



Informe del Simposio:

**Trabajadores de la salud no profesionales
(promotores de salud):**

**Movilización de las comunidades para mejorar la
salud cardiovascular en las Américas**

(Santiago de Chile, 17–18 octubre 2005)

Patrocinado por el Instituto Nacional de Corazón, Pulmones y Sangre, Institutos Nacionales de Salud, EUA (NHLBI/NIH) y la Iniciativa CARMEN de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Contenido

Antecedentes.....	2
Resumen ejecutivo.....	2
Objetivo general.....	2
Objetivos específicos.....	2
Marco de desarrollo del simposio.....	3
Temas de consenso.....	5
Temas en discusión.....	5
Inauguración.....	6
Dr. Juan Manuel Sotelo, OPS, PWR-Chile.....	6
Dr. Gregory Morosco, NHLBI.....	6
Dr. Alberto Barceló, OPS/WDC.....	6
Dr. Pedro García Aspillaga, Ministro de Salud de Chile.....	7
Presentación de Experiencias: Módulo I.....	7
El creciente campo de los promotores de la salud.....	7
“Pastoral da Criança”.....	10
Resumen comentarios y preguntas Módulo I.....	13
Presentación de Experiencias Módulo II.....	14
Experiencia del Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre (NHLBI) con los promotores de la Salud, Panorama de Salud para su Corazón.....	14
Salud para su Corazón en Acción.....	15
Los promotores como una extensión de la atención: <i>The Gateway Community Health Center Experience</i> en Laredo, Texas.....	16
Resumen comentarios y preguntas Módulo II.....	17
Evaluación.....	17
Contexto político.....	18
Necesidad de rendir cuentas.....	18
Roles y limitaciones de los promotores de salud.....	18
Discusión asistida Módulo III: ¿Como se aplicará el modelo de promotores?.....	19
Objetivos.....	19
Venezuela.....	19
Nicaragua.....	19
Costa Rica.....	20
Colombia.....	21
Comentarios.....	21
Perspectivas de los Promotores.....	22
Políticas de Participación Ciudadana en Salud.....	23
Resumen comentarios y preguntas Módulo III.....	24
Actividad grupal: construir una visión común para la salud del corazón.....	25
Cono Sur (Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay).....	25
Región Andina (Bolivia, Colombia, Perú, y Venezuela).....	26
Centro América y el Caribe Español (Costa Rica, Cuba, El Salvador, México, Nicaragua, Panamá y Puerto Rico).....	27
Caribe inglés y francés (Anguilla, Bahamas, Canadá, Haití, Trinidad y Tabago).....	28
Palabras de cierre.....	28
Lista de Participantes.....	29

Antecedentes

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte prematura en la Región de las Américas, representando un 31% del total de las muertes en la Región. El origen multicausal de estas enfermedades hace que las intervenciones para su prevención y control requieran estrategias simultáneas en varios niveles y sectores; eso, sumado al aumento progresivo de la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en todos los países, hace imperativo adoptar medidas tendientes a contener la pandemia de estas enfermedades.

Para ello, el Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre (NHLBI) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), desarrollan una iniciativa conjunta para promover la salud cardiovascular en las Américas, basada en la declaración de ambas instituciones de agosto de 2003, y la designación NHLBI como Centro Colaborador de la OMS.

Esta cooperación ha generado las siguientes actividades:

- Visitas de Intercambio, cuyo objetivo fue el intercambio de experiencias, la identificación de actividades complementarias y la obtención de recomendaciones para el trabajo conjunto entre el NHLBI y la OPS.
- Ejecución de un Taller de análisis de nuevas pautas para la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares en las Américas, buscando las estrategias más eficaces a nivel poblacional y clínico para la prevención y el control de los factores de riesgo cardiovascular.
- Creación de un Comité de Planificación para apoyar a NHLBI y OPS en la organización del simposio — resumido en esta relatoría— sobre la función de los trabajadores de la salud no profesionales en el fomento de las actividades para la prevención y control de las enfermedades cardiovasculares en las Américas.
- Actividades futuras: se proyecta el financiamiento de proyectos piloto destinados a ejecutar y evaluar intervenciones comunitarias para prevenir cardiopatías en los países de escasos recursos en las Américas, así como la ejecución de un programa de adiestramiento para instructores en el uso y evaluación del Manual para Promotores de Salud del Programa Salud para su Corazón.

El simposio se origina en el programa de trabajo conjunto para promover la salud cardiovascular en las Américas del NHLBI y la OPS.

Resumen ejecutivo

Objetivo general

Intercambiar información sobre los modelos emergentes de programas que se valen de promotores de la salud para realizar intervenciones comunitarias, así como aprovechar el conocimiento obtenido para la planificación de programas futuros.

Objetivos específicos

1. Explorar y comprender en qué medida se utilizan actualmente los promotores de salud para abordar las cuestiones relativas a la salud en las Américas.
2. Formar consenso en cuanto al concepto de promotores de la salud y su potencial, y las dificultades de promover la prevención y controlar los riesgos de contraer enfermedades cardiovasculares en las Américas.
3. Analizar las estrategias relacionadas con las prácticas óptimas y los criterios emergentes, a objeto de realizar y evaluar proyectos dirigidos por promotores de la salud.
4. Proporcionar sugerencias para la creación de modelos conceptuales para proyectos piloto para ejecutar y evaluar las intervenciones de los promotores de salud en las Américas.

Marco de desarrollo del simposio

La definición de promotor de la salud a la que se llegue, así como las conclusiones sobre la utilidad y factibilidad de su incorporación en programas de salud cardiovascular, debemos mirarla en el contexto del título del presente simposio: “movilización de las comunidades para mejorar la salud cardiovascular en las Américas”. Esto es, que se busca apoyar la prevención y control de las enfermedades cardiovasculares aprovechando las capacidades de la comunidad en las áreas de difusión de conocimientos y cambios de conductas y hábitos dañinos (áreas generalmente poco exitosas en las intervenciones tradicionales de salud) y secundariamente utilizar la fuerza comunitaria en mejorar cobertura de los servicios de salud y la pesquisa precoz de personas en riesgo. Paralelamente, la fuerza de la comunidad organizada y liderada por sus promotores puede cooperar a que a estos cambios de conducta individual se sumen cambios en los factores condicionantes sociales y ambientales, que también favorezcan la salud cardiovascular.

No obstante lo anterior, las experiencias muestran que el aporte de la comunidad— ya sea a través del modelo de promotores o por medio de organizaciones comunitarias que se incorporan a las actividades y decisiones de salud—se ha utilizado de diferentes formas y con diferentes objetivos de acuerdo a las necesidades y realidad de cada país. Por ello, se observaron varias visiones sobre el rol del promotor, el alcance de su trabajo y las características que debe tener quien asume ese rol. En ese sentido se pueden identificar tres grandes grupos, no necesariamente excluyentes entre sí:

- Quienes entienden al Promotor como una persona de la comunidad capacitada en temas de salud , que ayuda a extender la cobertura del sector salud: *se constituye en una forma de sustituir la carencia de personal* y disponer de “mano de obra” adicional
- Quienes ven en el promotor a un miembro de la comunidad que por sus características personales y capacitación adicional resulta ser más efectivo en llegar a las personas y a la comunidad y generar los cambios de conducta: *el promotor complementa las acciones del equipo de salud con acciones e intervenciones que le son propias* y para las cuales tiene mejores competencias
- Quienes agregan un componente valórico y más activo del promotor, *reconociéndolo como un representante efectivo de la comunidad* que, junto con asumir tareas de salud y apoyar los cambios, lleva también la voz de la comunidad hacia el sector salud y aboga por sus necesidades frente a las autoridades locales.

En cualquiera de los modelos anteriores, se logró consenso en que el promotor puede ser un aporte especialmente valioso para los programas de salud cardiovascular, en cualquiera de las etapas de intervención que cada país se encuentre.

Esta afirmación se fundamenta en que las enfermedades cardiovasculares son asintomáticas por mucho tiempo, son frecuentes y de alto riesgo, se asocian a conductas y estilos de vida y son prevenibles o controlables en gran parte de los casos: es por eso que la información, educación y creación de habilidades y destrezas para el cambio de conducta constituye un eje central en el manejo de este problema de salud.

El cambio de conducta no se logra ni con la información por su cuenta, ni por medio de instrucciones entregadas por el personal de salud. Se logra por una combinación de factores que incluyen los dos anteriores y agregan muchos otros como motivación y actitud hacia el cambio, factibilidad del cambio, habilidades personales para enfrentar medios adversos, refuerzo positivo, control de pares, existencia de modelos a seguir (el promotor puede ser uno de ellos), ambientes favorecedores, etc.

En ese contexto, se considera al promotor como un actor privilegiado en su capacidad de llegar con esta información y destrezas a las personas y comunidades; el promotor aparece con mayores posibilidades de lograr efectivos cambios de conducta que las intervenciones clásicas en salud,

porque actúa en la realidad cotidiana de las personas, genera confianza y hace de modelo reconocible y cercano.

Las presentaciones de experiencias en el trabajo con promotores fueron variadas y describen en general programas orientados a otros problemas de salud diferentes de las enfermedades cardiovasculares; sin embargo, estas presentaciones dejaron claramente establecido que las condiciones de base del trabajo de un promotor son similares y que por lo tanto parece factible y positivo utilizar estas condiciones en los programas de salud cardiovascular. Igualmente existió consenso en que el promotor entrega información relevante de su comunidad al sector salud, lo que permite adaptar mejor las intervenciones a las reales necesidades de las personas.

El grupo concordó que los **elementos centrales para lograr resultados** en el trabajo con promotores en salud cardiovascular son:

- la sustentabilidad estructural, técnica y financiera que deben tener los programas,
- la adecuada selección y capacitación a los promotores,
- la disponibilidad de material de apoyo sistematizado y común,
- el seguimiento y refuerzo continuo de los promotores,
- la evaluación tanto de los promotores como del resultado de sus intervenciones,
- la inserción de la actividad del promotor en un conjunto más amplio de estrategias sanitarias y extrasectoriales y
- el cambio cultural del personal de salud para acoger y apoyar estos programas.

No pareció relevante la diferencia entre promotores remunerados o voluntarios (dependerá de cada realidad) ni la cantidad de programas de salud simultáneos que trabaje cada promotor.

Especial consideración se dio a la condición de que el promotor sea parte de la comunidad y pueda intervenir “desde adentro”. En algunos casos se usan promotores externos, pero se estima que esas personas realizan más bien educación sanitaria y no actividades propias de un promotor, que serían más integrales.

Igualmente se enfatizó en que **el promotor debe ser respetado y considerado un miembro más del equipo de salud**, pero sin integrarlo de tal manera a la estructura que deje de representar a la comunidad y pase a ser un funcionario del sistema.

En uno de los casos destacó la decisión de no usar promotores y trabajar por medio de la incorporación formal de la comunidad organizada a los establecimientos y sistemas de salud. Esto se hizo operativo a través de “consejos de salud” que participan en el directorio de consultorios, hospitales y jefaturas de área en salud. Los representantes de la comunidad en estos consejos asumen la labor de puente entre ambas partes, participan en las decisiones y cooperan a cambiar creencias y hábitos en su comunidad.

Los participantes concluyeron el simposio definiendo las **condiciones de base, las fortalezas y los desafíos que existen en la Región** para implementar programas de salud cardiovascular que incorporen promotores. De dichas conclusiones destacan como elementos positivos y necesarios y a la vez disponibles en gran parte de los países participantes:

- (1) la disponibilidad de información,
- (2) la voluntad política para abordar el problema de las enfermedades cardiovasculares,
- (3) la existencia de estructuras de base en cuanto a servicios y programas de salud, que hacen más fácil la inserción de programas de trabajo con promotores,
- (4) el desarrollo de programas de salud comunitaria,
- (5) la experiencia de trabajo previo con promotores aunque sea en otros temas de salud,
- (6) la disponibilidad de promotores capacitados en muchos países,

- (7) la existencia de redes regionales que apoyan el intercambio de experiencias y otorgan sustentabilidad a las intervenciones, al existir compromisos regionales más allá del gobierno del momento, y
- (8) el cada vez mayor reconocimiento del problema que representan las enfermedades cardiovasculares por parte de la comunidad y autoridades.

Se reconoce la posibilidad que el intercambio de experiencias entre países (como este simposio) ayude a mejorar las intervenciones y aumentar la sustentabilidad de los programas.

Entre los **desafíos y retos comunes** se enfatizó en

- (i) la necesidad de integrar las intervenciones en salud cardiovascular dentro del conjunto de acciones para prevenir y controlar factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles (ENT);
- (ii) como coexistir con la alta prioridad que aún tienen los programas materno-infantiles en la Región;
- (iii) la necesidad de contar con financiamiento y soporte técnico y programático para poder abordar proyectos sostenibles;
- (iv) la necesidad de disponer de mecanismos de evaluación adecuados, tema aún en desarrollo; y
- (v) la difusión y uso del material de trabajo disponible para promotores y su adaptación y/o validación a la cultura local.

Siendo este Simposio una actividad dentro de un proyecto mayor que continúa su desarrollo y que se irá enriqueciendo a partir de los sucesivos encuentros y talleres, resulta importante resumir tanto los aspectos que generaron un consenso del grupo como aquellos en que no se llegó a una conclusión general única. Esto puede ser un punto de partida para trabajos posteriores.

Temas de consenso

- ✓ Las intervenciones en salud cardiovascular deben combinar varias estrategias para ser efectivas; una de las estrategias relevantes—y difícil de lograr por medio de las acciones tradicionales del sector salud—es el cambio de hábitos y conductas no saludables;
- ✓ La información (conocimiento) y la facilitación del entorno (ambientes que hagan más fáciles y factibles las decisiones saludables), requieren ser complementadas con intervenciones directas de motivación y desarrollo de habilidades para el cambio y de apoyo y seguimiento para establecer la nueva conducta;
- ✓ En su concepción más habitual, los promotores de salud son útiles y efectivos para apoyar programas de salud cardiovascular en el componente de educación y desarrollo de habilidades para el cambio de conducta;
- ✓ En algunos casos, los promotores pueden ser además agentes de empoderamiento de su comunidad y de abogacía frente a sus autoridades locales, cooperando a lograr entornos favorables en su comunidad que apoyen los hábitos y conductas saludables deseadas para la prevención y control de las enfermedades cardiovasculares.

Temas en discusión

- ¿El promotor debe realizar acciones de salud en general o acciones de promoción de la salud?
- ¿El promotor debe realizar educación solamente o puede también capacitarse y realizar acciones sanitarias específicas (tomar la presión arterial, inyectar medicamentos, atender partos, etc.)?
- ¿El promotor debe ser certificado o no?
- ¿El promotor debe trabajar en el centro de salud o ir a las casas de las personas?
- ¿El promotor debe ser remunerado o no?
- ¿Los promotores de salud cardiovascular deben ser exclusivos o deben incluir la salud cardiovascular dentro del conjunto de intervenciones que hacen para otros problemas de salud?
- ¿El promotor debe pertenecer a y vivir en la comunidad que atiende o puede ser externo?
- ¿El promotor es un instrumento para la estrategia de promoción o es más que eso?

- La relación del promotor con la comunidad ¿es un elemento central y constitutivo? ¿se transforma en otro si pierde esa relación?
- Los grupos comunitarios organizados ¿reemplazan la tarea del promotor, abarcan otras áreas complementarias de la promoción de salud o pueden desempeñar ambos roles?
- ¿Los promotores son útiles en poblaciones en condiciones de pobreza y difícil acceso a atención solamente o pueden trabajar en diferentes realidades sociales?

Al terminar el encuentro, se concluye que los participantes reconocieron y validaron el trabajo de los promotores en los diferentes contextos presentados y lo consideran un recurso de gran potencial en el ámbito de las enfermedades cardiovasculares, como agente de cambio, como educador y como ejecutor de algunas acciones de salud de pesquisa y control.

Inauguración

Dr. Juan Manuel Sotelo, OPS, PWR-Chile

Destaca la alianza entre OPS, el Instituto y el Ministerio de Salud de Chile, así como el trabajo que el país desarrolla en el área de promoción y prevención de las ENT. Resalta la necesidad de trabajar en conjunto con los recursos humanos de la Comunidad y la necesidad de conocer las experiencias de quienes ya trabajan en este ámbito. Recuerda que en las orientaciones de la OPS, la estrategia de Atención Primaria tiene nuevos enfoques para lograr que los servicios de salud respondan a la comunidad. Menciona la necesidad de la acción intersectorial y la acción comunitaria, como estrategias para modificar los determinantes de la salud. Es necesario un trabajo más intenso a nivel local, con una participación comunitaria real, en la que los profesionales de salud reconozcan y aprendan los que las comunidades pueden aportar a los servicios y a la mejoría de las enfermedades cardiovasculares.

La inauguración del evento contó con la presencia de autoridades de OPS, del NHLBI y del Ministerio de Salud de Chile, lo que resalta la importancia que la salud cardiovascular tiene para las instituciones sanitarias y los gobiernos de la Región.

Dr. Gregory Morosco, NHLBI

Menciona el trabajo previo desarrollado desde el NHLBI y OPS, que fue la base para lograr este espacio de convergencia e intercambio entre diferentes culturas y disciplinas. Destaca la importancia del intercambio de experiencias y del diálogo y pensamiento conjunto, como forma de dar un salto cualitativo en el conocimiento y acciones frente al problema de salud cardiovascular (“efecto Medici”). El Simposio debe crear nuevas formas de pensar y debe también crear vínculos entre los participantes, para continuar trabajando como redes y creciendo juntos. Concluye recordando que el desarrollo e investigación sobre los problemas de salud cardiovascular, sólo serán útiles cuando este conocimiento llegue a la gente y mejore su salud.

Dr. Alberto Barceló, OPS/WDC

Reconoce el trabajo de Chile en ENT, reconociéndolo como un referente para otros países de la Región. Agradece también la participación del NHLBI en este programa conjunto y a la PWR/Chile por la organización de la reunión.

Destaca también la relación de la estrategia de Atención Primaria y el servicio comunitario, como elementos necesariamente unidos para lograr las metas de salud. En el abordaje de las ENT es necesario acercar la salud a los más pobres, tarea en la que existen experiencias positivas sobre la utilidad de los promotores de salud.

Dr. Pedro García Aspillaga, Ministro de Salud de Chile

Destaca la importancia del simposio y la necesidad de buscar las mejores formas de “luchar contra la corriente”, en una sociedad individualista y con estilos de vida no saludables. Este tipo de actividades ayuda a la formación de redes y a difundir el mensaje sanitario a autoridades políticas fuera del sector salud. Comenta algunas cifras sobre la situación del país en cuanto a riesgo cardiovascular y de ENT, destacando la obesidad infantil, los malos hábitos alimentarios y la carencia de apoyo social a las personas.

La clave del éxito está en cambiar la actitud de las personas, comenzando por cambiar la actitud del equipo de salud para que asuma los conceptos de promoción y prevención en forma real y efectiva y pueda transmitirlos a la comunidad de manera creíble.

También es necesario trabajar con los medios de comunicación masivos, cuya influencia sobre la población es innegable, por lo que debemos construir un discurso saludable común con ellos.

Finalmente, recuerda que los países que suelen ser referentes para otros, -y que han vivido el aumento de las ENT y sus consecuencias-, tienen el deber de entregar información que alerte a los otros países de aquellas conductas que no deben ser imitadas.

Anima al grupo a aprovechar la reunión para compartir, pensar y proponer respuestas que unan a los pueblos y faciliten la felicidad de las personas.

Presentación de Experiencias: Módulo I

El creciente campo de los promotores de la salud

Dra. América Bracho, EUA

Recuerda la declaración de Alma Ata, resaltando que la afirmación de que se requiere migrar hacia el cuidado primario, -ya que la salud no mejorará con la atención especializada y el acceso a la tecnología no será para todos-, sigue siendo real en nuestros días. La atención primaria sigue siendo la estrategia de elección para provocar cambios y dentro de ella se insertan los promotores.

La acción de los promotores, -entendida como miembros de la comunidad que se encargan del cuidado de la salud del conjunto-, ha existido desde siempre, aún cuando el término “promotor” se formaliza sólo en 1978.

El promotor de salud pertenece a la comunidad y no a las instituciones de salud; el promotor es por sí mismo un experto en trabajo comunitario y las instituciones sólo le aportan conocimiento técnico. El respeto al promotor es parte fundamental del trabajo en este campo.

La presentación inicial referida al análisis del rol de los promotores de salud, su relación con la comunidad y con el sistema de salud y su utilidad en diversos programas, sumada a la presentación de experiencias de trabajo con promotores de salud, aportaron la base teórica y práctica de la discusión de fondo del Simposio.

Por ello, el promotor existe en forma previa a incorporarse en la prevención y promoción de la salud cardiovascular.

El promotor puede cumplir acciones sanitarias delegadas (tomar presión arterial, vacunar), pero sin olvidar que su rol fundamental está en lograr comunidades saludables; debe pertenecer a la organización del centro de salud y ser reconocido como un miembro del equipo de salud, pero siempre trabajando desde y en la comunidad. La comunidad debe respetarlo y debe tener un grado de autoridad en ella.

Describe las características centrales de los promotores: capaces de interactuar con profesionales de salud, creativos, valientes, con condiciones de “animador” de su comunidad, con capacidad de llegada a la gente por vías diferentes, en resumen, ser promotor es un trabajo de compromiso y cariño, no es un trabajo de intelecto.

Recomienda que en la selección de promotores primen las características personales referidas a compromiso, preocupación por la justicia social, amor por las personas y conocimiento de su comunidad. Existiendo esa base, los conocimientos técnicos necesarios se pueden enseñar y las habilidades se pueden entrenar. Ser promotor no es un programa técnico, es una forma de llegar a la comunidad, que puede utilizarse como apoyo para muchos programas. No existe entrenamiento que soluciones una mala selección inicial de promotores.

No concuerda con los proyectos que reclutan promotores que no son parte de la comunidad. Su tarea no podrá ser la misma porque falta el componente esencial.

El promotor es exitoso porque es visto como un igual, al cual le preocupa su comunidad; puede demorarse más que un profesional de salud en obtener el respeto técnico de su comunidad, pero una vez logrado su llegada es mayor. El promotor es el educador por excelencia, capaz de mirar el contexto, cualquiera que sea el programa específico que va a enseñar. No se debe extraer al promotor de su comunidad porque pierde la esencia de su fortaleza; debe ser respetado y reconocido como un miembro más del equipo de salud, pero siempre desde la comunidad. La labor del promotor es bilateral; también aporta información e ideas desde la comunidad al equipo de salud, que deben ser consideradas en las decisiones de este último.

Un apoyo adicional, es aquel promotor que tiene alguno de los factores de riesgo o enfermedad sobre la cual educa. También es útil contar con promotores de todas las edades, según el grupo objetivo. El hablar desde uno mismo probadamente mejora la adhesividad del grupo y su capacidad de cambio. Los promotores logran resultados no pensados por el equipo de salud, porque se ponen en el lugar de las personas: pueden hacer que una persona analfabeta maneje su control de glicemia, enseñándole los números básicos que requiere para ello. Los promotores pueden también movilizarse para obtener recursos adicionales e incluso exigir al propio centro de salud que debe cumplir con proveer los recursos necesarios para esa comunidad. El médico respeta al promotor no porque esté capacitado, sino porque es un verdadero apoyo para que su paciente esté mejor.

Recomienda otorgar solamente certificación técnica a los promotores (en el programa de salud para el cual se han capacitado); la condición de promotor, en cambio, no puede ser certificada desde el sector salud porque es una condición personal, otorgada de facto por la comunidad.

Igualmente, aunque se reconoce la existencia de promotores pagados y promotores voluntarios, si se quiere construir una estructura sustentable debe existir un grupo pagado, reconocido como una labor habitual del equipo de salud, el cual puede ser apoyado en su tarea por promotores voluntarios. Algunos promotores continúan estudiando y llegan a ser profesionales; es excelente como desarrollo personal pero ya dejan de ser promotores.

Finalmente resume los principales elementos de su ponencia en:

Destrezas fundamentales del promotor

- Destrezas de comunicación
- Conocimiento sobre la materia
- Saber organizarse
- Saber educar
- Saber abogar
- Poder capacitar de su comunidad para la autogestión
- Ser un coordinador de servicios
- Buenas relaciones interpersonales

Tareas centrales en el trabajo con promotores:

- Selección: centrada en condiciones personales de base y en el conocimiento de su comunidad
- Entrenamiento: conocimientos y habilidades técnicas, más refuerzo de la creatividad personal y cultura propia
- Supervisión: el supervisor para ser efectivo debe también estar entrenado en trabajo comunitario.

Desafíos y oportunidades en el trabajo de los promotores

- Necesidad de una intervención competente, personalizada y económica: como llegar a las personas y lograr cambios de conducta; como hacerlo respetando la cultura de la gente.
- La epidemia de obesidad y desnutrición: como abordar simultáneamente problemas de salud en dos niveles
- Necesidad de intervenciones integrales: como lograr las intervenciones necesarias en otras áreas para favorecer el cambio de hábitos no saludables
- Salariados v/s no salariados: debe existir un grupo de base salariado, que sostenga la estructura y le dé continuidad
- Certificación sólo en aspectos de su trabajo en cada programa. No como promotor
- Institucionalización: el promotor debe ser parte del equipo de salud, pero no institucionalizarlo demasiado porque entonces se pierde para su comunidad y pasa a responder prioritariamente al centro de salud

Colaboración con el trabajo de promotores: otras fuentes de recursos

- Comunidades
- Clínicas comunitarias y hospitales
- Universidades y Academia
- Fundaciones privadas
- Gobiernos y representantes políticos
- Sector religioso
- Sector empresarial
- Escuelas
- Ministerios o Departamentos de Salud
- Organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro

“Pastoral da Criança”

Dr. Nelson Arns Neumann, Brasil

La Pastoral de los Niños fue creada en 1983 por una iniciativa de la Iglesia Católica, tendiente a trabajar directamente con las familias en sus hogares promoviendo valores culturales como la fraternidad, la co-responsabilidad social y el ecumenismo y orientada a reducir la malnutrición y la mortalidad infantil y la marginación social, contribuyendo al desarrollo integral de los niños.

El centro del programa son las promotoras (generalmente mujeres) que trabajan en forma voluntaria visitando mensualmente a un grupo de familias a su cargo, desarrollando labores de información y educación y monitoreando el desarrollo infantil a través de mediciones regulares de peso y talla de los niños; entregan también conocimientos a las familias sobre inmunizaciones y sobre terapia de rehidratación oral. Con la experiencia, las promotoras pueden ayudar a controlar infecciones respiratorias y a prevenir accidentes domésticos. La iniciativa ha producido mejorías observables en la desnutrición infantil y el bajo peso al nacer.

El trabajo es completamente voluntario, las promotoras son reclutadas en la misma comunidad y cada una de ellas está a cargo de hasta 15 familias. Las promotoras reciben capacitación formal, contenida en una “Guía para las Promotoras” y son certificadas por ello. Luego se incorporan a un programa de profundización de conocimientos anual. No se rechaza a ningún candidato interesado en ser promotor. La rotación de los líderes es alta (20-30%), pero como pertenecen a la comunidad y se educan a través del programa, aún cuando se retiren se ha ganado un beneficio personal y social con su mayor capacitación y conocimiento.

El sistema de información desarrollado para monitorear el crecimiento de los niños y las actividades realizadas permite no solo cuantificar las actividades, sino que al mismo tiempo constituye la base para construir un perfil de salud de las comunidades cubiertas por el programa. Las promotoras se reúnen en forma regular para compartir su experiencia y resolver problemas comunes. Los recursos necesarios para los talleres, material educativo y gastos administrativos provienen de diferentes instituciones y empresas colaboradoras.

La iniciativa ha ido agregando indicadores e intervenciones de mayor alcance, como la medición de “indicadores de oportunidad de desarrollo” a través de las mismas promotoras.

“The Way of the Heart: The Promotora Institute” en Nogales, Arizona

Sra. María Gómez-Murphy, EUA

La participación de la comunidad es la mejor forma de mejorar las condiciones de vida y mejorar la salud. La pobreza se relaciona con el bajo empoderamiento y se debe revertir esa situación.

El modelo de los promotores crea un puente efectivo entre el sistema de salud tradicional y las poblaciones de escasos recursos con bajo acceso a atención de salud. El modelo se inició en los países pobres con recursos limitados y déficit de personal de salud y se ha extendido exitosamente en los Estados Unidos. La mayoría de los promotores pertenece a la comunidad y trabaja con varios problemas de salud y varias personas simultáneamente. Los promotores se desempeñan dentro del contexto cultural y sicosocial de sus comunidades y se acercan a ellos a través de medios alternativos (iglesias, fábricas, supermercados, etc.). Los promotores transfieren a sus comunidades información de salud y estrategias de control y prevención de enfermedades crónicas, así como les facilitan el acceso a la atención de salud y a los programas de apoyo social.

El trabajo de los promotores puede ser medido por resultados en varias formas: cambios de conducta de las personas y familias y cambio en el estado de salud de una comunidad o en el acceso a la atención de la misma.

El instituto capacita a los promotores en temas básicos de salud, pero no pueden realizar actividades sanitarias. y Los promotores son pagados, ya que deben estar siempre disponibles para su comunidad y esa disponibilidad debe ser remunerada. Sin embargo, su tarea no es un empleo, sino un estilo de vida: son promotoras las 24 horas y están disponibles para su comunidad. Los promotores se caracterizan por ser personas que son líderes naturales, con experiencia comunitaria y con personalidad acorde a su rol frente a la comunidad.

Un resultado adicional del programa son los cambios que ocurren en los propios promotores, tales como que la promotora asuma un rol de liderazgo en su comunidad, que continúe estudiando y logre un título universitario, que complete sus estudios básicos, etc. Se crea un efecto de empoderamiento creciente para la promotora y para su comunidad. La promotora ayuda a otros y de esa forma se ayuda a sí misma.

Programa Salud Comunitaria Gerencia de Atención a la Niñez

Dr. David López, El Salvador

El trabajo en Salud Comunitaria se ejerce principalmente en el área rural y la figura del promotor de la salud se encuentra institucionalizada. Éste nace en 1975 con la incorporación de 20 líderes originarios de las comunidades rurales, con funciones dedicadas al fomento y promoción de la salud. Las primeras evaluaciones mostraron resultados positivos por lo que la iniciativa se mantuvo y finalmente en 1989 se formaliza el nombre de promotor de la salud y se crea el Programa de Salud Comunitaria, certificándose las destrezas y habilidades de los promotores.

Este grupo recibe formación técnica para prestar servicios básicos de salud en las áreas rurales, teniendo como objetivo central el lograr cambios de comportamientos nocivos para la salud a través del autocuidado. Realizan atención domiciliaria, entrevistas y charlas educativas, demostraciones y también referencias a otros niveles de salud cuando es necesario. La percepción del hospital sobre las referencias que recibe de los promotores es positiva, considerándolas adecuadas y oportunas.

Los promotores acompañan y apoyan a los individuos y las familias en su propia comunidad, enfocándose en las áreas incluidas en los programas de salud prioritarios del país. La información que recogen se consolida en un sistema de información gerencial que permite conocer la situación de salud de la comunidad. El promotor sabe cuando y por qué un niño no asiste a control, por qué una familia se encuentra en riesgo, si la embarazada se encuentra al día en su atención, etc.

Ejes centrales de acción de los promotores de Salud:

1. Promoción y fomento de la salud como eje central
2. Vigilancia epidemiológica comunitaria
3. Fomento de la organización y participación comunal
4. Atención básica de salud por medio de
 - (i) acciones preventivas, preferentemente en mujeres en edad fértil, embarazadas y niños menores de 5 años,
 - (ii) acciones curativas prioritariamente en niños menores de 5 años,
 - (iii) atención de primeros auxilios,
 - (iv) referencia oportuna y
 - (v) recolección de información básica

El rol del promotor en el fomento y promoción de la salud del adulto se orienta a fortalecer estilos de vida saludables y a la prevención de factores de riesgo tales como consumo excesivo de alcohol, tabaquismo,

inactividad física, obesidad, hipertensión arterial y dieta inadecuada. La prevención de los factores de riesgo se aborda desde la adolescencia, adulto y adulto mayor, de acuerdo a las prioridades en cada grupo de edad.

El programa tiene una base sólida que le otorga sustentabilidad en el tiempo: el Ministerio garantiza salarios y uniformes del personal y medicamentos para los programas; la capacitación, equipos y materiales se provee a través de convenios entre el Gobierno y Agencias de Cooperación, ONG, ISSS y otros. Se realizan evaluaciones periódicas para certificar el resultado del programa y respaldar su continuidad. Para mejorar el programa se requiere ahora el abordar más funciones en salud ambiental, optimizar el uso del tiempo laboral del promotor y aumentar la disponibilidad de supervisores para seguimiento, evaluación y capacitación en servicio de los promotores.

La presentación concluye destacando que el abordar la salud cardiovascular a este nivel es una oportunidad para fortalecer las acciones preventivas a nivel personal, familiar y comunitario, así como una oportunidad de mejorar la prevención específica orientada al adulto y adulto mayor. Igualmente, resalta la fortaleza que significa que exista apertura por parte de las autoridades sanitarias para acoger esta iniciativa, que se cuente con un modelo de atención integral de base y la disponibilidad de 1949 promotores de la salud que pueden incorporar esta área a su trabajo.

Construyendo Ciudadanía en el Marco de la Reforma

Sra. Nora Donoso y Sra. Teresa Boj Jonas, Chile

En Chile no existe la figura del promotor como en el resto de los países participantes. La estrategia se desarrolla a través de una Plan Nacional de Promoción con énfasis en la participación comunitaria y no en el promotor.

El Plan Nacional de Promoción se enmarca en la reforma de la Salud, en la cual destacan hitos muy relevantes para su desarrollo:

1. La Promoción de la Salud es oficialmente una política de estado desde el año 2000
 - a. El Comité Vida Chile define y entrega formalmente al Presidente las Metas Intersectoriales de Promoción para el país, comprometiendo al Gobierno desde el inicio en esta tarea
 - b. El Comité lo integran representantes de Ministerios de diferentes áreas, no sólo de Salud, Universidades, Sector Privado, etc.
2. La nueva Ley de Autoridad Sanitaria otorga expresamente a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud las atribuciones y obligaciones para desarrollar programas de promoción de la salud, superando la definición clásica centrada sólo en recuperación de la salud.

Las actividades se desarrollan en el marco de una visión integral de la salud, que considera todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones civiles, políticas, sociales, económicas, entorno físico, etc., así como sus implicaciones e impacto sobre la salud y la calidad de vida.

La principal tarea es hacer converger los objetivos, intereses y acciones de las diferentes áreas. Se desarrollan planes pilotos en que varias instituciones dan respuesta integral a necesidades. Un ejemplo es el apoyo a familias que obtienen nuevas viviendas, en que se asocia esa entrega con soporte a su inserción en la nueva comunidad, programas preventivos para drogas y alcohol, etc.

El énfasis del Plan es el abordaje de los factores determinantes de la salud, incorporando no sólo los estilos de vida, sino también las condiciones de vida. La visión es amplia, considerando entre los hábitos saludables no sólo aquellos tradicionalmente asociados a salud, sino también los que inciden en la vida colectiva como tolerancia, respeto a la vida, pacifismo, etc. La participación se construye como parte del proceso que

comienza al compartir necesidades, aspiraciones y experiencias. No basta una comunidad organizada para considerar que está participando; a eso debe agregarse la capacidad de tener objetivos comunes y el ejercicio del derecho y el deber de tomar decisiones.

Vida Chile se estructura en un Consejo Nacional, los Consejos Regionales y finalmente los Comités Comunales. El 98% de las comunas ya cuenta con su Comité y con un Plan Comunal definido. De estos 338 planes no todos alcanzan aún la madurez necesaria, algunos aún se orientan a objetivos curativos y no de promoción, otros son todavía liderados por personal de salud, pero al mismo tiempo hay muchas comunas en que la comunidad se ha apropiado de sus planes y tiene objetivos propios de promoción, incluso han ejecutado su propio diagnóstico de situación de salud. Las comunidades más exitosas comparten algunos elementos en común: suelen tener alcaldes comprometidos con la promoción que le dan sustentabilidad a la tarea, existe apoyo político local y se trabaja en forma intersectorial sin limitarse al sector salud.

Algunos resultados de esta estrategia se reflejan en el importante aumento de cobertura logrado desde los inicios del Plan, así como en el cumplimiento de las metas e indicadores intermedios definidos en dicho Plan (indicadores y metas de proceso para esta primera etapa).

El desafío futuro es incorporar las metas de promoción como parte habitual de los programas del Ministerio de Salud y del resto de las organizaciones públicas vinculadas.

Resumen comentarios y preguntas Módulo I

Se discute el rol del promotor y la posibilidad de que al institucionalizarlos en exceso y pagarles salario se pierda el perfil y objetivo original. Se plantean casos en que lo anterior ha llevado a cambiar los criterios de selección para ser promotor e incluso a seleccionar gente que no pertenece a la comunidad donde trabajará. Si se aumenta la exigencia académica y se sobrecargan las funciones del promotor con lo que lo alejamos de la comunidad; la pregunta es ¿Puede un promotor externo relacionarse realmente con la comunidad y provocar cambios?, ¿el promotor con mayores conocimientos y más tecnicismo no dejará de lado otros elementos sociales relevantes?

La mirada opuesta plantea que todos los promotores quieren crecer y superarse y que eso no significa que todos dejen de ser promotores por esa causa. Efectivamente algunos estudian otras carreras y dejan de ser promotores, pero muchos otros crecen sin abandonar su rol y toman otros roles más altos como supervisor o capacitador de otros promotores. Sin embargo, también este crecimiento los aleja del rol directo de terreno; el promotor de terreno debe ser y mantenerse dentro de su comunidad.

Una de las promotoras presentes expresa que ser promotor es algo personal, que no necesita ser certificado externamente y que no va a cambiar porque reciba salario o no. Considera que la certificación acredita conocimientos en determinadas materias (salud cardiovascular, diabetes, materno-infantil, etc.) pero no acredita la condición de promotor, que es previa. Es clara en afirmar que un promotor debe vivir en su comunidad y participar de corazón en esta actividad.

Se consulta sobre quien cumple el rol de educación y promoción en Chile, dado que no hay promotores. Se aclara que esta tarea la cumple personal de salud (auxiliares de enfermería principalmente), de educación (maestros) y de otras instituciones. En ocasiones esta tarea la continúa la comunidad organizada, por ejemplo los grupos de padres en las escuelas. El único modelo en que el promotor pertenece a la comunidad es en las postas rurales, donde el auxiliar paramédico que se hace cargo es un miembro de la comunidad, pero siempre con formación en salud y parte del equipo de salud.

Se profundiza en la experiencia chilena, especialmente en el trabajo realizado para hacer converger a las diferentes instituciones en Vida Chile. Se plantea la necesidad de perseverancia, cumplimiento de acuerdos, desarrollo de trabajos concretos en común y de beneficio mutuo, aprovechar lo que ya tiene cada institución para hacer actividades de promoción por esa misma vía, etc. Se reconoce que aún predomina el enfoque biomédico en muchos de los grupos y que falta incorporar más efectivamente la visión y valores de la comunidad.

La experiencia en El Salvador destaca la importancia del compromiso del gobierno local para fomentar el trabajo voluntario y la promoción de salud. Es importante hacer abogacía, pero no todas las autoridades responden igual.

Se destaca la diferencia de los promotores que surgen como respuesta a la mala cobertura de los servicios de salud, de los promotores que surgen realmente en el contexto de programas de salud que requieren cambios de conducta y ambientes saludables.

Persiste la duda sobre el efecto del salario, que puede convertir al promotor en un empleado o puede provocar un conflicto de intereses ya que por una parte debe representar a su comunidad, pero es un empleado del sistema de salud.

Un aporte indica que los promotores no “entregan”, sino que “influyen”. Un promotor puede poner vacunas y está entregando acciones de salud, pero su rol central es influir en su comunidad para lograr los cambios y conductas saludables.

Presentación de Experiencias Módulo II

Experiencia del Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre (NHLBI) con los promotores de la Salud, Panorama de Salud para su Corazón

Sra. Matilde Alvarado

El NHLBI es uno de los veintisiete Institutos y centros de los Institutos Nacionales de Salud y es parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. La Oficina de Prevención, Educación y Control se encarga de coordinar la traducción, aplicación y distribución de la investigación científica para los profesionales de la salud, pacientes y público. Uno de los medios para llevar a cabo su tarea, es la implementación de programas enfocados a la prevención y control de los factores de riesgo cardiovascular, desarrollados a través de iniciativas para comunidades multiculturales y centradas en la labor de los promotores de salud.

Las iniciativas para comunidades multiculturales se establecen para ayudar a eliminar la desigualdad entre los grupos étnicos y mejorar la calidad de vida. La población objetivo la componen las personas de origen latino, también existen programas específicos para la población afro americana, asiática, indígena y otros. El programa para latinos se conoce como Salud para su Corazón. Su filosofía se resume en “la gente que ayuda a la gente”, aumentando los conocimientos y actitudes para prevenir las enfermedades del corazón y promoviendo cambios de conducta para mantener un corazón sano. Este enfoque en la población latina se fundamenta en que se trata de una población en crecimiento, con mal acceso a los sistemas de salud, con desconocimiento del inglés y con alta frecuencia de factores de riesgo y mortalidad por ECV. Las estrategias e información en inglés no llega a quienes sólo hablan español y las traducciones disponibles no eran adecuadas a la cultura propia de estas comunidades.

El programa Salud para su Corazón del NHLBI realizó inicialmente encuestas para conocer necesidades, campañas de comunicación para difundir conocimientos sobre problemas de salud cardiovascular y elaboración de material educativo. Posteriormente se plantearon la necesidad de llegar a la comunidad en forma sistemática y de lograr que los conocimientos fueran aplicados en la vida diaria; la respuesta a esta inquietud fue la creación de programas de salud para el corazón, con participación de promotores de la salud que hicieran de puente entre la comunidad y los programas y el diseño de manuales y otras herramientas para uso de los promotores. El programa piloto iniciado el año 2000 se extendió a otras comunidades, a las agencias y clínicas comunitarias a nivel nacional, para llegar en el año 2005 a que el NHLBI establece un centro de capacitación en “Gateway Community Health Center” en Laredo, Texas. El fin es que “Gateway Community Health Center” establezca vínculos con tres clínicas comunitarias en Texas y capacite a los proveedores de salud y los promotores utilizando el modelo de promotores como una extensión de la atención a pacientes con factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares.

Los promotores son principalmente personas que toman acciones, que provocan cambios. Son líderes confiables y respetados por su comunidad, influyen en los valores para impactar en las conductas, realizan su trabajo con amor y pasión para ayudar a su comunidad y están dispuestos a capacitarse para ser eficientes como promotores. Realizan su trabajo apoyados por el material preparado por el NHLBI, que cuenta con adaptaciones específicas para las diferentes culturas de la población objetivo y se presenta en diversas formas para adecuarse mejor a cada objetivo y a cada comunidad (manuales, rota folios, videos, fotonovelas, demostraciones de cocina, etc.). El programa utiliza un modelo multiplicador para la capacitación, comenzando con capacitar líderes, que a su vez capacitan a los promotores, los que a su vez entregan conocimientos y destrezas a la comunidad.

Salud para su Corazón en Acción

Dr. Héctor Balcazar

Se exponen tres modelos de implementación del programa Salud para su Corazón. El objetivo es que el trabajo se inserte dentro del sistema de salud manteniendo el modelo comunitario y priorizando la acción social y la participación. Se busca que la promoción se mantenga integrada y relacionada con todos los procesos interdisciplinarios paralelos que confluyen a lograr mejorar la salud de las personas y comunidades.

El primer modelo se fundamenta en núcleos comunitarios como organizaciones de base, en que los promotores trabajan con estas organizaciones y no directamente con las familias. El segundo modelo se desarrolla en un contexto universitario en alianza con la comunidad, formando promotores. El tercer modelo se enfoca en la integración de promotores al equipo de salud de las clínicas.

Los tres modelos de proyectos tienen fases comunes en la planeación, implementación y evaluación. La implementación exige un esfuerzo mayor, no sólo para capacitar a los promotores, sino también para acoger las diferentes dimensiones culturales, acompañar y supervisar a los promotores, lograr apoyo comunitario a su tarea y disponer de insumos para la evaluación del trabajo realizado.

En el primer modelo los promotores se integraron a estructuras comunitarias que ya existían previamente. Los promotores capacitados por el programa interactuaron con las familias y la comunidad a través de estas organizaciones de base. Para evaluar los resultados se analizó el promotor como agente de cambio, las comunidades de base como agentes de contexto la familia como sujeto de cambio. El programa funcionó, las familias generaron cambios después de la intervención y además compartieron la información con otros miembros de la comunidad.

Los promotores se validaron como agentes de cambio a nivel comunitario. Junto al logro de este objetivo central, el programa mostró también que funciona en diferentes regiones y en zonas urbanas y rurales; que

logró compromiso de las organizaciones de base cuyo apoyo demostró ser fundamental para el éxito de la intervención; que los datos recolectados fueron consistentes; que las actividades se extendieron a labores de tamizaje y referencia y, muy importante, el programa continúa funcionando en las siete comunidades donde se implantó.

En el Modelo asociado a Universidades se buscó dar un soporte técnico formal a los promotores, en un contexto de salud pública. Los promotores fueron apoyados en la etapa de estudio por alumnos de la Maestría en Salud Pública, quienes luego se incorporaron al programa como voluntarios. El grupo que recibió clases formales se comparó con un grupo control sin esta capacitación. Las estrategias de intervención incluyeron la formación de alianzas comunitarias, la evaluación de necesidades de la comunidad, la capacitación de los promotores, la educación comunitaria intensiva y estándar por parte de los promotores y la difusión de material educativo.

Los resultados fueron positivos, observándose cambios positivos con variables conductuales asociadas con el peso, actividad física, consumo de sal y consumo de grasa por parte de las comunidades. Los retos futuros son la integración de la intervención y de la evaluación, ya que los problemas de salud cardiovascular se presentan conjuntamente con otros factores de riesgo y otras enfermedades. Igualmente se requiere realizar estudios de costo-efectividad para comparar esta estrategia basada en promotores con otras estrategias en salud cardiovascular.

Otras conclusiones y logros que se obtuvieron de esta experiencia son:

- ✓ Es efectivo usar promotores como agentes de cambio y educadores de salud
- ✓ Los promotores de salud se benefician promoviendo cambio también entre ellos
- ✓ Los materiales educativos adaptados culturalmente son un aporte necesario para el éxito
- ✓ El trabajo con promotores es permanente, capacitando, monitoreando y empoderando a las personas
- ✓ La participación de estudiantes de post-grado en salud pública fue muy importante en los resultados
- ✓ Las promotoras pueden adaptarse a circunstancias variadas
- ✓ El mismo programa para problemas de salud cardiovascular se adaptó fácilmente para el control de otras enfermedades como la diabetes e hipertensión arterial.

Al mirar lo realizado se observa que el programa Salud para su Corazón se ha consolidado y completa ya 11 años de funcionamiento; los materiales educativos que produce están validados en su utilidad; los promotores se han validado en su rol en salud; los medios de comunicación promueven la salud cardiovascular; agencias federales financian ejecución del programa dentro de sus actividades; el modelo ya se aplica a otras áreas de la salud como osteoporosis y pronto también cáncer; el modelo se utiliza con éxito en diferentes áreas y culturas. También se observa desarrollo de las promotoras en el aspecto personal ya que varias de ellas se han certificado y han estudiado otras carreras.

Los promotores como una extensión de la atención: *The Gateway Community Health Center Experience* en Laredo, Texas

Sra. Lucía García y Sra. Lourdes Rancel, EUA

La experiencia muestra un sistema integral de cuidado de la salud para el manejo de la diabetes y la enfermedad cardiovascular, desarrollado en el marco de una organización acreditada y reconocida. Cuentan con dos clínicas comunitarias además de instalaciones rurales en las cuales se realizan actividades clínicas semanales que benefician a 16.263 usuarios. Durante el año 2004 realizaron 71.288 atenciones sanitarias, médicas y dentales.

Su trabajo se basa en el uso de las mejores prácticas y cuentan con la participación de diferentes personas e instituciones en diferentes niveles: NHLBI, Human Resources Services Administration (HRSA), OPS, Robert Wood Johnson Foundation, Pfizer Health Solutions Inc., Methodist Healthcare Ministries, pacientes, familiares, proveedores de servicios médicos, staff médico, promotoras, directorio y administradores.

Los componentes que dan sustento técnico y estructural al programa son (i) el manejo por parte de los proveedores de salud de los principios del auto cuidado , (ii) una infraestructura capaz de soportar el volumen requerido y que provee opciones a los consumidores respecto de la entrega de los servicios, (iii) un sistema de referencia, seguimiento, retroalimentación y registro que garantiza una práctica clínica centrada en el auto cuidado integrada y consistente y (iv) un sistema capaz de reconocer y manejar la depresión asociada a la enfermedad crónica.

Las intervenciones específicas en auto cuidado integran al promotor en el manejo de los pacientes en el centro de salud, bajo el siguiente esquema:

- Los promotores orientan el manejo y seguimiento de la enfermedad y su desarrollo, considerando los factores culturales asociados
- Los médicos apoyan el trabajo de los promotores
- Se dispone de pautas y procedimientos para que los promotores puedan realizar las acciones que les corresponden y para evaluar su desempeño
- Existen pautas para la referencia de los pacientes al médico, al hospital y al promotor
- La información clínica y administrativa se maneja a través de bases de datos que permitan análisis y conclusiones

El programa ha mostrado beneficios tanto desde el punto de vista de los prestadores de servicios de salud, como para los pacientes. Los prestadores reportan un uso más eficiente de su tiempo, una mejoría en el control de la diabetes y factores de riesgo cardiovascular en sus pacientes, cuentan con una evaluación de necesidades sociales además de las necesidades médicas, los promotores refuerzan el plan de tratamiento que ellos indican, logran extender los servicios médicos, identifican referencias y servicios adicionales requeridos y han logrado implementar protocolos clínicos. Los pacientes reciben más tiempo para educación, mejoran los resultados en salud, reciben un cuidado personalizado, tienen mayor adhesividad al tratamiento, mejor acceso a la atención, resuelven sus necesidades específicas con la referencia adecuada y perciben una mejor calidad de atención.

La presentación concluye resaltando que el auto cuidado es la clave para el buen control de la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y la salud emocional y que los promotores tienen un rol central en su implementación y seguimiento.

Resumen comentarios y preguntas Módulo II

Evaluación

La evaluación de las intervenciones fue uno de los temas más discutidos. ¿Qué indicadores usar?, ¿Qué instrumentos de medición son útiles? ¿Cómo pasar de indicadores de proceso a indicadores de resultado? Existe consenso en que se dispone aún de poca experiencia de evaluación en promoción y surge la pregunta ¿Qué se debe evaluar específicamente en la acción de los promotores? ¿Cambio de conducta, conocimientos, actitud, etc. de la comunidad? Lo ideal es medir cambios en la prevalencia de factores de riesgo, pero al inicio sólo es posible medir proceso. Se requiere aprendizaje en esta área.

Contexto político

¿Cambia la situación cuando existe atención primaria organizada, la promoción está dentro de las políticas públicas del país, hay sistema único de salud universal, el gobierno está comprometido con el tema? Todos concuerdan en que el contexto político hace una gran diferencia en los resultados.

Como integrar a los promotores al equipo de salud es un tema relevante. Hay barreras culturales que vencer.

Necesidad de rendir cuentas

Se destaca la necesidad de rendir cuentas o “accountability” de los servicios de salud. Esa cultura ayudaría a que tengamos más conciencia que con los sistemas tradicionales no estamos logrando mejorías en los pacientes crónicos ni tampoco disminución de los factores de riesgo (¿cuántos pacientes con hipertensión arterial en control siguen con la presión alta, cuántos siguen engordando pese a estar en tratamiento?). Se requieren intervenciones asociadas para cambio de conducta y en eso el promotor puede ser un gran aporte. Para mejorar la calidad hay que “activar” al paciente para que pase a ser un consumidor informado.

Roles y limitaciones de los promotores de salud

La labor de los promotores no puede ser sólo educativa, debe ser más integral. No debe enfocarse sólo a la enfermedad, sino a la persona que la sufre. ¿Pueden cooperar los promotores a desarrollar factores protectores y no sólo a corregir factores de riesgo?

El promotor que hace prevención primaria, debe poder acompañar también a quien desarrolla la enfermedad; si al estar enfermo la atención se medicaliza completamente, las personas pierden el apoyo integral del promotor.

¿Cuál es el límite de las actividades del promotor? ¿puede tomar también prevención secundaria? No sea que se privilegie el rol de reemplazo de personal de salud faltante y se pierda la capacidad de agregar estrategias complementarias para mejorar actitudes y lograr cambios de hábitos y conductas. El promotor mejor que nadie puede acompañar el cambio con herramientas prácticas de apoyo (en vez de decir solamente que coma con menos sal, enseña a hacer condimento alternativo a un costo sustentable para la comunidad). Se propone crear área de promoción en el sector educación y tener promotores de esa área para que hagan promoción de la salud.

No hay consenso sobre que es un promotor y cual es su efectividad. Hay grandes diferencias entre países. ¿de que depende la efectividad de un promotor?., ¿de los recursos asociados que le entregamos?, ¿de hacerse cargo de un solo programa o de estar a cargo de varios factores al mismo tiempo?, ¿de trabajar aislada o en equipo?, ¿del lugar donde debe trabajar? ¿es menos efectiva si su población a cargo es más pobre y por lo tanto más vulnerable y con menos capacidad de respuesta? La evaluación de efectividad de los promotores no puede hacerse separada de su contexto ni del objetivo para el cual se le preparó. Hay escenarios donde puede ser válido no trabajar con promotores

Se observa que en la práctica, los promotores pueden hacer y hacen muchas actividades diferentes tales como educación, tamizaje, atención, consejería, registro, vigilancia, representación de la comunidad, puente entre salud y comunidad, etc.

También se discute sobre ¿qué es el promotor?, ¿es parte del equipo de salud?, ¿está a cargo de qué?, ¿es una profesión o una destreza natural?. Si se define promotor como “el que hace promoción de la salud”, esto abarca abogacía, movilización comunitaria, alfabetización, educación en salud, etc. Existe un promotor que trabaja en el modelo político (abogacía y movilización) y un promotor que trabaja un modelo más comunitario: trabajo directo con la gente. Ambos son válidos

En Chile no existe la figura del promotor; la educación en salud la realiza el auxiliar paramédico miembro del equipo de salud. Culturalmente esta educación no es bien acogida, teniendo escaso éxito, excepto en las zonas rurales. Las personas que acuden a sesiones educativas son generalmente mujeres y abandonan al poco tiempo; dicen preferir a los profesionales de salud. No existe tampoco un material educativo sistematizado de uso general.

Hay temas comunes pero hay grandes diferencias de enfoque y queda claro que la labor del promotor está inserta en un contexto que no es igual en todos los países

Discusión asistida Módulo III: ¿Como se aplicará el modelo de promotores?

Objetivos

- Señalar las estrategias y prácticas emergentes
- Determinar las oportunidades y diferencias de los programas
- Evaluar la factibilidad de la ejecución de un programa basado en promotores para la salud cardiovascular

Venezuela

Todas las actividades se integran dentro de la estrategia de atención primaria. El centro es la educación; se trabaja con comunidades organizadas, con comités de salud vinculados a los consultorios y al resto de la red asistencial. La estrategia propuesta es realizar la prevención de enfermedades cardiovasculares en el nivel primario, incorporando promotores a esta tarea. Los promotores en Venezuela son voluntarios. Existe respaldo ya que hay decisión política de abordar las ENT; el país trabaja con una estrategia similar al CARMEN. Los programas son nacionales, pero se adaptan a cada realidad local en conjunto con los comités de salud locales.

Para el caso de población indígena si existen promotores que son parte de la misma comunidad. Para intervenir en esas poblaciones han debido disponer previamente de estudios antropológicos para diseñar más adecuadamente las intervenciones.

Nicaragua

Consideran necesario probar el modelo de intervención con promotores a través de un proyecto piloto antes de masificarlo, especialmente porque el objetivo es el cambio de conducta de las personas y eso no es fácil de conseguir ni de medir.

Crearán unidad a nivel escolar, por considerar más factible lograr cambio de hábitos en edades tempranas. Trabajar con niños, además, implica de todas maneras incorporar a la familia a través de ellos. Los promotores serán los maestros de escuela capacitados, considerando que los maestros ya conocen el lenguaje adecuado para llegar al niño. Paralelamente se formarán promotores entre los propios niños, para una mejor llegada a sus padres.

Consideran que este encuentro les ha mostrado que deben abordar a la familia no sólo para entregarle conocimientos, sino para que la familia activamente aporte y promueva su salud.

Destacan la importancia de contar con proyectos complementarios a la intervención con promotores, para lograr contexto favorable a la promoción de salud (trabajo intersectorial, comprometer alcaldías, incorporar representantes comunitarios a las decisiones, abordaje conjunto de varios factores de riesgo, etc.)

Existe un acuerdo nacional firmado por todos los sectores políticos y por el gobierno, que garantiza continuidad de las políticas en salud. Disponen de Plan Nacional de Prevención, orientado a la familia sana, que aborda todo el ciclo vital de las personas y todos los grupos de edad. Existen objetivos explícitos, estrategias probadas y normas claras. Considera que las formas de trabajo deben estar reglamentadas y ser conocidas para que tengan estabilidad en el tiempo y se puedan lograr los objetivos.

Uruguay

Las normas no son suficientes para lograr el enfoque de salud deseado; es necesario que se acompañen de un cambio cultural de los actores del proceso. Las facultades de medicina continúan formando profesionales orientados a otro modelo de atención, que no aborda los determinantes estructurales de las ENT. Se privilegia en prestigio y en ingresos al modelo curativo y hospitalario por sobre el modelo preventivo y la atención primaria. La norma no es suficiente porque no cambia la cultura. Los promotores no podrán lograr resultados si deben luchar contra fuerzas contrarias muy superiores del entorno -¿qué hace un promotor contra la fuerza comercial y de los medios?- y si no existe apoyo político.

Utilizarán promotores para educación comunitaria en prevención y control de factores de riesgo, pero paralelamente deberán desarrollar estrategias para lograr compromiso político y participación intersectorial. Destaca la legislación antitabaco como la primera señal real de compromiso político con la promoción.

Costa Rica

Destaca su situación de salud similar a países desarrollados, con alta incidencia de dislipidemia, cardiopatías y otras ENT. Destaca casos de infarto en población menor de 30 años. Existe una disociación importante entre el conocimiento y las prácticas. Tienen sistema de salud con acción intersectorial e interdisciplinaria, todavía muy orientado al modelo centrado en la enfermedad y la medicina; están adecuándolo al nuevo paradigma, para que la atención primaria sea prioritaria y para que la prevención y promoción sean el centro de su accionar.

El objetivo del trabajo con promotores es ayudar a llevar el conocimiento a la práctica. El país está en un buen momento para hacer promoción y prevención. El personal de atención primaria trabaja con promotoras que tienen grupos de familias a su cargo y también existen actividades con promotores en hospitales, escuelas y sitios de trabajo. Consideran que es más eficiente intervenir en esos lugares, porque concentran población escolar y laboral cautiva y las actividades se hacen sobre otras actividades ya establecidas. Se aprovecha estructura común.

Comentarios

Nuevamente los participantes destacan la necesidad de realizar promoción de la salud abordando todas las áreas necesarias: voluntad política del gobierno, marco legislativo adecuado, incorporación de diversos actores, sistemas de gestión (plan estratégico, metodología para lograr trabajo intersectorial y para lograr involucrar a la comunidad), sistemas de evaluación y difusión de los programas.

Cuba

La experiencia con promotores existe en Cuba desde los años 60, fue exitosa, logró cambios de hábitos y la esperanza de vida del país aumentó. Una de las razones para usar promotores fue la carencia de profesionales de salud. Paralelamente se fue desarrollando la Atención Primaria y se pensó que sería suficiente como

estrategia, pero la realidad les mostró que el médico no es suficiente para comprometer a toda la familia y a la comunidad, por lo que han vuelto a trabajar con promotores. Aún sin diversidad, persisten inequidades. Los promotores hacen visibles las diferencias reportando el estado de sus comunidades y con eso dan relevancia al nivel local y sus necesidades específicas.

Los conocimientos sobre factores de riesgo están ya incluidos en los currículos escolares, por lo que la labor de los promotores es de orientación y organización de las comunidades. El promotor debe pertenecer a la comunidad, a la base, para que pueda aportar; para apoyarlo hay que otorgarle reconocimiento social y darle el mérito que merece a su tarea.

¿Cómo aprovechar al máximo a los promotores? Apoyando su tarea con capacitación, material educativo, recursos.

Colombia

El sistema basado en el aseguramiento ha dividido a la población según su seguro y cobertura propia y eso dificulta la ejecución de programas poblacionales y del trabajo con promotores. El tipo de financiamiento del sistema influye en las acciones posibles de realizar ¿cómo modificar hábitos sin contar con condiciones estructurales adecuadas?

Comentarios

Es necesario evaluar a los promotores: ¿qué hacen, cómo lo hacen, logran resultados, cuanto sabe el promotor del tema de salud, qué capacidad tiene de lograr soluciones a los problemas en terreno?. Para ello debo tener claro qué es lo que se espera que hagan, cual es el objetivo o meta de esa acción, quienes son los promotores y cuales son sus capacidades de base, etc. Todo lo cual varía entre diferentes países y programas. Los indicadores de impacto se verán a largo plazo en ENT, pero de todas maneras debemos evaluar indicadores intermedios mientras tanto, además de realizar una medición basal que permita luego medir el impacto.

¿Qué ventajas tienen las promotoras? Es el rol natural de muchas mujeres en la sociedad; el rol es reconocido y valorado y se le otorga espacio; pueden ayudar a resolver problemas que no serían siquiera reconocidos a nivel de centros de salud; transmiten la voz de la gente. La mayor ventaja es que trabajan con la familia y el paciente “al natural”, en su medio tal como es, por lo que pueden visualizar riesgos y factores protectores más integralmente; el paciente que llega a consultar sólo trae una parte de su vida.

Los promotores de salud no son la única expresión de la participación comunitaria. La necesidad de promotores será mayor en la medida que los países no cuenten con servicios de salud integrales y de amplia cobertura; a la inversa, es posible que al contar con esa estructura un país pudiera no requerir promotores y lograr otras formas de participación; la duda es ¿cualquier forma de participación ayuda a aumentar los hábitos saludables de la población?

Perspectivas de los Promotores

Su Corazón, Su Vida: Panorama del adiestramiento de los promotores de la salud— Perspectiva de los promotores

Sra. Odelinda Hughes, EUA y Sra. Esperanza Vásquez, EUA

Las promotoras presentan su experiencia personal en esta actividad y realizan demostración práctica de las sesiones educativas utilizando material del NHLBI.

Consideran que los años dedicados a esta tarea han sido los mejores de su vida, han podido entregar y también recibir mucho de la comunidad. Ellas no sólo entregan información a la gente, sino que son su modelo. Consideran que debe conocer las dificultades y problemas reales de la gente, para poder cooperar con estrategias adecuadas para lograr los cambios de conducta saludables. Ambas tienen enfermedades crónicas lo que hace que las personas la sientan más cerca y den mayor autoridad a sus recomendaciones.

Trabajan en base a los manuales , agregando actividades producto de su creatividad para lograr mejor el objetivo. Se coordinan regularmente con otros promotores para crecer juntos. Cuentan con manuales de apoyo al promotor, como guía para preparar las clases.

Afirman que el promotor puede compartir vivencias personales en las charlas, pero que la información que entrega debe ser estándar y de acuerdo al manual.

Realizan tres tipos de actividades con las personas: capacitar a nuevos promotores, trabajo en la comunidad (escuelas, iglesias, etc.) y trabajo en la Clínica con pacientes en control.

Entregan conocimientos y destrezas en el tema de salud que corresponda, adaptan su material a los recursos disponibles en cada lugar (TV, rotafolio, video, historieta, etc.)

En la demostración comienzan incentivando la participación a través de símbolos (entregan collar de corazones que representa la gente que me ayudó a lograr mis sueños, aquellos que yo ayudaré y otros que ya no están pero fueron importantes). Solicitan a los presentes que olviden por un momento su calidad de doctores, expresando “con los doctores siempre hay cierta distancia”; esa frase es relevante porque evidencia la dificultad del profesional médico para acercarse a la vida cotidiana de las personas; una promotora con años de experiencia y que trabaja también en clínicas, de todas maneras reconoce barreras con el médico. En cada sesión hay una sugerencia del promotor y al final una promesa de los asistentes.

En el caso de la hipertensión arterial comienzan con datos claves sobre magnitud del problema y los daños que causa; enseñan conceptos básicos de anatomía para poder entender después los mecanismos de la hipertensión arterial, involucran a los participantes preguntando quienes saben cual es su presión arterial, comparan la sístole y diástole cardiaca con un bateador de béisbol para hacerlos términos comprensibles y cercanos, enseñan sobre el contenido de sal de los alimentos de uso corriente, llevan tubos de ensayo con sal para mostrar gráficamente la cantidad que puede significar una cucharada, enseñan a preparar alimentos con menos sal, a preparar “sal de especias” con aliños de uso corriente (enfatan en la idea de entregar sustitutos para que la gente pueda cambiar sus hábitos), entregan “tips”, como tapar parte de los agujeros del salero con cinta adhesiva, etc.

Realizan luego actividad similar dedicada al colesterol. Fabrican vasos sanguíneos con tubos vacíos de papel higiénico y plastilina para obstruirlos. Para recordar HDL y LDL usan reglas nemotécnicas (“héroe derrotador de ladrones” y “ladrón de ladrones”), grafican la cantidad de grasa de una porción de hamburguesa y papas fritas poniendo bolitas de grasa en un plato.

En resumen, se trata de sesiones teórico práctico, comprensible, con recomendaciones factibles de realizar y con compromisos formales de parte de los asistentes. Los materiales son desarrollados por el instituto, probados en la comunidad y revisados por expertos en cada tema.

Políticas de Participación Ciudadana en Salud

Sr. Leonidas Rodríguez, Chile

Describe una experiencia diferente de trabajo entre la comunidad y el equipo de salud, en el marco de un sistema formal de relaciones establecidas reglamentariamente, los “Consejos de Participación Social en Salud”, que deben constituirse en los establecimientos y Servicios de Salud en Chile. Aún con este respaldo, *el proceso de adaptación de ambas partes para lograr un efectivo trabajo conjunto y una participación real de los representantes comunitarios, fue un proceso que tomó varios años.* El expositor declara haber aprendido que la salud no es sólo atención médica y que el equipo de salud también aprendió que participación comunitaria no es una presencia pasiva y sólo receptiva de los miembros de la comunidad.

El Consejo de Participación Social se agrega a la estructura del Servicio de Salud Regional de Talcahuano y está integrado por 14 organizaciones comunitarias de base y cinco organizaciones institucionales; esta estructura se reproduce a nivel local en el Consejo Consultivo de Salud asociado al Hospital Regional y los Comités de Salud a nivel de Centros de Salud primarios. Las actividades se iniciaron el año 2001, dedicado a la integración de las partes participantes y a la definición de objetivos y estrategias; las metas planteadas conjuntamente fueron *“contribuir al fortalecimiento y desarrollo de las organizaciones sociales vinculadas a la red de salud del SST y generar las condiciones para lograr la corresponsabilidad ciudadana en el cuidado de la salud y la construcción de ambientes más saludables, en la perspectiva de generar condiciones para el ejercicio del control social”.* Un año después avanzaron incorporando explícitamente la participación social en el Plan de Desarrollo Estratégico del Servicio de Salud, definiéndola como *“Proceso colectivo mediante el cual nos hacemos parte en la expresión de las necesidades, generación de ideas, toma de decisiones, formulación, acción, evaluación de los programas y políticas en salud, utilizando los medios disponibles y creando los espacios necesarios en dicho proceso”.*

El grupo identificó las áreas críticas que constituían una amenaza para la participación social, diseñando un plan de mejoría. Las áreas destacadas fueron

- (i) el estilo de trabajo paternalista con las organizaciones sociales,
- (ii) los escasos recursos financieros entregados a la participación social,
- (iii) la falta de reconocimiento y apoyo al trabajo de los dirigentes de las organizaciones sociales,
- (iv) la participación entendida sólo como el proceso de entrega de información y la escucha pasiva,
- (v) el hecho de que proyectos exitosos de acercamiento a la comunidad no se convierten en programas estables,
- (vi) la falta de desarrollo en la coordinación con otros sectores públicos y sociales y el desconocimiento de la red existente,
- (vii) la escasa incidencia de los Consejos de Desarrollo Hospitalarios en las decisiones y de los dirigentes sociales en temas pertinentes,
- (viii) la dificultad de los técnicos para entregar poder y
- (ix) la carencia de capacitación en participación social y la ausencia de una línea de capacitación integrada dirigentes-técnicos.

Sus primeros logros no se orientaron a la promoción, sino a situaciones de salud más tradicionales, pero significaron un paso importante en la construcción del trabajo conjunto y la integración real. Actualmente miran con confianza el futuro, cuyos desafíos son:

- (i) la generación y fortalecimiento de líderes con capacidad de propuesta e interlocución,
- (ii) el desarrollo de estrategias hacia la comunidad para que las personas se asuman como agente protagónicos de su propia salud y asuma su corresponsabilidad en el cuidado y promoción de estilos de vida saludable y
- (iii) el desarrollo de estrategias que tengan real incidencia en la gestión pública.

Cuentan con una historia que los avala y apoyan su sustentabilidad futura en el hecho de contar con una Organización formal y legalizada, con una propuesta de capacitación aprobada y con un proyecto de investigación en participación social en que participan la UCM de Madrid y la USACH de Chile. Adicionalmente, han iniciado en conjunto con las autoridades de salud un proyecto piloto de “Presupuesto Participativo”, cuyo objetivo es *“realizar una experiencia piloto (de carácter formativa), orientado a la asignación de recursos en el sector de salud de manera participativa, involucrando a distintos actores en este proceso, de manera de dejar nuevas capacidades de gestión instaladas”*; el proyecto busca capacitar a los actores involucrados en como iniciar un proceso de presupuesto participativo, mejorar la oferta de salud de la jurisdicción a partir de las iniciativas de la comunidad, innovar en la gestión de asignación financiera e implementar un mecanismo de planificación participativa en salud. Con mucho orgullo cuentan que la organización recibió el premio “Sello de Calidad e Innovación”, por el trabajo realizado.

Resumen comentarios y preguntas Módulo III

Ante la pregunta de cómo convocar o llegar hasta la comunidad, responden que se hace atrayéndolos con lo que la gente busca clásicamente en salud (en este caso saliendo a explicar los beneficios de la clínica a cada domicilio o instalándose a tomar Presión Arterial; la gente acude y allí se la engancha para las actividades educativas). Las preguntas sobre evaluación son las más frecuentes; las promotoras destacan la mejoría de los parámetros de los pacientes en control médico que paralelamente se educan con ellas. El costo de las promotoras se compensa con el ahorro en visitas médicas y en terapia de los pacientes que están en el programa (esto es posible porque el trabajo de estas promotoras está integrado al del equipo de salud). Se hace hincapié en que se debe evaluar en forma diferente a las intervenciones en población general y en población de alto riesgo.

Representante de Perú relata experiencia exitosa con parejas de promotoras, más trabajador de salud que realizaron capacitación en base a material estándar preparado. Aplicaron módulos de 4 sesiones a la comunidad, con los temas de Autoestima, Conociendo mi Cuerpo, Enfermedades de Transmisión Sexual y Cáncer de Cuello Uterino y mecanismos de Prevención. Posterior a esta intervención aumento el número de pacientes solicitando PAP en el centro de salud, así como el número de mujeres que preguntaban a su médico sobre el tema.

El modelo educativo y el material de apoyo también deben ser diferentes según el foco: población general o población de alto riesgo. Igualmente en algunos casos hay que hacer adaptaciones regionales (por ejemplo en Brasil donde la alimentación presenta diferencias geográficas)

Se comenta finalmente que estas intervenciones educativas serán exitosas en la medida que se acompañen del resto de las estrategias de promoción (apoyo político, ambientes facilitadores, etc.). Se concluye también que el trabajo de los promotores debe contar con una estructura que lo haga sustentable y sistematizado; no puede depender sólo de voluntarios.

Actividad grupal: construir una visión común para la salud del corazón

Cono Sur (Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay)

Oportunidades para implementar programas comunitarios de promoción y prevención en salud cardiovascular con participación de promotores

Diagnóstico de situación

Argentina no tiene estructuralmente programas específicos de salud. Está en la etapa de diseño de programa de salud cardiovascular y ENT y aún analizando los datos de la encuesta nacional de factores de riesgo. A nivel local existen intervenciones en control de tabaquismo.

Brasil tiene sistema único de salud, tiene aprobada una Política Nacional de Promoción y está trabajando en vigilancia de factores de riesgo. En el nivel local hay trabajo importante a través de ONG, las que actúan con cierta independencia de las definiciones generales. Chile tiene sistema de salud estructurado, con participación pública y privada. Se dispone de un diagnóstico nacional de situación de factores de riesgo, sin representatividad regional. Existen objetivos sanitarios oficiales a nivel nacional para el año 2010, que incluyen las ENT entre las prioridades. No trabaja con promotores de salud

Paraguay tiene sistema mixto de salud, las ENT son la primera causa de mortalidad. Están trabajando un nuevo modelo de atención que busca descentralizar los Municipios. La vigilancia y los sistemas de información se ubican en el nivel local, al cual se desea fortalecer. Trabajan en enfoque de Municipios Saludables. Su desafío es trabajar con promotores, no sólo en el primer nivel sino también en hospitales

Uruguay tiene un 13,5% de población mayor de 65 años y las ENT son causa del 70% de las muertes. Tiene un sistema mixto de salud; desde este año se camina a un sistema nacional de salud: tienen funcionando algunos programas de crónicos y para el 2006 está planificada la ejecución de la encuesta nacional de situación de factores de riesgo. La morbilidad se mide por egresos hospitalarios. Trabajan en promoción de la salud a nivel de los centros de salud, sin incorporar promotores. Trabajan con equipo multidisciplinario y con estudiantes de medicina como apoyo: el estudiante se integra los cuatro últimos años de su carrera en los servicios públicos de salud.

Oportunidades

- Todos los países del grupo están desarrollando propuestas políticas y cambios de cultura institucional para enfrentar ENT
- Todos disponen de voluntad explícita política y de gobierno para enfrentar las ENT
- Disponen de información de buena calidad que permite evaluar resultados de los programas e intervenciones

Retos y desafíos en la implementación

- Es la estructura del nivel local la que debe operativizar las políticas en salud cardiovascular, independientemente de que se trabaje o no con promotores
- Se debe hacer un abordaje integral de los factores de riesgo en vez de separar las intervenciones para una patología en particular
- Deben institucionalizar las políticas de promoción y prevención de ENT
- Deben articular acciones de promoción con atenciones básicas de salud
- Deben capacitar equipos de salud en ENT

- Se debe lograr reglamentación para ambientes saludables y control de tabaco
- Buscar mayor adherencia de la comunidad: no existe conciencia sobre el riesgo de ENT
- Mejorar los sistemas de información en salud, incluyendo información de morbilidad y de factores de riesgo
- Deben diseñarse estrategias adecuadas de comunicación con la comunidad
- Buscar alianzas regionales para reglamentación saludable

Comentario

No solamente la población o los políticos no asigna prioridad a las ENT; los epidemiólogos también prefieren trabajar en enfermedades emergentes, que significan un desafío interesante y además generan alarma pública y los gobiernos les otorgan prioridad. El tema de ENT aún requiere más fuerza política.

Región Andina (Bolivia, Colombia, Perú, y Venezuela)

Oportunidades para implementar programas comunitarios de promoción y prevención en salud cardiovascular con participación de promotores

Diagnóstico

- Existen programas en operación que sirven como base o referente para implementar programas de salud cardiovascular
- Es factible realizar experiencias piloto en áreas localizadas, como demostración para conseguir financiamiento
- Varios países tienen ya desarrolladas sus guías de intervención clínica
- Existe información de base de mortalidad cardiovascular, pero prácticamente no hay sistemas de información en morbilidad
- Se dispone de censo y algunos estudios de base
- Existe Plan Nacional en Bolivia y Perú que abarca información, vigilancia, prevención y control.
- Hay experiencias de seguros que fueron exitosos en otras áreas de salud, por lo que podrían aplicarse a ENT

Fortalezas

- Red andina funcionando
- Existe difusión en la semana de las ENT (Perú)
- Uso de medios masivos de difusión
- Apoyo de OMS
- Las ENT son reconocidas como problema de salud pública
- Enfrentar los factores de riesgo puede prevenir patologías

Retos y desafíos en la implementación

Debilidades

- La población no conoce los factores de riesgo y el personal de salud no está capacitado en ENT
- Los sistemas de referencia y contrarreferencia no están bien desarrollados
- Los sistemas y seguros de salud no están preparados para manejar ENT
- Las intervenciones en ENT no tienen visibilidad política por su efecto a largo plazo, lo que disminuye voluntad política

- Las intervenciones son más complejas, debido a la naturaleza multicausal de las ENT y la necesidad de lograr cambios conductuales y sociales (“es más fácil poner una vacuna”)
- Las intervenciones requieren complementarse con políticas públicas
- Las intervenciones abarcan desde prevención hasta rehabilitación
- **Amenazas:** Prioridad concentrada en programas materno-infantiles

Retos

- Obtener financiamiento y soporte técnico y programático
- Disponer de mecanismos de evaluación
- Implementar cooperación y coordinación subregional
- Si no se obtiene presupuesto no será posible avanzar; se requieren recursos

Centro América y el Caribe Español (Costa Rica, Cuba, El Salvador, México, Nicaragua, Panamá y Puerto Rico)

Oportunidades para implementar programas comunitarios de promoción y prevención en salud cardiovascular con participación de promotores

- Existen programas de salud comunitaria operando con diferentes grados de desarrollo en todos los países del grupo. Pueden tener virtudes y defectos, pero están en operación y eso genera una base estructurada sobre la cual trabajar.
- Se dispone de recurso humano capacitado; existen promotores que ya tienen la metodología de trabajo como tales y es fácil aportarles conocimiento específico en salud cardiovascular.
- Existe voluntad política para enfrentar las ENT; es aún incipiente, sin prioridad explícita pero existe.
- Se dispone de asistencia técnica y financiera a través de cooperación internacional
- Existen sistemas de salud organizados en redes y por niveles, con un nivel primario cercano a la familia y a la comunidad, lo que facilita la implementación de programas de salud cardiovascular
- Existen redes interregionales establecidas, que permiten establecer prioridades y compromisos subregionales, lo que los hace más fuertes y sostenibles.
- La posibilidad de intercambio de experiencias entre países (como este simposio) mejora las intervenciones.

Retos y desafíos en la implementación

- Los programas de salud cardiovascular deben adaptarse a la realidad de cada región y comunidad
- Se debe capacitar y mantener un programa de formación continua en salud cardiovascular a los promotores, ya que ahora no manejan ese tema
- Se debe construir o reforzar la viabilidad política, técnica y financiera para darle estabilidad a los proyectos e intervenciones.
- Se requiere diseñar los sistemas de seguimiento y evaluación, área aún débil y más centrada en proceso que en resultado
- Se debe obtener un compromiso subregional para la implementación integrada de programas de salud cardiovascular

Caribe inglés y francés (Anguilla, Bahamas, Canadá, Haití, Trinidad y Tabago)

Oportunidades para implementar programas comunitarios de promoción y prevención en salud cardiovascular con participación de promotores

- Todos tienen problemas similares, obesidad, sedentarismo, malas prácticas nutricionales. La prioridad es el cambio de hábitos no saludables y entre ellos el hábito alimentario. La meta es tener poblaciones activas, más conscientes de su salud, más comprometidas en hacer sus elecciones informadas y contribuir a mejorar su salud. El resultado de este cambio debe ser la disminución de morbilidad relacionada a las enfermedades cardiovasculares.
- Se deben lograr comunidades integradas, participando en una atención primaria sustentable basada en el enfoque de promoción de la salud. Los programas de educación de estilos de vida saludables deben estar integrados en el currículo escolar. Educación e información ayudarán a tomar decisiones informadas.

Retos y desafíos en la implementación

- Hay que integrar a la comunidad para aumentar su participación.
- No se dispone de promotores ni de voluntarios actualmente (Trinidad, Bahamas, Aruba y Haití)
- Los servicios e intervenciones sanitarias son entregados exclusivamente por personal de salud
- Se debe comenzar por sensibilizar a la comunidad para obtener su apoyo
- Hay que conocer también las necesidades de las personas para el cambio de conducta; no debe ser un proceso unilateral de decisiones
- Se deben utilizar las alternativas más costo-eficientes para la acción de los promotores, basados en la evidencia disponible
- Se debe revisar el concepto de educadores de salud y promotores y su alcance en escenarios de escasez de servicios y acceso limitado a la atención de salud
- El trabajo voluntario no se generará espontáneamente. Se deberán diseñar estrategias de convocatoria
- Hay que incorporar como socios a otros sectores, para facilitar la implementación de las intervenciones
- No tienen aún respuesta a la pregunta ¿quién es el dueño de los programas: el sector salud o la comunidad?

Palabras de cierre

La diversidad de ideas y experiencias y la confluencia de ellas dará frutos y generará la innovación. Recordemos el efecto Medici y pensemos en lograr algo nuevo, en formar redes de crecimiento, en sentirnos cómodos en el conocimiento y pensamiento común.

Frente a desafíos comunes es más fuerte la respuesta unida. Tenemos el poder de la información y de la investigación para crear lo nuevo. Esta información que otorga vida debe transmitirse y utilizarse. El compromiso y el trabajo conjunto harán la diferencia y motivarán a muchos otros.

Se ha cumplido el objetivo de la OPS y el Instituto de iniciar un diálogo, compartir visiones y llegar más allá de donde ahora estamos. Hemos buscado respuesta a una pregunta simple “¿cómo llegar con información a las personas llegando a su comunidad, a donde viven y trabajan?”. Es un objetivo simple con un gran potencial.

Ahora debemos pasar a la acción para que esta no sea solamente un acta o una conferencia más: el diálogo no termina hoy, se está iniciando hoy.

Lista de Participantes



Trabajadores de la salud no profesionales
(promotores de salud):
Movilización de las comunidades para mejorar la salud cardiovascular
en las Américas

(17–18 octubre 2005, Santiago de Chile)

Simposio patrocinado por el Instituto Nacional de Corazón, Pulmones y Sangre, Institutos Nacionales de Salud, EUA (NHLBI/NIH) y la iniciativa CARMEN de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)

America Bracho, MD, MPH, CDE
President and CEO
Latino Health Access
1717 N. Broadway
Santa Ana, CA 92706
Tel: (+1-714) 542-7792
Fax: (+1-714) 542-4853
E-mail: Americab@latinohealthaccess.org

Odelinda Hughes
Promotora Educator
Centro San Vicente
8061 Alameda Avenue
El Paso, TX 79915
Tel: (+915) 8597592
Fax: (+915) 859-9862
E-mail: HEPromotoras@csv.tachc.org

Dr. Nelson Arns Neumann
Vice Coordinator
Pastoral da Criança
Rua Jacarezinho 1691
Bairro Mercês
Curitiba, Paraná, Brasil
CEP 80.810-900
Phone: (+55-41) 21-05-02-39
E-mail: nneumann@pastoraldacrianca.org.br

Maria Gomez Murphy, B.A., M.A.I.A.
President and Chief Executive Officer
The Way of the Heart: The Promotora Institute
125 E. Madison Street
Nogales, AZ 85621
Tel: (+520) 287-2240
Fax: (+520) 287-2246
E-mail: wayheart@theriver.com

Hector Balcazar, Ph.D.
Assistant Dean and Professor
Health Promotion and Behavioral Sciences
UT School of Public Health at Houston
El Paso Regional Campus
1100 N. Stanton, Suite 110
El Paso, Texas 79902
Tel: (+915) 747-8507
Fax: (+915) 747-8512
E-mail: hbalcazar@sph.uth.tmc.edu

Dr. David López
Community Health Coordinator
Gerencia de Salud del Niño
Ministerio de Salud y Asistencia Social de El Salvador
827, Calle Arce
San Salvador
El Salvador
E-mail: dalop2000@yahoo.com

Lucia Garcia, BSN
Director, Patient Services
Gateway Community Health Center, Central Clinic
2309 E. Saunders
Laredo, TX 78041
Tel: (+956) 795-8130
Fax: (+956) 795-8137
E-mail: lucyg.gateway@tachc.org

Lourdes Rangel
Director, Special Projects
Gateway Community Health Center, Central Clinic
2309 E. Saunders
Laredo, TX 78041
Tel: (+956) 795-8130
Fax: (+956) 795-8137
E-mail: lulur.gateway@tachc.org

Leonidas Rodriguez
Presidente
Consejo de Participación Social del Servicio de Salud
Talcahuano
Chile

Esperanza Vásquez
Promotora Educator
Centro San Vicente
8061 Alameda Avenue
El Paso, TX 79915
Tel: (+915) 8597592
Fax: (+915) 859-9862
E-mail: HEPromotoras@csv.tachc.org

Ministerio de Salud, Chile

Dr. Pedro García
Ministro de Salud Chile
Ministerio de Salud
Mac Iver 451
Santiago, Chile

Dra. María Cristina Escobar
Jefa Depto. Enfermedades no Transmisibles
Subsecretaria de Salud Pública
Ministerio de Salud
Mac Iver 451
Santiago, Chile
E-mail: mescobar@minsal.cl

Patricia Morgado, Enfermera-Matrona
Encargada Programa Salud Cardiovascular,
Departamento de Enfermedades no Trasmisibles
Subsecretaria de Salud Pública
Ministerio de Salud
Mac Iver 451
Santiago, Chile
E-mail: pmorgado@misal.cl

Teresa Boj Jonas, Nutricionista, M.S.
Head of Health promotion Unit /
Jefe Unidad de Promoción
División Políticas Públicas en Salud y Promoción
Subsecretaría Salud Pública
Ministerio de Salud de Chile, 56-2-6300571
E-mail: tboj@minsal.cl

ARGENTINA

Lic. Mariana Specogna
Socióloga
Consultora Area Promoción de la Salud
Ministerio de Salud
Programa de Vigilancia de la Salud
y Control de Enfermedades
Av. 9 de Julio 1925, Piso 9
C1073ABA Capital
Tel: (+54-11) 4384-0325
Fax: (+54-11) 4384-0324
E-mail: mspecogna@vigja.org.ar

ARUBA

Lic. Sonja D. Kappel
Ejecutiva Encargada
Enfermedades Crónicas No Transmisibles
Departamento de Salud Pública de Aruba
Cayaing Roland Lacle #4
Oranjesatd, Aruba
Tel.: (+297) 582-4200 ext. 250/225
Fax: (+297) 582-6436
E-mail: dphaua@setarnet.aw

Lic. Cherryldine Muller-Buckley
Jefe de Sección
Información y Promoción de Salud
Departamento de Salud Pública de Aruba
Caya ing Roland Lacle #4
Oranjesatd, Aruba
Tel: (+297) 582-4200 ext. 250/225
Fax: (+297) 582-6436
E-mail: dphaua@setarnet.aw

BOLIVIA

Dra. Fatma Calancha de Hamdan
Responsable Nacional
Enfermedades No Transmisibles
Ministerio de Salud y Deportes
Calle Capitán Ravelo No. 2199
La Paz, Bolivia
Tel: (+591) 244-2006, directo 2441049
Fax: (+591) 244-1049
E-mail: fcalancha@sns.gov.bo
Farmac_94@hotmail.com

Dra. Patricia Blanco Peñalba
Fellow de Ashoka
Presidente Fundación
Vida Plena
Ashoka Emprededores Sociales
Buenos Aires 2601, Casilla 489
Cochabamba, Bolivia
Tel: (+591) 428-5260
Cel: (+591) 714-69505
E-mail: patriciablanco@accelerate.com
mariaPATRICIABLANCO@gmail.com
Website: www.fundaciónvidaplena.org

BRASIL

Dra. Deborah Carvalho Malta
Coordinadora Nacional de
Enfermedades No Transmisibles
Ministerio de Salud
Esplanada dos Ministerios, Bloco G,
Edf. Sede, 1º andar, Sobrecoja, sala 142
Brasilia-DF, CEP 70.058900, Brasil
Tel: (+55-61) 3315-3784
Fax: (+55-61) 3315-3498
E-mail: deborah.malta@saude.gov.br

Dra. Iná da Silva dos Santos
Profesora Titular
Universidade Federal de Pelotas
Avenida Duque de Caxias, 250
Fragata, CP 464, CEP 96001-970, Brasil
Tel: (+55-53) 3271-2442
Fax: (+55-53) 3271-2645
E-mail: inasantos@uol.com.br

Dr. Miguel Malo
Consultor Internacional OPS/OMS
Punto Focal para Enfermedades No Transmisibles
Representación OPS/OMS en en Brasil
Setor de Embaixadas Norte, Lote 19
70800-400 – Brasilia, D.F., Brasil
Tel: (+55-61) 3426-9595
Fax: (+55-61) 3426-9591
E-mail: miguel@bra.ops-oms.org

CANADÁ

Dr. Clarence Clotley
Scientific Director
WHO Collaborating Centre on Noncommunicable Disease
Policy
Office of the Deputy Chief Public Health Officer
Public Health Agency of Canada
120 Colonnade Rd., Room A130, AL: 6701A
Ottawa, Ontario K1A 0K9
CANADA
Tel: (+613) 957-1073
Cell: (+613) 299-1074
Fax: (+613) 954-8631
E-mail: clarence_clotley@phac-aspc.gc.ca

COLOMBIA

Dr. Raúl Hernando Murillo
Consultor Internacional OPS/OMS
Punto Focal para Enfermedades No Transmisibles
Representación OPS/OMS en Colombia
Carrera 7 Nr. 74-21, Piso 9
Edificio Seguros Aurora
Bogotá, D.C., Colombia
Tel: (+57-1) 314-4141 ext. 108
Fax: (+57-1) 254-7070
E-mail: murillor@col.ops-oms.org

COSTA RICA

Lic. Mayra Córdoba Cortés
Enfermera
Coordinadora de Educación en Servicio
y Programa de Estilos de Vida Saludables
Hospital Max Peralta
Caja Costarricense de Seguro Social
200 mts. al sur de la Municipalidad de Cartago Centro
Costa Rica
Tel: (+506) 387-5801
E-mail: codcortes@yahoo.es

Lic. Ediviges Sancho Jiménez
Nutricionista
Profesional de la Salud IIB
Dirección de Investigación y Desarrollo
Tecnológico de la Salud
Ministerio de Salud
Calle 16, Avenida 6 y 8
Distrito Hospital
San José, Costa Rica
Tel: (+506) 223-0333
E-mail: duvisanc.ho@costarricense.cr

Dr. Roberto del Aguila
Consultor Internacional OPS/OMS
Punto Focal para Enfermedades No Transmisibles
Representación OPS/OMS en Costa Rica
Calle 16, Avenida 6 y 8
Distrito Hospital
San Jose, Costa Rica
Tel. (+506) 258-5810
Fax: (+506) 258-5830
E-mail: delaguir@cor.ops-oms.org

CUBA

Dr. Orlando Landrove
Jefe
Programa Nacional de Enfermedades
No Transmisibles
Ministerio de Salud Pública
Calle 23 No. 203 entre M y N
Plaza Ciudad
La Habana, Cuba
Tel: (+53-7) 553-323
E-mail: landrove@infomed.sld.cu

EL SALVADOR

Dr. Raúl Armando Palomo
Gerente de Atención Integral
en Salud al Adulto Masculino
Ministerio de Salud
Calle Arce No. 827
San Salvador, El Salvador
Tel: (011-503) 2205-7276
Fax: (011-503) 2222-3483
E-mail: rpalomo@mspaspas.gob.sv

HAITÍ

Dr. Joceline Pierre Louis
Responsable de Salud Escolar
Ministry of Health
Rue Saint Honoré, PAP
Haiti
Tel: (011-509) 406-5784
E-mail: jbplouis@yahoo.fr

NICARAGUA

Dra. Marta Pastora Arostegui
Médica-Epidemiológica
Responsable del Programa
Enfermedades Crónicas No Transmisibles
Ministerio de Salud de Nicaragua
Complejo Nac. De Salud "Dra. Concepción Palacios"
Managua, Nicaragua
Tel: (+505) 289-4202
Fax: (+505) 289-4202
E-mail: mpastora@minsa.gob.ni

Dra. Lesbia Altamirano
Consultora Internacional OPS/OMS
Punto Focal para Enfermedades No Transmisibles
Representación OPS/OMS en Nicaragua
Complejo Nacional de Salud
Caminos a la Sabana
Apartado Postal 1309
Managua, Nicaragua
Tel: (+505) 289-4200
Fax: (+505) 289-4999
E-mail: altamirl@nic.ops-oms.org

PANAMÁ

Dr. Washington Lum
Jefe de Epidemiología
Ministerio de Salud de Panamá
Ancón, Avenida Gorgas,
Ministerio de Salud, Edif..261, piso 1
Tel.: (+507) 212-9267
Fax: (+507) 212-9377
E-mail: lumw24@yahoo.com

PARAGUAY

Dra. Graciela Gamarra de Cáceres
Medico-Directora de Vigilancia de
Enfermedades No Transmisibles
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Manuel Domínguez Casi
Brasil, Edif. del Senepa
Tel: (+595-21) 203-998/204-743
Fax: (+595-21) 204-743
E-mail: dptotab@telesurf.com.py

Dra. Marcia Moreira
Consultor Internacional OPS/OMS
Punto Focal para Enfermedades No Transmisibles
Representación OPS/OMS en Paraguay
Edificio "Faro del Río"
Mcal. López 957 Esq. Estados Unidos
Tel: (+595-21) 450-495
Fax: (+595-21) 450-498
E-mail: Moreiram@par.ops-oms.org

PERÚ

Dra. Cecilia Solis-Rosas García
Coordinadora de la Estrategia
Sanitaria Nacional
Prevención y Control de Daños
No Transmisibles
Ministerio de Salud
Av. Salaverry cdra. 8 s/h, Jesús María
Lima, Perú
Tel: (51-1) 315-6600 ext. 2688
Fax: (51-1) 315-6600 ext. 2688
E-mail: csolig@minsa.gob.pe

TRINIDAD Y TOBAGO

Dr. Mohammed Arman
E-mail: mohmdr@yahoo.com
alleahr@yahoo.com

Dr. Gina Watson
Consultora Internacional OPS/OMS
Punto Focal para Enfermedades No Transmisibles
Representación OPS/OMS en Trinidad y Tabago
49 Jerningham Avenue
Port-of-Spain, Trinidad
Tel (1-868) 624-7524
Fax: (1-868) 624-5643
E-mail: [watsongj@trt.paho.org](mailto:watsongi@trt.paho.org)

URUGUAY

Dr. Rodolfo Vázquez
Director
Division de Epidemiología
Ministerio de Salud Pública
Avda. 18 de julio 1892 P. 4º
Oficina 403
Montevideo, Uruguay CP 11200
Tel: (+598-2) 400-6357/401-6455
Fax: (598-2) 408-8578
E-mail: rovazquez@msp.gub.uy

Dr. Julio González-Molina
Consultor Internacional OPS/OMS
Punto Focal para Enfermedades No Transmisibles
Representación OPS/OMS en Uruguay
Ave. Brasil 2697, Apts. 5, 6 y 8
Esquina Coronel Alegre
Código Postal 11300
Montevideo, Uruguay
Tel: (+598-2) 707-3590
Fax: (598-2) 707-3530
E-mail: gonzalez@uru.ops-oms.org

VENEZUELA

Dr. Edgar Eduardo Rivera Gallardo
Médico Especialista en Epidemiología
Director General de Programas de Salud
Ministerio de Salud de Venezuela
Centro Simon Bolivar Torre Sur, Oficina 730
Caracas, Venezuela
Tel: (+58-212) 408-0208
Fax: (+58-212) 408-0176
E-mail: corcevece1@yahoo.com
ergpzm@cantv.net
eerivera@msds.gov.ve

Dr. Mario Valcárcel
Consultor Internacional OPS/OMS
Punto Focal para Enfermedades No Transmisibles
Representación OPS/OMS en Venezuela
Avenida Sexta entre 5a. y 6a.
Carmelitas
Transversal, Altamira
Caracas 1010, Venezuela
Tel: (+58-212) 267-1622
Fax: (+58-212) 262-0718
E-mail: valcarce@per.ops-oms.org

OPSWDC

Dr. Alberto Barceló
Jefe, a.i.
Unidad de Enfermedades No Transmisibles
Prevención y Control de Enfermedades
OPS/OMS
Pan American Health Organization
525 23rd St. N.W.
Washington, D.C. 20037-2895
Tel: (+1-202) 974-3589
Fax: (+1-202) 974-3331
E-mail: barceloa@paho.org

Ms. Elizabeth Cafiero
Oficial Técnico
Unidad de Enfermedades No Transmisibles
Prevención y Control de Enfermedades
OPS/OMS
525 23rd St. N.W.
Washington, D.C. 20037-2895
Tel: (+1-202) 974-3271
Fax: (+1-202) 974-3331
E-mail: cafieroe@paho.org

Ms. Maria Eugenia Gutiérrez
Oficial Administrativo
Unidad de Enfermedades No Transmisibles
Prevención y Control de Enfermedades
OPS/OMS
525 23rd St. N.W.
Washington, D.C. 20037-2895
Tel.: (+1-202) 974-3714
Fax: (+1-202) 974-3331
E-mail: gutierme@paho.org

Dr. Branka Legetic, PhD. MPH,
Asesora Regional
Unidad de Enfermedades No Transmisibles
Prevención y Control de Enfermedades
OPS/OMS
525 23rd St. N.W.
Washington, D.C. 20037-2895
Tel: (+1-202) 974-3892
Fax: (+1-202) 974-3331
E-mail: legeticb@paho.org

NHLBI

Gregory J. Morosco, Ph.D., M.P.H.
Associate Director for Prevention, Education, and Control
National Heart, Lung, and Blood Institute
National Institutes of Health
31 Center Drive MSC 2480
Bethesda, Maryland 20892-2480
Tel: (+1-301) 496-5437
Fax: (+1-301) 480-4907
E-mail: moroscog@nih.gov

Robinson Fulwood, Ph.D., M.S.P.H.
Senior Manager
Public Health Program Development
Office of Prevention, Education, and Control
National Heart, Lung, and Blood Institute
National Institutes of Health
31 Center Drive, Building 31 Rm. 4A-10
Bethesda, Maryland 20892-2480
Tel: (+1-301) 496-1051
Fax: (+1-301) 402-1051
E-mail: fulwoodr@nhlbi.nih.gov

Matilde Alvarado, R.N., M.S.N.
Coordinador
Minority Health Education and Outreach
Office of Prevention, Education, and Control
National Heart, Lung, and Blood Institute
31 Center Drive Room 4A-10
Bethesda, Maryland 20892-2480
Tel: (+1-301) 594-2975
Fax: (+1-301) 402-1051
E-mail: alvaradm@nhlbi.nih.gov

Gloria Ortiz
International Program Officer
Office of Prevention, Education, and Control
National Heart, Lung, and Blood Institute
31 Center Drive Room 4A-10
Bethesda, Maryland 20892-2480
Tel: (+1-301) 593-4380
Fax: (+1-301) 496-2734
E-mail: ortizg@nhlbi.nih.gov