



CARMEN

## Reunión Bianual de la Red CARMEN

(Santiago, Chile. 19–21 octubre 2005)



Government  
of Canada

Gouvernement  
du Canada



Unidad de Enfermedades No Transmisibles  
Organización Panamericana de la Salud  
525 23<sup>rd</sup> Street, NW  
Washington, DC 20037  
USA

## Índice

Resumen de la reunión.....	3
<i>Sesión inaugural</i> .....	4
Descripción general de los discursos centrales de la reunión.....	5
<i>Primera sesión: Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud</i> .....	7
Antecedentes.....	7
Estudios de casos.....	9
<i>Debate: ¿Cómo pueden CARMEN y RAFA contribuir a la ejecución de la Estrategia?</i> .....	17
Conclusiones.....	18
<i>Segunda sesión: Políticas—Temas específicos</i> .....	19
Estudios de casos.....	21
Debate.....	23
Conclusiones.....	25
<i>Tercera sesión: Componente esencial de la vigilancia de las enfermedades no transmisibles</i> .....	25
Experiencias de los países.....	31
Debate: La vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles y los factores de riesgo.....	36
Conclusiones.....	38
<i>Cuarta sesión: Desarrollo sostenible y gestión de los factores de riesgo y enfermedad crónica</i> .....	38
Experiencias de los países.....	42
Debate.....	47
Conclusiones.....	49
<i>Quinta sesión: Formación de capacidad para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles</i> .....	49
Planificación del futuro.....	51
Debate.....	54
Conclusiones.....	55
<i>Sesión de clausura</i> .....	55
Elección de los miembros nuevos del Directorio de la Red CARMEN y un país anfitrión para la próxima reunión....	57
Presentación de clausura.....	57
Referencias.....	58

## Resumen de la reunión

**Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son la principal causa de muerte en el mundo.** En 2002, se atribuyeron 29 millones de defunciones a enfermedades crónicas<sup>1</sup>; los cálculos para 2005 indican que estas enfermedades serán responsables por 35 millones de los 58 millones de defunciones en todo el mundo.<sup>2</sup> Las enfermedades crónicas no transmisibles comprenden enfermedades cardiovasculares (30% de las defunciones mundiales totales proyectadas en 2005), cáncer (13%), enfermedades respiratorias crónicas (7%) y diabetes (2%).<sup>3</sup> Estas enfermedades no solo constituyen una carga para las naciones ricas dado que cuatro de cada cinco defunciones ocurren en los países de ingresos bajos y medianos, lo cual plantea un importante reto para la salud pública.

**Los principales factores de riesgo para las enfermedades crónicas—régimen alimentario insalubre, inactividad física y consumo de tabaco—son modificables.** La Organización Mundial de la Salud pronostica que la eliminación de estos factores de riesgo evitaría al menos 80% de las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes de tipo 2 y más de 40% de los casos de cáncer.<sup>4</sup> Sin embargo, los datos indican que está aumentando la prevalencia de estos factores de riesgo, incluso entre los niños. Por ejemplo, los cálculos actuales revelan que, si continúan las tendencias actuales, más de 1,5 millones de personas en todo el mundo padecerán exceso de peso en 2015; y en la actualidad, cerca de 22 millones de niños menores de 5 años de edad están excedidos de peso.<sup>5</sup>

Durante los 10 últimos años, **la red CARMEN ha trabajado para reducir la prevalencia de los factores de riesgo asociados con las enfermedades crónicas no transmisibles.** CARMEN (Prevención Integrada de las Enfermedades no Transmisibles en las Américas) surgió en 1996 en respuesta a la carga creciente de las enfermedades crónicas no transmisibles en la Región. En los 10 años desde su nacimiento, CARMEN ha favorecido un método integrado para prevenir y controlar estas enfermedades y sus factores de riesgo en los países de América Latina y el Caribe. Se aplican tres estrategias en pos de los objetivos: prevención y promoción integradas de la salud, efecto demostrativo y promoción de la equidad en salud. CARMEN se ha basado en tres líneas de acción: la formulación y la evaluación de políticas, las acciones comunitarias y los servicios de salud flexibles. La red comprende a más de 20 países miembros, varios miembros prospectivos, países colaboradores y proyectos especiales (por ejemplo, en la frontera entre Estados Unidos y México).

Del 19 al 21 de octubre de 2005, se reunieron más de **60 representantes de más de 20 países** en Santiago de Chile, con motivo de la reunión estratégica bianual de la red CARMEN. Habida cuenta del aumento proyectado en el número de defunciones a raíz de las enfermedades crónicas (un aumento de 17%) (6), los **objetivos** de la reunión fueron:

- 1) presentar la unidad de prevención y control de enfermedades no transmisibles (PCE/NT) en la OPS-WDC y sus áreas de cooperación técnica;
- 2) analizar la evolución en el control y la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles en los países miembros de CARMEN; y
- 3) debatir sobre el futuro de la red.

La reunión comprendió **cinco sesiones, cada una de las cuales abordó un tema técnico diferenciado:**

- *Primera sesión:* Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud
- *Segunda sesión:* Políticas: temas específicos
- *Tercera sesión:* Componente esencial de la vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles
- *Cuarta sesión:* Desarrollo sostenible y gestión de los factores de riesgo y enfermedad crónica
- *Quinta sesión:* Formación de capacidad en la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles

Además, se aprovechó esta ocasión para presentar el informe de la OMS recientemente publicado, *Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital*<sup>6</sup>. A cada una de las sesiones le siguieron debates al cierre de cada reunión y se presentaron las conclusiones. Los países miembros de CARMEN se reunirán nuevamente en dos años.

## Sesión inaugural

El **Dr. Juan Manuel Sotelo Figueiredo**, representante de la OPS/OMS en Chile, convocó a la reunión y dio la bienvenida a los participantes, al tiempo que reconoció que esta reunión orientará a los países miembros de CARMEN hacia el próximo período de trabajo. Destacó el énfasis puesto por el Consejo Directivo de la OPS recientemente reunido en la cooperación técnica centrada en los países y la cooperación técnica entre países (CTP), proceso por el cual dos o más países colaboran para desarrollar capacidad individual o colectiva mediante intercambios cooperativos de conocimiento, aptitudes, recursos y tecnologías (7). Hizo referencia también a la Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria de Salud (CD46/13) que se presentó en el 46º Consejo Directivo en septiembre de 2005. El Dr. Sotelo felicitó luego a Chile por sus logros en salud con el plan AUGE (acceso universal con garantías explícitas) y subrayó la importancia de tener presente las condiciones sociales en las cuales se lleva a cabo nuestro trabajo.

El **Dr. Fernando Muñoz**, del Ministerio de Salud de Chile, comenzó su alocución con una referencia a la iniciativa CARMEN en Chile. Hizo hincapié también en que ese país atraviesa por un momento especial en la historia de su sistema de salud: el proceso de reforma sanitaria, que se centra en mejorar la atención de salud con las garantías de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera para todos los chilenos. El Dr. Muñoz señaló que el desafío más difícil estriba en reducir la desigualdad. También mencionó que la clave será introducir y evaluar las intervenciones que funcionan en las Américas para poder alcanzar las metas de una población más sana.

La **Dra. Branka Legetic**, Asesora Regional sobre Prevención y Control de las Enfermedades no Transmisibles de la OPS-WDC, dio la bienvenida a todos los participantes y destacó la gama amplia de concurrentes: representantes de 20 países miembros de la red CARMEN, 3 países observadores, varios países interesados en formar parte de la red, colegas de la OMS en Ginebra, Salud Canadá, los CDC de Atlanta y, especialmente, hizo referencia a la contribución de la representación de la OPS en Chile y el Ministerio de Salud chileno.

## Descripción general de los discursos centrales de la reunión

El **Dr. Alberto Barceló**, Jefe Interino de la Unidad de Enfermedades no Transmisibles de la OPS-WDC realizó la presentación inaugural sobre el “*Plan de trabajo de la OMS – OPS para la prevención y el control integrados de las enfermedades crónicas no transmisibles*”. En primer lugar, reseñó las enfermedades crónicas en América Latina y el Caribe y destacó el envejecimiento de la población y el aumento de la obesidad como las causas fundamentales del crecimiento de las enfermedades crónicas no transmisibles. Destacó también diversas encuestas de la OPS como la *Encuesta sobre envejecimiento, salud y bienestar en América Latina y el Caribe* (SABE, por sus siglas en inglés), que se llevó a cabo en siete países y mediante la cual se investigó la prevalencia de las enfermedades crónicas y los factores de riesgo en la población mayor de 70 años de edad. Cabe destacar que las tasas de obesidad, diabetes mellitus e hipertensión en América Latina y el Caribe son similares a las tasas notificadas en los Estados Unidos. Además, la prevalencia del exceso de peso y la obesidad es alta en Centroamérica, según el estudio de CAMDI (Iniciativa Centroamericana para la Diabetes), y en las comunidades indígenas en la región del Chaco del Paraguay, según un estudio de 2003.

El Dr. Barceló también presentó la respuesta de la OPS a la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en la región. Actualmente, la Unidad de Enfermedades no Transmisibles se encuentra en transición; el trabajo de la unidad se está modificando de un enfoque específico para las enfermedades a un enfoque basado en cuatro áreas transversales: promoción de la salud, formulación de políticas, vigilancia y tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo. CARMEN es una red que servirá de vehículo para la prestación de cooperación técnica. El Dr. Barceló recaló los adelantos que se están haciendo en cada una de las cuatro áreas con socios externos e interprogramáticos de la OPS.

Sugirió que todos los países de la Región podrían hacerse miembros de la red CARMEN con el propósito de fortalecer sus medidas dirigidas a las enfermedades crónicas no transmisibles y que la red podría ser un vehículo eficaz para el intercambio de información. En sus palabras de cierre, ofreció la cooperación técnica de la OPS en las cuatro áreas temáticas y en el mejoramiento de la comunicación regional.

La **Dra. Sylvie Stachenko**, Jefa Adjunta de Salud Pública del Organismo de Salud Pública de Canadá, realizó una presentación sobre la “*Salud pública en el siglo XXI: de una prioridad global para la prevención de las enfermedades crónicas a una realidad global*”. Abordó los antecedentes de la salud pública y recaló que al mirar al futuro, también debemos considerar las lecciones del pasado. Describió el cambio en la salud pública desde sus comienzos, con la protección de los ciudadanos contra las epidemias y la peste y las medidas políticas a nivel local, hasta el siglo XXI, donde la salud pública está alcanzando niveles nacionales, regionales e internacionales y afrontando los complejos desafíos. Reconoció que las enfermedades crónicas constituyen el problema dominante del sector de la salud en todas partes del mundo, con la excepción de África, donde se trata de un problema creciente. En referencia a un informe del Instituto de la Tierra de la Universidad de Columbia titulado *A Race Against Time: the challenge of cardiovascular disease in developing economies*<sup>7</sup> [Una carrera contra el tiempo: el reto que presentan las enfermedades cardiovasculares en las economías en desarrollo], la Dra. Stachenko destacó la carga mundial de las enfermedades cardiovasculares y la falta de inversión mundial en este campo y el de otras afecciones crónicas.

La Dra. Stachenko hizo mención a cuatro factores determinantes clave de la salud en el siglo XXI: el envejecimiento, la tecnología, la urbanización y la globalización. Sugirió también que las intervenciones de salud pública deben redactarse como temas mundiales y que deben aprovecharse los mecanismos internacionales para tratar las enfermedades crónicas.

La pobreza y la inequidad son retos importantes para la salud mundial. Como ilustración de este punto, la Dra. Stachenko mencionó que las tasas de enfermedad crónica en algunas poblaciones (por ejemplo, ciertas poblaciones indígenas) son hasta cuatro veces mayores a las tasas en la población principal. Además, los países carecen de la capacidad y los recursos para la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles como políticas, planes para el control, sistemas de vigilancia y recursos humanos capacitados para introducir cambios a las políticas.

Reconoció que las políticas buenas son:

- racionales; hacen uso del mejor conocimiento disponible;
- viables y atenuadas por el contexto socioeconómico; y
- aceptables; reflejan las metas compartidas y los valores populares.

Actualmente existe la oportunidad de sinergia e integración de métodos para la formulación de políticas y programas; por ejemplo, las intervenciones pueden combinar estrategias basadas en la población y en el individuo, los programas pueden tener niveles y enfoques múltiples y la acción multisectorial (unión del sector de la salud con otros: transporte, vivienda, tributación, agricultura) puede ser una vía hacia la salud. La Dra. Stachenko destacó luego algunos de los acontecimientos importantes en la OMS en el ámbito de las enfermedades crónicas en el último decenio. La función de redes, como CARMEN, ha sido crucial para la divulgación del conocimiento. Por otra parte, el observatorio de políticas, actualmente en evolución, es una plataforma importante para llevar la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles a la vanguardia del diálogo sobre políticas públicas. Subrayó también la necesidad de comunicar a las instancias normativas la urgencia con la cual las enfermedades crónicas pueden afectar el sistema económico y de atención de salud así como la necesidad de tratar tanto enfermedades transmisibles como no transmisibles. Se necesita el apoyo a largo plazo y generalizado de una variedad de protagonistas y socios para establecer prácticas sostenibles y traducir las ideas y los datos probatorios en acción. Para concluir, la Dra. Stachenko hizo hincapié en que nos encontramos en una encrucijada y que no debemos esperar la modificación del curso.

La **Sra. Leanne Riley**, de la Unidad de enfermedades crónicas y promoción de la salud de la OMS en Ginebra, presentó el último informe de la Organización: Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital. En primer término, la finalidad del informe es presentar argumentos ahora a favor de medidas nacionales y mundiales urgentes encaminadas a reducir el riesgo y la carga de las enfermedades crónicas. Además, el informe sirve de guía actual para intervenciones eficaces y factibles y proporciona sugerencias prácticas sobre la manera en que los países pueden ejecutar estas intervenciones en respuesta a la epidemia mundial creciente. El informe está dirigido fundamentalmente a los ministerios de salud, pero también a otros funcionarios gubernamentales, la sociedad civil, las organizaciones internacionales, el sector privado y otros interesados directos que pueden influir en las medidas multisectoriales del gobierno.

En el informe se seleccionan nueve países de seguimiento, en virtud de la envergadura de la carga de las enfermedades crónicas y la capacidad de aprender de sus lecciones. La Sra. Riley describió la estructura del informe y presentó algunos elementos clave del mismo, como datos sobre las enfermedades crónicas en todo el mundo. El informe aclara 10 concepciones erróneas generalizadas acerca de las enfermedades crónicas, incluye una serie biográfica titulada “cara a cara con la enfermedad crónica”, aborda la repercusión económica de las enfermedades crónicas y presenta la meta mundial recientemente fijada de una reducción anual de 2% de las tasas de mortalidad por enfermedades crónicas en todo el mundo, por año, durante los próximos diez años. Si se alcanza esta meta, podrán salvarse 36.000.000 de vidas, 90% de las cuales se encuentran en países de ingresos bajos y medianos.

La Sra. Riley recalcó que independientemente del nivel de los recursos al alcance de un país, es posible realizar esfuerzos en la prevención y el control de las enfermedades crónicas utilizando un método progresivo. Para concluir su presentación, dijo que podemos mantener el statu quo y 288 millones de personas morirán en los próximos 10 años, o podemos invertir ahora en la prevención y el control de las enfermedades crónicas y salvar vidas.

## **Primera sesión: Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud**

El foco de la primera sesión fue la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Esta estrategia fue formulada en virtud de una solicitud, en mayo de 2002, de los Estados Miembros de la OMS y contó con el aval de la Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 2004.

Fue una sesión extensa en la cual la OMS presentó la Estrategia, la OPS presentó el plan de acción para la estrategia en las Américas, varios países hablaron sobre la experiencia en la promoción de un régimen alimentario saludable y actividad física y se introdujo la Red de Actividad Física de las Américas (PANA/RAFA). Al cabo de las presentaciones hubo un debate que se centró en la manera en que CARMEN y PANA pueden colaborar a fin de facilitar conjuntamente la puesta en marcha de la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud.

### **Antecedentes**

El **Dr. Enrique Jacoby**, Asesor regional sobre alimentación sana y vida activa de la OPS-WDC, presentó el plan de acción para la estrategia en las Américas, el cual comprende una propuesta para la ejecución de la Estrategia y actualmente se está haciendo llegar a los colegas.

Dio inicio a su presentación con la demostración de que las enfermedades no transmisibles representan  $\frac{3}{4}$  de las defunciones en la región. Los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles están claramente determinados: hipertensión, exceso de peso, colesterol alto, consumo bajo de frutas y verduras, alcohol e inactividad física. Se han publicado muchos informes y normas sobre la prevención de estas enfermedades. De hecho, 80% de las enfermedades

cardiovasculares, 90% de los casos de diabetes y 30% de los cánceres son prevenibles mediante varios medios de vida saludable (por ejemplo, actividad física, consumo alto (400 g) de frutas y verduras y consumo de grasas polisaturadas o monosaturadas en lugar de grasas saturadas.

La traducción a la práctica de estas recomendaciones no es universal; por ejemplo un estudio que consideró la actividad física entre las mujeres en tres países latinoamericanos reveló que los niveles de actividad física eran mayores entre las mujeres con ingresos altos que entre las mujeres con ingresos bajos. El Dr. Jacoby mencionó varios factores que afectan a la actividad física, como la falta de espacios seguros en los cuales practicar la actividad física, los cambios en el modo de vida a raíz de la urbanización y el aumento del uso de automóviles. Presentó también factores que afectan a la alimentación sana. Por ejemplo, hay una diferencia entre la disponibilidad de alimentos saludables en los mercados en los vecindarios ricos y los vecindarios pobres.

Un tema clave es la base de la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud: *“Transformar a las opciones saludables en las alternativas más fáciles de escoger”*. El Dr. Jacoby presentó el plan de acción para la Estrategia en las Américas, sus medidas y objetivos, algunos de los cuales son:

- Informar sobre la importancia de la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles, el régimen alimentario saludable y los modos de vida activos para todos;
- Elaborar y poner en marcha planes de acción nacionales basados en las experiencias actuales y coordinar los esfuerzos existentes;
- Promover la colaboración y las medidas intersectoriales, con la participación de las instituciones de la sociedad civil y el sector privado; y
- Garantizar apoyo técnico activo y materiales a los países.

El Dr. Jacoby presentó luego algunas acciones sugeridas en relación con la actividad física y la nutrición. Algunas de ellas, como la creación de acuerdos nacionales sobre actividad física y la institucionalización de la educación física en las escuelas, ya han empezado con un gran esfuerzo en algunos países. Con respecto a la alimentación sana, en muchos países se promovió la campaña “cinco al día” y se demostró coordinación multisectorial en sus actividades.

La presentación incluyó también una explicación de la estructura del plan de acción para la Estrategia y una definición de responsabilidades. A nivel regional, se contará con un Comité Directivo y dos equipos técnicos regionales proporcionarán trabajo técnico exhaustivo sobre el régimen alimentario saludable y la nutrición y la promoción de la actividad física. La Unidad de Enfermedades Crónicas no Transmisibles de la OPS actuará como la Secretaría de la Estrategia en colaboración con el Área de Trabajo para Promoción de la Salud en la sede de la OMS. A nivel nacional, un equipo integrado ejecutará el plan de acción.

Se prevé que la aplicación de la Estrategia tenga los siguientes resultados:

- Aumentar la visibilidad, el interés público y el consenso nacional para la acción;
- Dar los primeros pasos a nivel nacional para la acción en los sectores público y privado;
- Lograr el consenso regional entre diferentes partes sobre lo que puede hacerse para la actividad física y la alimentación sana; y
- Elaborar planes en al menos 8 países y comenzar las actividades de ejecución.

La **Sra. Leanne Riley**, de la Unidad de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud de la OMS en Ginebra, presentó los antecedentes y la situación actual de la Estrategia mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Con el propósito de ofrecer una perspectiva histórica, la Sra. Riley explicó las cuatro fases en la elaboración de la estrategia: (fase 1) preparación del informe pericial; (fase 2) proceso de consulta con los organismos de la ONU, los estados miembros, la sociedad civil y el sector privado; (fase 3) negociación y aprobación de la estrategia; y (fase 4) aplicación de la estrategia a nivel de los países.

La Estrategia se basa en la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles y los factores de riesgo clave que afectan a varias enfermedades. No se trata de un enfoque basado en las enfermedades sino que depende de la acción multisectorial y la coordinación de los esfuerzos de los peritos en diferentes dominios. La Sra. Riley destacó algunas de las políticas clave en la estrategia, las dirigidas tanto al ambiente (por ejemplo, normas para la actividad alimentaria y física, políticas de agricultura o políticas escolares) como al cambio individual (por ejemplo, campañas educativas y de información pública o etiquetado con información exacta sobre nutrición).

La Estrategia se aplicará en dos niveles: el nivel nacional y el nivel internacional. A nivel nacional, las oficinas regionales de la OMS coordinarán las actividades para apoyar la ejecución. A nivel de la sede de la OMS, la ejecución se realizará a través de varios medios, algunos de los cuales comprenden el establecimiento de herramientas de vigilancia y métodos uniformados internacionales para el régimen alimentario y la actividad física, la ejecución de la Estrategia mediante el Codex Alimentarius, y la formulación de normas sobre alianzas públicas y privadas. La sede de la OMS también prestará apoyo a los países para la aplicación de la estrategia.

La Sra. Riley presentó las actividades en curso en cada región de la OMS, y concluyó con la promesa del apoyo de la OMS a la creación y la divulgación de las herramientas adecuadas en diversas áreas. Alentó también a los estados miembros a utilizar plenamente la oportunidad que surgió con la Estrategia de fortalecer sus capacidades nacionales de acción con el objetivo de prevenir y controlar las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo comunes.

Puerto Rico, que presidió esta sesión, destacó que la Sra. Riley demostró que la globalización no solo afecta a las enfermedades transmisibles sino también a las enfermedades no transmisibles.

## **Estudios de casos**

El **Dr. Gabriel Tarducci**, de PROPIA, el Programa para la prevención del infarto de miocardio de la Universidad Nacional de La Plata, Argentina, presentó el primer estudio de casos con dos experiencias satisfactorias en esta sesión. La primera fue una experiencia que logró la reducción de los ácidos grasos trans en los alimentos en Argentina y la segunda fue una propuesta de investigación y acción a fin de poner en marcha esta experiencia en otros países latinoamericanos. Reconoció también que la Estrategia es una demostración fundamental del respaldo científico e institucional para las tentativas de prevención de las enfermedades crónicas.

El trabajo en Argentina fue inspirado por el Proyecto de Karelia Norte, en Finlandia, y sus políticas ambientales, como la modificación de los alimentos para limitar el contenido graso, la

promoción de productos alimenticios compatibles con un régimen alimentario saludable, la consideración de políticas agropecuarias y su repercusión en los regímenes alimentarios nacionales, las políticas escolares que mejoran los conocimientos de salud y la introducción de políticas fiscales con el propósito de modificar las opciones alimentarias.

El Dr. Tarducci explicó cómo la Argentina logró reducir el consumo de las grasas trans en el lapso de una década. El primer paso fue la investigación; se emprendió un análisis del contenido de grasa de los alimentos ampliamente consumidos. La investigación determinó que, sorprendentemente, 95% de las galletitas, las galletas y el pan industrial tenían cantidades significativas de ácidos grasos trans. El segundo paso en este proceso fue desarrollar semillas nuevas que tendrían las mismas cualidades nutricionales que el aceite de oliva, pero al precio del aceite de semilla de girasol.

A continuación, se buscó una empresa que fuera capaz de producir el aceite y se consiguió el compromiso de las empresas para modificar la grasa en sus productos. A fin de respaldar esta decisión, Propia colaboró con el Congreso para obtener un descuento para las empresas que eliminaron los aceites hidrogenados de sus productos. Este es un ejemplo de cómo los intereses del sector de la salud y los intereses de las empresas pueden colaborar y obtener resultados saludables.

La educación del público fue el próximo paso en este proceso; se incluyeron modelos educativos en los programas escolares y se crearon juegos educativos así como etiquetas “sin trans” en el paquete de los alimentos. La comercialización fue otro componente crucial de esta experiencia; la nueva tecnología se presentó en los periódicos y las revistas para mujeres nacionales.

Otros alimentos saludables, como huevos, pollos, margarinas, leche y productos de panadería, se han formulado sin grasa trans y con el agregado de grasas sanas (como omega 3).

El programa de Propia para la prevención del infarto empezó con un proyecto piloto nacional llamado DEMOBAL. Balcarce, en la provincia de Buenos Aires, fue la primera área de demostración y actualmente suman cinco en el país. Como consecuencia de la aplicación de DEMOBAL y en colaboración con el grupo de trabajo sobre enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición, se elaboró una propuesta de investigación y acción para América Latina. Los dos objetivos de la propuesta son mejorar la calidad de las grasas y su relación con la prevención de enfermedades crónicas en América Latina y mejorar el consumo de energía mediante el cambio en los niveles de actividad física y modos de vida saludables.

Esta propuesta sigue los mismos pasos desde la investigación hasta la intervención. La versión definitiva está siendo preparada por el grupo de expertos y será finalizada antes de agosto, con la finalidad de usarla como base para la ejecución en el resto de los países latinoamericanos. En noviembre de 2006, se celebrará en Florianópolis una reunión para la aplicación del proyecto. En [www.propia.org.ar](http://www.propia.org.ar) encontrará información adicional sobre *Propia*.

**El Dr. Michael Pratt**, del centro colaborador de la OMS para Actividad Física y Promoción de la Salud en los CDC habló sobre la promoción de la actividad física en las Américas y recaló la transformación de la ciencia en la práctica con el enfoque basado en evidencia de promover la actividad física.

Hay varias preguntas clave acerca de la actividad física:

- ¿Por qué el sedentarismo es un aspecto crítico en la salud pública?
- ¿Cuáles son los beneficios de la actividad física regular?
- ¿Qué grande es la carga del sedentarismo?
- ¿Cuánta actividad física se recomienda?
- ¿Cuáles son los determinantes más importantes?
- ¿Qué estrategias e intervenciones son efectivas?
- ¿Cuáles son los componentes de una política nacional de actividad física?
- ¿Existen programas exitosos de promoción de la actividad física?

El sedentarismo es un problema importante en todo el mundo, al nivel poblacional. Los beneficios de la actividad física son bien conocidos y todos los programas integrados de salud pública deben considerar la actividad física.

Los costos económicos y de salud del sedentarismo (según el Informe sobre la salud en el mundo 2002) son muy altos, causando 2 Millones de defunciones anualmente al nivel mundial, 19 Millones de AVAD a nivel mundial por año y es responsable para un 2-6% de los costos sanitarios totales. En los EUA, el sedentarismo cuesta \$ 76 Mil Millones por año.

La cantidad de actividad física necesaria para lograr beneficios en la salud es moderada. Tanto del punto de vista científico como del punto de vista de salud pública, la evidencia indica que la acumulación de 30 minutos de actividad física moderada diaria se recomienda para la salud general y 60 minutos para prevenir ganancia de peso.

La actividad física es un comportamiento complejo con una variedad de determinantes, incluidos determinantes sociales, culturales, ambientales y biológicos, entre otros. La actividad física requiere un enfoque multisectorial.

La *Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y la Salud* no sólo es un documento científico, sino una herramienta de abogacía para poner la actividad física en la agenda de salud de los gobiernos de todo el mundo. El método basado en evidencia de la promoción de actividad física consta de:

- Hacer el caso
- Definir el problema
- Identificar soluciones
- Implementar programas
- Evaluar (a lo largo de todo el marco).

El caso para la actividad física incluye beneficios en la salud, beneficios sociales, los costos de el sedentarismo, los costos de la enfermedad, vínculos a las enfermedades crónicas, y las recomendaciones de actividad física.

Definir el problema incluye considerar datos y políticas individuales y comunitarios comprenderlos, y luego elaborar las políticas.

Las soluciones no son solo basadas en la ciencia; hay un gran número de bibliografía sobre la importancia de la actividad física en la salud. Sin embargo hay programas que son menos

basados en la ciencia (por ejemplo, campañas para los medios de comunicación) y necesitamos considerar lo que está ejecutándose en realidad cuando el pensamos acerca de las soluciones potenciales.

Hay varios factores de los programas exitosos que traducen la ciencia a la práctica:

- La consulta y la evaluación de necesidades, considerando los factores únicos de la comunidad.
- Plan de acción escrito y objetivos escritos que pueden presentárseles a los interesados directos
- Vigilancia- buenos datos se necesitan para buenos programas de salud pública; considerar los datos más allá de los comportamientos individuales, los indicadores comunitarias (por ejemplo, ambientes, sistema de transporte, , características de sitios de trabajo que favorecer/no favorecer la actividad física). IPAQ (cuestionario internacional de actividad física) es el enfoque standardizado que se usa con jóvenes, y adultos jóvenes y medianos. Aunque hay algunas limitaciones con autonotificar los cuestionarios. IPAQ se ha usado en todo el mundo y es una herramienta excelente.
- Un programa no logrará sus objetivos sin una base estable del apoyo: el financiamiento continuo, el apoyo político, el personal. Debe haber un equilibrio del apoyo gubernamental y apoyo de la ONG.
- La identidad clara del programa y mensaje, así como el desarrollo astuto de logotipos e identidades que captan las peculiaridades de la cultura.
- Las asociaciones, las coaliciones, las alianzas y las redes. (por ejemplo, Agita São Paulo).
- Estrategias múltiples de intervención: Hay unos largos antecedentes de los programas de prevención de enfermedades cardiovasculares basados en la evidencia y basados en la comunidad (por ejemplo, Argentina, EUA). En los EUA, la guía para los servicios preventivos de la comunidad [www.thecommunityguide.org](http://www.thecommunityguide.org) contiene recomendaciones basadas en la evidencia sobre las intervenciones. 8 intervenciones se han identificado como eficaces basadas en la bibliografía:
- Modificar la educación física
- Cambiar el comportamiento individual
- Apoyo social- no familiar: la evidencia no es suficiente para identificar el apoyo familiar, pero podría ser algo para tratar de probar en América Latina y el Caribe debido a la fuerza de la familia.
- Crear o aumentar la accesibilidad
- Educación amplia comunitaria
- Letreros en puntos de decisión (por ejemplo, los signos en el ascensor para promover mayor uso de la escalera). Estos impulsan un aumento moderado de la actividad física, son baratos y fáciles de ejecutar.
- Diseño urbano: el sector de la salud externo (por ejemplo, transporte y planificación urbana). 2 áreas del diseño urbano: el vecindario (por ejemplo, aceras mayores, ninguna grieta) y a escala comunitaria (por ejemplo, redes, rutas de bicicleta y para caminar, políticas de estacionamiento). Bogotá es un buen ejemplo del diseño urbano a escala comunitaria.

Casi toda la evidencia es de observación, por consiguiente algunas brechas de investigación existen. Estudios de intervención se necesitan para mostrar la escala del mejoramiento en la actividad física con algunos cambios de infraestructura. Un taller pequeño tendrá lugar en Bogotá en noviembre sobre los temas de la urbanización y globalización y cómo estos afectan la actividad física.

Las redes como RAFA-PANA han tenido éxito. RAFA-PANA es una red de redes nacionales y facilita el intercambio de información entre los miembros. Las redes pueden trabajar con otras redes en la promoción de la salud, las políticas saludables y el trabajo intersectorial. Los CDC han creado un manual de evaluación de actividades físicas para evaluar los programas.

La actividad física puede tener un mensaje positivo, que las vidas del pueblo pueden ser más divertidas con actividad física. El Dr. Pratt concluyó su presentación al señalar a la atención al Congreso Internacional en la Actividad Física y la Salud Pública que tendrá lugar en los CDC en abril de 2006.

El **Dr. Luis Fernando Gómez**, de la Fundación FES Social en Colombia, presentó un estudio de casos sobre los cambios en la planificación urbana y sus efectos en la actividad física y la calidad de vida en Bogotá. Hizo referencia al interés creciente en la investigación de los lazos entre los medios urbanos y la salud y señaló que los países en desarrollo están experimentando una transición demográfica y epidemiológica, con un predominio de las enfermedades crónicas, no transmisibles. Por ejemplo, las poblaciones urbanas son cuatro veces mayores en los países en desarrollo que en los países desarrollados y esta urbanización trae aparejada muchas condiciones que aumentan el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles. El Dr. Gómez se centró en los factores de riesgo identificados por la OMS, los hábitos alimentarios insalubres y el sedentarismo, como factores de riesgo que requieren intervenciones para afrontar este problema mundial. Recalcó que los cambios deben integrar una estrategia integral, lo que significa que deben implantarse en diversos niveles, no solo en la salud pública. Los cambios en el nivel político, el nivel social y en las zonas edificadas son partes importantes de esta intervención. El Dr. Gómez también destacó algunos aspectos de las zonas edificadas y su relación con el movimiento y el transporte.

Presentó una reseña general de la ciudad de Bogotá, que es la capital de Colombia y el mayor centro financiero, político y cultural, pero padece también una tasa alta de desempleo. El Dr. Gómez luego describió algunos de los principales cambios urbanos en Bogotá en el contexto de los principales gobiernos políticos desde 1992. En 1974, el gobierno local de Bogotá creó una de las primeras iniciativas, llamada “ciclovía”. Los días domingo y feriados, desde las 7.00 a las 14.00 horas, se cierran 120 kilómetros de calles y avenidas principales al tráfico vehicular y las personas realizan actividades recreativas como caminar, andar en bicicleta, correr y bailar. La “ciclovía” es utilizada por un promedio de 400.000 personas de 18 a 65 años de edad (10% de esta población) de todas las condiciones sociales y algunas con discapacidades físicas. Otra iniciativa del gobierno local de Bogotá es “recreovía”. Este programa empezó en 1995 y brinda la oportunidad a las personas de participar en programas de actividad física en diversos parques en toda la ciudad.

La “cicloruta” (senderos para bicicletas) es un proyecto que comenzó como parte del plan de desarrollo del gobierno en 1998-2001, con la participación de distintas instituciones de distrito.

Comprende una red de 300 kilómetros de senderos para bicicletas, uno de los más extensos del mundo. Su meta principal fue reducir la congestión vehicular pero tuvo beneficios adicionales como ahorro de tiempo, mejora del ambiente natural, mejora de la estética de la ciudad y prestaciones para servicios médicos. En Bogotá, 31,2% de los hombres y 6,4% de las mujeres de 18 a 29 años de edad usan una bicicleta como medio del transporte.

La “cicloruta” complementa otro proyecto innovador en Bogotá, el proyecto “Transmilenio”. Transmilenio, el sistema rápido de transporte masivo de Bogotá, se originó en 2000 como una respuesta a los graves problemas de transporte a los que se enfrentaba la ciudad. Este sistema utiliza autobuses de alta capacidad para transportar a los pasajeros y se centra en la seguridad, la asequibilidad, la disminución de la contaminación ambiental y la reducción del tiempo de viaje.

El Dr. Gómez describió otro cambio positivo en Bogotá: la red de parques en toda la ciudad. En el período 2001-2003, Bogotá aumentó la cantidad de espacios verdes de 2,5 a 4,12 metros por habitante; la proyección para 2013 es 8 metros por habitante.

Presentó luego otras tres estrategias normativas y educativas en Bogotá: la restricción del uso de automóviles, el día sin automóvil y la recuperación de los espacios públicos. En primer término, durante la hora pico se prohíbe el tránsito automotor dos días por semana según el número de placa. Como resultado, el tiempo de viaje medio ha disminuido en 21 minutos y se ha reducido significativamente la contaminación. En el “día sin automóviles”, no se permite a los automóviles circular en la zona urbana desde las 6.30 a las 19.30 horas y un promedio de 6,5 millones de personas se trasladan en transporte público, bicicletas, patines, taxis y a pie. Con el propósito de recuperar los espacios públicos, se han usado las siguientes estrategias: mantener a los automóviles fuera de las aceras, reubicar a los vendedores callejeros en plazas especiales y restaurar y recuperar los parques públicos. Esta recuperación ha sido apoyada mediante legislación.

El Dr. Gómez luego presentó la conexión de estas estrategias con la actividad física. Las encuestas han indicado que más de 50% de los ciudadanos tienen una percepción positiva de las estrategias educativas para la calidad de vida. Con respecto a las estrategias de planificación urbana, más de 60% de los ciudadanos consideran que son favorables para su calidad de vida. Una evaluación de ciclovía determinó que las mujeres adultas que solían usar las ciclovías tenían mayores probabilidades de realizar actividad física con frecuencia en su tiempo de ocio; además, el programa de ciclovías moviliza a personas de todos los niveles socioeconómicos.

Un análisis exploratorio determinó que los que consideraban que la cicloruta estaba cerca del hogar seguramente realizarán actividad física de forma sistemática. Con respecto a la red de parques públicos, otro estudio determinó una asociación positiva marginal para las mujeres entre la disponibilidad de las instalaciones públicas para recreación y la actividad física en el tiempo de ocio. Las estrategias de recuperación de los espacios públicos también han mejorado la movilización de los peatones.

El Dr. Gómez también planteó algunos retos actuales, como la evaluación inadecuada de las intervenciones llevadas a cabo, el mejoramiento de la calidad y el diseño de las ciclorutas existentes, el aumento de la seguridad a lo largo de algunas de las ciclorutas y la concientización de los planificadores urbanos sobre la repercusión de sus decisiones.

La presentación concluyó con el análisis del estudio que la OPS y los CDC están realizando juntos con el objetivo de calcular la asociación entre las zonas edificadas, la actividad física y la calidad de vida entre los adultos en Bogotá y explorar la relación entre determinados cambios urbanos en Bogotá desde el período 1992-2002 así como su influencia posible en la actividad física de los ciudadanos.

La **Dra. Sandra Matsudo**, Directora General de CELAFISCS, presentó el Programa *Agita São Paulo*, la red de RAFA/PANA y la capacidad para aumentar los recursos para la promoción de la actividad física dentro de la salud pública a través del curso de capacitación *Agita Mundo* de IUHPE-CDC. Inició su presentación con imágenes que permitían ver que el programa *Agita São Paulo* procura combatir modos de vida sedentarios.

Las recomendaciones del Programa se basan en pruebas científicas que indican la necesidad de al menos 30 minutos de actividad física moderada 5 veces por semana para lograr beneficios para la salud. Esta actividad puede distribuirse incluso a lo largo del día, por ejemplo, 3 sesiones de 10 minutos. Para ilustrar este punto, la Dra. Matsudo explicó que las mujeres viven en promedio 7 años más que los hombres; la diferencia puede deberse al gasto de calorías durante la realización de las tareas domésticas. Por consiguiente, se emprendió una evaluación del consumo calórico por minuto durante la realización de las tareas domésticas y se determinó que estas tareas, en realidad, constituyen una actividad física, con lo cual se introducen conceptos nuevos en este ámbito.

La facultativa explicó que la estructura de *Agita São Paulo* se basa en la coordinación central y las alianzas con la comunidad científica, si bien no existe vinculación alguna con el gobierno o instituciones públicas. *Agita São Paulo* adoptó un modelo ecológico de gestión móvil.

El Programa se centra en tres grupos de personas: estudiantes, trabajadores y ancianos y utiliza muchos materiales de publicidad para llegar hasta estas poblaciones como las mascotas de *Agita São Paulo*: “*Meiorito y Meiahorina*” que representan la media hora recomendada de actividad física avalada por el Programa. La iniciativa también celebra varios eventos a lo largo del año como “*Agita Galera*” en el mes de agosto, evento en el cual se promueve la actividad física en las escuelas. Por otra parte, *Agita São Paulo* organiza eventos con sociedades científicas como el Instituto Nacional del Cáncer y la Sociedad Brasileña de Cardiología.

A fin de llegar a los trabajadores, se ha colaborado con empresas grandes como GM y Petrobras en la distribución de materiales didácticos; algunas empresas farmacéuticas incluso han creado carriles para caminar con el propósito de estimular la actividad física. En relación con los ancianos, *Agita São Paulo* ha emprendido intervenciones en hospitales y centros médicos, dado que son lugares donde puede promoverse la salud. Algunos hospitales han organizado actividad física como grupos para caminar con los médicos en los estacionamientos. Se han lanzado varias otras estrategias encaminadas a aumentar la actividad física en São Paulo; los carriles para caminar y andar en bicicleta están cobrando popularidad y se han comenzado programas de actividad física similares a “muévete Bogotá”.

En 2000, se lanzó RAFA/PANA (Red de Actividad Física de las Américas). Esta red comprende redes nacionales y une a los miembros de las instituciones tanto públicas como privadas para promover la salud y la calidad de vida mediante la actividad física. En la actualidad,

la mayoría de los países en América Latina tienen estrategias para promover la actividad física. La Dra. Matsudo destacó algunas de estas y elogió a Colombia como uno de los países con el mayor número de programas para promover la actividad física. Luego explicó la estructura de RAFA/PANA, observando que se trata de una iniciativa conjunta de la OPS, los CDC, la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación (IUHPE, por sus siglas en inglés) y el Colegio Estadounidense de Medicina del Deporte.

En último lugar presentó el curso de capacitación internacional sobre actividad física y salud pública. Dicho curso está dirigido a los profesionales del sector de la promoción de la actividad física. El curso ofrece la posibilidad de actualización para los científicos; los expertos nacionales e internacionales forman grupos de expertos donde los participantes pueden resolver inquietudes, hacer preguntas y trabajar en grupos. El primer curso tuvo lugar en São Paulo en 2004 y, desde entonces, se han llevado a cabo varios otros cursos.

El modelo *Agita São Paulo* ha tenido repercusión a nivel mundial; varios otros países han iniciado programas similares. En particular, inspiró el lema para el Día Mundial de la Salud 2002 y el Director General de la OMS decidió celebrar dicho día en São Paulo.

La Dra. Matsudo presentó también algunas sugerencias sobre la manera en que RAFA/PANA puede contribuir a ejecutar la Estrategia sobre régimen alimentario, actividad física y salud en la región. Una sugerencia es exhortar a las redes nacionales a promover la actividad física. Además, RAFA/PANA produce una publicación sobre prácticas óptimas para la promoción de las actividades físicas en las Américas. Otra sugerencia consiste en crear un manual para la promoción de actividades físicas dirigido a los profesionales que participan en CARMEN.

La Dra. Matsudo concluyó su presentación con la mención de los próximos eventos: El día mundial para la actividad física el 6 de abril de 2006, con el tema “la actividad física como una responsabilidad social” y el “Congreso Internacional de Actividad Física y Salud Pública”, que se celebrará en Atlanta, en abril de 2006. Para más información, sírvase visitar: [www.rafapana.org](http://www.rafapana.org) y [www.agitasp.org.br](http://www.agitasp.org.br).

**La Sra. Margarita Claramunt**, del Ministerio de Salud de Costa Rica, habló sobre el curso de capacitación para la promoción de la actividad física. Presentó los antecedentes de los procesos nacionales e internacionales que Costa Rica ha experimentado en relación con la promoción de la actividad física. Primero, en 1999, Costa Rica se asoció a la red CARMEN, luego creó en 2000 la red RAFA/PANA. Para 2002, la actividad física estaba recibiendo la atención de los legisladores. En particular, el Instituto de Deportes y Recreación pasó a formar parte del Ministerio de Salud y las políticas sanitarias nacionales para el período 2002-2006 comprendieron capítulos específicos sobre actividad física, deporte y recreación. Más recientemente, en 2005, se lanzó la Red Costarricense de Actividad Física para la Salud y, con el apoyo de los CDC, se llevó adelante el III Curso Internacional en Actividad Física y Salud Pública.

El curso en Costa Rica fue coordinado por el Ministerio de Salud e ICODER (Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación) y se dividió en 5 áreas temáticas:

1. Políticas y directrices estratégicas para la investigación, intervenciones y evaluación en la promoción de la actividad física para la salud.
2. Formulación de intervenciones basadas en datos probatorios

3. Estrategias para la ejecución de programas y proyectos para la promoción de la actividad física y la salud.
4. Epidemiología y factores determinantes de la actividad física.
5. Estrategias de comunicación para la promoción de la actividad física.

El curso estuvo dirigido por 12 expertos de los CDC, RAFA y organizaciones nacionales. Concurrieron 75 participantes (60 ciudadanos, 15 extranjeros de 4 países). Todos asistieron con el respaldo de sus instituciones respectivas. El trabajo del curso se llevó a cabo en grupos en los cuales los participantes trabajaban en dos proyectos ficticios para cada nivel. Por otra parte, se celebraron talleres sobre movimientos y baile latinos.

Además, la Sra. Claramunt describió el funcionamiento de la Red nacional de actividad física para la salud. La red tiene dos niveles: el nivel nacional y el nivel cantonal. Son 81 las redes cantonales en el país y juntas integran la red nacional, que crea alianzas con la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud y RAFA, influye en las políticas nacionales y participa en el observatorio de políticas. La Red Costarricense de Actividad Física para la Salud también participa en seguimiento y evaluación, capacitación, investigación, sistematización y vigilancia de las redes cantonal, sistematización y vigilancia de los proyectos y comunicación.

### **Debate: ¿Cómo pueden CARMEN y RAFA contribuir a la ejecución de la Estrategia?**

1. Nos encontramos en la fase de ejecución de la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud y tenemos la oportunidad de colaborar; CARMEN presenta una oportunidad para encontrar el mecanismo que permita aplicar la Estrategia en la región.
2. Estamos actualmente capacitando en la actividad física de los países que son miembros de la red CARMEN y estamos también preparando un manual de ejecución. La actividad física puede incorporarse como un componente de la escuela de CARMEN ya existente. Ambos pueden ofrecerse como una línea de cooperación entre las dos redes
3. Una de las mayores ventajas de esta sesión es la capacidad de intercambiar información. Las estrategias básicas son similares: aprovechar los datos científicos y poner en práctica las acciones de la salud pública de una manera factible al nivel de la comunidad. La capacitación, la vigilancia, la formulación de políticas son ámbitos en los que CARMEN y RAFA pueden contribuir a la ejecución de la Estrategia Mundial. Además, RAFA se ha basado en gran parte fuera de los ministerios de salud, con la ventaja de la flexibilidad para crear programas nuevos. CARMEN se ha colocado a través de los ministerios de salud, y la ventaja es la capacidad de llegar a una población amplia a través de las instituciones y aprovechar el sistema existente.
4. El hecho de que cada red tenga su propia identidad es algo bueno. Para la colaboración, se propone que RAFA cuente con un representante en la red CARMEN y que CARMEN envíe un representante a la red RAFA. La voz de cada una de las redes puede hacerse escuchar en la otra, y cada red puede estar informada sobre lo que la otra está haciendo. Una sugerencia es que cada red mantenga su independencia sin dejar de tener un representante que exprese su opinión en la otra red.

5. Las reuniones de las redes deben celebrarse en los países donde se realizan las actividades; el debate debe contar con la participación intensa de todos y esta podría convertirse en la primera reunión donde intercambiamos opiniones, nos conocemos y analizamos lo que hacen las diferentes redes.
6. RAFA es una red mucho más específica que CARMEN; esta última abarca una gama más amplia de problemas de salud. RAFA puede ser una fuente muy específica y valiosa para CARMEN en el tema de la actividad física. Puede liderar dentro de la red CARMEN como una red experta en actividad física. Un tema importante comprende la coordinación de las acciones de ambas redes. Tenemos un año para preparar esto para el Consejo Directivo de la OPS el próximo año. La OPS necesitará el apoyo de RAFA y de los otros participantes aquí presentes.
7. La colaboración de las dos redes puede ser una oportunidad para fortalecer la capacidad nacional de promoción de la actividad física como parte de la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles.
8. Las líneas de las dos redes deben cruzarse. Se necesita un programa para la colaboración. Algunas ideas sugieren contar con una persona de contacto a nivel nacional responsable de CARMEN y la actividad física, fortalecer el liderazgo nacional o trabajar para que la nutrición y la actividad física se complementen. Como parte del programa nacional de CARMEN, podemos formar a líderes y usar la actividad física para complementar la red CARMEN.
9. Fácilmente se puede identificar una gama amplia de cosas en las que trabajar que, en nuestra opinión, tienen sentido; por ejemplo, el fortalecimiento de la capacidad y la capacitación son prácticas y tangibles. Sin embargo, podremos avanzar si definimos una o dos cosas.
10. Un ámbito de discusión estratégica es la manera en que CARMEN y RAFA comparten el interés en la reorientación de la salud pública para tratar las enfermedades crónicas. No procuramos eliminar otros programas de salud sólidos, sino que buscando oportunidades para trazar estrategias y reunir a un grupo con una gama amplia de perspectivas.
11. Ambas redes pueden compartir conocimiento; ambas hacen referencia a la necesidad de influir en el ambiente político; pueden compartir vías fuera del sector de la salud. Además, la experiencia de CARMEN puede ser útil para RAFA en áreas tales como intervenciones de las comunidades. En el largo plazo, podemos fortalecer las estrategias que ya tenemos.

## **Conclusiones**

A fin de propiciar la colaboración entre CARMEN y RAFA, se sugirió lo siguiente:

1. La participación de representantes de la red CARMEN en las reuniones de RAFA y la participación de representantes de RAFA en las reuniones de CARMEN.
2. La cooperación a nivel país entre el coordinador de RAFA, el punto focal de las enfermedades crónicas no transmisibles de la OPS en la representación y el punto focal del Ministerio de Salud para CARMEN con el propósito de intercambiar información y planificar actividades mutuas para la promoción y la ejecución de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud.

3. El curso de salud pública basado en datos probatorios aplicado a la actividad física puede promoverse como parte de la escuela de CARMEN.
4. Además, algunos países expresaron interés en la capacitación, como Argentina, por ejemplo.

## Segunda sesión: Políticas—Temas específicos

Esta sesión se centró en la política como un componente de CARMEN. Se realizó una presentación integral sobre el observatorio de política de CARMEN, seguida de los estudios de casos de Brasil y Costa Rica. Durante el debate, se mencionaron temas como participación en el observatorio, la metodología usada y el análisis.

El **Dr. Clarence Clottey**, Director Científico, del centro colaborador de la OMS sobre la Política de las Enfermedades no Transmisibles en el Organismo de Salud Pública del Canadá, presentó el observatorio de política de CARMEN. Este observatorio es un concepto inédito que surgió como una colaboración entre el centro colaborador de la OMS en el Organismo de Salud Pública del Canadá y la Organización Panamericana de la Salud.

El Dr. Clottey se refirió a la realidad mundial de las enfermedades crónicas y planteó respuestas a nivel de la población, en especial políticas públicas particularmente eficaces en múltiples sectores y disciplinas, como la mejor respuesta a las enfermedades crónicas. Dado que muchos factores de riesgo son afectados por determinantes sociales, las políticas públicas pueden ser buenas maneras de contactar a la población. Lamentablemente, menos de 50% de los estados miembros de la OMS han establecido las políticas de prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles; se debe trabajar arduamente para establecer un nivel nacional de acción y políticas en torno a las enfermedades crónicas.

El Dr. Clottey contextualizó las intervenciones de políticas, con la indicación de que “políticas gubernamentales razonables y explícitas son clave para la prevención y el control eficaces de las enfermedades crónicas”. (8) Esto incluye políticas complementarias de otros sectores fuera del sector de salud. Además, algunos países están empleando estrategias gubernamentales integradas, completas. Cabe destacar también la importancia de documentar, analizar y aprender de estas experiencias.

El facultativo definió las políticas públicas desde la perspectiva de la manera en que hemos estado usando el término e indicó las diferentes maneras en que pueden aplicarse las políticas. Una característica fundamental de la política pública eficaz es el compromiso de los gobiernos; el liderazgo y la voluntad política son fundamentales incluso cuando los recursos son limitados. También es importante acumular conocimiento y datos probatorios sobre lo que funciona y la manera en que una política abordará una cuestión. El observatorio de política de CARMEN incorpora estas dos características.

El Dr. Clottey también contextualizó el observatorio de política de CARMEN. CARMEN y CINDI son redes de conocimiento y han acumulado experiencia y aprendido lecciones. El reto

potencial de estas redes es analizar sistemáticamente lo que funciona y traducirlo a una política pública eficaz.

En 2003, en la reunión de CARMEN celebrada en Río de Janeiro, se presentaron los argumentos a favor del observatorio de política para las enfermedades crónicas no transmisibles. El Dr. Clotey luego presentó este caso, así como la visión estratégica a 10 años para el observatorio de política. En primer término, reconoció que en todos nuestros países se realizan esfuerzos para categorizar lo que se está aprendiendo en diversos contextos, pero estos estudios están dispersos y no son siempre confiables. Por consiguiente, ya que la prevención de la enfermedad crónica es mundial, podría ser eficaz el análisis comparativo. El empleo de un mecanismo corriente como el del “observatorio” es importante también porque la epidemia de enfermedades crónicas y los factores de riesgo siguen en aumento, con lo cual se necesita un proceso continuo.

Un comité consultivo internacional recomendó varias cosas previsibles en la Región si un cierto número de países participan en el observatorio. Algunas expectativas clave comprenden la disponibilidad de la información basada en datos probatorios para las instancias normativas y el afianzamiento de la colaboración multisectorial en la formulación de políticas.

El Dr. Clotey describió el observatorio de política como “un sistema para el desarrollo y la difusión de conocimiento” en el que los países en la red comparten métodos de análisis comunes y participan en un análisis sistemático en curso de las políticas relacionadas con las enfermedades crónicas no transmisibles. Consta de dos estrategias: 1) La formulación de datos probatorios y 2) el apoyo a la formulación de políticas, la difusión de conocimiento y la retroalimentación.

Luego describió el ciclo de política: formulación, aplicación, evaluación y retroalimentación sobre el conocimiento de política. Presentó también el marco científico para el observatorio. Explicó que Brasil, Costa Rica y Canadá colaboraron en la primera parte del proceso, la formulación de políticas y que, con la participación de más países, pueden aprender de la experiencia y también ayudar a elaborar la metodología para la ejecución de políticas, la evaluación y la retroalimentación según el conocimiento.

El Dr. Clotey presentó los muchos beneficios del observatorio. Un beneficio clave es que proporciona una plataforma neutral para reunir a las instancias normativas con los investigadores del sistema de salud y analistas de política a fin de que dialoguen sobre los datos probatorios para la política de prevención de las enfermedades crónicas. Dado que el esfuerzo es realizado por una red de partes interesadas en acumular conocimiento y análisis, no está impulsado por controversias o motivos de las partes políticas.

El observatorio de política ha alcanzado varios logros hasta la fecha. Los primeros países participantes han emprendido estudios de casos piloto en curso y la red CINDI está interesada en sumarse al proceso. Esta experiencia ha reforzado la necesidad de un compromiso fuerte por parte de los ministerios de salud nacionales y un punto focal claro de responsabilidad para la coordinación de las actividades.

El Dr. Clotey culminó su presentación con la explicación de los próximos pasos para el observatorio de política de CARMEN: una invitación a otros países de CARMEN, la finalización

de la primera ronda de los estudios de casos sobre políticas relacionadas con la nutrición y la elaboración adicional del marco analítico para la ejecución y la evaluación de políticas.

## **Estudios de casos**

La **Dra. Deborah Carvalho Malta**, Coordinadora Nacional de Enfermedades no Transmisibles en el Ministerio de Salud, presentó el primer estudio de casos sobre el Brasil. La finalidad del observatorio de política en el Brasil es recoger y analizar datos relacionados con las políticas que apoyan la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles. El punto en torno al cual gira el observatorio es el apoyo a la formulación de políticas eficaces para la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles, el análisis sistemático de los procesos que afectan la formulación, adopción y ejecución de tales políticas, el fortalecimiento de la colaboración multisectorial en la adopción de las políticas en otros sectores que puedan aumentar al máximo la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles, y la colaboración en la prevención de este tipo de enfermedades, con lo cual se coloca a este grupo de enfermedades en una posición de importancia en el programa de los responsables de la gestión sanitaria.

La Dra. Carvalho Malta explicó que en el Brasil el proceso ha contado con muchos protagonistas: el Comité del observatorio, el Ministerio de Salud, la OPS, el Organismo de Salud Pública del Canadá e instituciones académicas. Luego hizo referencia al desarrollo del observatorio en el Brasil, empezando con la primera reunión en julio de 2004 hasta el primer caso de 2006, que comprende la finalización del estudio de casos en el Brasil.

La facultativa presentó también la estructura del comité brasileño compuesto por varias partes del Ministerio de Salud, además de representantes de la OPS en Brasil y Washington, así como Salud Canadá. La investigadora principal es Denise Bomtempo de Carvalho, quien cuenta con el apoyo de ocho especialistas con antecedentes diversos.

Los objetivos del estudio de casos brasileños fueron:

- Analizar las estrategias nacionales dentro del contexto de la estrategia mundial.
- Identificar las barreras o los facilitadores en la formulación y la aprobación de las políticas.
- Apoyar la formulación de una política integrada para la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles en el Brasil.
- Analizar los resultados del Brasil con respecto al proceso de formación de las políticas de prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles en Costa Rica y Canadá.

Brasil identificó cinco ámbitos de enfermedades crónicas no transmisibles en las que se pueden centrar las políticas. El primero es la prevención del consumo de tabaco, el cual cuenta con la mayor cantidad de datos probatorios dado que se trata de una política de larga data. Los otros que deben analizarse comprenden nutrición, diabetes y atención de la hipertensión, vigilancia de las enfermedades no transmisibles y promoción de la actividad física.

El estudio de casos brasileños consideró la política nacional sobre alimentación y nutrición (PNAN) con hincapié en las enfermedades crónicas no transmisibles. Las preguntas de la investigación fueron: ¿Cómo y cuándo surgieron las enfermedades crónicas no transmisibles en el programa del gobierno brasileño? ¿Cuáles fueron las soluciones propuestas por las diversas partes gubernamentales a nivel federal para la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles? ¿Cuáles fueron las opciones para las acciones y los programas seleccionados a fin de afrontar el problema de este tipo de enfermedades? ¿Por qué se asignó especial importancia a ciertos programas y acciones?

La Dra. Carvalho Malta luego explicó el proceso de recolección de datos. Se recabaron tanto datos primarios como secundarios, mediante las entrevistas con los protagonistas clave y el análisis de informes, resoluciones y otros materiales escritos.

Los resultados revelaron que el programa de la PNAN comenzó en los años ochenta y que atravesó tres ciclos los cuales llevaron a la formulación de una política nacional sobre alimentación y nutrición. En 1996, la Cumbre Mundial sobre Nutrición repercutió directamente sobre la formulación de política en 1998 dado que el programa de transferencia de ingresos entró en vigencia y, para 2004, la importancia de la actividad física se había puesto de manifiesto mediante la aceptación de la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud.

La Dra. Carvalho Malta luego presentó enseñanzas extraídas sobre el proceso de formulación de la PNAN. El tema de la alimentación y la nutrición ha estado siempre presente en el programa público, simplemente sin una solución. El foco inicial de la política fue la malnutrición y la seguridad alimentaria. Además, el proceso de formulación y ejecución de las políticas públicas son medidas simultáneas. Existe la posibilidad de coordinar el estudio de las instituciones políticas (sistema de gobierno) con el estudio de los procesos políticos (política) y el estudio del contenido de la política (políticas). Por otra parte, el estudio de casos puso de manifiesto la importancia de extender el debate a la sociedad civil, la influencia de las ONG y sus programas, y cómo los expertos usaron conocimiento y datos probatorios para aprovechar la crisis del Estado a fin de introducir cambios estratégicos en el campo de la nutrición.

**El Lic. Edugives Sancho Jiménez**, del Ministerio de Salud de Costa Rica, presentó el segundo estudio de casos sobre la formulación de la política para la fortificación de la harina de trigo con ácido fólico en Costa Rica. Para la investigación, INCIENSA (Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud), la sección especializada del Ministerio de Salud para la investigación nutricional, adoptó la función de equipo de coordinación e investigación, que reportaba al equipo consultivo integrado por la OPS y la Universidad de Costa Rica.

El objetivo general del estudio fue analizar la formulación, la negociación y la aprobación de la política para la fortificación de la harina de trigo con ácido fólico en Costa Rica, con la meta de generar datos probatorios para la formulación de políticas sanitarias. Los objetivos específicos del estudio fueron identificar el proceso para la formulación, la negociación y la aprobación de la política, explorar las condiciones principales y los factores que influyeron en la formulación y la aprobación de la política, y reconocer las enseñanzas extraídas del diseño, la ejecución y el enfoque institucional e intersectorial para la formulación y la aprobación de políticas. Se formularon tres preguntas generales que abordaron estos temas.

El Lic. Jiménez presentó la metodología del estudio. Las fuentes de información empleadas fueron documentos relacionados con el tema, informantes clave y diarios de la investigación. Las técnicas empleadas fueron el examen y análisis de documentos y entrevistas exhaustivas que complementan los diarios de la investigación. Las entrevistas fueron llevadas a cabo por tres equipos de dos entrevistadores cada uno. Cada entrevista duró 1,5 horas, fue grabada y posteriormente transcrita. Para seleccionar a los informantes clave, se estableció una serie de criterios, que llevaron a la selección de 18 personas. La Lic. Jiménez luego presentó la cronología del estudio, con 11 actividades en el lapso de tres meses que concluirán con un informe final en diciembre.

## Debate

1. *¿Qué se debe hacer para integrar el observatorio?*

El Ministerio de Salud se comunica con la OPS, en Washington, D.C., para organizar una visita de un equipo al país a fin de debatir sobre lo que el proceso implica. El equipo se formará una idea de las prioridades y el compromiso nacional y programará un taller técnico. El país emprenderá el trabajo preparatorio y, durante el taller, se determinarán las prioridades así como el estudio de casos, con lo cual se elaborará un plan de acción. Los tres países actualmente miembros del observatorio formarán un grupo consultivo que dialogará con el equipo. Dado que se trata de un proceso a largo plazo, es importante el compromiso ministerial. Por otra parte, las universidades se identificarán como miembros del observatorio debido a la naturaleza continua del trabajo.

2. *¿Cuánto tiempo toma el proceso?*

Se recomienda empezar con una evaluación de la formulación de una política, y esto podría llevar aproximadamente de 1 a 1,5 años. Si el país está interesado en saber cómo se han ejecutado y evaluado las políticas, el proceso tomará más tiempo debido a la metodología más compleja.

3. *¿Cómo se selecciona el punto focal?*

La selección de un punto focal depende de una variedad de factores y de las políticas en las que el país desea concentrarse y si las preguntas formuladas son limitadas o amplias.

4. *¿En qué grado se puede generalizar el proceso del observatorio de política a la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles en general o en qué grado es específico, por ejemplo, a la nutrición?*

La intención es aplicar la metodología a todos los ámbitos de la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles. Las preguntas de la investigación determinan el alcance y la metodología. Si consideramos diferentes factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles que afectan a múltiples interesados directos, simplemente necesitamos un proceso metodológico más estricto. Comenzamos con algo pequeño y podemos trabajar para ampliar y acelerar los aspectos de la metodología con el transcurso del tiempo.

5. *¿Cuál fue la función de los medios en este proceso?*

Dado que los medios influyen y constituyen el contexto en el cual se han formulado estas políticas, se deben incorporar al análisis.

6. *¿Por qué se escogió el tema de la nutrición en los tres estudios de casos?*  
La selección del mismo tema en estos tres primeros países facilita el análisis entre ellos. Después de que los tres primeros países presentan sus resultados, se puede precisar más la metodología y estamos en condiciones de evaluar dos aspectos de las políticas: la formulación y la ejecución.
7. *Canadá centró su piloto en el etiquetado sobre nutrición.* El objetivo de la política en Canadá es que el etiquetado sobre nutrición permita a los individuos en el país evaluar el punto fuerte y el valor nutritivo de los alimentos que consumen; el etiquetado habilita a los individuos a tomar decisiones que reducirán el riesgo de enfermedades crónicas. Por consiguiente, el foco de interés principal de la política es la prevención de las enfermedades crónicas.
8. *El observatorio de política considera no solo los factores de riesgo sino también todos los aspectos de las enfermedades crónicas.* El tema central puede ser amplio, por ejemplo la repercusión del comercio exterior. En el Canadá, los fabricantes de bicicletas estaban considerando gravar un impuesto a las bicicletas importadas. No se trató de un tema comercial aislado sino que incluyó temas a los que se enfrenta el sector de la salud, como la importancia de las bicicletas para la reducción de los niveles de smog en Toronto y la tasa de obesidad, con lo cual esta política comercial puede tener implicaciones para la salud.
9. *La experiencia del Instituto del Cáncer de Colombia en el análisis de las políticas ha constituido una gran experiencia que trajo aparejada muchas cosas positivas.*
10. *Los tres países seleccionados han realizado algunos de los avances más pronunciados en los sistemas de salud y el tema sanitario está bien posicionado,* a diferencia de lo que ocurre en algunos otros países. Quizás los resultados del piloto habrían sido diferentes si hubiese ocurrido en otros países. Por otra parte, el tipo de políticas elegidas puede haber influido. Las políticas nutricionales no generan demasiada polémica; por otro lado, el tabaco es un reto completamente diferente.
11. *¿Se compararán los análisis de los tres países?*  
Sí, se están realizando dos tipos de análisis: uno es el análisis de cada estudio de casos y el segundo es el análisis multinacional. Ambos se reflejarán en el primer informe.
12. *¿Es posible que un instituto particular en un país se sume al proceso?*  
Uno de los principios es que el observatorio es a largo plazo; se trata de un proceso sistemático en curso en el cual una nación usa los puntos fuertes de todas las lecciones. Si el instituto está vinculado al Ministerio de Salud y puede reasignar a personas de otros centros, con la bendición del ministerio, el instituto puede coordinador a nivel nacional. Sin embargo, si es un instituto académico independiente y las otras entidades no están integradas, nos apartamos de la perspectiva multisectorial. Por otra parte, dado que giramos en torno al nivel político, el gobierno debe estar incorporado.
13. *Los países determinarán la prioridad del tema central; las necesidades de política definirán las áreas de la investigación.* Canadá comenzó con el etiquetado pero las necesidades son tales que ahora está considerando la prevención integrada de enfermedades como política prioritaria. Por consiguiente, la próxima serie de estudios de casos aplicará

los métodos formulados a esa área. Cabe destacar la importancia de satisfacer las necesidades de los países

14. *La metodología misma no es rígida; se formuló producto del consenso con los países y el resultado fue el marco mostrado en el curso de las presentaciones. Toda vez que se incorpora un país, se torna parte del proceso que definirá la metodología para la siguiente parte.*
15. *Actualmente, Brasil se encuentra en posición de formular mejores políticas porque las condiciones en el país siguen al ritmo de la evaluación. El estado, la sociedad civil, el mercado y los medios participan en la fijación del programa de política.*
16. *Para iniciar el proceso, se escogió a los países con el mejor apoyo político. Este ejercicio tiene como punto fuerte y valor servir de guía para otros países en relación con la ruta a seguir para aplicar estos tipos de políticas. Por este motivo, escogimos países con una amplia variedad de políticas a fin de aprender de su experiencia.*
17. *Un ejercicio que podría intentarse con los países es que analicen la situación sanitaria y luego sugieran una política conforme a los datos disponibles. Este ejercicio puede ser beneficioso para los países que han formulado políticas y para los otros que aún deben hacerlo.*

## **Conclusiones**

Los próximos pasos en el observatorio de política de CARMEN son:

1. Invitación a otros países de CARMEN
2. Finalización de la primera ronda de estudios de casos sobre políticas relacionadas con la nutrición.
3. Formulación adicional del marco analítico para la ejecución y evaluación de políticas.
4. Además, algunos países expresaron interés en participar en el observatorio de política (Perú y Paraguay).

## **Tercera sesión: Componente esencial de la vigilancia de las enfermedades no transmisibles**

Esta sesión incluyó presentaciones de la OMS y la OPS sobre un marco para la vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles así como presentaciones sobre la vigilancia de este tipo de enfermedades, como parte de los sistemas de información sanitaria y los estudios de casos nacionales de cuatro países. Al cabo de las presentaciones hubo un debate y se hizo referencia a muchos temas dentro de la vigilancia.

La **Sra. Leanne Riley**, del Departamento de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud de la OMS en Ginebra, presentó “Un marco para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas: el método progresivo de la OMS”. Destacó la identificación de los principales factores de riesgo comunes para las enfermedades crónicas como una acción clave en la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles. Si se toman medidas para

controlar estos factores de riesgo, se puede retardar la tendencia actual en relación con las enfermedades crónicas.

La Sra. Riley presentó la respuesta de la OMS a la carga de morbilidad crónica creciente en los países de ingresos bajos y medianos. La OMS recomienda la vigilancia de los principales factores de riesgo conocidos para predecir las enfermedades crónicas no transmisibles dado que es más fácil identificar los factores de riesgo en vez de los desenlaces de las enfermedades, y la atención temprana de los factores de riesgo puede prevenir la enfermedad. La OMS también promueve una metodología estándar sencilla y de bajo costo para producir cálculos válidos y fiables de la prevalencia de los factores de riesgo; este tipo de metodología se puede repetir con el transcurso del tiempo para determinar tendencias. Apoya también la creación de una red de vigilancia. Por otra parte, recomienda que los datos se usen para formular intervenciones y políticas.

La Sra. Riley luego presentó las principales actividades de vigilancia de la OMS: vigilancia de los factores de riesgo para los adultos con el método progresivo (STEPS), vigilancia complementaria de los factores de riesgo para los jóvenes (Chile fue uno de los primeros en establecer la encuesta global de jóvenes en la escuela), vigilancia progresiva de los accidentes cerebrovasculares y la InfoBase Mundial, que almacena datos comparables para factores de riesgo clave y datos específicos de las enfermedades.

La médica describió el marco del método progresivo para la vigilancia y explicó la razón por la que la OMS sugiere el uso de este marco. El marco del enfoque progresivo es un sistema sencillo que puede ser flexible a nivel de los países en cuanto a los riesgos, las condiciones, las edades, las áreas, a fin de adaptarlo de manera cultural y localmente apropiada. Esta estrategia depende de un método y herramientas estándar y se puede sumar a sistemas existentes.

La Sra. Riley luego explicó detalladamente el enfoque progresivo para los factores de riesgo y el contenido de cada paso. El marco conceptual es la distinción entre los diferentes niveles de la evaluación de los factores de riesgo: la información por cuestionario, las mediciones físicas, los análisis de sangre y los tres módulos para describir cada factor de riesgo: central, ampliado y optativo. Los pasos se tornan más complejos, por lo tanto el paso 2 es más complejo que el paso 1 y el paso 3 es más complejo que el paso 2. Además, los datos básicos en cada paso son los datos fundamentales; el conjunto de datos ampliados y los módulos optativos conforman la colección óptima de datos.

- El paso 1 comprende información por cuestionario y de los individuos sobre demografía y comportamientos de salud. El nivel central incluye información sociodemográfica básica así como información sobre consumo de tabaco, alcohol, frutas y verduras y actividad física. El paso ampliado 1 incluye información sobre el consumo de tabaco sin humo y el abandono del hábito de fumar, consumo compulsivo de bebidas, consumo de aceite o grasas, antecedentes de hipertensión y diabetes.
- El paso 2 comprende mediciones físicas; a nivel central esto incluye altura, peso, circunferencia de la cintura y presión arterial, a nivel ampliado comprende circunferencia de la cadera y frecuencia cardíaca.
- El paso 3 central recoge datos sobre medidas bioquímicas como el nivel de azúcar en sangre en ayunas y el colesterol total en ayunas. Los pasos 3 ampliados incluye triglicéridos y colesterol de las LDA.

Los módulos optativos pueden recabar datos sobre salud mental, lesiones intencionales y accidentales, salud bucodental y otras conductas sanitarias.

La metodología progresiva (STEPS) es un cuestionario sobre el hogar y medidas físicas que toman entrevistadores capacitados así como mediciones bioquímicas realizadas en un entorno clínico. La muestra es representativa e incluye a adultos de 25 a 64 años de edad para poder observar los desenlaces de las enfermedades crónicas. La muestra también está estratificada por edad y sexo porque las tasas de incidencia son específicas para cada grupo de edad y género.

A fin de aplicar el método progresivo, trabajan juntos la sede de la OMS, la Oficina Regional de la OMS y el Comité Coordinador para la Vigilancia (CCV) a nivel de país. La aplicación requiere el cumplimiento de varios criterios, por ejemplo la aprobación ética, el tamaño adecuado de la muestra y la observancia del instrumento de STEPS central.

La Sra. Riley luego presentó mapas de las regiones de la OMS, con hincapié en los lugares con vigilancia activa del método progresivo. Señaló que algunos países bajan el material de Internet sin informarle a la sede de la OMS que están por emprender una encuesta según el método progresivo.

La Sra. Riley también presentó algunos puntos fuertes del método progresivo, como la oportunidad de fortalecer la capacidad a los niveles del país y regionales y el acceso a apoyo técnico. Se presentaron también las actividades actuales del método progresivo e incluyen la actualización del instrumento para reflejar los cambios en las preguntas de GPAQ y sobre alimentación, examen y actualización de los manuales y las herramientas del método, elaboración de programas de estudios para planificación, trabajo en el terreno, manejo de datos así como fortalecimiento de la capacidad para el análisis y la interpretación de los datos.

La Sra. Riley concluyó la presentación haciendo referencia a la visión y las oportunidades para el marco del método progresivo. Se prevé que en el lapso de 10 años la mayor parte de los países tendrán un sistema de vigilancia que produzca cálculos comparables, fiables, válidos y oportunos de la prevalencia de los factores de riesgo. La OMS proporciona muchos recursos para el uso del método progresivo. En [www.who.int/chp/steps](http://www.who.int/chp/steps) encontrará más información.

La **Dra. Branka Legetic**, Asesora regional sobre enfermedades no transmisibles de la OPS en Washington, D.C., presentó la propuesta marco de la OMS-OPS para la vigilancia de las enfermedades no transmisibles. Comenzó su presentación con una cita de David Frazier para recalcar que el término vigilancia es entendido de muchas maneras y que la OPS apoya un concepto más amplio que incorpora más que los factores de riesgo básicos simplemente. La vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles es una herramienta esencial para la adopción de decisiones basadas en datos probatorios y para la vigilancia de las intervenciones de salud pública. Se clasifica como una de las funciones esenciales de la salud pública y es reconocida como responsabilidad de los gobiernos.

La ponente luego presentó las diferencias entre la vigilancia de enfermedades agudas y crónicas, en las que difieren la finalidad, el uso de datos, el análisis de los datos y la difusión de la información.

La Dra. Legetic presentó una reseña de los datos de vigilancia en la Región, con lo cual mostró que la mayoría de los países tienen datos sobre, al menos, un factor de riesgo de las enfermedades crónicas, que en la mayoría de los casos es el consumo de tabaco. Algunos países de la Región cuentan con datos de mortalidad específicos para las enfermedades, mientras que otros no poseen datos de mortalidad sobre las enfermedades crónicas no transmisibles. Por otra parte, la metodología empleada para obtener los datos sobre mortalidad y factores de riesgo fue diferente según el estudio, con lo cual se dificultó la comparabilidad entre países.

Luego se presentó a PanaSuRF (Vigilancia panamericana de los factores de riesgo, por sus siglas en inglés). PanaSuRF ofrece herramientas para las encuestas sobre los factores de riesgo basadas en experiencias anteriores y está adaptada a América Latina y el Caribe. Se ha aplicado en Centroamérica con un tamaño total de la muestra de 17.000 individuos y los resultados están disponibles para Guatemala, Nicaragua y Costa Rica. Este sistema de vigilancia sigue la estrategia de ejecución del método progresivo (STEPS) avalado por la OMS.

De conformidad con un estudio realizado por la OPS sobre las capacidades nacionales en estadísticas sanitarias, varios ámbitos necesitan fortalecerse: los sistemas de información sobre la salud, la vigilancia de la salud pública y el análisis de información, entre otros. Por otra parte, el informe reciente de la OMS *Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital* promueve la vigilancia de las enfermedades crónicas como una parte integral de la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades crónicas y sus principales factores de riesgo. Este informe subraya la necesidad de contar con datos periódicos, fidedignos a fin de vigilar y evaluar la salud de la población.

La propuesta marco de la OMS-OPS para la vigilancia de las enfermedades no transmisibles está orientada principalmente por los intereses y las necesidades de los países. También se basa en el programa prioritario de la OPS, que hace hincapié en la importancia de abordar la agenda inconclusa, proteger los logros en materia sanitaria, y enfrentar los retos nuevos, junto con el trabajo en los países clave y el empleo de un marco progresivo.

El objetivo general de la propuesta es establecer e implantar un sistema de vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles en los niveles regionales, subregionales, nacionales y locales para la formación, ejecución y evaluación de políticas públicas.

La Dra. Legetic describió el concepto progresivo de la OMS como un concepto que permite a los países escoger y llevar a cabo la vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles al nivel más conveniente en esa etapa. Para ilustrar este concepto, la facultativa presentó un mapa como simulación del lugar en que se puede ejecutar cada paso de la propuesta en la Región.

El flujo de datos a los niveles nacional e internacional se presentó como la circulación de información en dos sentidos, tanto desde el nivel nacional hacia la OMS como desde el nivel global de regreso a los países. La recopilación y el análisis de los datos ocurrirían a nivel del país. Los centros subregionales, que aún deben conformarse, y una InfoBase regional recabarían y analizarían los datos a ese nivel de manera compatible con la InfoBase de la OMS.

La Dra. Legetic presentó luego los objetivos generales propuestos, a saber:

- Orientar y apoyar la creación de infraestructura para las enfermedades crónicas no transmisibles y el sistema de vigilancia de los factores de riesgo.
- Fortalecer la capacidad técnica nacional y local de los países para aplicar la vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles y los factores de riesgo.
- Proporcionar asistencia a los países para el análisis y el uso de los datos que se usarán en la toma de decisiones relacionadas con políticas y los programas de las ENT.

Los objetivos específicos propuestos son:

- Identificar la información, las fuentes y la capacidad nacional actuales para la aplicación de la vigilancia de las ENT y los factores de riesgo.
- Acordar indicadores centrales, ampliados y convenientes, metodología estándar para recolección y análisis
- Garantizar la capacitación de los países sobre la metodología de recopilación, el análisis y el ingreso de los datos a la InfoBase
- Establecer una base de información regional, suministrar y difundir información sobre las tendencias actualizadas y la distribución de la carga de la prevalencia de las ENT y los factores de riesgo con el transcurso del tiempo.

La Dra. Legetic finalizó su presentación con una descripción de los próximos pasos en el desarrollo de la vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles en la Región. La OPS/OMS formará un grupo de trabajo intraprogramático y evaluará como referencia la disponibilidad de datos, las fuentes de datos y la capacidad en los países. El grupo de trabajo acordará indicadores para los niveles básicos, ampliados y óptimos, se celebrarán talleres subregionales de capacitación, se establecerá la infraestructura regional para la InfoBase, y se difundirá el análisis regional de la situación de las enfermedades crónicas no transmisibles y los factores de riesgo. A nivel nacional, los países suministrarán la información para la evaluación básica, participarán activamente en los debates y los talleres, garantizarán la infraestructura adecuada y enviarán periódicamente información a la base de datos regional.

El **Dr. Enrique Vázquez**, Asesor de la OPS/OMS y punto focal para enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina, presentó la experiencia de la vigilancia de las enfermedades crónicas en ese país. Son dos los sistemas nacionales de información sanitaria disponibles: uno es el registro de datos básicos y el otro es el registro de mortalidad. El facultativo presentó los tipos de datos relacionados con la salud, el ambiente, la modificación humana del ambiente natural, datos socioeconómicos y políticos, datos de la situación sanitaria, recursos para la atención de la salud, factores determinantes de la salud y estrategias y procesos para la promoción de la salud. Presentó luego las fuentes que pueden suministrar diversos tipos de información relacionada con la salud.

Luego explicó dos situaciones posibles con respecto a un sistema de vigilancia nacional. La primera es un sistema integrado con información sobre mortalidad, morbilidad, atención de la salud (atención primaria y atención hospitalaria), programas y otros sectores. Con respecto a la vigilancia de la salud pública, hay un equilibrio entre la vigilancia de enfermedades transmisibles y la vigilancia de enfermedades crónicas no transmisibles. Por otra parte, periódicamente se realizan estudios de salud y la información generada se utiliza en la toma de decisiones.

Por otro lado, la segunda instancia es un sistema débil, en el cual los datos nuevos no están vinculados a los datos anteriores y solo se cuenta con información sobre mortalidad y programas de salud. La vigilancia no es equilibrada; más bien gira en torno de la vigilancia de las enfermedades transmisibles. El análisis de la información es deficiente y disperso, sin relación alguna con la toma de decisiones. Los países de América Latina y el Caribe se ubican en un sector del espectro entre estos dos sistemas.

El Dr. Vázquez luego presentó algunos aspectos fundamentales para la promoción de la vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles, como la evaluación de las fuentes disponibles de información, el establecimiento de una estrategia para el mejoramiento de la calidad, la determinación de prioridades y la formulación de una estrategia para el uso de la información en el proceso de toma de decisiones.

Se centró en la Resolución CD40.R10 aprobada durante la 40.<sup>a</sup> Reunión del Consejo Directivo de la OPS, en 1997, sobre la recolección y el uso de datos sanitarios centrales para evaluar el estado de salud de la población y las tendencias en salud, con lo cual se proporciona una base empírica para identificar a los grupos de población con mayores necesidades sanitarias, la estratificación del riesgo epidemiológico, la determinación de áreas fundamentales y el examen de la respuesta de los servicios sanitarios a fin de contribuir a la formulación de políticas y la definición de las prioridades en este campo. Esta resolución es el mandato que institucionaliza la Iniciativa Regional de Datos Básicos (IRDB). Los componentes son la base de datos de indicadores básicos de la OPS con un generador de tablas en Internet, que es una herramienta de consulta multidimensional con una colección de 108 indicadores para 48 estados y territorios de las Américas, desde 1995 hasta 2005. El sistema presenta datos e indicadores sobre demografía, aspectos socioeconómicos, mortalidad por indicadores de causas, morbilidad y factores de riesgo así como acceso, recursos y cobertura de los servicios de salud. Esta iniciativa también incluye perfiles de salud por país y el atlas de indicadores básicos de salud.

Con respecto a las enfermedades crónicas no transmisibles, la iniciativa comprende varios indicadores: 19 indicadores se relacionan con la mortalidad por las enfermedades crónicas no transmisibles y nueve con la morbilidad y los factores de riesgo de estas enfermedades.

El Dr. Vázquez luego presentó algunos métodos de análisis inéditos de la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles. Mediante otras formas de análisis, como la esperanza de vida y los años de esperanza de vida perdidos, que son medidas derivadas de los datos de mortalidad, puso de manifiesto que es posible demostrar la repercusión que tendrá una enfermedad particular en la población. Estas nuevas formas de análisis son herramientas importantes para el análisis de la situación y la toma de decisiones en salud pública.

Para concluir mencionó que los métodos de análisis no son un fin en sí mismos; más bien, se necesita: la detección de los problemas de calidad, la evaluación del análisis y las mejoras en la toma de decisiones. Por otra parte, destacó algunos efectos beneficiosos como un aumento de la autoestima de los empleados.

## Experiencias de los países

El **Lic. Mario Virgolini**, del Ministerio de Salud de Argentina, presentó la experiencia de su país con la *Encuesta nacional de factores de riesgo*. En primer término, hizo referencia a las principales causas de muerte en Argentina, con las enfermedades cardiovasculares como responsables por 32% de las defunciones en 2001. Los principales factores de riesgo de morbilidad en Argentina son consumo de alcohol, hipertensión, tabaco, peso inferior al normal, colesterol alto y consumo insuficiente de frutas y verduras.

La vigilancia adecuada de las enfermedades crónicas no transmisibles incluye la vigilancia de los factores de riesgo además de la mortalidad y la morbilidad. A fin de diseñar las estrategias preventivas, es crucial conocer los determinantes de las enfermedades crónicas no transmisibles con décadas de anticipación. Se necesitan encuestas periódicas para vigilar los comportamientos, la conducta y las actitudes de riesgo de la población.

El Lic. Virgolini presentó luego algunas características generales de la encuesta, como un sistema de vigilancia para los factores de riesgo. En primer lugar, el propósito de la encuesta es obtener cálculos válidos y fiables de la prevalencia de los factores de riesgo. El objetivo general es crear una encuesta válida y fidedigna a fin de incorporar cálculos al sistema de vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles sobre la prevalencia de los factores de riesgo. Los objetivos específicos son vigilar las tendencias y la distribución de los factores, evaluar la eficacia de las intervenciones y difundir los resultados. La encuesta es un estudio transversal de la prevalencia en adultos mayores de 18 años de edad, con representación nacional, provincial, urbana y rural, por subgrupos.

Además, explicó la metodología adoptada para llevar a cabo la encuesta. Incluyó a un grupo de 28 expertos internacionales que escogieron las variables, examinaron los cuestionarios de CARMEN disponibles, analizaron otros cuestionarios ya válidos como el Cuestionario estándar de la OMS sobre factores de riesgo, definieron los 14 módulos, incluidas las preguntas básicas y optativas para cada módulo, y propusieron un grupo de indicadores básicos para cada módulo. Además de los elementos sobre los aspectos sociodemográficos y la cobertura sanitaria, la encuesta contiene elementos sobre los factores de riesgo y la atención de las enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes. La encuesta fue adaptada y validada culturalmente y se produjo un instrumento estándar para las encuestas sobre los factores de riesgo en Argentina.

A octubre de 2005, la mayor parte de las fases de la encuesta a nivel nacional se han llevado a cabo, desde la preparación general y las pruebas piloto que empezaron en abril de 2004 al análisis de datos iniciales. Se había dispuesto que los análisis estadísticos nacionales y provinciales comenzaran en noviembre de 2005, y el informe final preliminar se publicara en diciembre de 2005, con la participación de expertos locales. Se prevé que más adelante la vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles y los factores de riesgo se usarán en la toma de decisiones. Además, se celebrarán talleres para preparar una campaña de comunicaciones dirigida a la promoción de la salud en las áreas de los factores de riesgo.

La **Dra. Barbara Medina**, del Ministerio de Salud de Chile, presentó la experiencia con la vigilancia de las enfermedades crónicas en Chile. En primer término, introdujo el contexto de las

enfermedades crónicas no transmisibles en Chile: la demografía, la epidemiología y la carga de morbilidad. Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en el mencionado país dado que representan 31% de las defunciones, seguidas de los cánceres que representan un 23% de las muertes. Las enfermedades no transmisibles suman 73% de la carga de morbilidad en el país. Las prioridades en el ámbito de la vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles en Chile son el aporte de información para mejorar el proceso decisorio y la evaluación de los logros en conexión con las metas de salud. Para el análisis se cuenta con diversas fuentes de información, como registros y encuestas de salud. Además, se llevan a cabo estudios especiales para cada enfermedad.

Se realizan encuestas de población, por ejemplo la *Encuesta nacional de salud 2003* o la *Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes*, en 2000 y 2004. Por otra parte, la vigilancia de los indicadores para los objetivos de salud en la década 2000-2010 y los registros de población integran el sistema de vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles en Chile. Además, a manera de experimento piloto, se ha establecido en la VIII Región un Centro Regional para la Vigilancia de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles.

La *Encuesta de calidad de vida y salud* en Chile tiene como objetivo conocer la percepción de los chilenos sobre su vida y la salud. Los resultados proporcionarán un punto de comparación para la evaluación de los logros en política sanitaria y el ajuste de los objetivos de salud. La muestra tiene cobertura nacional, tanto urbana como rural, y el módulo de salud contiene elementos sobre salud familiar y salud individual.

La Dra. Medina luego presentó la *Encuesta nacional de salud*, realizada en 2003, con los siguientes objetivos:

- Conocer la prevalencia de las enfermedades prioritarias en Chile en una muestra representativa de los habitantes.
- Describir la prevalencia de estas enfermedades según los grupos de población de interés: sexo, edad, nivel socioeconómico y educación
- Crear una “seroteca” para la recolección de muestras de sangre que el Ministerio de Salud utilizará en el futuro.

A través de esta encuesta se estudiaron varios problemas de salud y sus principales factores de riesgo. Los resultados fueron diversos, como la prevalencia de las enfermedades y los factores de riesgo en total y por subgrupos, la asociación entre la prevalencia de los factores de riesgo y los síntomas, la coexistencia de los factores de riesgo y las enfermedades, el contraste de los datos sobre prevalencia real frente a los datos de prevalencia percibida y autonotificada y la adquisición de un depósito de muestras de sangre.

El Ministerio de Salud participó en la *Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes*, una iniciativa de la OMS que se llevó a cabo por primera vez en 2000 en Chile y posteriormente en 2003. Los resultados de la encuesta están disponibles en el sitio web del Ministerio de Salud, así como en el sitio web de los CDC. El Ministerio de Salud también participó en la *Encuesta mundial de salud escolar*, otra iniciativa de la OMS.

El Ministerio de Salud de Chile ha establecido registros de cáncer a fin de conocer la incidencia y la distribución de los cánceres en la población; esta información tiene por objeto contribuir a la planificación y la evaluación de los programas contra el cáncer y tratamiento. El

país cuenta con tres registros que dependen de diversas fuentes de información, como expedientes clínicos y certificados médicos de defunción. Los resultados primarios revelaron la incidencia de la mayoría de los tipos de cáncer en las tres regiones que cuentan con registros establecidos. Los resultados están disponibles en la siguiente página web: <http://epi.minsal.cl>.

El Centro para la Vigilancia de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en la VIII Región es un piloto con el que se propone crear una metodología de vigilancia integral de estas enfermedades e incluye mortalidad, morbilidad, prevalencia, incidencia y niveles de exposición a los principales factores de riesgo en la población mayor de 14 años de edad. Los datos probatorios provienen de estudios de la carga de morbilidad, la eficacia en función de los costos de las intervenciones y encuestas de población. La meta es que estos datos probatorios afecten la formulación y los planes de políticas para alcanzar los objetivos de salud para el decenio 2000-2010.

Los objetivos de salud se han formulado en el marco de la reforma del sector en Chile. Estos objetivos indican las metas que el país debe alcanzar para 2010. Tienen en cuenta el punto de partida de la reforma sectorial actual y reflejan las prioridades del sector, con metas concretas en las áreas prioritarias. Conforman el elemento central para la preparación de las políticas sanitarias y, actualmente, están sujetos a una evaluación encaminada a determinar los avances logrados en relación con las metas en el sector de la salud.

La Dra. Medina concluyó su presentación con un esbozo del futuro de la vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles en Chile y manifestó que la vigilancia es parte de un sistema de información sanitaria más amplio que es una parte fundamental del trabajo en salud pública. Por otra parte, a través de la vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles se obtiene información de calidad para el proceso decisorio y la evaluación de las políticas públicas.

La **Dra. Deborah Carvalho Malta**, Coordinadora Nacional de Enfermedades no Transmisibles en el Ministerio de Salud, presentó la política de vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles en el Brasil.

El Ministerio de Salud del Brasil comprende cinco secretarías; la vigilancia es una de ellas e incluye una división específica para las enfermedades crónicas no transmisibles que participa en la promoción sobre las enfermedades y la salud en general. La misión de la vigilancia de estas enfermedades es consolidar el sistema para las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo en el Sistema Unificado de Salud del Brasil (*Sistema Único de Saude de Brasil*).

La Dra. Carvalho Malta reseñó la situación de estas enfermedades en el país, en donde se está pasando por tres tipos de transición actualmente. La primera transición es epidemiológica, con una reducción de la enfermedad infecciosa y un aumento en las enfermedades crónicas no transmisibles y la violencia. La segunda es demográfica, caracterizada por una reducción de las tasas de mortalidad, un aumento de la esperanza de vida y una disminución en la tasa de fecundidad. La tercera es la transición nutricional, que comprende una reducción de la malnutrición y un aumento de la obesidad.

Actualmente en Brasil prevalecen los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles; por ejemplo las tasas de obesidad e inactividad física son bastante alarmantes. Por

otra parte, la facultativa presentó el consumo de tabaco como un factor de riesgo importante que el Brasil ha podido reducir mediante un programa sólido de prevención nacional con el Instituto Nacional del Cáncer (INCA). Las ventas legales de cigarrillos han disminuido 32% desde el inicio del programa nacional. Por otra parte, en los últimos años, también se redujeron las defunciones atribuidas a cáncer de pulmón, de los bronquios o la tráquea también entre los hombres de 30 a 49 años de edad.

El sistema de vigilancia en el Brasil gira en torno al análisis de las tendencias de mortalidad y morbilidad; además, se presta atención al uso de la vigilancia como una herramienta en la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles. El núcleo del sistema de vigilancia de estas enfermedades en el Brasil es la prevención integrada de los factores de riesgo dado que son comunes a varias enfermedades y se manifiestan durante toda la vida.

La Dra. Carvalho Malta luego presentó las acciones que Brasil está actualmente emprendiendo en la vigilancia, la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles. En primer término, la política nacional de promoción de la salud está en curso y procura facilitar el diálogo entre el sector de la salud, otros sectores gubernamentales y la sociedad. Mediante esta política, se espera que diversos sectores se unirán y asumirán responsabilidad conjuntamente por la salud de la nación. Esta política mantiene seis áreas prioritarias:

- La Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud
- La prevención de la violencia
- Ambientes saludables (escuelas, lugares de trabajo, ciudades, entornos sin humo de tabaco)
- Reorientación de los servicios de salud
- Formulación de planes de salud en el nivel municipal
- Cultura de solidaridad y responsabilidad social

En septiembre de 2005, varias partes del Sistema Unificado de Salud, instituciones y técnicos del sector de la salud acordaron el programa para vigilancia, prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles en el Brasil. Consta de cuatro puntos principales, el primero de los cuales es la estructuración del sistema de vigilancia para las enfermedades crónicas no transmisibles, sus factores de riesgo y sus factores protectores. La información en el sistema de vigilancia provendrá de diversas fuentes, como una encuesta escolar específica o encuestas telefónicas nacionales. El sistema seguirá un método progresivo, con tres módulos, básico, ampliado y optativo, que recopilan datos sobre las enfermedades crónicas no transmisibles, los accidentes y la violencia. Brasil ya cuenta con algunos planes para vigilancia, como una investigación nacional de salud sobre los factores de riesgo conductuales y los factores protectores en 2007-2008, una investigación nacional sobre salud escolar con CGPAN (Coordinación general de la política de alimentación y nutrición) y el Ministerio de Educación en 2006 y estudios de viabilidad para implantar el sistema de vigilancia telefónicamente. Por otra parte, se incluye el apoyo técnico y las colaboraciones con institutos científicos y otras partes.

En segundo término en la agenda se incluye la administración, que comprende reglamentación, finanzas, recursos humanos, participación, responsabilidad social y sostenibilidad. El Comité Consultivo Técnico consta de expertos provenientes de diversas universidades que informan y fijan los retos del programa. Varios otros comités están trabajando en torno a diferentes prioridades. Por ejemplo, un comité para la gestión del plan nacional de promoción de la salud actualmente diseña la política de promoción, y una comisión y un comité intraministeriales

trabajan en la ejecución de la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Se dictarán varios cursos con el propósito de fortalecer la capacidad de los recursos humanos del Brasil en la vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles.

El tercer punto en el programa comprende intervenciones para la prevención, que incluyen planes basados en la Estrategia mundial dirigidos a la alimentación sana y la actividad física, además de planes para la prevención del consumo de tabaco, el cáncer, la diabetes y la hipertensión. Todos estos planes incluyen asociaciones y coordinación entre el Ministerio de Salud y otras partes.

El cuarto punto en el programa es la evaluación y el apoyo a la investigación. Esto comprende participación en el observatorio de política de CARMEN, una guía para la evaluación de las enfermedades crónicas no transmisibles y un estudio sobre la repercusión macroeconómica de estas enfermedades.

El **Dr. Lavados** de la Universidad de Chile presentó un estudio de casos sobre los registros de accidentes cerebrovasculares de la población y la vigilancia de estas afecciones en los países en desarrollo. El accidente cerebrovascular es una de las principales enfermedades crónicas no transmisibles; anualmente 15 millones de personas en todo el mundo padecen un accidente cerebrovascular.

El Dr. Lavados presentó características de los estudios de incidencia basados en la población y demostró su importancia. Si bien se han establecido criterios para estudios ideales, los países en desarrollo se enfrentan a muchos retos que deberían superarse para emprender con éxito un registro ideal de los accidentes cerebrovasculares de la población. Por este motivo, el establecimiento de tal registro es casi imposible en ciertos países. Algunos de estos desafíos estriban en la falta de recursos humanos adiestrados en salud pública y epidemiología, las escasas subvenciones disponibles para los estudios neuroepidemiológicos, las dificultades en el acceso a la exploración por tomografía computada y el reducido conocimiento sobre los accidentes cerebrovasculares como un problema de salud pública, entre otros.

El Dr. Lavados luego presentó el proyecto de PISCIS (Proyecto de Investigación de Stroke en Chile; Proyecto de Stroke en Iquique). Iquique es una ciudad en el norte de Chile donde se llevó a cabo el proyecto; la población del estudio fue prospectiva basada en una ciudad del norte de 215.000 habitantes e incluyó a participantes hospitalizados y no hospitalizados durante un período de dos años. Una campaña informativa titulada “Cuide su cerebro” acompañó al estudio. Los resultados indicaron 380 accidentes cerebrovasculares en total, con 292 casos de incidentes, 71% de los cuales fueron hospitalizados. El estudio también identificó una tasa de letalidad a 30 días de 23% y una tasa de mortalidad o dependencia a seis meses de 53%. Los resultados se publicaron en 2005 en un artículo de *Lancet*.

El Dr. Lavados luego presentó varios factores de riesgo cardiovasculares en el proyecto de PISCIS; por ejemplo la prevalencia de la diabetes es casi 10% mayor en esta población que en la población ordinaria. Cuando se proyectan los resultados de PISCIS a toda la población chilena, se calcula lo siguiente: 27.000 casos de accidentes cerebrovasculares por año. De estos 27.000, 9.000 morirán en el lapso de 6 meses y otros 6.000 sufrirán discapacidad permanente a 6 meses. De los 27.000 accidentes cerebrovasculares calculados por año, 18.000 ocurrirán en individuos

hipertensos, 6.000 personas padecerán diabetes, en 3.500 el colesterol será alto y 5.000 tomarán aspirina.

En conclusión, los estudios de la población que padece accidentes cerebrovasculares son viables en los países en desarrollo si se escoge correctamente el tamaño de la población, se estandarizan métodos simples, se brinda acceso gratuito y fácil a tomografías computarizadas y atención médica e investigadores entusiastas pueden comprometer el apoyo de las autoridades locales políticas y sanitarias y de la industria farmacéutica.

La vigilancia es importante para los accidentes cerebrovasculares porque proporciona datos sobre la magnitud de la enfermedad en las poblaciones con el transcurso del tiempo, estimaciones de los recursos futuros necesarios para la prevención y determina la repercusión de las iniciativas de salud pública. La iniciativa progresiva (STEPS) de la OMS para los accidentes cerebrovasculares proporciona un marco para la recolección continua y estandarizada de datos, permite las comparaciones con el transcurso del tiempo y entre las poblaciones, constituye un proceso secuencial y una herramienta fácil de usar en Internet.

La iniciativa progresiva (STEPS) de la OMS para los accidentes cerebrovasculares observa el mismo concepto que el marco progresivo de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles, con tres pasos y diversos módulos—central, ampliado, optativo—en cada paso. Las principales medidas resultantes del método progresivo de la OMS para los accidentes cerebrovasculares en Chile son las siguientes:

- incidencia de los accidentes cerebrovasculares con hospitalización en tres regiones geográficas diferentes
- incidencia de los accidentes cerebrovasculares mortales en la comunidad
- tratamiento del accidente cerebrovascular
- recursos que los establecimientos de salud asignan para los pacientes con accidentes cerebrovasculares
- estado funcional de los pacientes con accidentes cerebrovasculares al momento del alta

La OMS ha aprobado tres sitios para el estudio progresivo de los accidentes cerebrovasculares en Chile: Iquique en el norte, Talca en la región central, y Punta Arenas en el sur. El financiamiento ha sido aprobado previamente por el FONIS (Fondo Nacional de Investigación en Salud) y está pendiente la aprobación final en diciembre.

### **Debate: La vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles y los factores de riesgo**

1. Se necesita mucho más tiempo para hablar sobre la vigilancia en general. Hace muchos años, se llevó a cabo una encuesta de factores de riesgo en varios países y ahora estamos continuando con este trabajo. Por ejemplo, la OPS y los CDC diseñaron una iniciativa en cinco ciudades capitales de Centroamérica y ahora Panamá y Belice emprenderán las encuestas nacionales. El sistema para la vigilancia de los factores de riesgo que la OPS ha creado para la Región se llama PanaSuRF e incluye un cuestionario, un manual para el trabajo en el terreno, un módulo para el ingreso de datos de computadora, 13 módulos diferenciados y 3 módulos optativos. Las encuestas se hicieron de la manera más completa

posible, en especial dado que estos países no contaban con un sistema de vigilancia en funcionamiento. Por primera vez, las capitales en Centroamérica tienen datos. Este sistema sigue el concepto progresivo (STEPS), pero con adaptaciones para la Región y se basa en las experiencias de nuestros países y experiencias de los Estados Unidos, entre otros países. El sistema de datos básicos de la OPS no suministró mucha información sobre las enfermedades crónicas no transmisibles durante muchos años porque los sistemas en los países están diseñados para la vigilancia de las enfermedades transmisibles, en lugar de las crónicas no transmisibles. Ahora que la Dra. Legetic se encuentra en Washington, se dedicará a trabajar en la vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles. Con respecto a los datos sobre mortalidad, el cambio en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) conllevó muchos cambios en el monitoreo de las enfermedades crónicas no transmisibles. Por ejemplo, en México, se registra la causa primaria y secundaria de muerte con lo cual se ha reconocido a la diabetes como una causa de muerte. Por otra parte, se tornó posible separar la defunción a raíz de enfermedad cardiovascular de causas más específicas, como el ataque cardíaco.

2. *¿Cuál es la periodicidad que se aconseja para repetir las encuestas sobre los factores de riesgo?*  
La periodicidad ideal se ha definido entre 3 y 5 años a fin de repetir las encuestas sobre los factores de riesgo. Las encuestas sobre los factores de riesgo también pueden incluirse en otras encuestas; las variables y las preguntas pueden integrarse en otras encuestas para usar mejor los recursos disponibles.
3. En los Estados Unidos, la muestra se toma anualmente.
4. La vigilancia es un tema fundamental que requiere más tiempo. Primero, debe trabajarse con dos perspectivas. Una es la vigilancia de la salud pública como un concepto amplio con muchas fuentes, y la otra comprende los sistemas de vigilancia permanentes. Segundo, los sistemas de vigilancia actuales deben examinarse y diferenciarse los varios niveles en los cuales vamos a trabajar. La vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles presenta problemas con denominadores sistemáticos. Por otra parte, estamos sobresaturados de información; muchas encuestas investigan los mismos temas. Las encuestas deben ser complementarias sin duplicación dado que se dificulta la evaluación de los datos.
5. *¿Cuál es la representación de los países que ha participado en la encuesta sobre el método gradual (STEPS)?*  
A nivel mundial, la mayoría de los 69 países que han participado en las encuestas graduales (STEPS) han tomado muestras representativas nacionales; algunos han llegado al nivel subregional ampliamente (por ejemplo, en países grandes como India tiene sentido tener datos subregionales). Gran parte está determinado por el acceso a un buen marco de muestreo (por ejemplo, si existen buenos datos del censo en todo el país). El esfuerzo en muchos lugares es obtener una muestra representativa nacional estratificada por edad y sexo (hombres y mujeres de 25 a 64 años de edad).

Aunque en general se propugna un método gradual, se recomienda a los países que están comenzando que se centren inicialmente en los pasos 1 y 2. El paso 3 se emprende mejor cuando el país tiene más experiencia y recursos. El costo es enorme si los países hacen el

paso 3 sin sistemas de vigilancia, por lo que es mejor obtener buenos datos sobre el primer paso y aumentar la complejidad cuando se repite la encuesta.

6. Los recursos son uno de los problemas de las encuestas. Cuando los países no llevan a cabo encuestas es porque no tienen los recursos. Las otras oficinas regionales de la OMS sólo tienen una persona dedicada a las enfermedades crónicas no transmisibles mientras que la OPS cuenta con todo un equipo y puede asignar a un asesor regional a la vigilancia. Tenemos la capacidad técnica para encuestar, simplemente no contamos con los recursos. PanaSuRF está diseñada en inglés y español, y Belice es el primer país que utiliza la versión en inglés.

## Conclusiones

1. Resulta necesario dedicar una reunión de la red CARMEN al tema de la vigilancia.
2. La periodicidad ideal para repetir las encuestas sobre los factores de riesgo es cada 3 a 5 años.
3. Cada país puede obtener datos buenos usando un método gradual para la vigilancia de los factores de riesgo.

## Cuarta sesión: Desarrollo sostenible y gestión de los factores de riesgo y enfermedad crónica

Esta sesión se centró en el desarrollo sostenible y el manejo de los factores de riesgo y las enfermedades crónicas. Se realizaron presentaciones sobre las prioridades de la OPS en este ámbito, las experiencias en los municipios saludables, la importancia de la atención primaria de salud y varias experiencias a nivel nacional en el manejo de las enfermedades crónicas. A las presentaciones siguió un debate donde los participantes abordaron las estrategias en el tratamiento de las enfermedades crónicas y la evaluación de los programas.

El **Dr. Alberto Barceló**, Jefe Interino de la Unidad de Enfermedades no Transmisibles de la OPS-WDC, inauguró la cuarta sesión con su presentación sobre el tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles y los factores de riesgo. Hasta el presente, la diabetes y el cáncer cervicouterino eran las prioridades para el tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles. La justificación es la elevada incidencia del cáncer cervicouterino y la alta prevalencia de la diabetes tipo 2 en la Región, los datos probatorios sobre intervenciones económicas en casos de cáncer cervicouterino y la repercusión del control metabólico en el riesgo cardiovascular de las personas con diabetes. Además, los datos indican que la atención de la diabetes es subóptima y que la repercusión de los programas de cáncer cervicouterino en las tasas de mortalidad es pequeña o inexistente. Otro factor, los recursos disponibles, también determinaron las prioridades (por ejemplo, la OPS recibió una subvención importante de la Fundación de Gates para el proyecto de cáncer cervicouterino y una subvención de la División de Traducción de Diabetes en los CDC le permitió emprender las encuestas sobre diabetes en Centroamérica).

El núcleo del trabajo en el control de las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo es trabajar en varios aspectos del tratamiento. La OPS ha realizado un estudio en México sobre la calidad de la atención crónica. Ahora las actividades giran en torno a la prevención de las enfermedades crónicas mediante acciones dirigidas a la obesidad, la actividad física y la alimentación sana. Algunas actividades que están actualmente en marcha son el desarrollo de intervenciones en los servicios de atención primaria de la salud con el objetivo de evaluar o ejecutar la atención basada en datos probatorios y las normas de prevención, los programas para el tratamiento propio y los programas para la evaluación y el mejoramiento de los sistemas de atención. Ciertas actividades están dirigidas a asesorar sobre la formulación de sistemas clínicos de información, mientras que otras están dirigidas a la formulación de iniciativas que relacionan los servicios de salud a los recursos de la comunidad.

El Dr. Barceló presentó más adelante la metodología para mejorar la calidad de la atención: el modelo de atención crónica por Wagner y la Serie *Breakthrough* (BTS, por sus siglas en inglés) [Gran adelanto] por el Instituto para el Mejoramiento de la Atención de Salud. La OMS y la OPS han utilizado estas estrategias para mejorar la calidad de la atención crónica. Los resultados del modelo de atención crónica dependen de la interacción de diversos factores en la comunidad y del sistema de salud. La metodología de BTS se basa en sesiones de aprendizaje con períodos de acción intermedios. Las intervenciones usan repetidamente ciclos de mejoramiento, llamados ciclos P-D-S-A (por sus siglas en inglés para Planear, Hacer, Estudiar, Actuar), con el propósito de mejorar la calidad de la atención. Cada parte del ciclo comprende preguntas específicas a las que debe responder el equipo de salud para poder evaluar su situación.

Durante las sesiones de aprendizaje, los equipos de atención primaria de salud detectan los problemas que impiden la buena atención y planean soluciones que se ejecutan durante los períodos de acción entre las sesiones de aprendizaje.

La presentación abarcó la metodología y los resultados seleccionados del proyecto colaborativo VIDA centrado en la atención de la diabetes, según se realizó en Veracruz, México. Al cabo de un año de la intervención, los resultados indicaron un mejoramiento en el control metabólico, conforme a la medición de HbA1c, un aumento en la educación sobre el cuidado nutricional y de los pies y una suba en el número de casos registrados de atención ocular y podológica.

Se destacaron algunas experiencias eficaces en el proyecto VIDA, principalmente la inclusión de un programa estructurado de autogestión en la atención primaria, la formación en el servicio del equipo de salud en vez de los métodos tradicionales de educación continua, la consulta cruzada con un especialista y la modificación del sistema de derivación para que el paciente retorne al equipo de atención primaria después de concluir el tratamiento con un especialista.

Desde 2000, la OPS ha trabajado a fin de influir en las políticas de salud, mejorar los programas y abogar por la prevención del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Los objetivos del proyecto de cáncer cervicouterino son:

- evaluar los métodos de detección y tratamiento alternativos: se establecieron dos proyectos piloto, uno en el Perú y otro en El Salvador;
- mejorar la organización de los programas y la prestación de los servicios. Se han llevado a cabo: evaluaciones de las necesidades de los programas, formación del personal de salud y asistencia en relación con pautas y normas;

- mejorar la calidad de atención para los servicios de tamizaje: se ha probado un método de mejora continua de la calidad en El Salvador; e
- instar a que la prevención del cáncer cervicouterino se convierta en un tema prioritario de la salud pública: se han creado y difundido materiales científicos y programáticos, se han celebrado reuniones con los ministros de salud y funcionarios sanitarios de alto nivel para promover la causa.

Se establecieron proyectos piloto para evaluar la eficacia del método “ver y tratar” por medio de la inspección visual con ácido acético como una prueba de detección y crioterapia suministrada por médicos de atención primaria como un método de tratamiento para las lesiones precancerosas, todo en una única consulta. Esto tuvo como meta reducir considerablemente la necesidad de visitas múltiples y disminuirá la pérdida potencial de mujeres examinadas con resultado positivo.

Por otra parte, en El Salvador se probó una mejora continua de la calidad, usando los ciclos P-D-S-A antes mencionados. Algunos de los problemas que se identificaron fueron cobertura baja, mala calidad de la prueba, tiempo de espera prolongado y seguimiento bajo. Al cabo de un año de la intervención para mejorar la calidad, se observaron mejoras en la calidad de la prueba, en el tiempo de espera y en el seguimiento.

El Dr. Barceló mencionó que el proyecto VIDA está descrito en la publicación reciente de la OMS *Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital*. Por otra parte, la OMS ha contribuido fondos a la OPS para producir el informe final del proyecto VIDA con el mismo diseño que se utilizó para el informe de la OMS. El Dr. Barceló concluyó su presentación con la reiteración de que la incorporación de las estrategias para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles es una prioridad que debe llevarse a cabo de inmediato.

**El Dr. Fernando Rocabado**, Asesor de la OPS/OMS de la representación del Perú, presentó el desarrollo sostenible desde el nivel local: el caso de los municipios saludables. La creación de ambientes saludables depende de la participación de los políticos responsables, los gobiernos locales y los agentes de la comunidad en los sectores ambiental y sanitario para que todo el ambiente—físico, social, económico, político y laboral—sea favorable y no perjudicial para la salud y se asegure un uso sostenible de los recursos naturales.

Se ha emprendido una serie de proyectos de ambientes saludables, como municipios saludables, escuelas saludables, lugares de trabajo saludables y mercados saludables, entre otros. La definición clásica de promoción de la salud es proporcionar a las personas los medios necesarios (factores determinantes) para mejorar y ejercer un mayor control sobre su salud. El Dr. Rocabado identificó 11 factores determinantes para un Perú más saludable. Algunos de estos son empleo y condiciones de trabajo, educación, nutrición y calidad y cantidad de servicios de salud. La mayoría de estos determinantes son externos al sector de la salud, por lo tanto brindan la oportunidad de trabajar fuera de los servicios sanitarios y crear alianzas multisectoriales.

La salud es el resultado de un proceso de producción social y una expresión de la calidad de vida en cuanto a bienestar, servicios y otras condiciones. Las responsabilidades de los municipios con respecto al bienestar son la autorización de la construcción, el transporte público, las calles, los mercados, etc. En cuanto a los servicios, las responsabilidades son agua limpia,

cementerios, educación, una fuerza policial, etc. y espacios públicos, cultura, arte, deportes, etc., para otras condiciones.

Un municipio saludable debe buscar las siguientes cualidades: una comunidad participativa sólida, cobertura de las necesidades básicas, una economía variada y dinámica, servicios de salud óptimos y accesibles, entre otros. Las políticas deben centrarse en la mejora de los ambientes, la mejora de los modos de vida, la protección de toda la población, no solo grupos específicos así como producción y economía saludables.

Hay muchos ejemplos de municipios saludables; las tres primeras propuestas de municipios saludables en la Región de las Américas fueron Zacatecas, Medellín y Cienfuegos. Además, el municipio de Sherbrooke en Quebec, Canadá, comenzó en 1992 con proyectos de municipios saludables y, en 1993, Santa Catarina. Los problemas priorizados eran principalmente en el ámbito ambiental. También a comienzos de los años noventa, nació la Red Mexicana de Municipios para la salud y se convirtió en uno de los movimientos más activos del mundo. La Declaración de Monterrey ha influido fuertemente en la Región y ha afectado a los programas en Cuba, Venezuela y Panamá, entre otros países.

La OPS ofrece normas para la promoción de la calidad de vida mediante la estrategia de municipios y comunidades saludables. El Dr. Rocabado presentó las fases en el desarrollo de un municipio saludable, comenzando con la fase inicial durante la cual se concientiza, se establecen compromisos y se emprende el análisis. Posteriormente, el municipio atravesará una fase de planificación y otra de ejecución. Algunos municipios identificaron problemas como drogadicción, alcoholismo, contaminación ambiental y violencia doméstica. Loja, un municipio en el Ecuador, trabajó durante 8 años para lograr una ciudad limpia y saludable.

La red de municipios saludables se dedica a promover y generar políticas públicas saludables al nivel local. Además de actuar en el nivel gubernamental, la red procura promover la participación de los ciudadanos. Algunos municipios se centran en el desarrollo de familias y comunidades saludables, lo cual incluye la cocina saludable, la construcción y el mantenimiento de letrinas, el almacenamiento de semillas y la agricultura ecológica. Ciertos municipios se han centrado en la calidad del aire y la reducción de la contaminación atmosférica. De todos modos, otros municipios han dirigido sus acciones hacia la atención primaria de salud. Varios se han concentrado en factores de riesgo específicos, como el humo del tabaco y la actividad física. Estas medidas han dependido de la participación de todo el municipio. Los municipios saludables han logrado mucho, especialmente en cuanto a la posibilidad de incorporar a la salud en el programa político, social e institucional.

**El Dr. Rodrigo Soto**, representante del grupo de trabajo de la OPS sobre atención primaria de salud, presentó la función de la atención primaria de salud en el tratamiento de los factores de riesgo y las enfermedades crónicas no transmisibles. Formuló la siguiente pregunta a modo de orientación de su presentación: “¿Es posible realizar avances significativos en la reducción de los factores de riesgo y en el control de las enfermedades crónicas no transmisibles, equitativamente, si los países no construyen sistemas de salud basados en la atención primaria de salud?”

Luego presentó algunos datos que representan los problemas de salud a los que se enfrenta la Región, tanto de la agenda inconclusa, como la mortalidad materno-infantil, como de los nuevos

retos, como la epidemia mundial de obesidad. Destacó también que el exceso de peso, la obesidad, la hipertensión y la diabetes se relacionan inversamente con el nivel educativo, motivo por el cual afectan desigualmente a la población con mínimos recursos.

A continuación, planteó otra pregunta: “¿Para qué tratar las enfermedades que padecen los individuos si luego se los envía nuevamente a las condiciones que generaron la enfermedad?” El sistema de atención primaria de salud necesita ser reformulado y los países deben renovar el compromiso con el fortalecimiento de la atención primaria de salud. La OPS apoya la posición que reconoce la reforma de la atención primaria de salud como una parte integral del desarrollo de sistemas de salud y aclara que la manera más adecuada de producir mejoras equitativas y sostenibles en la salud de las personas es basar los sistemas de salud en la atención primaria.

El sistema de atención primaria debe reformarse porque la situación se ha modificado en los 23 últimos años; se ha adquirido nuevo conocimiento y ha cambiado el perfil epidemiológico. Algunos indicadores han mejorado, por ejemplo, la mayor parte de los países han reducido sus niveles de mortalidad infantil, pero persisten algunos problemas y surgieron otros.

Determinados valores son fundamentales para un sistema de salud basado en la atención primaria, como la visión de salud como un derecho humano, solidaridad y equidad. Además, se presentaron varios principios y 12 elementos clave de un sistema de salud basado en la atención primaria.

El Dr. Soto también hizo alusión a la importancia de priorizar los programas horizontales. La colaboración armoniosa entre los programas verticales y horizontales permitirá el avance y crecimiento de las redes de salud, con lo que se afianza la garantía de la salud como un derecho. Esta colaboración armoniosa combinará la especificidad del método vertical con la sensibilidad del método horizontal, lo que resultará en acciones más integradas de mayor calidad y una distribución más equitativa. Además, la integración de estos dos métodos permitirá una priorización adecuada de los recursos disponibles y la participación óptima de la comunidad en el mejoramiento de su propia salud y bienestar. En conclusión, sólo es posible progresar significativamente en la reducción de los factores de riesgo y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles de una manera equitativa si los países de la Región crean sistemas de salud basados en la atención primaria de la salud.

## **Experiencias de los países**

El **Dr. Mohammed Rahaman**, del Ministerio de Salud de Trinidad y Tabago, presentó la experiencia de la comunidad de su país en el manejo y la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles. En primer término, ofreció una reseña del país, en la que hizo referencia a la transición epidemiológica y el aumento de la población que está envejeciendo. Luego presentó el enunciado de la misión del ministerio que es promover el bienestar y asegurar la disponibilidad de atención de salud de calidad para las personas de Trinidad y Tabago, de manera asequible, sostenible y equitativa.

En 1997, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes representaban 40% de todas las defunciones en la región del Caribe, con el porcentaje general más alto en Trinidad y Tabago. A partir de 1998, las enfermedades cardiovasculares representaban por mucho el número más alto de

ingresos en hospitales en comparación con otras enfermedades crónicas. Las enfermedades crónicas no transmisibles también constituyen una carga económica grande para el país.

Trinidad y Tabago ha adquirido experiencia, especialmente en el último decenio, en la integración de programas de enfermedades crónicas no transmisibles al nivel de la comunidad. Estas experiencias se basan en el tratamiento no farmacológico de las enfermedades crónicas no transmisibles para reducir los problemas y reducir la mortalidad y la morbilidad y mejorar la calidad de vida. En primer término, se introdujeron grupos de apoyo para diabéticos y un programa de concientización sobre esta enfermedad dirigido a los individuos con diabetes y a los miembros de su familia con el objetivo de informar sobre la relación entre la diabetes y otras enfermedades crónicas, mejorar el conocimiento de los factores de riesgo, aumentar las aptitudes de autogestión y para prestar apoyo a las personas con diabetes en sus esfuerzos por modificar los comportamientos.

Se introdujo también un programa para el control del peso con los objetivos de desarrollar y aumentar las aptitudes de salud personal de la comunidad en relación con la actividad física, las prácticas nutricionales y habilitar a las comunidades para lograr el bienestar mediante la formación de individuos como instructores de ejercicio. Otra meta fue la construcción de centros de salud comunitarios así como un entorno en el sector de la salud en apoyo de la práctica de modos de vida sanos. Entre 1997 y 2003 se establecieron 12 programas para el control del peso y 75% de estos están en funcionamiento actualmente. Los programas han ayudado a los participantes a perder peso, sentirse bien y formar una red social. Algunos desafíos comprenden el mantenimiento del apoyo del personal de salud y el seguimiento y la evaluación del programa. Actualmente, se han implantado también programas de control del peso para adultos mayores.

Del mismo modo, se puso en marcha otra iniciativa, el programa de ejercicio por receta, y consiste en clientes que reciben un examen médico y posteriormente son derivados por el funcionario médico y el visitador médico distrital para realizar ejercicio físico. Estos clientes se derivan a un centro especializado e instructores capacitados les enseñan aptitud física tres veces por semana. Se hace el seguimiento de su presión arterial, glucemia y peso en cada sesión y, a través de la evaluación, se ha comprobado que mejora la presión arterial y el nivel de azúcar en sangre, así como el bienestar.

Se puso en marcha la iniciativa de espacios saludables con cuatro grupos beneficiarios específicos en mente: niños en edad escolar, jóvenes fuera de la escuela, adultos y ancianos y mujeres. Esta iniciativa es multisectorial y la comunidad identificó varias necesidades, como el abastecimiento de agua potable, mayor acceso a los servicios médicos, programas de formación de aptitudes de desarrollo dirigidos a jóvenes y áreas recreativas para niños, entre otros. Se han puesto en marcha tres proyectos piloto y uno de estos, *Plum Mitan*, es considerado un modelo de las prácticas óptimas por sus logros en el tratamiento de los ámbitos problemáticos identificados.

En Trinidad y Tabago se han emprendido otras actividades en respuesta a las enfermedades crónicas no transmisibles, desde la perspectiva de la comunidad, como normas actualizadas sobre el manejo de ciertas enfermedades crónicas y la vigilancia de los factores de riesgo. Además, se han formulado políticas dirigidas a las enfermedades crónicas no transmisibles y los factores de riesgo, en particular el consumo de tabaco. El país tiene varios planes futuros para la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles, en particular un programa integral de bienestar que se basa en un modelo jamaicano.

La **Dra. María Cristina Escobar**, del Ministerio de Salud de Chile, presentó el programa de salud cardiovascular chileno. Inició su presentación con una mención de los objetivos de salud para la década 2000-2010, en particular el objetivo de afrontar los nuevos retos que se desprenden del envejecimiento de la población y los cambios sociales. También presentó información sobre las enfermedades cardiovasculares en Chile, a saber, tasas altas de muerte e invalidez a raíz de las enfermedades cardiovasculares.

El creciente programa de salud cardiovascular chileno se basa en la atención primaria de salud. Cubre a 70% de la población hipertensa, 77% de la población diabética y sigue evolucionando. La médica agregó que es subóptima la proporción de personas con hipertensión o diabetes que controlan su enfermedad. Por consiguiente, el Ministerio de Salud ha creado diversos recursos para ayudar a la población a alcanzar la buena salud cardiovascular.

Primero, en 2000, el ministerio empezó a reorientar el sistema de un enfoque clásico, específico según las enfermedades, a un programa con un enfoque integrado. El ministerio elaboró varias guías clínicas para ayudar el sector de la salud en esta transición y conservar la base técnica del programa.

El ministerio también evaluó exhaustivamente la eficacia del programa de salud cardiovascular CARMEN en 13 centros de salud. El estudio tuvo varias limitaciones, incluido el período de estudio restringido (2 años), la autonotificación de la información sin validación independiente y el diseño que contempla el antes y el después no fue adecuado para inferir la causalidad. Sin embargo, se llegó a varias conclusiones acerca del programa. El estudio demostró los problemas en el programa, como las deficiencias en la fiabilidad de la información. Por ejemplo, sólo 47,1% de los participantes registraron la misma altura en 2001 y 2003, por consiguiente no son válidas las mediciones del IMC. Además, fue alta la pérdida para el seguimiento de los subgrupos; un centro participante de atención primaria de la salud informó una pérdida de 41,6% en la cohorte en el período de 2 años. Algunos resultados demostraron la eficacia moderada en el control del riesgo cardiovascular general. La eficacia del programa fue más alta entre las personas con riesgo cardiovascular alto y máximo. También se determinó que los éxitos del control varían por centro de salud y la eficacia del programa para obtener cambios favorables depende de buen liderazgo y trabajo en equipo. Del mismo modo, los recursos financieros que aseguraron la implantación del proyecto llevaron a un número alto de visitas por paciente, buen sistema de monitoreo y uso de medicamentos accesibles actualmente. Un número pequeño de participantes en el estudio estaba siendo tratado de manera no farmacológica exclusiva para las afecciones.

Como parte de la reforma de la atención de salud, Chile garantiza el tratamiento y la atención de ciertas condiciones. Durante el período 2005-2007, se garantizarán el acceso, la oportunidad, la protección financiera y la calidad para 56 enfermedades. De estas 56 enfermedades, muchas pertenecen a las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo como: infarto de miocardio, accidentes cerebrovasculares, diabetes tipos 1 y 2, hipertensión, cánceres. La idea es aumentar las mejoras en la salud en proporción con los gastos.

El Ministerio de Salud avala un programa piloto de prevención de la diabetes con énfasis en el tratamiento no farmacológico, con la meta de modificar el modo de vida de los individuos que padecen esta afección.

Además, la OPS y el Instituto Internacional de Ciencias de la Vida están emprendiendo un proyecto de investigación sobre los efectos de capacitar al equipo de atención primaria de salud en relación con las siguientes variables: modos de vida sedentarios, consumo de frutas y verduras, exceso de peso y obesidad. La población beneficiaria comprende a individuos con riesgo cardiovascular. El estudio es un diseño aleatorio de conglomerados y actualmente está en marcha.

La **Dra. Ina Santos**, de la Universidad Federal de Pelotas en el Brasil, presentó una propuesta de guía evaluatoria de las medidas comunitarias de CARMEN. El objetivo general es organizar una guía metodológica para la evaluación de las intervenciones de las comunidades dirigida a la prevención de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles. Los objetivos específicos son examinar la bibliografía disponible sobre las intervenciones preventivas comunitarias para las enfermedades crónicas no transmisibles, armar los indicadores para la evaluación y elaborar una guía para la evaluación.

La finalización del primer objetivo específico está actualmente en marcha con la consulta de diversas fuentes, como PUBMED y la Biblioteca Cochrane. Algunos de los términos que se utilizan en la búsqueda son intervención comunitaria, estudio cuasiexperimental, enfermedad crónica no transmisible, diabetes, hipertensión, ECV, Proyecto Karelia del Norte, CINDI, CARMEN, Programa de salud cardíaca de Minnesota, entre otros.

En el análisis se utilizan diferentes instrumentos. Los ensayos aleatorizados de control siguen las normas en la declaración de CONSORT; los ensayos no aleatorizados de control utilizan la declaración de TREND para orientar la evaluación y los estudios observacionales usan los instrumentos de Downs y Black como referencia. El Dr. Santos luego presentó las medidas que se seguirán en la evaluación de las intervenciones; cada paso tiene una pregunta principal de investigación que guía la evaluación.

El cumplimiento del segundo objetivo específico consiste en la determinación de los tipos de indicadores que se medirán a lo largo de cuatro temas principales: indicadores de disponibilidad, utilización, cobertura y repercusión. El análisis de estos temas se basa en cuatro preguntas:

- 1) Disponibilidad: “¿Qué está disponible o se ofrece a la población para cumplimiento de los objetivos de la iniciativa CARMEN?”
- 2) Utilización: “¿Cuál es el grado de receptividad de la población a los programas e intervenciones que se ofrecen?”
- 3) Cobertura: “¿Qué tipo de cobertura tienen los programas que se están ofreciendo?”
- 4) Repercusión: “¿Qué repercusión tienen los programas y las intervenciones en los factores de riesgo?”

Con el propósito de determinar el tipo de evaluación, se debe responder a dos preguntas para que la evaluación sea útil. La primera es “¿qué decisiones deben tomarse y quiénes serán los encargados de tomarlas?” Los diferentes encargados necesitan información distinta para tomar las decisiones, lo cual debe tenerse en cuenta al comienzo de la evaluación. La segunda pregunta es “¿qué grado de inferencia científica se requiere?” Se presentan tres niveles: adecuación (¿se lograron los objetivos del programa?), plausibilidad (¿las metas logradas se debieron el programa?), y probabilidad (¿cuál es la probabilidad estadística de que el programa haya tenido un efecto?). El Dr. Santos luego ejemplificó cada uno de estos niveles con ejemplos de la vida real en

el Brasil, como una evaluación de la plausibilidad de la repercusión del programa nacional lácteo en el estado de Alagoas.

Los ensayos de control aleatorizados son esenciales para los ensayos clínicos y los estudios de la comunidad a fin de establecer la eficacia de intervenciones relativamente sencillas. Los ensayos de control aleatorizados requieren datos probatorios adicionales de los estudios no aleatorizados para aumentar la validez externa. Dada la complejidad de varias intervenciones de salud pública, en diferentes poblaciones son esenciales los estudios de adecuación y plausibilidad. Siempre que sea posible, las evaluaciones de adecuación y plausibilidad también deben formar parte de la rutina.

El **Lic. Mario Virgolini**, del Ministerio de Salud de Argentina, presentó la experiencia de CARMEN en Argentina. Según el Ministerio de Salud, las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte en este país, donde representaron 32% de todas las defunciones en 2001.

El Ministerio de Salud está llevando a cabo una encuesta nacional de los factores de riesgo para la vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles; la encuesta se basa en un modelo de la OPS y comprende 14 módulos. Fue validada en Tierra de Fuego y, durante 2005, se la aplicará a nivel nacional. El ministerio también apoya la investigación de las operaciones, como la generación de conocimiento para la formación de políticas, la promoción de asociaciones entre sociedades científicas y las ONG, la evaluación de estrategias de comunicaciones, entre otros. También respalda los proyectos locales, como municipios saludables e instituciones sin humo de tabaco.

Se han hecho varios adelantos; uno de ellos es el Programa Nacional de Control del Tabaco, centrado en la restricción de la publicidad, la reducción de la accesibilidad, la creación de entornos sin humo de tabaco, el ofrecimiento de servicios para dejar de fumar, la comunicación social y la vigilancia del tabaco. Estas son respuestas a la situación particular en Argentina dado que representa uno de los países con la tasa más alta (70%) de adolescentes expuestos al humo de tabaco de segunda mano en sus hogares, según la *Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes*. Además, según el Ministerio de Salud, aproximadamente 60% de no fumadores están expuestos al humo en sus hogares y 90% de no fumadores están expuestos al humo fuera del hogar. Por consiguiente, una de las áreas centrales del programa es la creación de entornos sin humo de tabaco. Algunas de las estrategias utilizadas comprenden un registro nacional de empresas en las que no se consume tabaco, el apoyo a los municipios sin tabaco y la capacitación. Por otra parte, muchos fumadores en Argentina quisieran abandonar el hábito por lo que el ministerio ofrece muchos recursos, como este sitio web: [www.dejohoydefumar.gov.ar](http://www.dejohoydefumar.gov.ar) y un número de teléfono gratuito. Varios otros recursos complementan estos como parte del programa nacional integral. En [www.msal.gov.ar](http://www.msal.gov.ar) encontrará más información sobre el programa.

El Ministerio de Salud también recalca la alimentación sana y la vida activa para tratar los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles. Las metas del Ministerio son reducir la prevalencia de los factores de riesgo, concientizar sobre la importancia de las intervenciones, elaborar planes de acción y realizar investigación y vigilancia. El ministerio actúa en tres niveles: promoción, protección específica y prevención secundaria. El Lic. Virgolini luego presentó una tentativa para la alimentación saludable: la reducción del sodio de los alimentos

procesados. Esta iniciativa se basa en datos probatorios y su respaldo proviene de acuerdos en el sector alimentario, en particular en la industria del pan. A fin de complementar las medidas tomadas por la industria alimentaria, se pusieron en vigencia programas comunitarios también para educar y modificar actitudes, tanto en la comunidad general como en las escuelas.

El fortalecimiento de los servicios de salud es también crucial para el control de los factores de riesgo; se han formulado y distribuido normas para la práctica clínica y se impartió capacitación a los profesionales. Se determinó que las estrategias más eficaces son las que combinan las intervenciones propuestas para la población en general con intervenciones dirigidas hacia las poblaciones de alto riesgo.

## Debate

1. El debate se relaciona con las presentaciones y la organización de la red CARMEN. La retroalimentación ofrecida en el debate puede ser fructífera para el conjunto de países.
2. Muchos países y partes colaboran en este tema; hay situaciones muy diversas desde el punto de vista sistemático con respecto a la calidad y la cobertura ofrecidas por el sistema de salud. Además, se necesita la recopilación de datos primarios para evaluar los programas. Deben considerarse metodologías tanto cualitativas como cuantitativas. Por otra parte, la evaluación debe realizarse a diferentes niveles; se examinarán las actividades en los niveles local y nacional. La evaluación es fundamental para el proceso decisorio.
3. ¿Puede hacer circular el Brasil el borrador de su propuesta para que los otros países aporten comentarios?
4. Se puede hacer circular la presentación de Brasil y el proyecto de documento puede estar disponible para febrero a fin de que todos comenten sobre el mismo.
5. Tenemos que pensar en evaluar las intervenciones y obtener datos probatorios sobre las intervenciones a diversos niveles. Debemos saber qué es útil y qué no lo es. Por ejemplo, en el tema de la actividad física en un país particular, ¿cuántas intervenciones se necesitan y por cuánto tiempo? Los países requieren este tipo de datos probatorios para poder elaborar y establecer sus programas. Es imprescindible conocer qué tipos de cosas funcionan para temas específicos; no alcanza con probar cualquier actividad de cualquier manera. Si algo funciona en las escuelas, no se generalizará necesariamente a otras poblaciones y áreas. Necesitamos más información sobre lo que funciona específicamente para la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles.
6. Algunos programas han tenido adelantos notables en la cobertura, el control metabólico y el control del tabaco. Hay un estudio operativo sobre el nivel nacional que está ejecutando medidas eficaces conforme a los datos probatorios científicos.
7. Hay cambios en las actitudes y los hábitos de los individuos, como las maneras de comer y comportarse. Estos cambios modificarán también los indicadores.

8. Por primera vez, se están realizando intervenciones colectivas, por ejemplo, en la legislación, y la creación de espacios saludables.
9. Las enfermedades crónicas repercutirán al nivel gubernamental y a los ministerios de salud les cabe la responsabilidad de centrar las políticas. La prestación de servicios solamente no producirá el cambio; deben modificarse las políticas. La presentación del Dr. Vázquez de Argentina fue importante para demostrar cómo convencer con datos a los encargados de adoptar las decisiones. Por otra parte, el tabaco es el hábito más fácil de cambiar (en comparación con el régimen alimentario, la actividad física y el tabaco) pero no puede excluirse de los programas. El régimen alimentario puede ser difícil de cambiar debido a los factores culturales y, aún con buenas políticas tomará años, pero en el ámbito del control del tabaco podemos tener resultados en el lapso de 2 años. Los períodos políticos son breves, de manera que podemos adoptar medidas que tendrán efectos en los períodos políticos.
10. Las estrategias deben integrarse; por ejemplo, un aspecto como el de la educación solamente no será suficiente porque todavía habrá temas de accesibilidad, etc. Debemos trabajar en la promoción de la causa y la accesibilidad. Además, ¿cuáles son las estrategias más factibles que debemos aplicar? Esto puede depender del contexto de cada país. Es importante seguir familiarizándose con los elementos que contribuyen al mejor desarrollo.
11. Las encuestas proporcionan un punto de comparación muy necesario para los programas. Quizás la mayoría de los países no tiene un plan claro o no logra avances debido a la falta de recursos. Debemos buscar una encuesta multicéntrica y tal vez sea conveniente contar con algo a nivel grupal.
12. La red de países está madurando y cambiando de una manera positiva; CARMEN constituye ahora una fuerza sólida en la Región, con la participación de 20 países en las acciones integradas para las enfermedades crónicas no transmisibles. Debemos pensar en las acciones que funcionan y las que no funcionan; las pruebas científicas en este sentido son suficientes. Necesitamos crear programas integrados que funcionen en la cantidad, cobertura y momento correctos. No es fácil y conlleva mucho esfuerzo pero es necesario.
13. La escuela de CARMEN es un instrumento para el aumento de la capacidad tanto de profesionales de la salud como de profesiones externas al ámbito de la salud. Forma parte del método integrado, junto con el tratamiento, la vigilancia, etc.
14. Las encuestas han servido en Centroamérica para dar el puntapié inicial; se ha centrado la atención del gobierno en las enfermedades crónicas no transmisibles.
15. La evaluación debe ocurrir a dos niveles: los niveles micro y macro.

## Conclusiones

1. La presentación de Brasil y el proyecto de documento se harán circular para febrero a fin de que todos presenten comentarios.
2. Deben evaluarse los programas para el tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles y los factores de riesgo para que los encargados de adoptar las decisiones tengan información específica sobre lo que funciona para obtener metas particulares.
3. Las estrategias deben integrarse y contar con el apoyo de los gobiernos; CARMEN y las encuestas en Centroamérica demuestran la importancia de esto.

## Quinta sesión: Formación de capacidad para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles

Esta sesión giró en torno a la importancia del fortalecimiento de la capacidad en la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles. Se realizaron presentaciones sobre la escuela de CARMEN y una asociación propuesta entre CARMEN y los CDC en Atlanta. También se hizo referencia a los planes futuros para el aumento de la capacidad en la Región. A las presentaciones siguió un debate en el que los participantes abordaron el desarrollo de los recursos humanos para la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles.

El **Dr. Gonzalo Valdivia** del Departamento de Salud de la Pontificia Universidad Católica (PUC) de Chile habló sobre el curso de salud pública basado en datos probatorios que se dictó en Santiago de Chile, en 2004. Instructores de la Universidad de St. Louis, un centro colaborador de la OPS/OMS para la práctica de salud pública basada en datos probatorios, colaboraron con instructores de la PUC y un equipo local de expertos en la administración del curso. Se utilizó un manual como referencia y se adaptó el curso al contexto local. Este curso responde a la inquietud de que gran parte de la acción en salud pública no se basa en ciencia o datos probatorios razonables; procura superar esta laguna en la formación de los profesionales de la salud.

El curso comprendió siete módulos, cada uno de los cuales tuvo sus propios objetivos y limitaciones. En el primer módulo se incluye la introducción y la descripción general, con la meta de suministrar una introducción a la toma de decisiones basada en datos probatorios. El primer módulo proporciona un panorama de los principios básicos y las aplicaciones en la prevención de enfermedades y la atención de la salud. Una limitación importante del primer módulo es la escasez de estudios de casos locales de las intervenciones de la población, por consiguiente los participantes no conocen las aplicaciones en la práctica de salud pública que se basan en pruebas fehacientes o datos probatorios débiles.

El segundo módulo procura formular una declaración inicial, concisa, operativa del tema con la presentación de un método sistemático para definir un problema de salud pública. Después de este módulo, los participantes deberán poder comprender el proceso de planificación estratégica general para establecer las prioridades en la salud pública, desarrollar una declaración escrita concisa del problema de salud pública, el tema o la política en consideración, de manera

cuantificable, y comprender un criterio para los componentes de la declaración racional de un problema.

El tercer módulo, la cuantificación del tema, presenta un panorama general de la epidemiología descriptiva y analítica. Algunas de las limitaciones de este módulo son la heterogeneidad en el conocimiento y uso de los conceptos epidemiológicos y la falta de debate técnico y conceptual sobre la base fundamental de la lógica causal.

El cuarto módulo se centra en la determinación de lo que se conoce a través de la bibliografía científica. Este módulo instruirá a los participantes sobre cómo hacer búsquedas en la bibliografía científica y los introducirá a varias bases de datos clave. Este módulo tiene varias limitaciones. Algunas limitaciones clave son la falta de capacidad para realizar búsquedas eficaces de información en Internet, y acceso ineficiente a una conexión de Internet. Además, existen limitaciones con respecto a las búsquedas bibliográficas, por ejemplo está restringido el acceso a algunas publicaciones.

El quinto módulo, formulación de opciones programáticas o de política, proporciona los métodos para armar y seleccionar opciones programáticas o de política. Este módulo se centra en temas tales como la necesidad de tomar decisiones minuciosamente, los criterios para priorizar entre las opciones, las revisiones sistemáticas, el análisis de las decisiones y la evaluación económica básica.

El sexto módulo gira en torno a la elaboración de un plan de acción y la ejecución de las intervenciones a través del examen de los componentes clave del proceso de planificación estratégica. No obstante, la falta de experiencias locales en el diseño de las intervenciones de salud pública dirigidas a las enfermedades crónicas no transmisibles y sus determinantes es una limitación principal en este módulo.

El séptimo módulo proporciona un panorama general de la evaluación de programas y políticas, con énfasis en los temas prácticos que seguramente surgirán en el entorno de salud pública. Este módulo también permite a los participantes adquirir la experiencia en al menos un tipo de análisis cualitativo. Una limitación de este módulo es la tendencia a no evaluar programas e iniciativas.

Este estudio piloto generó algunas sugerencias. Una de ellas es establecer un módulo de preparación antes del inicio del primer módulo del curso. La propuesta es que este módulo evalúe las capacidades en los aspectos que sean fundamentales para el curso y forme a los participantes sobre las bases conceptuales de la salud pública. También se sugiere el fortalecimiento de la disponibilidad de recursos y la homogenización del foco de los instructores. Cabe destacar que el curso tuvo lugar simultáneamente con los cambios en el sistema de salud.

La universidad propuso un programa de maestría en salud pública basada en datos probatorios que hará hincapié en los conceptos ya mencionados pero que se fortalecerá de diversas maneras para conseguir que los participantes puedan emprender satisfactoriamente todas las tareas presentadas en el curso. Se explican las características del programa e incluyen la opción de tomar el curso al nivel de “diplomado” (certificado) o al nivel de maestría. Los participantes deberán también presentar una tesis, para lo cual recibirán el apoyo adecuado.

## Planificación del futuro

Al cabo de la presentación del Dr. Valdivia, la **Dra. Marcela Cortés** de la Universidad Católica de la Santísima Concepción en Chile habló sobre el curso que fue ofrecido por la Universidad, con el auspicio de la OPS y el Ministerio de Salud Regional, sobre la salud pública basada en datos probatorios.

Este programa proporciona a los participantes las herramientas que les permiten aplicar su conocimiento basado en datos probatorios a la toma de decisiones. El programa está dirigido principalmente a los profesionales de la salud en posiciones de liderazgo dentro de sus instituciones respectivas. La finalidad del programa es estimular la práctica de la salud pública basada en datos probatorios en los niveles local y nacional para contribuir al desarrollo de profesionales altamente formados que respondan a las exigencias actuales del sistema de salud chileno. El programa tiene diversos objetivos que se relacionan con la capacitación integral de los profesionales de la salud.

El programa comprende 10 módulos:

- I. Base conceptual: la práctica de la salud pública basada en datos probatorios
- II. Bioestadística
- III. Epidemiología clínica
- IV. Economía de la salud
- V. Modelos de la atención basada en datos probatorios: evaluación de la tecnología de la salud
- VI. Ciencias sociales y epidemiología
- VII. Metodología de la investigación: diseño clínico de la investigación
- VIII. Gestión de salud pública
- IX. Proyecto de tesis
- X. Aplicación y difusión de la investigación

Los requisitos del programa mejoraron y los módulos son bastante exhaustivos. Los estudiantes actuales están ahora investigando 14 líneas diferenciadas de investigación.

El **Dr. Rodolfo Vázquez**, Director del Programa de epidemiología y enfermedades crónicas del Ministerio de Salud de Uruguay, presentó el curso de formación de instructores que tuvo lugar en el Uruguay con la participación de Brasil, Paraguay y Argentina. El curso está diseñado para los profesionales que ya se han formado en la salud pública y el objetivo general de este curso fue que los participantes obtuviesen las herramientas y el apoyo para poder formar a profesionales en salud pública basada en datos probatorios, con la meta de trabajar en la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles en el nivel operativo.

El curso se llevó a cabo con la colaboración de la OPS y la Universidad de St. Louis, y la Facultad de Medicina de la Universidad de la República actuó como la parte académica responsable en el país. El curso tuvo una duración de cinco días y utilizó una metodología participativa. Se realizó una evaluación antes y después del curso así como una evaluación continua de la participación en talleres y presentaciones.

El curso está conformado por siete módulos:

- I. Introducción y concepto general: actualizar el concepto de los participantes de la salud pública y la toma de decisiones basadas en datos probatorios
- II. Cuantificación del problema: adquirir las aptitudes para transmitir los conceptos epidemiológicos y organizar los indicadores para la cuantificación de los problemas de salud
- III. Formulación de políticas y programas de salud pública: capacitar a los participantes en la formulación de políticas y programas de salud pública.
- IV. Búsquedas bibliográficas para la solución de problemas: proporcionar a los participantes las herramientas necesarias para poder mostrarles a los profesionales de la salud cómo obtener recursos bibliográficos que respondan a problemas de salud pública concretos.
- V. Planificación y ejecución de las intervenciones comunitarias: diseñar una unidad de formación en la planificación y la ejecución de las intervenciones comunitarias basadas en datos probatorios
- VI. Evaluación de los programas de intervención comunitaria, programas y políticas: planificar una unidad de formación en el ámbito de la evaluación de programas y políticas.
- VII. Sistema de vigilancia para la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles: ofrecer los elementos para formar a los profesionales de la salud en la vigilancia epidemiológica de las enfermedades crónicas no transmisibles.

La **Sra. Barbara Gray**, Coordinadora de comunicaciones de los Centros de Investigación para la Prevención (CIP) de los CDC, presentó una propuesta de asociación nueva entre CARMEN y los CDC. En septiembre de 2005, los CDC y la OPS firmaron un convenio para “iniciativas de promoción de la salud y prevención de enfermedades no transmisibles y lesiones en América Latina y el Caribe”. Los investigadores en estas dos instituciones usan estrategias comparables para alcanzar las metas de la prevención de enfermedades no transmisibles, como la prevención integrada para la reducción de los factores de riesgo múltiples y la promoción de la equidad en salud.

La sinergia entre los investigadores y las redes ocurre de varias maneras; el debate pronto puso de manifiesto que, con cierto afianzamiento, la escuela de CARMEN puede ser un mecanismo ideal para desarrollar una relación entre Estados Unidos, América Latina y el Caribe con el propósito de impartir formación y posteriormente realizar investigación conjunta en la prevención de las enfermedades no transmisibles.

En esta relación se observan tres etapas de desarrollo. El objetivo a corto plazo es prestar y evaluar cierta capacitación en salud pública. La meta a mediano plazo es elaborar y ejecutar múltiples cursos de capacitación que puedan fomentar una asociación para determinada investigación en salud pública aplicada. El objetivo a largo plazo es establecer una infraestructura en los países de CARMEN para permitir la cooperación total con los Centros de Investigación para la Prevención sobre la elaboración de estrategias eficaces para la prevención de enfermedades y su difusión generalizada. El programa del Centro es producto del pensamiento de líderes emprendedores en salud pública que abogaron por los recursos para prevenir las enfermedades sintomáticas, en particular en las comunidades de alto riesgo. En 1984, el Congreso de los Estados Unidos promulgó una ley que autoriza al secretario de salud y servicios sociales a financiar centros

académicos de extensión universitaria para la promoción de la salud y la investigación de enfermedades; se identificó a los CDC como el organismo administrativo. En 1986 se seleccionaron los tres primeros centros; a la fecha, hay 33 centros en 26 estados que son ahora financiados para proyectos de investigación central y de interés especial con un total de más de US\$ 40 millones por año.

Todos los centros deben realizar investigación participativa comunitaria. Al menos un comité comunitario, que tiene responsabilidades significativas, como ayudar a seleccionar prioridades de investigación, reclutar a los socios apropiados e interpretar la cultura y los valores de las comunidades que pueden afectar una intervención, orienta a cada Centro de Investigación para la Prevención. Estos comités participan activamente en el proceso de investigación; periódicamente se capacita a los miembros de la comunidad y se los compensa por la realización de actividades de promoción de la salud. Los CIP colaboran casi exclusivamente con poblaciones subatendidas como las poblaciones mexicano-norteamericanas en la frontera entre Estados Unidos y México o los indios americanos en varios estados.

Muchos centros usan financiamiento de los CDC y otras fuentes; por ejemplo el Centro en la Universidad de Yale recibió cerca de \$ 5,5 millones de los CDC para sus actividades centrales. En este mismo período, el centro estuvo ubicado para atraer \$ 7 millones adicionales de 19 organismos de financiamiento, llevó a cabo más de 52 estudios y publicó un número equivalente de artículos de investigación en la bibliografía científica. A la luz de ejemplos como este, se piensa que el modelo del Centro de Investigación para la Prevención puede ofrecer un rendimiento significativo de la inversión.

Como grupo, los centros realizan cerca de 500 proyectos de investigación por año y abordan una gama amplia de asuntos de salud. Un ejemplo es Salud del planeta, que es un programa de estudios escolares interdisciplinario creado por el Centro de la Universidad de Harvard con profesores y directores de las escuelas medias públicas, con el propósito de aumentar la actividad física y alimentación sana y disminuir el tiempo dedicado a mirar televisión así como las comidas insalubres. El programa ha tenido resultados significativos. Las escuelas públicas de la ciudad de Boston formaron una asociación con el centro y aplicaron el programa en seis escuelas; ahora cientos de profesores y administradores usan el programa en Boston y partes interesadas han adquirido 2.000 copias del programa de estudios en 48 estados y 20 países. Por otra parte, un análisis económico independiente de Salud del planeta determinó que era más eficaz en función de los costos que las intervenciones preventivas generalmente aceptadas. Se prevé ahorrar dinero por medio de los costos médicos y las pérdidas de productividad evitadas en etapas posteriores de la vida: cada dólar invertido en Salud del planeta en la escuela media se traduce en un ahorro de \$ 1,20 en costos médicos y salarios perdidos durante el período de madurez de los niños.

Otro ejemplo es el Programa de salud para toda la vida, en el estado de Washington, que aumentó la resistencia, la fuerza, el equilibrio y la flexibilidad en los ancianos. En la actualidad, el programa se ofrece en 64 sitios de la comunidad, en seis estados, y es reconocido como uno de los diez mejores programas de actividad física para adultos mayores.

Los centros han logrado también producir cambios de política. La formación es otro de sus puntos fuertes; dado que conectan el estudio académico y la aplicación práctica en la comunidad de los resultados se posicionan de manera singular como un recurso para la formación de alumnos, profesionales de salud pública y partidarios de la salud pública. En <http://www.cdc.prc/training/>

index.htm encontrará un catálogo de la capacitación ofrecida por los centros. La edición de abril de 2005 de la revista electrónica revisada por homólogos de los CDC, *Prevención de la enfermedad crónica*, presenta algunos de los programas de capacitación más establecidos de los centros, como el curso de salud pública basado en datos probatorios que se presentó anterior, un curso sobre actividad física y salud pública para profesionales y un curso sobre el mercadeo social.

La Escuela de CARMEN y los CDC desearían ofrecer apoyo para el curso de salud pública basado en datos probatorios en diferentes entornos y establecer un contrato con la organización en el país apropiada para evaluar la eficacia del curso. Además, desean evaluar el curso para la actividad física y la salud pública, el cual sigue un modelo del curso formulado por el centro en la Universidad de Carolina del Sur. La Sra. Gray invitó a los participantes a que consideraran su interés y compromiso con los cursos.

Los Centros de Investigación para la Prevención en los CDC reconocen la posibilidad de una asociación a largo plazo con la escuela de CARMEN para lograr una difusión mayor y repercusión de los programas que lo originalmente previsto.

## Debate

1. Una inquietud es que el énfasis de los cursos sea en la epidemiología, cuando en realidad las enfermedades crónicas requieren un método complejo que no es tradicional.
2. En el curso de Montevideo faltaron dos módulos muy importantes, uno de los cuales es la economía de la salud. En el curso se presentaron muchas percepciones diferentes sobre epidemiología en salud pública; se posibilitó el acercamiento de los participantes de un grupo diverso y la comprensión de sus opiniones. Esto ocurrió especialmente cuando los participantes estaban preparando reuniones con la prensa y abogando ante ciertos grupos; los participantes aprendieron a obtener datos probatorios de cada institución.
3. Brasil ofrece dos cursos especiales: uno sobre la vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles y el otro sobre la salud pública basada en datos probatorios. Cabe destacar la importancia de modificar conceptualmente la diferencia entre la salud pública basada en datos probatorios y la medicina basada en datos probatorios. Algunos de los temas iniciales necesitan mayor profundidad, por ejemplo la evaluación económica en salud pública requiere más trabajo y profundidad.
4. Brasil ya tiene una propuesta de un programa de maestría en salud pública basada en datos probatorios. El curso tiene una duración de 40 horas y gira en torno a la cuantificación de los problemas, el establecimiento de jerarquías, la organización de la información con el objetivo de incluir evaluación cuantitativa. ¿Es posible que la OPS o los CDC financien este curso?
5. El tema del próximo Día Mundial de la Salud es la formación de recursos humanos de salud. En el transcurso del presente año, deberíamos trabajar juntos para determinar el estado de los recursos humanos para las enfermedades crónicas no transmisibles.

6. Debemos aprovechar los recursos ya existentes, por ejemplo en las universidades. La red de facultades de salud pública podría ser un vínculo conveniente.
7. Existe la oportunidad de crear una biblioteca de información sobre salud pública (no información clínica) y unificar la información existente. Se necesita publicar los artículos relacionados con la salud pública. La Biblioteca Cochrane es una base de datos clave.
8. Se requieren recursos sanitarios capacitados para trabajar en la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles; una idea es encontrar una situación intermedia que puede suministrar capacitación rápida.
9. La OPS es consciente de que la Región tiene escuelas de salud pública que pueden ofrecer capacitación. La escuela de CARMEN se propone superar la brecha entre el mundo académico y el mundo práctico mediante el ofrecimiento de cursos sobre la aplicación en la vida real de los conceptos de salud pública. Los CDC han realizado una propuesta interesante que brinda una oportunidad para la escuela de CARMEN.

## Conclusiones

1. La salud pública requiere formación específica; en la región se han ejecutado algunos cursos para llenar este vacío, sin embargo se necesita mayor profundización en algunos temas.
2. La teoría académica y la aplicación práctica deben vincularse en el adiestramiento de salud pública; la escuela de CARMEN puede ser el vehículo que posibilite esto.
3. Es importante evaluar los recursos humanos disponibles para la salud pública en la Región, incluidos los recursos como las universidades.

## Sesión de clausura

La **Sra. Elizabeth Cafiero**, de la OPS en Washington, presentó el intercambio de información y la promoción de un método integrado para la política, la recopilación de datos y la prevención y el tratamiento de los factores de riesgo y las enfermedades crónicas no transmisibles en América Latina. En primer término, presentó el concepto de la “gestión de los conocimientos”, que se refiere a la divulgación del conocimiento colectivo de una organización. Si bien en el pasado las organizaciones producían, recababan y distribuían información de una manera bastante limitada (por ejemplo, correo, boletines informativos, revistas), la tecnología cambiante ha proporcionado a las organizaciones una variedad de maneras para intercambiar información. Estas técnicas nuevas permitirán a las organizaciones intercambiar información a fin de aumentar el acceso a la información pertinente y la productividad e innovación. Las prácticas satisfactorias para la gestión de los conocimientos son importantes para CARMEN porque pueden facilitar el trabajo multisectorial, acelerar los procesos, aumentar el acceso a la información de más alta calidad y la pericia disponible así como evitar la repetición de los esfuerzos.

Las cuatro estrategias de comunicación iniciales para CARMEN son: la cuenta de correo electrónico de CARMEN, el ListServ de CARMEN, un sitio para equipos (en SharePoint) y la

página Web. En primer lugar, la dirección de correo electrónico, CARMEN@paho.org, será administrada por funcionarios de la OPS y servirá de punto de contacto inicial para alguien interesado en CARMEN.

El ListServ de CARMEN funciona conjuntamente con la cuenta de correo electrónico. Un servidor de listas es una lista de direcciones electrónica desde la que se puede enviar correos electrónicos a un grupo grande de personas o personas específicas determinadas dentro de un grupo. Por ejemplo, el servidor de listas puede enviar un boletín sobre un tema general a toda la lista de suscriptores, pero también puede enviar un mensaje específico a un grupo más pequeño de suscriptores. El servidor de listas de CARMEN puede ayudar a conseguir información fundamental para diversas personas, puede ser un vehículo para el intercambio de información y también puede ser una herramienta para comercializar un mensaje ante una audiencia específica.

El sitio para equipos (sitio común para usuarios selecciones en SharePoint) de CARMEN es una herramienta nueva que ayudará a las comunicaciones en la red. Se trata de un sitio web interactivo. En vez de bajar información como se hace en un sitio web común, se puede carga información al punto compartido; el flujo de información es bidireccional. Su diseño no es para acceso del público sino que está dirigido a miembros particulares de un grupo de trabajo. Ofrece diversas funciones que contribuyen al desarrollo de un proyecto. El sitio de SharePoint para CARMEN es <http://shp.paho.org/DPC/NC/CARMEN/default.aspx> (la cual se transferirá en breve a <http://portal.paho.org/sites/dpc/nc/carmen.aspx>). Para ingresar, se necesita un nombre de usuario y contraseña. Algunas características incluyen una lista de contactos, una lista de tareas, un calendario, anuncios y una biblioteca con imágenes.

Una de las mejores características de SharePoint comprende las bibliotecas de documentos. Tradicionalmente, estos sitios tienen una biblioteca de “documentos de referencia” y otra de “documentos de trabajo”. Los miembros pueden ingresar a la biblioteca, ver un documento y hacer los cambios en Word, Excel o Powerpoint de Microsoft para que otros miembros lo vean. De esta manera, los miembros que no están ubicados en la misma oficina pueden producir un documento sin bloquear cuentas de correo electrónico con documentos adjuntos pesados.

*Sharepoint* también permite el debate. Los miembros pueden ver un tema de debate y responder a cualquiera de los temas allí tratados. Esta función consolida todas las respuestas cronológicamente en un sitio y nuevamente no bloquea las cuentas de correo electrónico. Los miembros también pueden programar alertas de correo electrónico para que se les notifique cuando se hacen cambios al sitio. *Sharepoint* está siendo actualizado por el área de tecnología de la información en Washington y aún no está listo para que lo usemos. Una vez que esté listo, la OPS en Washington proporcionará acceso a todos los miembros de CARMEN e instrucciones sobre el sitio.

La herramienta final es el sitio web de CARMEN. A diferencia de *Sharepoint*, el sitio web está abierto al público y la buena organización es crucial para la difusión de información a una audiencia amplia. Con la evolución de CARMEN, el sitio web reflejará los cambios. Para que estas estrategias de comunicaciones funcionen, se necesita la participación activa de todos los miembros de CARMEN.

## **Elección de los miembros nuevos del Directorio de la Red CARMEN y un país anfitrión para la próxima reunión**

Se decidió la continuidad de los mismos miembros durante otro término, y tres países pasarán a integrar el Directorio: Trinidad y Tabago, Paraguay y Panamá.

Además, las normas para el ingreso en la red CARMEN se examinarán y se aclararán en los siguientes meses.

## **Presentación de clausura**

El **Dr. Alberto Barceló** presentó una conclusión de algunos puntos clave de la reunión de CARMEN y cooperación técnica de la OPS en el área de las enfermedades no transmisibles. Algunas recomendaciones formuladas sobre la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud indicaron que los países miembros de CARMEN participarán en el proceso de consulta, cada país organizará su propia estrategia para la aplicación nacional y PANA/RAFA y CARMEN aumentarán la colaboración y la divulgación de información. Con respecto a la política sanitaria, el observatorio de política seguirá en Canadá, Costa Rica y Brasil, con expansión a otros países, se difundirán nuevas experiencias, se ofrecerá capacitación para vincular el análisis de datos a la formulación de políticas, y la Estrategia mundial se reforzará mediante el análisis de políticas.

Durante la sesión sobre vigilancia, se trató la necesidad de una perspectiva holística para la vigilancia, junto con las necesidades de crear un plan para la ejecución de la vigilancia, a fin de seguir la evolución de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles. Además, se planeará una reunión futura sobre vigilancia. Con respecto al tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles, se abordaron la importancia de fortalecer la atención primaria, mejorar la calidad de la atención crónica, incorporar el tamizaje y la prevención primaria en los sistemas de salud y promover el manejo adecuado de enfermedades.

Algunas conclusiones a las que se llegó en las sesiones fueron que la colaboración de la OPS en materia de enfermedades crónicas no transmisibles debe seguir e incluir política, vigilancia, promoción de la salud y tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles y los factores de riesgo. Las medidas deben basarse en la población y centrarse en el fortalecimiento de la atención primaria. Por otra parte, las redes subregionales y de cooperación entre países son importantes.

Debe difundirse la metodología de estrategias fructíferas, como intervenciones de entornos saludables. Se deben incluir otras áreas en la OPS y otros Estados Miembros de la OPS. La OPS seguirá apoyando los sitios piloto y las estrategias nacionales. Seguirán organizándose reuniones periódicas, cursos de salud pública basada en datos probatorios y evaluaciones. La red de CARMEN desempeñará una función principal en la aplicación de la Estrategia mundial y el plan de la estrategia para las enfermedades crónicas no transmisibles. El comité de gestión de la Red se revitalizará con una reunión y examen de los documentos y las reglas para la Red.

## Referencias

- <sup>1</sup> Yach D, Hawkes C, Gould CL, Hofman KJ. The Global Burden of Chronic Diseases Overcoming Impediments to Prevention and Control. *JAMA*. 2004;291:2616-2622.
- <sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud. *Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment*: WHO global report. Geneva: WHO Press; 2005. [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/en/](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/) (en inglés)
- <sup>3</sup> Horton R. The neglected epidemic of chronic disease. *The Lancet*. 2005; 366 (9496): 1514.
- <sup>4</sup> Organización Mundial de la Salud. *Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment*: WHO global report. Geneva: WHO Press; 2005. [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/en/](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/) (en inglés)
- <sup>5</sup> Organización Mundial de la Salud. *Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment*: WHO global report. Geneva: WHO Press; 2005. [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/en/](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/) (en inglés)
- <sup>6</sup> Organización Mundial de la Salud. *Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment*: WHO global report. Geneva: WHO Press; 2005. [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/en/](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/) (en inglés)
- <sup>7</sup> Sachs, J. (ed.). *A Race Against Time: The Challenge of Cardiovascular Disease in Developing Economies*. New York: Earth Institute at Columbia University. [http://www.earthinstitute.columbia.edu/news/2004/images/raceagainsttime\\_FINAL\\_0410404.pdf](http://www.earthinstitute.columbia.edu/news/2004/images/raceagainsttime_FINAL_0410404.pdf)