*
Alguna ECNT	3 (20,0)	7 (46,7)	0,245
Antecedente familiar de ECNT	7 (46,7)	10 (66,7)	0,462
Consume bebidas carbonatadas	5 (33,3)	5 (33,3)	1,000
Realiza actividad física	12 (80,0)	9 (60,0)	0,427
Se realiza controles médicos	9 (60,0)	12 (80,0)	0,427

*Prueba exacta de Fisher. ECNT: enfermedad crónica no transmisible.

Entre quienes reportaron ECNT, en el personal se registraron dos casos de hipertensión arterial y uno de diabetes mellitus; entre los usuarios, tres de hipertensión, tres de diabetes y uno de enfermedad renal. La hipertensión y la diabetes concentraron, por tanto, la mayor parte de las enfermedades informadas en ambos grupos.

Respecto de la comida rápida, siete de 15 trabajadores y 11 de 15 usuarios informaron consumo diario; cuatro participantes de cada grupo la consumían una vez por semana, mientras que cuatro trabajadores indicaron tres veces por semana. En actividad física, ocho trabajadores reportaron realizarla tres veces por semana y uno diariamente; entre los usuarios, siete indicaron una vez por semana y dos diariamente. Los controles médicos mostraron un patrón inverso: seis trabajadores no realizaban controles, frente a tres usuarios (Tabla 3).

Tabla 3. Frecuencia de conductas seleccionadas

Conducta / frecuencia	Personal de salud, n	Usuarios, n
Comida rápida: 1 vez/semana	4	4
Comida rápida: 3 veces/semana	4	0
Comida rápida: a diario	7	11
Actividad física: 1 vez/semana	3	7
Actividad física: 3 veces/semana	8	0
Actividad física: a diario	1	2
Control médico: cada 3 meses	5	3
Control médico: cada 6 meses	4	6
Control médico: anual	0	3
No realiza control	6	3

DISCUSIÓN

El estudio mostró perfiles diferentes de enfermedad, antecedentes y autocuidado entre usuarios y personal de atención primaria. Los usuarios presentaron una mayor proporción de ECNT y antecedentes familiares, mientras que el personal informó mayor actividad física. Sin embargo, ninguna de las comparaciones principales alcanzó significación estadística. Esta ausencia de significación no debe interpretarse como equivalencia entre grupos, ya que el tamaño muestral reduce considerablemente la capacidad para detectar diferencias moderadas.

El hallazgo de una mayor frecuencia descriptiva de ECNT entre usuarios resulta razonable en un contexto asistencial, porque parte de esta población acude precisamente por necesidades de atención y seguimiento. Aun así, el diseño no permite determinar si la diferencia se explica por edad, selección de participantes, antecedentes familiares u otras variables no medidas. La distribución etaria sugiere una posible contribución de la edad, dado que los usuarios concentraron una mayor proporción de participantes mayores de 50 años.

La mayor frecuencia de hipertensión y diabetes entre las enfermedades reportadas es coherente con la relevancia de las enfermedades cardiometabólicas dentro de las ECNT. La OMS reconoce la presión arterial elevada y la hiperglucemia entre los principales factores metabólicos vinculados con mortalidad por estas enfermedades, lo que refuerza la importancia de detección, tratamiento y seguimiento continuo en atención primaria.(4,6,13,19)

El consumo diario de comida rápida fue frecuente en ambos grupos y particularmente elevado entre los usuarios. Aunque el instrumento no permitió cuantificar porciones, composición nutricional ni ingesta energética, la frecuencia observada sugiere una exposición potencialmente relevante. Las dietas de baja calidad nutricional, con exceso de sal, azúcares y grasas, se relacionan con obesidad, hipertensión, diabetes y enfermedad cardiovascular, por lo que la educación alimentaria y la disponibilidad de opciones saludables mantienen importancia preventiva.(7,14,15,19,20)

La elevada frecuencia de comida rápida también debe interpretarse dentro del contexto social y laboral. El acceso, el costo, el tiempo disponible y la organización de la jornada pueden influir en la elección de alimentos. Por esta razón, las recomendaciones exclusivamente individuales pueden ser insuficientes si no se acompañan de entornos que faciliten decisiones saludables.

La actividad física fue reportada por la mayoría del personal y por seis de cada diez usuarios, pero la frecuencia semanal mostró diferencias cualitativas. En el personal predominó realizar actividad tres veces por semana, mientras que en los usuarios fue más común una vez por semana. La evidencia actual confirma que la insuficiente actividad física se relaciona con factores metabólicos y riesgo de ECNT, aunque la encuesta utilizada no permite establecer intensidad, duración ni cumplimiento de recomendaciones internacionales.(8,10,16,19)

CONCLUSIONES

En una muestra no probabilística de 30 adultos, los usuarios presentaron mayor frecuencia descriptiva de ECNT y antecedentes familiares, mientras que el personal reportó mayor actividad física. Los controles médicos fueron más frecuentes entre los usuarios y el consumo de bebidas carbonatadas fue similar en ambos grupos. La comida rápida diaria fue común, especialmente entre usuarios. No se identificaron diferencias estadísticamente significativas, por lo que los hallazgos deben considerarse exploratorios. En conjunto, los resultados apoyan acciones preventivas diferenciadas para usuarios y trabajadores, centradas en alimentación saludable, actividad física, detección oportuna y seguimiento periódico. Estudios posteriores deberían incorporar muestras mayores, selección probabilística y mediciones clínicas objetivas.

El hecho de que trabajadores de salud también presenten conductas de riesgo es consistente con estudios regionales. En profesionales sanitarios latinoamericanos se han descrito exceso de peso, sedentarismo, hipertensión y dislipidemia, y una revisión reciente de intervenciones laborales señala que el lugar de trabajo puede ser un escenario útil para reducir factores de riesgo mediante programas de alimentación, actividad física y control de peso.(21,22)

Una proporción de participantes no realizaba controles médicos periódicos: seis trabajadores y tres usuarios declararon no efectuarlos. En las ECNT, los sistemas de seguimiento, recordatorios y apoyo al automanejo son elementos centrales para sostener la continuidad de la atención y prevenir complicaciones.(4,10,11)

Que una parte del personal sanitario no realizara controles periódicos resulta relevante desde la salud ocupacional. La cercanía física con los servicios no garantiza necesariamente uso preventivo, ya que pueden intervenir falta de tiempo, normalización del riesgo, horarios laborales o priorización de la atención a terceros. Programas institucionales de tamizaje y promoción podrían reducir estas barreras sin asumir que el conocimiento profesional es suficiente para asegurar autocuidado.

Los resultados sugieren dos líneas complementarias de intervención. Para usuarios, el primer nivel puede reforzar consejería alimentaria, actividad física, detección de hipertensión y diabetes y adherencia a controles. Para trabajadores, las estrategias pueden incorporar salud ocupacional, pausas activas, disponibilidad de alimentos saludables y controles periódicos dentro del propio establecimiento. Estas acciones son coherentes con el énfasis regional reciente en reducir factores de riesgo compartidos y fortalecer la capacidad de la atención primaria para manejar ECNT.(20,22)

Entre las limitaciones destacan el diseño transversal, el muestreo no probabilístico, el tamaño reducido, la información autorreportada y la falta de datos individuales completos para controlar confusión. El instrumento fue de elaboración propia y el documento fuente no presenta métricas de validación o confiabilidad, por lo que no es posible cuantificar error de medición. Tampoco se dispuso de mediciones antropométricas, presión arterial, glucosa o lípidos para corroborar el riesgo cardiometabólico.

Adicionalmente, el estudio se realizó en un único establecimiento y durante un periodo condicionado por la pandemia, lo que puede haber influido tanto en la selección como en las conductas de salud. Las comparaciones estadísticas se basan en celdas pequeñas y no se ajustaron por edad, sexo u otros posibles confusores. Estas limitaciones impiden establecer causalidad y restringen la generalización a otras poblaciones.

Como fortaleza, el estudio comparó en un mismo contexto asistencial a usuarios y trabajadores, incorporando simultáneamente enfermedad referida, antecedentes familiares, alimentación, actividad física y prácticas de control. La adaptación del material original a un formato analítico permite además identificar patrones que pueden ser útiles para formular estudios posteriores con muestras probabilísticas, mediciones objetivas y análisis multivariantes.

REFERENCIAS

1. Hernández Sampieri R. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill; 2006.
2. Sabino C. El proceso de investigación. Caracas: Editorial Episteme; 2014.
3. Ministerio de Salud de El Salvador. Marco institucional [Internet]. San Salvador: MINSAL; 2021.
4. Laspiur S. Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2014.
5. Ramírez AP. Propuesta de vigilancia de enfermedades crónicas. 2016.
6. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. Epidemiología clínica. Barcelona: Ediciones Consulta; 1989.
7. Organización Mundial de la Salud, FAO. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Ginebra: OMS; 2003.
8. Organización Mundial de la Salud. Justificación de la vigilancia de los factores de riesgo de enfermedades crónicas. Ginebra: OMS.
9. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la salud [Internet]. Washington, DC: OPS; 2021.
10. Laspiur S. Sistemas de información clínica, apoyo a la toma de decisiones y automanejo. En: Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2014.
11. Ministerio de Salud de El Salvador. Comisión Nacional para la Atención Integral de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles. San Salvador: MINSAL; 2011.
12. Juárez-Ramírez C, et al. La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México. Rev Panam Salud Publica. 2014;35(4):284-290.
13. Badía RJ. Apuntes de salud pública. San Salvador: Editorial Universitaria; 1993.
14. Casanueva E, editor. Nutriología médica. 3a ed. México: Editorial Médica Panamericana; 2012.
15. León Gálvez RM. Impacto de los hábitos alimentarios en estudiantes de maestría [tesis]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2015.
16. García Gómez M, et al. Vigilancia colectiva de la salud. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2019.
17. Pizarro R. La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina. Santiago de Chile: CEPAL; 2001.
18. Instituto Nacional de Salud Pública. Atención a la salud de grupos vulnerables: hacia una síntesis de la literatura. Cuernavaca: INSP; 2007.
19. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [citado 29 Sep 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
20. Pan American Health Organization. Plan of action on noncommunicable disease prevention and control 2025-2030 [Internet]. Washington, DC: PAHO; 2025 [citado 29 Sep 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/plan-action-noncommunicable-disease-prevention-and-control-2025-2030>.
21. Ponte-Negretti CI, et al. Evaluation of cardiometabolic profile in health professionals of Latin America. Clin Investig Arterioscler. 2021;33(4):154-164. PMID: 33622610.
22. Turon H, et al. Interventions in the workplace to reduce risk factors for noncommunicable diseases: an umbrella review of systematic reviews of effectiveness. J Occup Health. 2024;66(1):uiae045. PMID: 39096275.

DECLARACIONES

Procedencia del manuscrito: Artículo derivado de la tesis de maestría «Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en pacientes usuarios de UCSF La Presita versus personal de salud que labora en UCSF La Presita de la ciudad de San Miguel».

Financiamiento: El autor declara no haber recibido financiamiento específico para la elaboración de este manuscrito.

Conflictos de interés: El autor declara no presentar conflictos de interés.

Contribución de autoría: Gustavo Adán García García participó en la concepción del estudio original, recolección de datos, interpretación de resultados y aprobación del contenido derivado de la tesis.

Disponibilidad de datos: Los datos utilizados corresponden a frecuencias agregadas consignadas en la tesis de maestría y su instrumento de investigación.