



**Organización
Panamericana
de la Salud**

*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*

Informe

de la

Reunión bienal

de la

Red CARMEN



(Nassau, Bahamas, 4–8 noviembre 2007)

Índice

Siglas utilizadas	iii
Introducción y antecedentes	1
Ceremonia inaugural	2
Operaciones de la Red CARMEN	3
Ponencias	3
Temas de los debates	4
¿Qué transmite un nombre?	4
El problema de los recursos limitados y de la capacidad nacional de absorción:	5
Cumplimiento y compromiso	5
Participación de la sociedad civil	5
Difusión de la información	5
No olvidar la visión más global	6
Posible pérdida de vidas	6
Repercusión basada en datos probatorios	6
Atribuciones de la Red CARMEN	6
¿Qué es CARMEN?	6
Puntos focales	6
Recomendaciones	7
Comunicación dentro de la Red	7
Participación de organizaciones asociadas actuales y futuras	7
Elección de los miembros del comité de gestión	7
Política sanitaria y promoción de la causa	8
Ponencias	8
Temas de los debates	9
Proceso de formulación de políticas y aplicación	9
Resultados de las sesiones de los grupos de trabajo	9
Vigilancia e investigación	11
Ponencias	11
Temas de las ponencias y los debates	12
Consejos para las encuestas de vigilancia	12
Hacer frente a recursos limitados	12
Limitaciones de los datos de vigilancia	13
Resultados de las sesiones de los grupos de trabajo	13
Promoción de la salud y prevención de las enfermedades	15
Ponencias	15
Temas de los debates	16
La importancia de un entorno propicio para el cambio de comportamiento	16
Complejidades de la colaboración con las comunidades	17
Desnutrición y obesidad	17
Planteamiento	17
Resultados de las sesiones de los grupos de trabajo	17
Manejo integrado de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo	19
Ponencias	19
Temas de los debates	19
Dificultades para cambiar el sistema de atención de salud	19
Resultados de las sesiones de los grupos de trabajo	20
Conclusiones y próximos pasos	21

Siglas utilizadas

BRFSS	Sistema de vigilancia de comportamientos que constituyen factores de riesgo
CAREC	Centro de Epidemiología del Caribe
CARICOM	Comunidad del Caribe
CARMEN	Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No transmisibles
CCM	Modelo de atención a las enfermedades crónicas
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
CINDI (EUR)	Programa de la oficina regional para Europa de la OMS "Intervención nacional integrada sobre enfermedades no transmisibles"
CMCT	Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco
DPAS	Estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
EUA	Estados Unidos de América
IOM	Instituto de Medicina
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
RAFA	Red de Actividad Física de las Américas
STEPS	Método progresivo de la OPS/OMS para la vigilancia de factores de riesgo de enfermedades crónicas no trasmisibles

Introducción y antecedentes

La epidemia mundial de enfermedades crónicas amenaza el desarrollo económico y social, las vidas y la salud de millones de personas. En 2005, unos 35 millones de personas murieron de enfermedades crónicas en todo el mundo. En la Región de las Américas, las enfermedades crónicas no transmisibles son responsables de dos de cada tres defunciones en la población general y causaron en 2002 la muerte de casi la mitad de las personas menores de 70 años. Estas enfermedades dependen de factores de riesgo y de modos de vida que pueden modificarse. En busca de maneras más eficaces de prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles, la OPS/OMS creó el concepto de CARMEN a finales de 1995, y lanzó la iniciativa CARMEN en 1997.

Esta iniciativa persigue mejorar la salud de la población reduciendo la prevalencia de los factores de riesgo asociados con las enfermedades no transmisibles mediante la promoción de la salud integrada y la prevención de las enfermedades. La iniciativa condujo más tarde al establecimiento de la red CARMEN –una red de países que comparten la meta común de reducir la prevalencia, incidencia y mortalidad de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo mediante un planteamiento multidimensional centrado en la prevención. CARMEN se basa en los principios de **acción** y de **colaboración integradas** (local, nacional, regional e internacional) mediante una **acción intersectorial**, recurriendo a **zonas** locales **de demostración**.

En sus diez años de existencia, la red CARMEN ha contribuido en gran medida al mayor reconocimiento de las enfermedades crónicas no transmisibles como prioridad de salud pública, tanto en los países como en la Región. Al mismo tiempo, los países miembros de CARMEN han comenzado a incorporar nuevos adelantos, y se ha tomado más conciencia de la necesidad de políticas más amplias y multidimensionales. Por otra parte, al abordarse los factores de riesgo comunes y conocidos de las enfermedades crónicas no transmisibles, también ha sido posible ampliar el alcance a otras enfermedades no transmisibles, mientras la OPS/OMS ha centrado su cooperación técnica en aumentar la capacidad y formular políticas, además de contribuir a la gestión de la red ampliada. Es más, en este apoyo de la red han surgido nuevos retos, junto con una creciente demanda de cooperación técnica, más comunicación y la revisión de la estructura, las responsabilidades y los procedimientos de la red.

De resultados de ello se aprobó en 2006 la “Estrategia y el plan de acción regional sobre un método integrado para la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluidos régimen alimentario, actividad física y salud”. Por ello parecía apropiado y oportuno aprovechar la reunión bienal de CARMEN en 2007 para revisar la red, centrándose en las cuatro líneas de acción de la estrategia regional: política sanitaria y promoción de la causa, vigilancia e investigación, Promoción de la salud y prevención de las enfermedades, y manejo integrado de las enfermedades no transmisibles. Las reuniones bienales anteriores se celebraron en 1999, 2001, 2003 y 2005.

El presente documento es un informe sobre los cinco días de reunión bienal de CARMEN de 2007. Tras una jornada dedicada al estudio de la organización y la gestión de la red CARMEN, se dedicó un día a ponencias y debate sobre cada una de las cuatro líneas de acción de la mencionada estrategia regional sobre las enfermedades crónicas. Asistieron un total de treinta y seis países y cuatro organizaciones asociadas, con lo que se convirtió en la mayor reunión de CARMEN hasta la fecha. El informe refleja la estructura de la reunión y se centra en sus resultados: temas de los debates, sugerencias, decisiones y recomendaciones.

La reunión se estructuró siguiendo la estrategia regional sobre las enfermedades crónicas y el plan estratégico de la OPS (objetivos estratégicos 3 y 6) tanto para las ponencias como para los debates en

los grupos de trabajo. Cada día de la reunión se dividió en dos partes: la primera, para compartir y aprender mediante las ponencias y los debates; la segunda, para que los grupos de trabajo representantes de las cuatro subregiones –Grupo andino, Caribe, Centroamérica y Cono Sur– planificasen el próximo bienio.

Los grupos de trabajo recibieron extractos del plan de acción 2008-2012 según el tema del día. El esquema de trabajo para las tareas del grupo era más o menos igual cada día: seis tareas consistentes en estudiar los objetivos e indicadores de la sección pertinente del plan de acción; estudiar los programas, los planes, los acuerdos y las resoluciones nacionales junto con las resoluciones de la OPS/OMS; reflexionar sobre las ponencias y las ideas de las mismas; debatir entonces, responder a preguntas acerca de las necesidades fundamentales de sus países y subregiones, y **proponer prioridades para la acción durante los próximos dos años**. Además, al grupo de trabajo del Caribe se le pidió específicamente que estudiase las secciones pertinentes de la “Declaración de Puerto España: la unión para hacer frente a la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles”. Ya que los resultados completos de las sesiones de los grupos de trabajo se encuentran en el disco compacto que acompaña este informe, únicamente se presentan en éste las actividades prioritarias, los próximos pasos recomendados y lo que se necesita de la OPS/OMS.

Los grupos de trabajo quedaron compuestos de la siguiente manera:

- **Grupo andino:** *Facilitador*, Dr. Enrique Jacoby. *Miembros*, participantes y miembros del personal de la OPS/OMS de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú.
- **Centroamérica:** *Facilitador*, Dr. Alberto Barceló. *Miembros*, participantes y miembros del personal de la OPS/OMS de Costa Rica, Cuba, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Puerto Rico y el territorio fronterizo de México y los EUA (Frontera).
- **Caribe:** *Facilitadora*, Dra. Alafia Samuels. *Miembros*, participantes y miembros del personal de la OPS/OMS de Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Islas Vírgenes Británicas, Canadá, Dominica, Granada, Guyana, Haití, Jamaica, Montserrat, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, y Trinidad y Tabago.
- **Cono Sur:** *Facilitadora*, Dra. Branka Legetic. *Miembros*, participantes y miembros del personal de la OPS/OMS de Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay.

Ceremonia inaugural

La ceremonia inaugural tuvo lugar, en realidad, en el segundo día de la reunión y fue presidida por la Sra. Barbara Burrows, Secretaria Permanente del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, que dio la bienvenida a los participantes a las Bahamas y a la reunión. El Sr. David Taylor, representante en funciones de la OPS/OMS en las Bahamas, dio asimismo la bienvenida a los participantes. Mencionó las dificultades que todos habían tenido y expresó su solidaridad con los afectados por la tormenta tropical Noel. Felicitó a la oficina de la OPS/OMS y al Ministerio de Salud y Desarrollo Social por el excelente trabajo en equipo que habían realizado al preparar la reunión, programada inicialmente en Trinidad y Tabago, y deseó a los participantes una reunión fructífera.

También pronunciaron unas palabras de bienvenida el Dr. Orlando Landrove, en nombre del Comité de Gestión de CARMEN, y el Excmo. Sr. Dr. Hubert Minnis, Ministro de Salud y Desarrollo Social. Este último señaló que las enfermedades crónicas no transmisibles son un reto importantísimo para el desarrollo de la región del Caribe. Se felicitó de que la OMS haya dado prioridad a las enfermedades crónicas no transmisibles y dijo que los países de América Latina y el Caribe deben crear enfoques multidisciplinarios y llevar a cabo intervenciones dirigidas, como los modos de vida saludables, que pueden reducir las enfermedades crónicas. CARMEN es una red importante de apoyo a los países para compartir, aprender, hacer planes y asociarse para aplicar la estrategia regional. Deseó que los participantes aprovecharan plenamente todo lo que las Bahamas ofrecen, y dijo esperar con interés los resultados de la reunión.

El Sr. John Junor, que fuera Ministro de Salud de Jamaica durante nueve años, pronunció el discurso inaugural, que al mismo tiempo fue el relativo a la línea de acción en política sanitaria y promoción de la causa, por lo que se hará referencia a él en la sección 4.1.

Operaciones de la Red CARMEN

Ponencias

El primer día de la reunión sirvió para presentar y explicar la red CARMEN y sus operaciones, y para abordar el punto del orden del día de revisión de las atribuciones de CARMEN. Tras un instante de recogimiento y una breve plegaria, pronunciaron unas palabras de apertura la Dra. Yasmin Williams-Robinson, del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de las Bahamas, el Dr. James Hospedales, jefe del departamento de enfermedades no transmisibles de la OPS/OMS y el Dr. Orlando Landrove, del comité de gestión de CARMEN.

La Dra. María Cristina Escobar, de Chile, presentó los “Aspectos destacados de diez años de éxitos de CARMEN”, y el Dr. Hospedales la “Aplicación por la red CARMEN de la estrategia y el plan de acción regional sobre enfermedades crónicas”. La Dra. Escobar, involucrada en la red desde su inicio, recalzó que su ponencia expresaba su perspectiva personal. Describió el contexto de la epidemia de enfermedades no transmisibles, mostró todos los mitos acerca de ellas y destacó el aumento de los factores de riesgo. Presentó las características principales de la red de veintitrés miembros, tres futuros miembros y organizaciones colaboradoras, y esbozó la evolución de la red desde zonas de demostración, la incorporación de otros países mediante el aumento de la capacidad (creación de guías y materiales didácticos), iniciativas mundiales con socios internacionales (CINDI, los CDC, etc.), la experiencia piloto de la escuela CARMEN en Chile en 2005, y la importancia de las mejores prácticas y de la evaluación. Para terminar, se refirió a la meta mundial de hacer que cada año disminuya en 2% la mortalidad por enfermedades no transmisibles, y a la importancia de la estrategia y el plan de acción regional de la OPS/OMS para ayudar a los países a alcanzar dicha meta.

En su ponencia, el Dr. Hospedales se refirió al número de dificultades –logísticas, políticas y naturales– que tuvieron que superarse para organizar la reunión. Manifestó la enorme sorpresa que se llevó a asumir la jefatura del departamento de enfermedades no transmisibles de la OPS/OMS: ignoraba la extensión que habían alcanzado la epidemia de enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo. Abordó la situación de las enfermedades crónicas y las respuestas a las mismas, en particular mediante la estrategia y el plan de acción regional aplicados por la red CARMEN, e hizo consideraciones sobre la

gestión para el despliegue de la estrategia. Tras presentar varias diapositivas sobre las enfermedades no transmisibles y sobre factores de riesgo específicos, junto con el costo económico de estas enfermedades, el Dr. Hospedales pasó revista a lo que constituye una intervención eficaz –desde una normativa general, pasando por la promoción de la causa, hasta ámbitos concretos– recalcando la necesidad de un planteamiento multipolar.

En 2005, un estudio de la capacidad nacional en veintiocho países había identificado puntos débiles, y había puesto de manifiesto que el Caribe y Centroamérica tienen una carga alta, a la vez que programas menos desarrollados. El Dr. Hospedales se refirió a la Declaración de Puerto España firmada por los Jefes de Gobierno de CARICOM en septiembre de 2007, en la cual se comprometen a actuar contra las enfermedades crónicas no transmisibles. Luego examinó el plan estratégico regional de la OPS/OMS, centrándose en los objetivos específicos 3 y 6 y en las cuatro líneas de actuación de CARMEN, en torno a las cuales los participantes debatirían, para plasmar todas estas resoluciones y objetivos de manera sinérgica mediante la red CARMEN en los próximos dos años. Terminó diciendo que el problema de las enfermedades crónicas no transmisibles es muy grave, no es sostenible en lo financiero y está empeorando, pero que existen soluciones eficaces en función de los costos. **La estrategia regional y la red CARMEN ofrecen un marco adecuado que, junto con partenariados entre los sectores público y privado y la sociedad civil, pueden salvar más de tres millones de vidas en los próximos diez años.**

Tras estas ponencias introductorias y aclaratorias tuvo lugar un debate sobre los retos a los que ha de enfrentarse, y las oportunidades que ofrece, la red CARMEN. El Dr. Hospedales también presentó “la bata CARMEN” que simboliza la esperanza y el optimismo de la red CARMEN y engloba las herramientas necesarias para responder a la epidemia de enfermedades no transmisibles, y pidió que se le hicieran comentarios sobre esta nueva iniciativa. Explicó que la idea de la bata fue inspirada por los comentarios de la Directora de la OPS/OMS, Dra. Mirta Roses, sobre la manera de comunicar el conjunto de herramientas existentes para dar una respuesta integral en materia de prevención y control de las enfermedades no transmisibles, evocando a los vendedores ambulantes de Brasil (*mascates*) que guardan sus mercancías en sus muchos bolsillos. La bata simboliza la integración de las diversas herramientas de respuesta a las enfermedades no transmisibles, como el STEPS, el CMCT, la DPAS, el CCM, etc. El color de la bata, naranja, es el color internacional que simboliza las enfermedades crónicas.

Temas de los debates

¿Qué transmite un nombre?

Pros

- ➔ CARMEN es una sigla española. El Caribe de habla inglesa podría identificarse más con el programa y hacerlo más suyo si la sigla fuera inglesa.
- ➔ Se necesita un nombre fácil de usar por los medios de comunicación.
- ➔ No hay que cambiar el nombre de CARMEN, sino favorecer su adopción por el Caribe de habla inglesa, cuyos países son muy conscientes de su reducido tamaño. Sabemos que podemos aprender mucho de otros, pero nuestras situaciones son muy específicas.

Contras

- No es el nombre lo importante, sino los principios.
- No hay que cambiar el nombre para Centroamérica. Si se cambia ahora, puede perderse lo alcanzado en los diez últimos años, y habría que comenzar nuevamente. Si se cambiase, tendría que ser adoptando uno que les diga algo a los medios de comunicación.
- El subgrupo de habla inglesa podrá tratar el tema en su grupo de trabajo y estudiar detalladamente cómo dar forma a una red del Caribe. Se sugieren los nombres de “**Collaborative Action for Risk Factor Reduction, and Effective Management of NCDs**” y de “**Comprehensive Action for Risk Factor Reduction, Management, and Evaluation of NCDs**”.
- El jueves, 8 de noviembre de 2007, el subgrupo de habla inglesa se puso de acuerdo en el siguiente nombre: Collaborative Action for Risk factor Reduction and Effective Management of NCDs.

El problema de los recursos limitados y de la capacidad nacional de absorción:

- Trabajen con lo que tienen.
- Los recursos humanos en los países miembros pequeños del CAREC (gran inquietud): a menudo, el punto focal consta sólo de una persona.
- Uno de los **indicadores** del éxito o la eficacia de CARMEN podría ser cuántas personas trabajan para CARMEN en el país.
- Cuba ha formado equipos nacionales y municipales.
- La fragmentación es la norma; las sinergias son fundamentales; enfoque intersectorial.
- Combinar esfuerzos para optimizar la utilización de los recursos.
- Falta de continuidad cuando cambian los ministros.
- Grandes diferencias de los recursos dedicados a las enfermedades transmisibles y a las no transmisibles.
- Ubicación en el Ministerio de Salud: centralizada en epidemiología (donde se tiende a trabajar con las enfermedades transmisibles).

Cumplimiento y compromiso

- Los ministros firman los acuerdos; después hay que vigilar su cumplimiento.
- El problema es de compromiso: es fácil firmar un documento, pero la ejecución debe incluirse en el plan estratégico y en el presupuesto del país, y no depender sólo de recursos y esfuerzos internacionales.
- Visibilidad: “si no está en los objetivos de desarrollo del milenio no es importante”. Y las enfermedades crónicas no se mencionan en los ODM, por lo que tiene valor estratégico lograr que se incluyan.

Participación de la sociedad civil

- Es difícil obtener la participación de la sociedad civil; siempre se espera que el Ministerio de Salud resuelva los problemas.

Difusión de la información

- Plétora de información en la OPS/OMS, pero que no llega hasta las personas.

No olvidar la visión más global

- Ya existe un marco internacional; hay que ver cómo encaja en él nuestro trabajo.

Posible pérdida de vidas

- Se necesita una medida que incorpore tanto la morbilidad como la mortalidad.

Repercusión basada en datos probatorios

- Cómo influyen los datos probatorios que generamos en la actuación y la política; quizá el proceso que se siguió en materia de enfermedades transmisibles pueda también aplicarse a las enfermedades no transmisibles.

Atribuciones de la Red CARMEN

Se consideró que las atribuciones están bien formuladas y constituyen un buen resumen de lo que se ha logrado. **Los países tienen hasta el 30 de noviembre para presentar más observaciones sobre las atribuciones.**

¿Qué es CARMEN?

- En la última reunión hubo gran confusión sobre lo que es exactamente CARMEN: ¿Iniciativa o red? Palabras que se han usado: vehículo, instrumento, forma, iniciativa, red; “no es un proyecto, al menos eso está claro”.
- Su **finalidad** es intercambiar experiencias.
- Es una **red** con una meta clara: la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo. Se trata de cohesionarse para destacar la importancia de las enfermedades no transmisibles; existen mecanismos de colaboración; formación de redes de redes para colaborar en temas de interés común.
- La **función** precisa de CARMEN hay que aclararla a nivel regional y subregional, y en cada país participante mediante el Ministerio de Salud.
- Un concepto básico es la **integración**: ruedas dentadas que, juntas, hacen que funcione el engranaje.
- Es **intersectorial**, lo que no queda claro en las atribuciones; todas las líneas de acción se encuentran dentro del Ministerio de Salud; el representante o el punto focal determina los parámetros, pero el trabajo se hace mediante la vigilancia; es preciso conseguir que los otros departamentos reconozcan en su trabajo la importancia de las enfermedades no transmisibles.
- **Conclusiones**: *Se modificarán las atribuciones para incluir los cometidos intra e intersectoriales; la colaboración interministerial es fundamental.*

Puntos focales

- En los territorios más pequeños, el punto focal es una sola persona, que suele ser también el punto focal para otros ámbitos –excesivo trabajo–, por lo cual necesita apoyo técnico y de promoción de la causa.
- En cierta medida puede recurrirse a los servicios de la OPS/OMS y del comité de gestión.
- Los puntos focales apreciarían una visita del comité de gestión.

Recomendaciones

- En las atribuciones debe establecerse que el punto focal de CARMEN ha de ser una persona **experimentada**.
- Convendría tener una presentación de PowerPoint sobre CARMEN y distribuirla a los puntos focales para que la usen en promoción de la causa y difusión de información.

Comunicación dentro de la Red

- Usar el sitio web; cada país tendrá un espacio propio en el sitio web.
- Muchas experiencias: difundir materiales para que puedan adaptarse a las necesidades de cada país.

Participación de organizaciones asociadas actuales y futuras

- **Prioridad:** empezar en casa; pensar en comenzar por nuestras propias instituciones. Si 80% del personal de salud es obeso, ¿cómo vamos a “vender” salud si nosotros mismos no estamos sanos?
- Pensar en diversas maneras, no tradicionales, de asociación, como comer fuera aumentando las asociaciones con restaurantes, o conceder estrellas por opciones saludables en el menú.
- Diferentes niveles de asociación: nacional, subregional, regional, internacional; esta reunión fortalecerá el trabajo subregional; después, el siguiente nivel es la propia red CARMEN, que celebrará una reunión en febrero o marzo con sus socios actuales y nuevos.
- **Atención:** algunas organizaciones imponen sus programas a los países, por lo cual esta reunión tiene que reforzar los objetivos.
- Asociación con el sector privado.

Elección de los miembros del comité de gestión

De acuerdo con las atribuciones, en esta reunión bienal se eligieron los nuevos miembros del comité de gestión de CARMEN. Cada grupo de trabajo subregional propuso a un representante propio para formar parte del comité de gestión, y se llegó a los siguientes resultados:

<i>Centroamérica, México, Caribe de habla española:</i>	Guatemala
<i>Caribe:</i>	Bahamas
<i>Grupo andino:</i>	Ecuador
<i>Cono Sur:</i>	Paraguay

En vista de que las atribuciones estipulan seis miembros de los países, se acordó que dos miembros del comité de gestión anterior seguirían siéndolo: hubo consenso en mantener a los miembros de **Panamá** y **Canadá**. En las atribuciones también se prevé un representante de una organización asociada, y se acordó invitar a la **Fundación Interamericana del Corazón** a formar parte del comité de gestión.

Por consiguiente, el comité de gestión de CARMEN para el período 2007-2011 está compuesto por: las Bahamas, Canadá, Ecuador, Guatemala, Panamá, Paraguay, la Fundación Interamericana del Corazón y la OPS/OMS como secretaria.

Política sanitaria y promoción de la causa

Ponencias

El Sr. John A. Junor, antiguo Ministro de Salud de Jamaica, pronunció la alocución principal, titulada “Desarrollo de la política sanitaria nacional, con una referencia especial a la prevención y el control de las enfermedades crónicas. Fondo Nacional de Salud: el caso de Jamaica”.

Después de bosquejar los avances del sistema de salud de Jamaica con administraciones sucesivas, como demuestran los principales indicadores de salud del país, el Sr. Junor describió los imperativos políticos de Jamaica cuando él llegó al cargo de Ministro de Salud. El cambio epidemiológico que se había producido en el país había dado lugar a una carga creciente de enfermedades crónicas no transmisibles en el sistema de salud; las limitaciones presupuestarias eran considerables, por lo cual hubo que desarrollar métodos para complementar los esfuerzos del Gobierno central por financiar el creciente costo de la prestación de atención de salud. Los esfuerzos por atender esta necesidad se remontan a los años sesenta.

A partir de 1997, el Sr. Junor presentó al gabinete gubernamental varios modelos de Fondo Nacional de Salud. Tras superar varios obstáculos, en particular la identificación de una fuente de financiamiento que no tuviese repercusiones negativas para el fondo consolidado del Ministerio de Finanzas, acabó aprobándose un modelo aceptable, que se convirtió en ley. Describió los elementos de la política: financiamiento, prestaciones, medidas para evitar los abusos y para proteger y mantener el Fondo Nacional de Salud. A la vez que abordaba los abusos del sistema de salud, el Fondo se basó entre otras cosas en la creación de un entorno propicio, en el financiamiento mediante los impuestos sobre el tabaco y el alcohol, y en la asistencia del Fondo Nacional de Seguros, que también aumentó el presupuesto del Ministerio de Salud. El Sr. Junor rindió homenaje al Sr. Stanley Lalta y al Sr. Raphael Barrett, que siguieron desarrollando el Fondo. Concluyó diciendo que todavía no se ha explotado plenamente el potencial del Fondo para generar registros confiables, exactos y comprobables del cumplimiento de las pautas de tratamiento y del manejo clínico, pero que brinda una oportunidad enorme de conocer, seguir y mejorar los resultados en materia de enfermedades crónicas.

Otras ponencias sobre política sanitaria y promoción de la causa fueron “El observatorio de las políticas de CARMEN en materia de enfermedades crónicas no transmisibles”, a cargo de la Sra. Barbara Legowski; “Metodología del observatorio de la política: resumen de resultados de casos y próximos pasos”, por la Dra. Sandra Burt; “Qué enseñanzas pueden extraerse de la cumbre de Jefes de Gobierno de CARICOM sobre las enfermedades no transmisibles”, por el Dr. Rudy Cummings; y “Marco de evaluación de las políticas sobre enfermedades crónicas”, por la Dra. Deborah Carvalho Malta. Por falta de tiempo no se presentó la ponencia del Dr. James Hospedales, “Estudio de la capacidad en materia de enfermedades crónicas en América Latina y el Caribe: un instrumento de seguimiento y evaluación de los programas”.

Temas de los debates

Proceso de formulación de políticas y aplicación

- ***El principio de una solución es reconocer el problema:*** El estudio de casos de Jamaica ilustró el proceso. La familiarización con la situación condujo a reconocer el problema enorme que representan las enfermedades crónicas no transmisibles y la necesidad de concientizar al país sobre el cambio epidemiológico y sus implicaciones para la política de salud, y también el grave problema de unos recursos financieros insuficientes para abordar la nueva situación. Hoy se reconoce el problema; conocemos su prevención, su control y sus determinantes (sociales y de modo de vida), y podemos así proyectar intervenciones que pueden prevenir el inicio y reducir la incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles.
- ***Toma de decisiones basada en datos probatorios:*** El objetivo del observatorio de las políticas de CARMEN es desenmarañar los elementos de las políticas. Su modelo subyacente es la toma de decisiones basada en datos probatorios. Por consiguiente, la investigación tiene que ser de calidad; tomó mucho tiempo elaborar el marco metodológico, pero es robusto. Asimismo es importante publicar los resultados.
- ***La importancia de un campeón:*** Se puede persuadir a los Jefes de Gobierno con datos probatorios, especialmente si los valida y presenta un campeón, como fue el caso de la comisión encabezada por Sir George Alleyne que culminó en la declaración de Puerto España. Parece haber voluntad política.
- ***Los planteamientos han de ser multidisciplinarios:*** La mayor parte de los temas de la declaración de la cumbre de CARICOM sobre enfermedades no transmisibles no están específicamente relacionados con la salud (por ejemplo, agricultura, educación, comercio, finanzas, consumidores), pero tienen implicaciones importantes para la salud y la prevención de las enfermedades no transmisibles.
- ***El reto para los países de CARICOM:*** Cómo mantener una política pública eficaz en el marco de nuestras tradiciones democráticas, con elecciones cada cinco años y la falta de continuidad de los partidos y los ministros que ejercen funciones gubernamentales.
- ***Para la ejecución:*** Lo más importante es tener un plan nacional; se necesita un plan, una oficina, y recursos humanos y financieros. Estos últimos pueden proceder de los impuestos relacionados con la salud, por ejemplo, los del tabaco o el alcohol.

Resultados de las sesiones de los grupos de trabajo

En el plan de acción, el objetivo de la línea de actuación política es “garantizar y promover la formulación y ejecución de políticas públicas eficaces, integradas, sostenibles y basadas en datos probatorios sobre las enfermedades crónicas, sus factores de riesgo y sus determinantes”. En el Cuadro 1 se presentan las actividades prioritarias, las que los participantes consideran que la OPS/OMS debe realizar y los pasos próximos recomendados, tal como figuran en los informes de los grupos de trabajo. Entre las prioridades comunes a las cuatro subregiones figuran la creación y aplicación de políticas nacionales en materia de enfermedades crónicas no transmisibles, la cooperación técnica entre países y las reuniones subregionales de Ministros de Salud para tratar de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Cuadro 1: Política y promoción de la causa

Resultados de los grupos de trabajo:
Actividades prioritarias, próximos pasos y lo que se necesita de la OPS/OMS

Actividades prioritarias	Grupo andino	Caribe	Centroamérica	Cono Sur
Reunión de Ministros de Salud sobre enfermedades no transmisibles	X			X
Cooperación técnica entre países	X			X
Movilización de recursos	X			
Establecer comisiones nacionales de amplia base sobre enfermedades no transmisibles		X		
Identificar y prestar apoyo al punto focal de enfermedades no transmisibles en el Ministerio de Salud		X		
Ratificar el CMCT y completar y sancionar la legislación de aplicación		X		
Elaborar y aplicar políticas nacionales que favorezcan el desarrollo de escuelas y medio ambiente saludables		X		X
Crear para el Caribe un grupo de trabajo de servicios preventivos con los modelos existentes de países en desarrollo		X		
Establecer incentivos para una vida saludable, por ejemplo los seguros			X	
Difundir conocimientos sobre el proceso específico para llevar a cabo las actividades			X	
Cuando hay cambio de Gobierno, la OPS/OMS debe enviar una carta en la que se enumeren las actividades a que el país se ha comprometido o ha dado su acuerdo			X	
A escala nacional, integrar los programas de vigilancia y de atención primaria				X
Promoción de la causa a escala nacional y regional				X
Ampliar las actividades del observatorio de las políticas				X
Publicar, difundir y promover el método STEPS				X
Difundir y promover las experiencias y los instrumentos de desarrollo				X

Vigilancia e investigación

Ponencias

El Dr. Ali H. Mokdad, Jefe de la División de Vigilancia del Comportamiento de los CDC de Atlanta (Georgia, EUA) pronunció la alocución principal, titulada “La vigilancia del comportamiento: lo que nos enseña el sistema de vigilancia de comportamientos que constituyen factores de riesgo (BRFSS)”. Definió el BRFSS como “sistema maduro” y describió el mejoramiento continuo durante su evolución. Su punto fuerte es que constituye un gran marco metodológico por ser flexible, oportuno, estandarizado y útil. En este caso, la flexibilidad consiste en adaptarse a los cambios tecnológicos, sociales y culturales; en introducir cambios informáticos adoptando métodos “mixtos” de recopilación de datos; y en emplear a intérpretes de la encuesta en tiempo real para ampliar el número de idiomas en los que se ofrece la encuesta. Ilustró con ejemplos el sistema en uso para apoyar las políticas locales de salud, el desarrollo de los programas, el rastreo de enfermedades como la diabetes, y el uso de la seguridad (cinturones de seguridad) y las medidas de prevención (mamografías) en distintos años y en distintos lugares. Recalcó la necesidad de comprender los diversos problemas de salud pública en su conjunto para reconocer nuevos ámbitos de necesidades significativas de salud pública y darles respuesta. El Dr. Mokdad dio detalles de los pasos dados y del esfuerzo que supuso elaborar el primer informe sobre la vacuna triple vírica (sarampión, rubéola y parotiditis) y los cambios de la política de los CDC como resultado de los datos de BRFSS. Para recalcar la aplicabilidad de BRFSS a nivel mundial, dio ejemplos del uso de encuestas del BRFSS en Jordania y en Egipto y de la asistencia prestada a estos países para llevar a cabo encuestas BRFSS en los hogares y analizar sus datos. No obstante, el BRFSS también había tenido problemas, y el Dr. Mokdad detalló algunos de los problemas actuales, en particular, de cobertura (cara a cara, por teléfono, por correo electrónico y por correo).

El Dr. Mokdad finalizó con una lista de recomendaciones para los países que desean realizar encuestas de manera ‘inteligente’: comenzar poco a poco; poner en tela de juicio cada pregunta (¿cuál es el porqué de esta pregunta?); estudiar detalladamente la mejor manera de recopilar los datos; ser estricto acerca de la calidad y el control de los datos, incluyendo la capacitación y la fidelización del personal; y velar por compartir los datos con los socios, analizar los datos recopilados y notificarlos, especialmente a quienes los proporcionaron. Tras presentar algunos datos de todo el mundo sobre las enfermedades crónicas no transmisibles, concluyó con la máxima de que “para hacer un programa de prevención se necesita un sistema de vigilancia”.

Este discurso principal fue seguido por ponencias de los países, a cargo de la Dra. Yasmin Williams-Robinson, del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de las Bahamas: “Enfermedades crónicas no transmisibles: determinantes de la carga en las Bahamas”; la Dra. María José Rodríguez, del Ministerio de Salud Pública de Uruguay: “Primera encuesta nacional sobre los factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles”; la Dra. Ana María Moraga Palacios, del Ministerio de Salud de Chile: “Método progresivo de vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo: la experiencia de la región chilena del Bío Bío”; y el Dr. Orlando Landrove, de Cuba: “La vigilancia de los factores de riesgo y las enfermedades crónicas no transmisibles”.

Después de las ponencias y el debate, los participantes visitaron sitios propuestos por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de las Bahamas. Un promedio de diez personas visitó cada uno de los siguientes sitios:

- ➔ Visita a un servicio de salud escolar: tamizaje primario en la escuela primaria E. P. Roberts
- ➔ Instituto de investigación sobre la diabetes
- ➔ Centro para las personas de edad Naomi Anna Christie
- ➔ Consultorio de la calle Fleming
- ➔ Consultorio de Elizabeth Estates
- ➔ Consultorio de Flamingo Gardens
- ➔ Centro de asistencia intergeneracional Mary Ingraham
- ➔ Centro de capacitación en atención primaria de las Bahamas
- ➔ Centro oncológico
- ➔ Centro de día Yellow para las personas de edad
- ➔ Unidad nutricional

Temas de las ponencias y los debates

Consejos para las encuestas de vigilancia

- ➔ Para hacer un programa de prevención se necesita un sistema de vigilancia, y el Ministerio de Salud necesita su propio sistema de vigilancia.
- ➔ Elegir un sistema de vigilancia que aumente la tasa de respuesta. Comenzar poco a poco y establecer un sistema que pueda mejorar progresivamente.
- ➔ Sea cual sea el sistema, hay que estar preparado porque habrá problemas de cobertura.
- ➔ Usar mediciones físicas para validar las mediciones auto notificadas.
- ➔ Determinar y monitorear los objetivos de salud.
- ➔ Priorizar la vigilancia: mortalidad, morbilidad, discapacidad y factores de riesgo.
- ➔ La salud pública es local, y cuanto más mejor; los datos locales pueden servir para establecer puntos de referencia.
- ➔ Tras recopilar datos, un deber para con los entrevistados es usar esos datos.
- ➔ La política se basa en datos probatorios. Los funcionarios necesitan datos, sin ellos no pueden actuar. Den a conocer los datos, muestren sus repercusiones, aboguen por el cambio.
- ➔ Al presentar datos a los ministros, añadan los costos correspondientes y tengan una respuesta a la inevitable pregunta: “¿de dónde va a salir el dinero?”
- ➔ Las cifras de los informes suelen ser opacas; hay que desglosarlas más. ¿Qué es lo que caracteriza a quienes no están enfermos? (determinantes sociales, niveles educativos, pobreza, etc.)

Hacer frente a recursos limitados

- ➔ Algunos datos suelen ser incorrectos, por ejemplo, los de mortalidad; es inevitable echarse a la calle y hacer preguntas.
- ➔ Hay que buscar otras oportunidades multimodales (encuestas laborales continuas; encuestas de condiciones de vida o de calidad de vida); pueden añadirse preguntas si están usando una buena muestra representativa del país. Busquen sistemas estandarizados, flexibles y multimodales y úsenlos.
- ➔ También pueden tenerse en cuenta otras fuentes de datos (hospitales), registros de enfermedades crónicas no transmisibles (cáncer) o registros de ventas comerciales (alcohol, tabaco).

Limitaciones de los datos de vigilancia

- Los problemas de obesidad y diabetes están empeorando; la vigilancia por sí sola no los detiene.
- Los datos de encuestas de vigilancia pueden dar lugar a legislación.
- También pueden servir para informar y educar al público destinatario.
- El mensaje tiene que llegarles a las personas cuando están sanas y no cuando consultan; hay que trabajar para reducir los factores de riesgo y enseñarles a elegir opciones saludables.
- La mayor parte del presupuesto se destina a la atención terciaria; hay que invertir más presupuesto en atención primaria, Promoción de la salud y prevención de las enfermedades, por ejemplo, mediante una secretaría sobre modos de vida saludables.

Resultados de las sesiones de los grupos de trabajo

En el plan de acción, el objetivo de la línea de actuación en vigilancia e investigación es “fomentar y apoyar el desarrollo y fortalecimiento de la capacidad de los países para vigilar mejor las enfermedades crónicas, sus consecuencias, sus factores de riesgo y la repercusión de la intervención de salud pública como parte de la estrategia integrada de prevención y control de enfermedades no transmisibles”.

El grupo de trabajo del Caribe, que comenzó sus tareas específicas con un amplio debate, evaluó el estado de las encuestas de vigilancia de STEPS en la subregión del Caribe:

- **Completadas:** Aruba, Bahamas y Curaçao
- **En curso:** Barbados, Dominica, y St. Kitts y Nevis
- **Capacitación:** Granada, Trinidad y Tabago e Islas Turcas y Caicos
- **Programadas:** Islas Vírgenes Británicas, Guyana y Suriname

Se sugirió que el CAREC lidere un sistema regional de información sobre enfermedades crónicas no transmisibles para vigilar el progreso de los esfuerzos por aplicar la declaración de Puerto España. El CAREC está trabajando en un conjunto mínimo de datos: mortalidad, morbilidad, factores de riesgo, y desempeño del sistema de salud.

En el debate consecutivo a la presentación de los informes de los grupos de trabajo, se informó a los participantes que la Simon Fraser University desea llevar a cabo un estudio sobre los determinantes de las enfermedades crónicas no transmisibles, en relación con el trabajo de vigilancia de sus factores de riesgo en STEPS.

En el Cuadro 2 se presentan las actividades prioritarias, las que los participantes consideran que la OPS/OMS debe realizar y los pasos próximos recomendados, tal como figuran en los informes de los grupos de trabajo. Entre las regiones hay más consenso acerca de las necesidades y prioridades de vigilancia e investigación del que hubo en cuanto a la política, sin duda porque el contexto influye más en la política y la promoción de la causa. En particular, hay pleno acuerdo en aumentar la capacidad en materia de metodología de las encuestas de vigilancia, y en la necesidad de estandarizar todos los elementos de estas encuestas. Es más, casi todos los ámbitos que figuran en el cuadro 2 pueden considerarse, de alguna manera, aspectos metodológicos.

Cuadro 2: Vigilancia e investigación

Resultados de los grupos de trabajo:
Actividades prioritarias, próximos pasos y lo que se necesita de la OPS/OMS

Actividades prioritarias	Grupo andino	Caribe	Centroamérica	Cono Sur
Aumento de la capacidad en metodología o alternativas a las encuestas de población, con apoyo de CARMEN y de la OPS/OMS	X	X	X	X
Reunión regional sobre cooperación técnica entre países para estandarizar metodologías, definir elementos de evaluación y sistematizar la identificación, el examen y el establecimiento de indicadores (conjunto mínimo) con apoyo de CARMEN y de la OPS/OMS	X	X	X	X
Apoyo de CARMEN y de la OPS/OMS: técnico, movilización de recursos, normalización del software			X	
Compromiso de los representantes de cada país para apoyar las diversas actividades	X			
Vigilancia intermedia ("pasos intermedios") que se determinará como ejercicio regional de cooperación		X		
Dirigirse a los responsables políticos clave		X		
Capacitar a los responsables políticos clave en cuanto al uso de los datos para la toma de decisiones y la planificación		X		
Promover la aplicación y el uso de la información		X		
Crear y llevar a cabo una encuesta con mediciones bioquímicas				X
Incluir la encuesta en el presupuesto de 2008		X		
Difundir la planificación previa, el análisis y los resultados entre todos los interesados directos, nacionales y subregionales		X	X	
Compartir e intercambiar experiencia y materiales			X	
Identificar qué países tienen que iniciar STEPS y trabajar con ellos		X		
Incorporar a Haití		X		
Incorporar los indicadores de los protocolos de vigilancia			X	
Integrar las bases de datos			X	
Determinar los parámetros de vigilancia por niveles de atención			X	
Observaciones de los países (promoción de la causa, recursos humanos e intercambio de experiencias)			X	

Ponencias

El Sr. Richard Smith, director de la iniciativa “Ovations” por las enfermedades crónicas, del Reino Unido, y antiguo director del British Medical Journal, pronunció la alocución principal, titulada “La prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles”. Comenzó por decir que se necesitan tres cosas para que algo cambie: una crisis visible, es decir, darse cuenta de que “esto va mal”; una visión, y claridad en cuanto a los próximos pasos: “¿qué hacemos mañana?” En el ámbito de las enfermedades crónicas no transmisibles, no existe ninguna de estas tres cosas. Aunque los asistentes a la reunión saben que las cosas van mal, este conocimiento no es universal; tampoco se tiene una visión bien definida; y no se sabe claramente qué hacer a continuación. Tomando como ejemplo la diabetes y el cáncer, identificó los tres principales factores de riesgo: consumo de tabaco, falta de actividad física y regímenes alimentarios poco sanos. Comparó dos maneras distintas de hacer frente al consumo de tabaco: Francia, donde no se han tomado medidas, y Escocia, donde se han producido muchas intervenciones (medidas fiscales eficaces, prohibición de la publicidad, prohibir el consumo de tabaco en lugares públicos y los distribuidores automáticos, campañas de salud y campañas para prohibir fumar en los transportes públicos). Los ingresos en hospitales descendieron en Escocia en un 17%, mientras en Francia, en el mismo período, están en aumento las defunciones por cáncer de pulmón entre adultos de edades comprendidas entre 35 y 44 años. Su conclusión es que se necesitan muchas intervenciones diferentes, pero que unos fondos modestos bien gastados, con metas claras, pueden tener una repercusión notoria.

El Sr. Smith presentó el “marco de calidad y resultados” que se instauró en el Reino Unido en 2004. En esencia, se trata de un ‘pago por desempeño’ para promover la prevención: se ofrecen incentivos económicos a los médicos generalistas por actos como tomar la tensión arterial y por resultados como reducirla. Todas las medidas se basan en datos probatorios. Es de lamentar que no se estableciera ningún punto de comparación antes de iniciar el “marco de calidad y resultados”; no obstante, parece que ha habido un efecto sobre las enfermedades cardiovasculares, el asma y la diabetes. También enumeró doce puntos sobre lo aprendido con la experiencia del tabaco, que pueden extrapolarse al régimen alimentario y la nutrición. Algunos de estos son: la responsabilidad individual frente a la colectiva; se necesitan datos probatorios del daño; para tomar decisiones no es preciso esperar a los datos probatorios; hay que hacer frente a las necesidades reales y percibidas y a las inquietudes de los países en desarrollo; no hay fórmulas mágicas; se necesitan amplias asociaciones verticales y horizontales y líderes carismáticos en los medios de comunicación; y el cambio de actitud hasta encontrar ecos positivos para el control del tabaco tomó decenios. El cambio no se produce de la noche a la mañana.

En cuanto a los obstáculos para prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles, el Sr. Smith señaló que se inyectan más recursos en las enfermedades transmisibles, pero que la situación está empezando a cambiar. Destacó algunos de los mitos generalizados acerca de las enfermedades crónicas no transmisibles: el desarrollo económico mundial mejorará las condiciones de salud; las enfermedades no transmisibles derivan de riesgos adoptados libremente; son enfermedades de los ancianos, de la abundancia; los beneficios de combatirlas son solamente individuales; los modelos de las enfermedades infecciosas son aplicables a las crónicas; podemos esperar hasta que estén controladas las enfermedades infecciosas; con el tamizaje y el tratamiento de los pacientes en el sector de la salud puede prevenirse el problema completamente. Advirtió que las enfermedades crónicas no transmisibles requieren intervenciones complejas y durante toda la vida, y que llevaría decenios antes de que fueran visibles las

repercusiones de nuestras actuaciones, porque las palancas principales se encuentran fuera del sector de la salud. Las prioridades de acción deben ser: reforzar las políticas económicas, jurídicas y medioambientales; modificar los factores de riesgo; hacer participar al sector empresarial y a la comunidad; mitigar los efectos sobre la salud de la pobreza y el éxodo hacia las ciudades; y reorientar los sistemas de salud.

La iniciativa “Ovations”, junto con sus socios, dispone de \$15 millones en recursos para ayudar a aumentar la capacidad de prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles. Publicó un concurso para asignar estos recursos, recibió 138 respuestas de 70 países y seleccionó a diez finalistas, entre los que figuran Centroamérica, el territorio fronterizo de México y los EUA, China, India, Bangladesh, Irán, Túnez y Sudáfrica. Comparando la situación de las enfermedades crónicas no transmisibles con la del cambio climático y el uso del petróleo, llegó a la conclusión de que lo que está destruyendo nuestro mundo está destruyéndonos: el consumo excesivo, el abuso del transporte y la infrautilización de nuestra propia energía; engullir alimentos poco saludables hiperenergéticos, ricos en grasas, carnes y azúcar; y falta de fruta y verduras. Tanto nosotros como el planeta necesitamos un cambio radical.

Este discurso principal fue seguido por ponencias de los países, a cargo del Dr. Víctor Matsudo, de Brasil, “RAFA, Red de Actividad Física de las Américas”; el Dr. Gonzalo Stierling, de Chile, “Ciclovías en las Américas”; el Dr. Fábio da Silva Gomes, de la División de Alimentación, Nutrición y Cáncer, del Ministerio de Salud de Brasil, “Establecimiento de estrategias de promoción de la salud para promover la salud de los promotores de salud”; y el Dr. Adrián Alasino, de Argentina, “Programa de intervención comunitaria para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades cardiovasculares”.

Temas de los debates

La importancia de un entorno propicio para el cambio de comportamiento

- ➔ No basta con conocer para cambiar de comportamiento. Es preciso pasar del conocimiento a la acción.
- ➔ Es muy importante la formulación de políticas basada en datos probatorios, pero estos tienen que ser creíbles. No obstante, algunos participantes consideran que para algunas intervenciones “de sentido común”, no es preciso aguardar los datos probatorios antes de pasar a la acción.
- ➔ Hay que abordar las características personales y el entorno social: no sólo luchar contra el modo de vida sedentario, sino también considerar los factores psicológicos y sociales, que son tan importantes como la propia actividad.
- ➔ Se debe abordar el entorno físico. Por ejemplo, una jornada sin automóviles y sin motores tuvo como efecto la reducción de los vehículos en más de un 80%. No hay que tener miedo de soluciones sencillas. Pequeños cambios, como lugares para estacionar bicicletas. El ejemplo de Ciclovías: cerrar las calles a los automóviles y la gente sale en bicicleta.
- ➔ Una política de transporte que no dé prioridad a los espacios públicos también influye: algunas personas no practican una actividad física porque no tienen dónde hacerlo. Espacio disponible para niños y para automóviles.
- ➔ La importancia de una asociación con planificadores urbanos y ayuntamientos.
- ➔ En cuanto a lo cultural, ¿qué percepciones tiene nuestra gente? Hay que conocer mejor las percepciones y cambiarlas.

Complejidades de la colaboración con las comunidades

- Hay que saber ver que en las comunidades suele haber un conjunto de problemas.
- También es preciso conocer la comunidad, y hacer una evaluación rápida para decidir cuál es la mejor intervención. Para ello hay que comprender cuáles son motivaciones importantes en la comunidad y ser consciente de que pueden no coincidir con lo que uno mismo considera importante.
- La comunidad puede ayudarse a sí misma, si está interesada, y tomar el control.

Desnutrición y obesidad

- La obesidad no es el único problema en una misma comunidad, muchas personas sufren desnutrición.
- La desnutrición y la obesidad pueden tratarse al mismo tiempo: el mismo tipo de régimen alimentario saludable será útil para ambas.

Planteamiento

- En salud pública se ha tendido a tomar distancias con el tabaco, lo que es comprensible, pero en el caso de la industria alimentaria y de bebidas no alcohólicas esta estrategia puede ser equivocada. Hemos de afrontar la situación y hablar de colaboración.
- Las fuerzas económicas son de gran importancia. Hay que estudiar cómo conseguir que las fuerzas del mercado trabajen con nosotros.
- Es preciso hacer que participe el sector privado. ¿Cómo? ¿con quién hemos de colaborar? ¿qué debemos hacer, cómo persuadirlos para que lo hagan y por qué deben hacerlo?
- Todo es cuestión de hablar y comprender. Tenemos que conversar; algún tipo de asociación entre los sectores público y privado es importante, hagamos lo que hagamos.

Resultados de las sesiones de los grupos de trabajo

En el plan de acción, el objetivo de la línea de actuación en promoción de la salud y prevención de las enfermedades es “fomentar las condiciones sociales y económicas que abordan los determinantes de las enfermedades crónicas y facultan a las personas para que aumenten el control de su salud, en particular adoptando un comportamiento saludable sostenido”.

En el Cuadro 3 se presentan las actividades prioritarias, las que los participantes consideran que la OPS/OMS debe realizar y los pasos próximos recomendados, tal como figuran en los informes de los grupos de trabajo. Al igual que para la política sanitaria y la promoción de la causa, las prioridades parecen ser específicas de cada región, salvo en cuanto a la promoción de Ciclovías y de caminos recreativos, que es común a todas.

Cuadro 3: Promoción de la salud y prevención de las enfermedades
 Resultados de los grupos de trabajo:
 Actividades prioritarias, próximos pasos y lo que se necesita de la OPS/OMS

Actividades prioritarias	Grupo andino	Caribe	Centroamérica	Cono Sur
Cooperación técnica entre países y talleres para intercambio de experiencias entre países	X			
Apoyo técnico y financiero y movilización de recursos para elaborar un plan subregional por tema	X		X	
Reunión para sensibilizar a todos los interesados directos y que trabajen en favor de la iniciativa "América libre de grasas trans"	X			X
Difundir la importancia de la actividad física y la alimentación sana para prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles; por ejemplo, "escuelas saludables"	X	X		
Facilitar el intercambio de prácticas adecuadas a escala nacional y subregional	X	X		
Promover y apoyar la actividad física, como Ciclovías	X	X	X	X
Alianzas estratégicas y formales en todo el continente, por ejemplo con los medios regionales de comunicación		X	X	
Aumento de la capacidad institucional, nacional, subregional y regional		X		
Volver a analizar las políticas y los planes de promoción de la salud para hacer frente a las enfermedades no transmisibles		X		
Apoyar la inclusión de caminos recreativos y de espacios públicos sanos en los planes de transporte y desarrollo urbanos				X
Identificar los documentos con normas subregionales y revisarlos adecuadamente		X		
(OPS/OMS) Apoyo al desarrollo de herramientas, materiales didácticos y listas de verificación de metodologías, acciones, objetivos estratégicos, etc.		X	X	
(OPS/OMS) Apoyo a la movilización social			X	
Crear en la escuela CARMEN un curso de comunicaciones y promoción de la causa				X
Reforzar las relaciones con escuelas y municipios saludables y entre ellos				X
Buscar asociaciones y donaciones para patrocinar proyectos subregionales de promoción de la salud				X
Incluir en la encuesta preguntas sobre otros factores de riesgo entre estudiantes, como el consumo de tabaco o alcohol (a escala regional)				X

Manejo integrado de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo

Ponencias

La Dra. Judith Schafer, del Instituto MacColl para la innovación en atención de salud, de los Estados Unidos, pronunció la alocución principal, titulada "Los pacientes como socios: manejo integrado de las enfermedades crónicas", y presentó el modelo de atención a las enfermedades crónicas (CCM) desarrollado por su Instituto. El modelo, adoptado con modificaciones por la OMS, es centrado en el paciente, es decir, receptivo a las necesidades, los valores y las preferencias de los pacientes para fomentar la prestación de una atención óptima a las enfermedades crónicas, que es uno de los seis objetivos propuestos por el Instituto de Medicina (IOM) en su informe *Quality Chasm* [la brecha de la calidad]. En este informe se llega a la conclusión de que tanto los pacientes como los proveedores están insatisfechos con la atención, y de que hay que modificar los sistemas de atención, que se basan en un modelo de atención a las enfermedades agudas. El Instituto ha trabajado con miles de sistemas de atención de salud y diversas enfermedades, enseñando el CCM mediante colaboradores. Su trabajo fue evaluado por la corporación RAND, que llegó a la conclusión de que el modelo ayuda a los profesionales a modificar sus hábitos y de que los cambios llevaron a mejores resultados.

La Dra. Schafer describió los componentes del modelo, cuyo núcleo es el apoyo a una autogestión que requiere esfuerzo continuo durante largos períodos. Describió las diferencias entre las afecciones agudas (a corto plazo) y las crónicas (a largo plazo), la función del profesional en cada una y el tipo de relación necesaria entre los proveedores de atención y los pacientes en el plazo más largo de las afecciones crónicas. El modelo se dirige tanto al paciente como al equipo de atención de salud. Se elaboró un programa de autogestión de las enfermedades crónicas, consistente en una serie de seis talleres, para ayudar a los participantes a controlar mejor su afección, y se diseñó un esquema de suministro para el equipo de atención de salud. La Dra. Schafer describió los pasos que se han dado para preparar ambos. Dio ejemplos del modelo en la práctica y de las maneras en que los pacientes se hicieron cargo del manejo de su atención.

Este discurso principal fue seguido por ponencias de los países, a cargo de la Dra. María Cristina Escobar, de Chile, "Programa de prevención de la diabetes"; la Dra. Judith Cruz, de Guatemala, "Programa nacional de enfermedades crónicas no transmisibles 2007"; y la Dra. Margarita Rodríguez, de Ecuador, "Programa de enfermedades crónicas no transmisibles". Además, el Dr. Alberto Barceló presentó los objetivos de los programas sobre enfermedades crónicas no transmisibles en los que participa la OPS/OMS en las cuatro subregiones, centrándose en las prioridades siguientes: enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y EPOC. La Dra. Beatriz Marcet Champagne presentó "La Fundación Interamericana del Corazón, socio de la OPS", sobre las actividades de esta Fundación.

Temas de los debates

Dificultades para cambiar el sistema de atención de salud

- ➔ El programa exige mucha capacitación y un fuerte compromiso.
- ➔ En Chile es muy difícil conseguir que el personal de salud cambie sus métodos. Los nutricionistas fueron quienes más interés mostraron, pero fue difícil conseguir que otros participasen.

- ➔ La obesidad en la profesión médica es una barrera.
- ➔ En Chile, los profesionales se opusieron en varios puntos; quisieron trabajar con calorías en lugar de con grasa.
- ➔ Escasez de trabajadores de salud.

Resultados de las sesiones de los grupos de trabajo

En el plan de acción, el objetivo de la línea de actuación en manejo integrado de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo es “facilitar y apoyar el fortalecimiento de la capacidad y las competencias del sistema de salud en prevención y control para el manejo integrado de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo”. En el cuadro 4 se presentan las actividades prioritarias, las que los participantes consideran que la OPS/OMS debe realizar y los pasos próximos recomendados, tal como figuran en los informes de los grupos de trabajo. La inquietud común era la necesidad de comprar medicamentos en grandes cantidades.

Cuadro 4:
Manejo integrado de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo
Resultados de los grupos de trabajo
Actividades prioritarias, próximos pasos y lo que se necesita de la OPS/OMS

Actividades prioritarias	Grupo andino	Caribe	Centroamérica	Cono Sur
Movilización de recursos			X	
Apoyo y asistencia para comprar medicamentos y materiales de diagnóstico en grandes cantidades (Región)		X	X	X
Introducir el CCM		X		
Elaborar los marcos para el CCM				
Velar por la calidad de la atención mediante auditoría, retroalimentación y formación permanente		X		
Pedir que la OPS/OMS exija reorientar la atención hacia las enfermedades crónicas		X		
Asistencia técnica de la OPS/OMS			X	
El grupo CARICOM debe reunirse en el intervalo de las reuniones de CARMEN		X		
Compras regionales de medicamentos esenciales		X		
Compartir y difundir entre los países sistemas de información, normas, guías, experiencias y modalidades de manejo, seguimiento y evaluación			X	X
Preparar materiales didácticos			X	
Capacitación de equipos en los países				X
Difundir información en los tres idiomas acerca de las intervenciones				X

Conclusiones y próximos pasos

Al concluir la reunión, los participantes dieron las gracias a todos los que habían colaborado en la organización y la gestión de la reunión, en particular a las Bahamas por su hospitalidad (“hizo un gran trabajo, con el poco tiempo de que dispuso para su preparación”) y a la OPS/OMS, los directores y el personal, que “nos hicieron felices”. Uno de los aspectos destacados había sido la incorporación de los países del Caribe a la reunión, y los participantes esperaban que se mantuviera. Todos manifestaron marcharse muy motivados.

Los miembros del comité de gestión de CARMEN se reunirán varias veces antes de la próxima reunión bienal de CARMEN, para supervisar el seguimiento de los compromisos adquiridos en los debates de los grupos de trabajo.

La próxima reunión bienal de CARMEN se celebrará en 2009. Perú se ha ofrecido a organizarla.

Preparado por Dawn I. Marshall, Relatora consultora, 18 de noviembre de 2007

