

FUNDESALUD

CEDETES - UNIVERSIDAD DEL VALLE

Propuestas para control y prevención en Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Curso Salud Pública Basada en Evidencia

2009



PRESENTACIÓN

Las siguientes propuestas para la prevención y el control de Enfermedades Crónicas en la región de América Latina están siendo elaboradas por los participantes del curso Salud Pública Basada en Evidencia, que es parte de la estrategia regional CARMEN, de la OPS, de la cual FUNDESALUD, en asocio con CEDETES son dinamizadores.

Este es un primer avance de estas iniciativas, de allí que el lector encuentre unos ítems sin complementar.

CONTENIDO

ARGENTINA:

SALUD COMUNITARIA DE LLANURA

Carlos Anigstein, Director de Salud Comunitaria, Municipalidad General Rodríguez.
Provincia de Buenos Aires

BOLIVIA

PREVENCIÓN DE ECNT EN EL CONSULTORIO CLÍNICO NUTRICIONAL DE LA CARRERA DE NUTRICIÓN DE LA UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS.

Mónica Silvia Vacaflor de Loaiza. Docente. Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica.

BRASIL

BH+SAUDÁVEL-ACADEMIAS DA CIDADE E LIANG GONG.

Vanessa Almeida. Asesora. Secretaría Municipal Salud Belo Horizonte Minas Gerais.

COLOMBIA

PREVENCIÓN Y CONTROL DE FACTORES DE RIESGO QUE POTENCIAN LA OCURRENCIA DE DIABETES E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL MUNICIPIO DE LA CUMBRE (VALLE DEL CAUCA)

Olga Lucía Aguilar. Directora Hospital Santa Margarita – La Cumbre (Valle del Cauca)

PREVENCIÓN DE ECNT EN MUJERES JÓVENES Y ADULTAS EN EL MUNICIPIO DE BUENAVENTURA

Esneida Mosquera. Coordinadora Salud Pública. Secretaría de Salud Municipal de Buenaventura (Valle del Cauca)

NÁTAGA SE EJERCITA FÍSICA Y MENTALMENTE

Duayén Marleivy Cortés. Gerente ESE Hospital Luis Antonio Mojica – Nátaga (Huila)

USO DE LA EVIDENCIA EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD COMO FACTORES DE RIESGO DE ECNT

Dora Cardona Rivas. Universidad Autónoma de Manizales.

FACTORES ASOCIADOS AL NO CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN EN AFILIADOS DE UNA EPS-CALI

Rodolfo Herrera. Estadístico, Epidemiólogo Coomeva – Cali.

COMPORTAMIENTO FRENTE A LA ACTIVIDAD FÍSICA Y SU RELACIÓN CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR SEGÚN LA MEDIDA DE PERÍMETRO DE CINTURA

Maritza Bibiana Castro. Instituto Distrital para la Recreación y el Deporte - Bogotá

ESPACIOS PÚBLICOS Y CERRADOS 100% LIBRES DE HUMO DE CIGARRILLO.

Nancy Luz Dary Lagos Campos. Secretaría Municipal de Salud de Pasto

INTERVENCIÓN DE OBESIDAD EN ADULTOS MEDIANTE MODIFICACIÓN DE ASPECTOS COGNITIVOS Y CONDUCTUALES ASOCIADOS AL CONSUMO DE LOS ALIMENTOS.

Edgar Navarro. Universidad del Norte - Barranquilla

NUEVOS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO PARA EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN COLOMBIA.

Laura Yaneth Bernal. Instituto Nacional de Cancerología - Bogotá

HONDURAS

PREVENCIÓN Y ABORDAJE DEL SÍNDROME METABÓLICO, DIABETES E HIPERTENSIÓN BASADOS EN EL CAMBIO DE ESTILO DE VIDA

Salvador Díaz. Jefatura Cesamo. Secretaría de Salud Pública

ARGENTINA

SALUD COMUNITARIA DE LLANURA

*Carlos Anigstein, Director de Salud Comunitaria, Municipalidad General Rodríguez.
Provincia de Buenos Aires*

CONTEXTO

El Partido de General Rodríguez, como expresión urbana organizada, nació en 1864 a partir del requerimiento, de un grupo de propietarios rurales de la zona, para la apertura de una estación del Ferrocarril del Oeste, entre Moreno y Luján; y la formación de un pueblo, para lo que se construyeron dos escuelas y un templo por cuenta del Gobierno. En el año 1878 fue promulgada la Ley por la que se creó el Partido de Gral. Rodríguez, y en el año 1961 la población cabecera fue declarada ciudad.

Se encuentra a 52 kilómetros al oeste de la Ciudad de Buenos Aires. Tiene una superficie de 355 Km², tiene una población que pertenece a la llamada Pampa Húmeda, con una altura media de 34 metros sobre el nivel del mar, la mas alta de la región, el clima es de características muy especiales, fue calificada como la Capital del Buen Aire. Tres arroyos surcan su fértil superficie.

La población total según el Censo 2001 con la proyección 2007 es de 77.881 habitantes, la densidad poblacional es de 208.1 Hab/km², la población con NBI1: 20.0 % (2001), la tasa de natalidad es 2.5 ‰ (2007), la tasa de mortalidad general 6.2 ‰ (2007), la tasa de mortalidad infantil 2000: 12.3 ‰ (2007).

La asistencia sanitaria estaba desarrollada en 15 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y un Policlínico Central, todos municipales, con un modelo de atención organizado sólo para responder a la demanda y con el personal muy poco comprometido hasta la iniciación del Programa. También funciona un Hospital Provincial Interzonal de Agudos, V. López y Planes, y un Hospital Nacional B. Sommer (especializado y cerrado para la atención de pacientes con lepra, que en los últimos se esta reconvirtiendo en hospital general).

El Policlínico Central Municipal cuenta con algunas especialidades como Kinesiología, Fisiatría, Oftalmología, Clínica Médica, Odontología y Ecografía.

El Hospital Provincial Interzonal V L y Planes, es el de mayor complejidad de la Región y cuenta con Terapias Adulto, Pediátrica y Neonatal, además de servicio de Neurocirugía y Vascular.

La oferta educativa Publica Estatal está compuesta por 21 escuelas primarias, 19 jardines, 2 escuelas secundarias, 1 escuela técnica, 1 instituto terciario, 9 escuelas de adultos, 3 escuelas especiales, 1 centro de educación física. La privada está compuesta por 6 escuelas con inicial, primarias y secundarias, y 1 escuela comunitaria con maternal, primario y secundario.

¹ Necesidades Básicas Insatisfechas según INDEC

Los servicios públicos para la población contempla: agua corriente el 31 %, conectada a cloacas 28 %, gas natural 28% y sin cobertura de salud: 56%.

Los medios de transporte son el ferrocarril (TBA Ramal Sarmiento), transporte automotor de mediana, larga distancia y líneas de colectivos locales. Existen seis rutas pavimentadas, entre las que se destacan el Accesos Oeste, las rutas 5 y 6.

Medios de comunicación locales incluyen 5 estaciones de radio FM, 1 canal de TV de cable (canal 4), dos canales de TV de aire (canal 5 y 6) y 5 medios gráficos.

La seguridad esta atendida por 4 Comisarías, 1 destacamento de Infantería, el Foro Municipal y el Cuerpo de Bomberos.

Las actividades recreativas incluyen un Complejo Polideportivo Municipal, la Pista con Circuito de Salud, la Pista de Ciclismo, 6 Clubes Sociales y Deportivos Locales y tradicionales, además, actividades privadas como : Clubes de Campo, Canchas de Polo, Haras.

La economía se sustenta en la producción agropecuaria con prioridad ganadera. Las industrias lácteas y subsidiarias sobresalen en el nivel secundario de la economía, con la empresa “La Serenísima”, líder a nivel nacional e internacional, que tiene su casa central en esta ciudad, y un importante Parque Industrial. En las últimas décadas se instalaron Clubes de Campo, Haras, Clubes de Polo, Barrios Cerrados que convirtieron el Distrito en un polo de atracción para el mini-turismo, las consecuencias clásicas de toda sociedad que ve aumentar las desigualdades e inequidades a nivel territorial, con la instalación de viviendas precarias y asentamientos en terrenos cercanos.

Como todo nuestro país, la población de nuestro distrito se vio muy afectada por la crisis económica, social y política del año 2001, por el aumento de asentamientos de familias que inmigraron de las provincias del norte y de países limítrofes. Generando, en los barrios donde se instalaron la mayor cantidad de asentamientos de población en forma ilegal y precaria, el aumento de población que no realizaba controles periódicos de su salud y nunca se había tomado la presión. Esto resultó en un desafío para el área de salud.

Una oportunidad fue la incorporación en el año 2005 de médicos y psicólogos en el Postgrado de Médicos Comunitarios del Ministerio de Salud de la Nación, que recibieron una capacitación universitaria y en servicio, sobre la estrategia de APS integral, fue un aporte necesario pero no suficiente para iniciar la transformación del modelo de atención.

Sin embargo, sirvió como antecedente para que a mediados del año 2008 se elija a nuestro Distrito para la implementación del Plan Piloto del Programa de Salud Familiar del Ministerio de Salud de la Nación, que fue formalmente aprobado, por la Resolución 118/2009 del 2 de febrero de 2009, del Ministerio de Salud de la Nación.

Para fortalecer la estrategia se gestionó la aprobación de la Ordenanza Municipal 3337 del 10 de marzo del 2009, que le dio sostenibilidad legal y económica al Programa “Salud Comunitaria de Llanura”.

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA AFIRMAR QUE EXISTE UN PROBLEMA DE ECNT?

Limitada capacidad de los equipos de los centros de salud del Municipio de Gral. Rodríguez, de la provincia de Buenos Aires (Argentina) para mejorar la accesibilidad a la atención integral de la población más vulnerable, actuar sobre los estilos de vida, incrementar la pesquisa y mejorar la calidad de la atención médica de los hipertensos.

OBJETIVO GENERAL (PROPÓSITO)

Contribuir a mejorar la accesibilidad a la atención integral de la población más vulnerable, mejorar sobre los estilos de vida, incrementar la pesquisa y mejorar la calidad de la atención médica de los hipertensos; en el Municipio de Gral. Rodríguez, de la provincia de Buenos Aires, Argentina en el 2009, a través de la asistencia sanitaria brindada por equipos familiares de salud en los centros de salud del Distrito, con un modelo de atención y de gestión liderado por la estrategia de APS integral, orientado, fundamentalmente, hacia la promoción y prevención de la salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (RESULTADOS O COMPONENTES)

- Reformular el sistema con la implementación de la estrategia de APS integral,
- Organizar equipos familiares de salud trabajando, en forma ambulatoria y domiciliaria, con población a cargo con responsabilidad nominal desde los centros de salud del Municipio de Gral. Rodríguez, de la provincia de Buenos Aires, Argentina, en el 2008 y 2009.
- Desarrollar e implementar un modelo de atención para las ECNT que articule la APS integral; la promoción de la salud; la acción intersectorial y comunitaria, y el trabajo en red.

ALCANCE DE LA PROPUESTA

Local

¿QUÉ INFORMACIÓN EXISTE PARA IDENTIFICAR QUÉ ES LO QUE DEBE HACERSE?

El programa de “Salud Comunitaria de Llanura”, se desarrolla en el Municipio de Gral. Rodríguez, Provincia de Buenos Aires, Argentina, con equipos familiares de salud, con un abordaje nominalizado de la población del área programática de los Centros de Salud y centrado en la familia.

El trabajo está orientado hacia la **promoción y prevención de salud a nivel domiciliario** y fuera de las paredes de los Centros, e **intenta cambiar en los equipos familiares de salud el paradigma medico hegemónico biológico en un paradigma social y sanitario.**

Se desarrolla en diez Centros de Salud articulados con los equipos de profesionales y técnicos que trabajan intramuros.

Tiene como propósito mejorar la calidad y la calidez de la atención a través de la implementación de la estrategia de APS integral, Municipios y Ciudades Saludables y Escuelas Promotoras de Salud.

Existen antecedentes nacionales y evidencias internacionales respecto a que la hipótesis de intervención que sustenta al modelo, el trabajo con equipos básicos de salud (médicos

y enfermeros) es consistente y se ha demostrado su impacto sobre los estilos de vida de la población, el incremento de la pesquisa y la mejora en la calidad de la atención médica de las personas con ECNT, como Costa Rica (1), Cuba (2),(3),(4), (5 y Brasil). (6)

Se puso en marcha a partir de setiembre de 2008 para mejorar la accesibilidad de la población fundamentalmente, la que presenta hipertensión arterial, como resultado de la situación socio-económica y ambiental de la población más vulnerable, de las barreras culturales, económicas, sociales y de acceso a los servicios de salud, cuyas causas son reducibles con tecnología muy sencilla y acciones de promoción y prevención de la salud.

El Programa se implementó con ejes fundamentales como: la descentralización, la participación y la intersectorialidad.

Se basó en las líneas acción de la Promoción de la Salud (Carta de Ottawa), que diferenciaba dos aspectos fundamentales pero inseparables: las acciones de promoción, que son pilares de la intervención, parten del enfoque de los determinantes de la salud y la reformulación del sistema de salud.

MARCO LÓGICO DEL PROGRAMA

Lógica de Intervención	Indicadores	Fuentes de verificación	Supuestos
Fin			
Contribuir a mejorar la salud de la población del Municipio de Gral. Rodríguez			
Propósito u Objetivo General			
Contribuir a mejorar la accesibilidad a la atención integral de la población más vulnerable, mejorar sobre los estilos de vida, incrementar la pesquisa y mejorar la calidad de la atención médica de los hipertensos; en el Municipio de Gral. Rodríguez, de la provincia de Buenos Aires, Argentina en el 2009, a través de la asistencia sanitaria brindada por equipos familiares de salud en los centros de salud del Distrito, con un modelo de atención y de gestión liderado por la estrategia de APS integral, orientado, fundamentalmente, hacia la promoción y prevención de la salud.	Nº de hipertensos detectados /Nº hipertensos esperados (estimado según ENFR ²) Nº de hipertensos pesquisados nuevos /Nº hipertensos esperados (estimado según ENFR) Nº de hipertensos detectados que no necesitan antihipertensivos/Nº hipertensos detectados Nº de hipertensos que reciben la medicación en tiempo y forma con Programa Remediar ³ /Nº hipertensos en seguimiento que requieren antihipertensivos	1. Censo 2001 proyectado 2009 2. Áreas programáticas de los CAPS 3. Historias familiares comunitarias 4. Recetas Remediar 5. Planillas 2 de atención ambulatoria 6. Historias clínicas de los CAPS	a.-Voluntad política del Ejecutivo Municipal, b.- Apoyo del Concejo Deliberante de G Rod. c.- Continuidad del Financiamiento del Ministerio de Salud de la Nación. d.- Apoyo del Hospital Provincial
Resultados u Objetivos Específicos o Componentes			
R1.- Reformular el sistema con la implementación de la estrategia de APS integral,	a) Nº de CAPS con turnos programados b) Nº de CAPS con visitas domiciliarias c) Nº de CAPS con Reuniones de Gestión Participativa del Personal con la coordinación mensuales d) Nº de referencias y Nº contrarreferencias e) Nº Actividades conjuntas con organizaciones comunitarias y educativas del barrio	i) Grilla de evaluación de la transformación del modelo de atención y gestión cuatrimestral	a.-Voluntad política del Ejecutivo Municipal, b.- Continuidad del Financiamiento del Ministerio de Salud de la Nación. c.- Mística y motivación de los equipos familiares de salud d. Hospital Provincial

² ENFR: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo: <http://www.msal.gov.ar/htm/Site/enfr/index.asp>

³ Programa Remediar: Provisión de medicamentos gratuitos para los Centros de Salud

Actividades R1			
1.1. Cambiar el modelo de atención y de gestión, sobre cuatro líneas de acción: a) atención Programada; b) gerenciamiento participativo; c) funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia; y d) articulación de los equipos de salud con las organizaciones comunitarias e instituciones educativas barriales			
1.2. Relevar los problemas y nominalizar la población del área programática de los CAPS con historia familiar comunitaria.			
1.3. Implementar las reuniones de Gestión Participativa del Personal (personal de salud y coordinadores del programa), en forma mensual en cada uno de los CAPS			
1.4. Organizar la Red de Referencia y Contrarreferencia, entre los Centros de Salud Municipales y el Hospital Provincial de 2º y 3º nivel.			
1.5. Programar actividades con las organizaciones sociales del barrio y establecimientos educativos.			
Lógica de Intervención	Indicadores	Fuentes de verificación	Supuestos
R2.- Organizar equipos familiares de salud trabajando, en forma ambulatoria y domiciliaria, con población a cargo con responsabilidad nominal desde los centros de salud del Municipio de Gral. Rodríguez, de la provincia de Buenos Aires, Argentina, en el 2008 y 2009.	a) N° de equipos familiares constituidos b) N° de familias nominalizadas c) N° pacientes hipertensos atendidos por EFAS con registro en las historias clínicas e) N° demandas espontáneas por hipertensión resueltas en domicilio y CAPS f) N° pacientes con hipertensión con patología cardiovascular de riesgo g) N° de actividades de prevención extramuros	i) Informes consolidados mensuales ii) Informe de coordinadores iii) Actas del grupo de conducción. iv) Actas de las Reuniones de Gestión v) Resultados de las reunión mensual de todos los equipos	a.-Voluntad política del Ejecutivo Municipal, b.- Continuidad del Financiamiento del Ministerio de Salud de la Nación.
Actividades R2			
2.1.Organizar 10 equipos familiares e interdisciplinarios de salud (médicos, enfermeros, promotores y trabajadores sociales) y equipos de apoyo (psicólogos, odontólogos, nutricionistas)			
2.2. Implementar las visitas domiciliarias programadas por manzanas para nominalizar la población, completar la historia familiar comunitaria, detectar las familias de riesgo, pacientes hipertensos y patología cardiovascular			
2.3. Programar la atención integral en el domicilio y/o CAPS de la demanda espontánea y el registro de la misma en la historia clínica			
2.4. Realizar el seguimiento de las familias de alto riesgo, hipertensos y con patología cardiovascular grave			
2.5. Programar actividades de promoción y prevención extramuros del CAPS			

Lógica de Intervención	Indicadores	Fuentes de verificación	Supuestos
R3.- Desarrollar e implementar un modelo de atención de la salud que articule la APS integral; la promoción de la salud; la acción intersectorial y comunitaria, y el trabajo en red.	a) N° talleres de promoción de la salud en escuelas b) N° talleres de alimentación saludable a nivel comunitario c) N° de promotores de alimentación saludable capacitados y en actividad d) N° de micro-emprendimientos productivos e) N° Cuidadoras domiciliarias para la 3° edad capacitadas f) N° Talleres para Escuelas Promotoras de Salud	i) Informe de coordinadores ii) Actas del grupo de conducción. iii) Actas de las Reuniones de Gestión iv) Resultados de las reunión mensual de todos los equipos	a.- Colaboración, cooperación y/o asociación de Movimientos Sociales, Iglesias, Educación, Justicia y Niñez
Actividades R3			
3.1. Realizar talleres de promoción de la salud en escuelas, comedores y organizaciones comunitarias			
3.2. Implementar el Proyecto de Alimentación Saludable			
3.3. Desarrollar el Programa de promoción, pesquisa, diagnostico y tratamiento de la hipertensión			
3.5. Desarrollar el Proyecto “la experiencia cuenta” para la creación de micro-emprendimientos productivos			
3.6. Realizar talleres para la formación de cuidadoras domiciliarias de adultos mayores con salida laboral			
3.7. Realizar talleres para promover proyectos de Escuelas Promotoras de Salud prevención de la hipertensión arterial			

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA DISEÑAR E IMPLEMENTAR LA INTERVENCIÓN?

La reformulación del sistema de salud se basó en el cambio del modelo de atención y de gestión, con el desarrollo de cuatro líneas de acción del Programa: a) atención Programada de los pacientes con ECNT, intra y extramuros; b) gerenciamiento participativo del CAPS; c) funcionamiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia; y d) articulación de los equipos de salud de los CAPS con las organizaciones comunitarias e instituciones educacionales (comedores, sociedades de fomento, clubes, escuelas, jardines, guarderías, etc.).

Las acciones se realizaron a nivel territorial en forma ambulatoria y a nivel domiciliario, se nominalizó el 60 % de las familias, se relevaron los problemas de salud, sanitarios y sociales y se detectaron las familias de riesgo que fueron seguidas en forma personalizada.

Se implementaron las reuniones de Gestión Participativa del Personal (personal de salud y coordinadores del programa), en forma mensual en cada uno de los 10 CAPS donde funcionaron los equipos de salud, en los que se tomaron las decisiones por consenso y con Acta.

Se organizó la Red de Referencia y Contrarreferencia, entre los Centros de Salud Municipales y el Hospital Provincial de 2º y 3º nivel, con el funcionamiento de una Oficina para ese efecto en el Hospital, una red telefónica punto a punto para las emergencias, interconsultas, estudios, internación y el alta monitoreada de los pacientes con patologías graves: cardiovascular (cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca), cerebrovascular e insuficiencia renal crónica.

Se organizaron actividades de promoción de la salud y de prevención (seguimiento domiciliario de pacientes hipertensos, revisión de niños y jóvenes deportistas, vacunación, nutrición, manipulación de alimentos) con los comedores municipales y comedores comunitarios (ONG y de Movimientos Sociales), Escuelas, Clubes de Fútbol, Sociedades de Fomento, Iglesias, etc.

Se fue avanzando en cada centro de salud en las líneas de acción, de acuerdo al contexto y a la capacidad de los equipos. Se avanzó moderadamente en las dimensiones de programación de la atención y articulación con las organizaciones sociales, y más en las de gerenciamiento y en la red de referencia y contrarreferencia⁴.

La organización de 10 equipos familiares e interdisciplinarios de salud (médicos, enfermeros, promotores y trabajadores sociales) y equipos de apoyo (psicólogos, odontólogos, nutricionistas) para el trabajo en el área programática de los CAPS que ya estaban funcionando con la modalidad tradicional de respuesta a la demanda. Para atender una población de 36.700 personas, de las cuales un 22 % tiene necesidades básicas insatisfechas, 13.154 tiene de 0 a 14 años, 21.569 tiene de 15 a 64 años y 1.978 tiene de más de 65 años. Se empezó en setiembre 2008 con seis equipos, en marzo 2009 se sumaron dos equipos y en abril de 2009 dos equipos mas. Esto fue posible debido a los buenos resultados obtenidos: nominalización de las familias, aumento de las atenciones domiciliarias, actividades de promoción y prevención, y sobre todo a la aceptación de la comunidad, que lo manifiesta en las reuniones, encuentros, en los medios.

⁴ Para evaluarlo se utiliza una Guía de Evaluación de la Transformación del Modelo de Atención en APS validada en otros programas.

Las acciones orientadas a mejorar la calidad de vida actuando sobre los determinantes de la salud, se basaron la gestión participativa del personal de salud, en la organización social/comunitaria, la intersectorialidad y el trabajo en red.

Se implementaron en forma progresiva, con avances y retrocesos, de acuerdo al contexto y a la capacidad de los equipos de salud y de otras áreas que se fueron sumando a la estrategia.

Se comenzó en el 2008 con las Jornadas de Recreación Salud, Ferias Populares, con actividades recreativas, deportivas, culturales y sanitarias, en diferentes barrios del Distrito, con efectos movilizadores para los barrios. A partir de estas actividades y del avance de las reuniones de Gestión Participativa mensuales de los equipos de salud, se fueron conformando a finales de 2008 y primeros meses de 2009, los Consejos Locales de Salud (o Mesas Barriales) en 4 Barrios con base en los Centros de Salud. En los Consejos participan los equipos de salud (generalmente los promotores), autoridades de salud, organizaciones barriales, vecinos y las áreas municipales pertinentes para los temas tratados: tratamiento de la basura y medio ambiente; roedores, animales vagabundos y lesiones por mordeduras de perros y gatos, accidentes de tránsito, vulneración de los derechos de los niños y adolescentes, violencia familiar, violencia hacia adultos mayores, desocupación, etc. Algunos empezaron con mucho empuje y luego bajaron su intensidad, pero continúan, otros avanzan a pasos firmes pero lentos.

Al mismo tiempo se apoyó a partir de agosto de 2008 la organización de la Mesa Local para la Defensa de los Derechos de niños, niñas y adolescentes. En este mes de junio de 2009 está en los últimos pasos de su constitución. Y es el resultado de toda una actividad intersectorial y de un trabajo articulado para enfrentar los problemas de vulneración de los derechos de los niños y niñas.

Toda esta actividad sobre los determinantes sociales, económicos, políticos y culturales de la salud, generó la necesidad de ampliar las áreas de incumbencia de la Dirección de Salud Comunitaria Municipal, de la que depende el Programa de “Salud Comunitaria de Llanura”, y se comenzó a trabajar sobre las otras dimensiones de la salud con financiamiento del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Al mismo tiempo, para darle sostenibilidad se elaboró un proyecto que se aprobó en el Concejo Deliberante, el 30 de Julio de 2009, para la creación de un Área de Promoción de la Salud e igualdad de oportunidades. Como ejemplo de esto se esta organizando la Mesa Local de Violencia Familiar. La capacitación en oficios y artesanías a nivel barrial realizada por adultos mayores con experiencia (Programa la experiencia cuenta), que generó micro-emprendimientos con salida laboral. La capacitación a cuidadoras domiciliarias para la tercera edad que también tuvieron salida laboral. Talleres de voluntariado social para enfrentar la violencia a los adultos mayores, la conformación de equipos interdisciplinarios para trabajar los casos de violencia sobre ancianos.

Además, se implementó la estrategia de Escuelas Promotoras de Salud a partir de la organización y el trabajo con la Comisión Mixta de Educación, Salud y Justicia, que permitió, entre otras cosas, implementar la Red de Escuelas Promotoras de Salud. Se realizaron talleres mensuales sobre temáticas de salud a docentes multiplicadores de todas las escuelas del Distrito.

RESULTADOS OBTENIDOS - ¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA SUPONER QUE LA INTERVENCIÓN VA A FUNCIONAR?

1. Reformular el sistema con la implementación de la estrategia de APS integral

Área de mejora	Acciones programadas para el período 2008-2009	Metas	Logros alcanzados Junio 2009	Fuente de información/medio de verificación
Programación de la atención	Historias clínicas, normas de atención, turnos programados, visitas domiciliarias programadas de atención integral, visitas de captación y recaptación.	10 CAPS con turnos programados 10 CAPS con visitas domiciliarias programadas	5 CAPS con turnos programados, 10 CASP con visitas programadas	Informe de los coordinadores
Gestión participativa del personal	Reuniones de Gestión Participativa del Personal con la coordinación	10 de CAPS con Reuniones de Gestión Participativa del Personal con la coordinación mensuales	10 CAPS con Reuniones de Gestión Participativa	Las Actas
Red de referencia y contrarreferencia	Organizar las referencias desde los CAPS al Hospital y la contrarreferencia del Hospital al CAPS con teléfonos comunicados punto a punto y una Oficina Municipal en el Hospital	1000 de referencias y 500 contrarreferencias durante el periodo octubre 2008 a mayo 2009	1506 referencias y 376 contrarreferencias entre los CAPS y el Hospital Provincial, de octubre de 2008 a mayo 2009	Los informes d Oficina Municipal de referencia y contrarreferencia en el Hospital.
Articulación con organizaciones comunitarias	Actividades conjuntas con organizaciones comunitarias y educacionales del barrio	2 Actividades conjuntas con organizaciones comunitarias y educacionales del barrio, por equipo	Por lo menos 2 actividades mensuales por equipo	Informe de los coordinadores

2. Organizar equipos familiares de salud trabajando, en forma ambulatoria y domiciliaria, con población a cargo con responsabilidad nominal desde los centros de salud del Municipio de Gral. Rodríguez, de la provincia de Buenos Aires, Argentina, en el 2008 y 2009.

Área de mejora	Acciones programadas para el período 2008-2009	Metas	Logros alcanzados Junio 2009	Fuente de información/medio de verificación
Conformación de los equipos familiares de salud	Convocatoria, selección y contratación del personal	10 de equipos familiares constituidos	10 equipos	Convenios con le Ministerio de Salud de la Nación y Ordenanzas Municipales
Programación de las actividades del equipo familiar de salud	Visita domiciliaria y llenado de Historia familiar comunitaria del área programática de cada CAPS	5000 familias nominalizadas	Se alcanzó a nominalizar 3000 familias	Los Consolidados mensuales de todas las historias familiares
	Completar y mantener actualizados la información clínica de los pacientes.	100 % de pacientes atendidos por EFAS con registro en las historias clínicas.	80 % lo tienen.	Evaluación por los supervisores capacitantes y coordinadores.
	Detección de las personas con hipertensión arterial	Detectar el 50 % de las personas con hipertensión que se estima con al ENFR.	Se logró detectar en un 30 % de la población de más de 18 años nominalizadas	Historias familiar comunitaria y consolidado Historia clínica
	Seguimiento de pacientes hipertensos y con patología cardiovascular grave	Seguimiento ambulatorio y domiciliario del 100 % de los pacientes hipertensos y con patología cardiovascular grave	Se logró en un 60 % de los pacientes hipertensos y con patología cardiovascular grave.	Libro de visitas foliados de los miembros de los equipos Planilla N° 2 Historia Clínica
	Adherencia y cumplimiento del tratamiento con antihipertensivos	Adherencia y cumplimiento del tratamiento con antihipertensivos en el 100 % de los pacientes	Se logró en un 60 % de los pacientes	Historias familiar comunitaria y consolidado Historia clínica Recetas Programa Remediar
Acciones de Prevención de la salud	Realización de vacunación, toma de presión arterial, glucemia en extramuros	2 actividades por mes por equipo de actividades de prevención extramuros	El 50 % solamente cumplió actividad mensual	Se evalúan en las reuniones mensuales que se hacen centralizadamente de todos los equipos EFAS

3. Realizar acciones de promoción partiendo del enfoque de los determinantes de la salud. Promoviendo la gestión participativa del personal de salud, organización y participación comunitaria, la articulación intersectorial, y el trabajo en red.

Área de mejora	Acciones programadas para el período 2008-2009	Metas	Logros alcanzados Junio 2009	Fuente de información/medio de verificación
Acciones de Promoción de la salud participación comunitaria	Realización de talleres de promoción de la salud en escuelas, comedores y organizaciones comunitarias	Dos talleres por mes en cada equipo familiar de salud	100 % de los equipos cumplió con la meta	Se evalúan en las reuniones mensuales que se hacen centralizadamente de todos los equipos EFAS
	Programas "Alimentación Saludable", con una orientación a la prevención de las ECNT	27 talleres de alimentación saludable a nivel comunitario	Se realizaron 27 talleres comunitarios y se visitaron 300 familias, para promoción y realización de encuesta	Se realizó un informe para rendir los gastos de la transferencia del Ministerio de Salud de la Nación
	Conformación de los Consejos Locales de Salud o Mesas Barriales	Organizar Consejos Locales de Salud en 10 CAPS	Solamente se realizaron en el 40 % de los CAPS	Las Actas, de acuerdo al estado de avance
	Micro- emprendimientos de economía social	Implementar micro-emprendimientos productivos Implementar el proyecto de Cuidadoras comunitarias para adultos mayores	Ocho experiencias, con microemprendimientos sustentables "La experiencia Cuenta" Se capacitaron 24 cuidadoras con título habilitante, con salidas laborales	Se realiza un informe para rendir los gastos de la transferencia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación
Red de Escuelas Promotoras	Talleres para la formulación y ejecución de proyectos de promoción de la salud en las escuelas	1 por mes durante la época escolar	Se cumplió	Las Actas de la Comisión Mixta: Salud Educación y Justicia

CONFIABILIDAD DE LA INFORMACIÓN

PREVENCIÓN DE ECNT EN EL CONSULTORIO CLÍNICO NUTRICIONAL DE LA CARRERA DE NUTRICIÓN DE LA UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS.

Mónica Silvia Vacaflor de Loaiza. Docente. Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica.

CONTEXTO

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PAR AFIRMAR QUE EXISTE UN PROBLEMA DE ECNT?

Incremento de ECNT en la ciudad de La Paz. La falta de educación y los malos hábitos alimentarios hacen que la población paceña sea vulnerable, por lo que promover la buena salud a través de programas de prevención generando información, fortaleciendo ambientes de entrenamiento y creando unidades apoyo serán de gran beneficio a toda la sociedad.

La información más importante y actual en mi país Bolivia es la que proporciona el Director del Programa Nacional de Enfermedades no Transmisibles (adjunta, tomada de Internet).

PROGRAMA NACIONAL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES ANTECEDENTES

Las ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES, particularmente la DIABETES MELLITUS TIPO I Y II representan un costo muy elevado para BOLIVIA y para las personas que la padecen, en Bolivia no tenemos datos precisos sobre los costos directos e indirectos; es por esta razón que tomaremos como datos de referencia a otros países como: Estados Unidos de América, el costo TOTAL (directo e indirecto) representa un valor de \$us. 132 millones, costo médico directo anual de la enfermedad se estima en 92 millones de \$us. Y los costos indirectos representan \$us. 40 millones (discapacidad, trabajo perdido, muerte prematura) por año. Estos costos están relacionados con los costos de los cuidados médicos (costos directos) y también con los costos que genera la mortalidad prematura y el ausentismo laboral (costos indirectos).

En Bolivia, por los datos relevados parcialmente en 1998 se conoce que la prevalencia aproximada en el territorio nacional equivale a un 7.2% de la población; Información de la Biblioteca virtual de Salud, nos dice que al menos uno de cada 10 bolivianos padece diabetes, a la fecha esa cifra debió subir hasta el 10 o el 12%.

OBJETIVOS ESPECIFICOS DEL PROGRAMA:

Disminuir la Morbimortalidad causada por las Enfermedades no Transmisibles y sus Factores de Riesgo, en Bolivia.

Realizar Investigación actualizada, para la determinación de la **INCIDENCIA Y LA PREVALENCIA DE DIABETES EN BOLIVIA**, también investigar la prevalencia de las otras Enfermedades no Transmisibles.

Fortalecer el Sistema de Vigilancia de las Enfermedades no Transmisibles.

Concienciar a través de los Medios de Comunicación, a la población en general sobre las Enfermedades no Transmisibles, sus Factores de Riesgo y sus Complicaciones.

Incursionar la **EDUCACION, LA INFORMACION y la COMUNICACIÓN**, en la población en general, sobre las medidas de **PREVENCION y CONTROL** de estas enfermedades.

ACCIONES DEL 2008 COMO PROGRAMA

Se han elaborado y presentado oficialmente las **NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL Y PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES**.

Se lograron hacer alianzas estratégicas, con **CLUBS** de pacientes Diabéticos, Catedráticos de la **UMSA**, y otras personas comprometidas con la diabetes, con la finalidad de coordinar y planificar y cumplir las metas trazadas por el programa.

En esta fecha (14 / 11/2008), “Día Mundial de la Diabetes”, se hizo un **TOURS EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN**, para que la población tenga conocimiento sobre esta enfermedad.

RESULTADOS OBTENIDOS

Se logró **SENSIBILIZAR** a las Autoridades gubernamentales y no gubernamentales sobre este grave flagelo de la humanidad.

Se logró también impactar a los medios de comunicación, por las cifras alarmantes y que cada vez se van incrementando paulatinamente.

PROYECCIONES PARA EL 2009

Realizar **CURSOS TALLERES**, para la **CAPACITACIÓN** al personal de los **SEDES** en los 9 departamentos, de acuerdo a las Normas y Procedimientos para la prevención y control de las **E.N.T.** con la finalidad de que estos puedan difundir el Programa, en los Departamentos, Gerencias de Red y los Municipios.

Realizar un Screening para la determinación de glucosa en sangre, para la detección precoz de la diabetes mellitus y otras enfermedades no transmisibles, mediante la **PRUEBA CAPILAR ARTERIAL** tomando la muestra en sangre, suero o plasma de 20 microlitros de sangre. Este estudio se realizará en 250.000 personas y a través de este estudio poder determinar la **INCIDENCIA Y PREVALENCIA** actual de pacientes diabéticos en Bolivia.

ELABORAR PROTOCOLO actualizado de **VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA** e implementar el sistema de vigilancia sobre las Enfermedades no Transmisibles, con un seguimiento y monitoreo eficaz.

ELABORAR E IMPLEMENTAR GUÍA DETECCIÓN E INFORME PRECOZ de las **ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y SUS FACTORES DE RIESGO**. (PUNTOS VIDA).

SOCIALIZACIÓN a la población general de Bolivia, sobre estas enfermedades, a través de los **medios de comunicación** y hacer conocer que con medidas adecuadas, fácilmente se pueden **PREVENIR, CONTROLAR y EVITAR** sus complicaciones.

COORDINACION y PLANIFICACION, con Instituciones como el MINISTERIO DE EDUCACION, el SERVICIO DEPARTAMENTAL DE EDUCACION (**SEDUCA**), INSTITUCIONES MILITARES (cuarteles) y otras INSTITUCIONES (asociación de diabéticos en Bolivia), para impartir el conocimiento de estas enfermedades en estas instituciones, y a través de la **COMUNICACIÓN, INFORMACION Y LA EDUCACIÓN** desde temprana edad como la niñez, poder lograr los objetivos del Programa.

SUPERVISIÓN A NIVEL NACIONAL, a Responsables Departamentales y ver el grado de avance que tienen los mismos.

OBJETIVO GENERAL (PROPÓSITO) DE LA PROPUESTA A TRABAJAR EN EL CURSO

Prevenir las ECNT en la ciudad de La Paz.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (RESULTADOS O COMPONENTES)

- PENDIENTE

ALCANCE DE LA PROPUESTA

Local

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA IDENTIFICAR QUÉ ES LO QUE DEBE HACERSE?

La información que muestra el Proyecto Carmen. Desde que leí hace unos años me di cuenta que todos los problemas de Salud en los diferentes países son similares y las intervenciones deben ser las mismas.

Como especialista en Salud Publica me interesé en comenzar a Intervenir aún solo a partir del lugar de mi trabajo al idear esto tuve el Know How de formar un Club de Diabéticos que es el que se nombra en el documento adjunto “Se lograron hacer alianzas estratégicas, con CLUBS de pacientes Diabéticos,

MARCO LÓGICO

PENDIENTE

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA DISEÑAR E IMPLEMENTAR LA INTERVENCIÓN?

A partir de este Know How, al encontrarnos realizando una feria de salud (evaluación nutricional, ejercicio y educación) en una Plaza Pública tomó contacto conmigo la Dra. Dora Caballero de la OPS /OMS quien es responsable del Programa de ENT en Bolivia con la Doctora y mediante una consultoría elaboré un material que sirva para que estos Clubes se amplíen y se pueda llegar a todos los confines de nuestra Patria. Estos son llamados CLUBES VIDA.

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA SUPONER QUE LA INTERVENCIÓN VA A FUNCIONAR?

Demostrando que de un solo lugar, de un solo Club de Pacientes Diabéticos 5 personas se puede socializar a través de trabajo continuo la prevención y tratamiento de las ECNT, a la fecha y dentro de un pequeño consultorio dentro de la Facultad de Medicina funcionan tres grupos de aproximadamente 60 pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles realizando, dieta y ejercicio, participando en charlas educativas semanales en relación a su alimentación y ampliando este año al mejoramiento de la memoria.

CONFIABILIDAD DE LA INFORMACIÓN

Es totalmente verificable

- a) A través de la página Web de la Facultad de Medicina, Carrera de Nutrición y Dietética – Interacción Social, se puede observar el trabajo realizado.
 - b) El libro de Normas de Tratamiento de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles de Bolivia incorporación de Clubes Vida.
 - c) Historias Clínicas de pacientes
 - d) Números telefónicos de pacientes
 - e) Filmaciones incorporando la fecha
-

BH+SAUDÁVEL-ACADEMIAS DA CIDADE E LIANG GONG.

Vanessa Almeida. Asesora. Secretaría Municipal Salud Belo Horizonte Minas Gerais.

CONTEXTO

PENDIENTE

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA AFIRMAR QUE EXISTE UN PROBLEMA DE ECNT?

El problema a solucionar con la propuesta es sedentarismo

OBJETIVO GENERAL (PROPÓSITO)

Contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população construindo no dia a dia da cidade a possibilidade de modos de vida mais saudáveis em relação à prática de atividade física através da oferta de opções saudáveis.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (RESULTADOS O COMPONENTES)

PENDIENTE

ALCANCE DE LA PROPUESTA

Local

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA IDENTIFICAR QUÉ ES LO QUE DEBE HACERSE?

A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte produziu o Boletim Epidemiológico, no início deste ano sobre as doenças crônicas e agravos não- transmissíveis, encaminhado no anexo que respondem todas as perguntas anteriores presentes no anexo 1.

MARCO LÓGICO

PENDIENTE

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA DISEÑAR E IMPLEMENTAR LA INTERVENCIÓN?

As informações contidas no Boletim Epidemiológico subsidiaram a Instituição a desenvolver o projeto BH + Saudável no que diz respeito ao eixo atividade física regulares, oferecendo a população de 20 anos e mais os espaços chamados **Academias da Cidade**. Neste momento, temos autorizadas 23 academias da cidade. O projeto teve seu início em uma área piloto da cidade em agosto de 2006 e hoje já temos 14 academias em funcionamento, sendo que as outras estão em obra, devendo iniciar as atividades em todas elas no mais tardar até o final de 2010. Cabe ressaltar, ainda, que o projeto está sendo avaliado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em todas as suas etapas.

Além disso, a partir de 2007 com financiamento do Ministério da Saúde, para complementar e aumentar o escopo de abrangência do projeto das academias da cidade e no sentido de incluir os trabalhadores da saúde como agentes ativos na promoção à saúde, a secretaria incluiu a prática do LIAN GONG EM 18 TERAPIAS. A partir da formação de 148 instrutores, profissionais de saúde das nossas unidades de saúde que tem sido realizada nos espaços das unidades básicas de saúde ou no seu entorno, pela manhã, durante a jornada de trabalho ou no final da tarde, por 30 a 45 minutos ao dia. Todo este movimento vem promovendo um aumento na cidade do número de usuários que praticam atividade física. Dentro destas atividades do Lian Gong participam além dos usuários das unidades (em especial os pacientes com diabetes, com hipertensão, com dores crônicas, com doenças osteoarticulares, idosos, portadores de sofrimento mental ou outros que desejarem), os próprios trabalhadores de saúde.

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA SUPONER QUE LA INTERVENCIÓN VA A FUNCIONAR?

Os usuários que freqüentam as academias já começam a apresentar alterações nas seguintes informações: medida pressórica (PAS, PAD) IMC, dor, procura as unidades de saúde.

CONFIABILIDAD DE LA INFORMACIÓN

São informações clínicas dos próprios usuários que frequentam a Academias da Cidade.

PREVENCIÓN Y CONTROL DE FACTORES DE RIESGO QUE POTENCIAN LA OCURRENCIA DE DIABETES E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL MUNICIPIO DE LA CUMBRE (VALLE DEL CAUCA)

Olga Lucía Aguilar. Directora Hospital Santa Margarita – La Cumbre (Valle del Cauca)

EL CONTEXTO

El contexto donde se desarrolla el estudio de caso es el municipio de la Cumbre en el departamento del Valle del Cauca, con una población de 12.000 habitantes ubicados en un 80% en la zona rural, con limitaciones de transporte, el cual tiene servicio a la cabecera municipal dos días a la semana obligando al personal de salud a visitar periódicamente los 7 corregimientos y 32 veredas que conforman el municipio, encontrándose a 1591 metros sobre el nivel del mar con una temperatura media de que oscila entre los 19.4 a 20.1 °C, a 20 Kms de Cali, Ciudad Capital del Departamento y donde son atendidos los niveles 2, 3 y 4 de complejidad en salud.

El Hospital Santa Margarita es la única institución de salud que atiende a la población del municipio en sus diferentes regímenes de seguridad, adicionalmente atiende población no asegurada y población especial.

Dentro del mapa de procesos de la institución está definido el proceso de Salud Pública en donde se tiene caracterizado el 100% de la población esta caracterización se ha desarrollado mediante la implementación del Sistema de Información en Atención Primaria en Salud (SICAPS). Esta caracterización constantemente se actualiza ya que se tiene un equipo de promotoras que cubren el 100% del territorio municipal respondiendo cada una por un número determinado de familias. Adicionalmente se tiene georeferenciada la población identificando factores protectores y factores de riesgo.

Dentro de los factores de riesgo se han identificado factores generadores de hipertensión y diabetes que son las Enfermedades crónicas no transmisibles en donde queremos enfocar la producción y uso de la evidencia.

Se evidencian registros de 824 hipertensos diagnosticados y 19 casos nuevos en el semestre, los pacientes diabéticos identificados y controlados están alrededor de 65 esta información esta a corte de 30 de junio de 2009.

La necesidad de intervención, la identificación, el diseño y la implementación esta soportada en la información que arroja el SICAPS.

Desde la institución se maneja la información para identificar la población objeto, ubicarla geográficamente, identificar los factores de riesgo que potencian la aparición de diabetes e hipertensión, planear y diseñar la intervención, igualmente, se tiene la facilidad de hacer seguimiento a los usuarios objeto del estudio de caso, tanto, casa a casa, como, por la trazabilidad de la historia Clínica.

Periódicamente se visita a la población priorizando la catalogada de riesgo alto, se actualiza su ficha SICAPS la cual es digitada actualizando la base de datos. El proceso de salud pública mensualmente presenta sus indicadores respecto a las intervenciones y maneja el ciclo PHVA que permite identificar cuando una intervención debe ser ajustada buscando la efectividad de esta.

EL PROBLEMA

Utilización de metodologías que responden a las necesidades locales.

OBJETIVO GENERAL (PROPÓSITO)

Implementar la intervención en Diabetes e hipertensión arterial basados en la evidencia y evaluación en salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (RESULTADOS O COMPONENTES)

- NO LOS TIENE

ALCANCE DE LA PROPUESTA

Local

¿QUÉ DEBE HACERSE?

PENDIENTE

MARCO LÓGICO

PENDIENTE

IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

PENDIENTE

RESULTADOS OBTENIDOS

PENDIENTE.

INSUMOS/RECURSOS EMPLEADOS PARA EL DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN

PENDIENTE

PREVENCIÓN DE ECNT EN MUJERES JÓVENES Y ADULTAS EN EL MUNICIPIO DE BUENAVENTURA

Esneida Mosquera. Coordinadora Salud Pública. Secretaría de Salud Municipal de Buenaventura (Valle del Cauca)

EL CONTEXTO

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA AFIRMAR QUE EXISTE UN PROBLEMA DE ECNT?

En Colombia, las enfermedades cardiovasculares, son la principal causa de mortalidad en el país. Según la Fundación Colombiana del Corazón, en Colombia en el año 2001 murieron por enfermedades cardiovasculares 50.623 personas: 25.850 hombres y 24.773 mujeres. Y para el año 2010, las enfermedades cardiovasculares serán las principales causas de mortalidad en los países en vía de desarrollo. Según el más reciente estudio realizado por el DANE, Antioquia es el segundo departamento en el que mueren más personas por esta enfermedad: 6.832 personas en los últimos años.⁵

Cuadro 1. Incidencias de Mortalidad por Enfermedades Cardiovasculares ECCV
Buenaventura

AÑO	Casos
2004	427
2005	319
2006	316
2007	341
2008	284

Fuente: Estadísticas vitales, Secretaria de Salud Distrital de Salud

En el departamento del Valle el año pasado (2008) murieron 633 mujeres por infarto agudo al miocardio, lo que representa una tasa de 27 por cada cien mil habitantes y es la primera causa de muerte entre este género en el Valle del Cauca.

Entre los hombres vallecaucanos el infarto es la segunda causa de muerte, sólo superada por las muertes con armas de fuego o blanca. El año pasado 817 hombres fallecieron en el departamento por ataques cardíacos.⁶

Durante los últimos diez años, en los registros de estadísticas vitales (certificados de defunción) del municipio de Buenaventura, al observar las primeras veinte causas de muerte en la ciudad para el año (2007 Y 2008), se reconoce como las enfermedades cardio- cerebrovasculares constituyen el mayor grupo de enfermedades con una tasa estimada de 107.63 por cien mil habitantes.⁷ Ver cuadro No. 2

⁵

⁶ Enfermedades Cardiovasculares en el Valle. Boletín , mayo de 2009

⁷ Estadísticas vitales, secretaria de Salud Publica Municipal de Buenaventura

**Cuadro No. 2 MORTALIDAD GENERAL POR ENFERMEDADES
CARDIOVASCULARES Y DIABETES .BUENAVENTURA 2007**

Población

339096

No. De Orden	CAUSAS	No. De Casos	Tasa X 100000 Hbtes
2	ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO	1 1 3	3 3
3	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	1 0 7	3 2
4	110 HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	5 1	1 5
9	PARO CARDIACO	2 5	7
10	ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA	2 4	7
11	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE	2 4	7
15	OTRAS ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES	2 1	6
TOTAL		365	107.63

Fuente: Secretaria de Salud Municipal, Certificados de Defunción

Igualmente se observa como las causas de origen cardiovascular, constituyen el 24.23,8% de todas las muertes, y los datos estadísticos por grupo etareo muestran mayor concentración en el grupo de edad de 20 a 45 años de edad (fuente SIVIGILA 2007).

**Cuadro No. 3 MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES
Y DIABETES. HOMBRES BUENAVENTURA 2007**

Población

Hombres:

164462

No. De Orden	CAUSAS	No. De Casos	Tasa X 100000 Hbtes
2	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	59	36
3	ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO	55	33
4	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	26	16
17	PARO CARDIACO	10	6
19	ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA	9	5
20	OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	9	5

Fuente: Secretaria de Salud Municipal, Certificados de Defunción, 2007

Se observa como en la mortalidad por género, dentro de las veinte primeras causas de mortalidad en hombres las ECCV, se encuentran , ocupando el segundo, tercero , cuarto, diecisiete, diez Y nueve y veinteavo lugar en su orden; mortalidad por: infarto agudo del miocardio, accidente vascular encefálico, hipertensión esencial ,paro cardiaco, enfermedad cardiaca hipertensiva, y otras enfermedades cerebro vasculares y en las mujeres , diez de las veinte primeras causas , ocupan el primero, segundo , tercer ,siete, nueve diez ,once. catorce, diez y seis y veinteavo lugar en su orden,: accidente vascular encefálico agudo no especificado, infarto agudo del miocardio, hipertensión esencial, diabetes mellitus no insulino dependiente, paro cardiaco, enfermedad cardiaca hipertensiva, otras enfermedades cerebro vasculares, diabetes mellitus no especificada, insuficiencia cardiaca y otras enfermedades cerebro vasculares.

**Cuadro No. 4 MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES
Y DIABETES .MUJERES
BUENAVENTURA 2007**

Población Mujeres:

174634

No. De Orden	CAUSAS	No. De Casos	Tasa X 100000 Mujeres
1	ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUNDO NO ESPECIFICADO	58	33
2	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	48	27
3	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	25	14
7	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE	17	10
9	PARO CARDIACO	15	9
10	ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA	15	9
11	OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	12	7
14	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA	9	5
16	INSUFICIENCIA CARDIACA	9	5
20	ATEROSCLEROSIS	7	4

Fuente: Secretaria de Salud Municipal, Certificados de Defunción, 2007

Al realizar el análisis de mortalidad específica, se observa como en las causas de muerte materna, la preeclampsia es la primera causa de mortalidad materna.

OBJETIVO GENERAL (PROPÓSITO)

Lograr un aumento de actividad física y manejo de dieta saludable en las mujeres jóvenes y adultas del municipio de Buenaventura

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (RESULTADOS O COMPONENTES)

- PENDIENTE

ALCANCE DE LA PROPUESTA

Local

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA IDENTIFICAR QUÉ ES LO QUE DEBE HACERSE?

La guía de atención de la HTA vigente en Colombia (*Min protección Social, 2000*) establece que la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) afecta aproximadamente al 20% de la población adulta de la mayoría de los países, es la primera causa de morbilidad y motiva el mayor número de consultas dentro de las afecciones del aparato circulatorio.⁸

La Hipertensión Arterial es el factor de riesgo más importante para la enfermedad cardiocerebrovascular, y a menudo se asocia con otros factores de riesgo bien conocidos tales como dieta, elevación de lípidos sanguíneos, obesidad, tabaquismo, Diabetes Mellitus e inactividad física (sedentarismo).

Las personas con hipertensión tienen de dos a cuatro veces más riesgo de presentar enfermedad coronaria (EC), así mismo la reducción de 5-6 mm. Hg en la presión arterial disminuye de 20 -25% el riesgo de EC. Sin embargo cuando aumenta en 7.5 mm Hg la presión diastólica, se incrementa de 10 a 20 veces el riesgo de accidente cerebrovascular (ACV), y el control de la presión arterial disminuye en 30-50% la incidencia de ACV.

Controlar la Hipertensión Arterial significa controlar el riesgo de Enfermedad Coronaria, Accidente Cerebrovascular, mejorar la expectativa de vida en la edad adulta, con énfasis en la calidad de la misma, y sobre todo, una ganancia efectiva de años de vida saludables para el conjunto de los colombianos, lo que permitirá acercarnos en este campo a los países desarrollados.

El control de la Hipertensión es sin embargo un proceso complejo y multidimensional cuyo objetivo debe ser la prevención primaria, la detección temprana y un tratamiento adecuado y oportuno que prevenga la aparición de complicaciones. La detección temprana se fundamenta en la posibilidad de la población de acceder a la toma de presión arterial, a la intervención no farmacológica de los factores de riesgo, y farmacología de la Hipertensión Arterial, que según los grandes estudios han demostrado un mayor beneficio en la reducción de accidentes cerebrovasculares, y cardiopatías coronarias.⁹

De acuerdo a las prioridades nacionales planteadas en el decreto 3039 cuyas metas para Buenaventura, en el Plan de Salud Territorial 2008-2011 se listan a continuación:

1. Aumentar por encima de 26% la prevalencia de actividad física global en adolescentes entre 13 y 17 años (Línea de base: 26%. Fuente: ENSIN 2005);
2. Aumentar por encima de 42,6% la prevalencia de actividad física mínima en adultos entre 18 y 64 años (Línea de base: 42,6%. Fuente: ENSIN 2005);
3. Incrementar por encima de 12,7 años la edad promedio de inicio del consumo de cigarrillos en población menor de 18 años (Línea de base: 12,7 años. Fuente: Encuesta nacional de consumo de sustancias psicoactivas, escolares 2004).

⁸ Resolución 412 de 2000 y anexo técnico guía de atención de la HTA. Ministerio de la Protección Social. Colombia.

⁹ De Salazar, Ligia. Guía de Evaluación de Efectividad en Promoción de la Salud. Universidad del Valle- Cedetes. 2004.

Ante el alarmante incremento que han tenido las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) en los últimos años (Yach D, et al; 2004), ha emergido un creciente interés por emprender acciones políticas que tengan impacto sobre los entornos en los que viven los grupos poblacionales (Brownson R et al, 2006). Este abordaje requiere la construcción de coaliciones entre diferentes sectores de la sociedad, con el propósito de abogar por acciones políticas soportadas por una adecuada evidencia (Nutbeam D, 2001).

La Fundación FES, con el apoyo de la Iniciativa de Investigación Global en Salud (GHRI, por sus siglas en inglés), ha propuesto la realización de un proyecto dirigido a incrementar la capacidad local para desarrollar estrategias de abogacía que reduzcan la brecha entre la evidencia científica disponible y la formulación de acciones políticas que contribuyan a la prevención de las ECNT en cinco ciudades de Colombia, a la vez que se apoyará a otra ciudad en la continuación de los procesos orientados a la adopción de políticas públicas para el mismo propósito. Con este fin, se ha definido tres líneas básicas de acción: **1) actividad física, 2) alimentación saludable y 3) control del consumo de tabaco**. Estas líneas se constituyen en el eje vertebral de las acciones de prevención de las ECNT dada la evidente relación de dichos comportamientos con estas enfermedades y la necesidad de reducir en los próximos años la creciente carga derivada de inadecuada exposición, líneas que están definidas como ya se mencionó dentro de las diez prioridades nacionales (departamentales y municipales).¹⁰

En el Plan de Intervenciones Colectivas 2009 las actividades están orientada a la promoción de la actividad física , alimentación saludable, uso del cigarrillo focalizada a adultos jóvenes y adultos mayores, de acuerdo a las metas del Plan de Salud Territorial de Buenaventura, el cual está diseñado a trabajar en intersectorialidad y con los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Buenaventura por ser ciudad puerto, existe una tendencia muy alta al consumo mariscos aunado al alto consumo de sal, mineral utilizado ampliamente para la conservación de estos alimentos. A pesar de que diferentes estudios realizados , concluyen que el pescado es rico en OMEGA 3 , que es un ácido graso el cual está relacionado con la HTA, ayudando a reducir el riesgo .¹¹

MARCO LÓGICO

PENDIENTE

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA DISEÑAR E IMPLEMENTAR LA INTERVENCIÓN?

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud las Enfermedades Crónicas (EC) ocasionan el 60% de las muertes a nivel mundial y el 80% de las mismas ocurren en países no desarrollados¹². Contrario a lo que usualmente se asume, este tipo de

¹⁰ Fundación Fes

¹¹ Estudios OMEGA 3

¹² Citado : **Informe de Ponencia para primer debate al Proyecto de ley 267 de 2008 Senado, 140 de 2007 Cámara**, por medio de la cual se declara la obesidad como un problema de Salud Pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención. World Health Organization. Preventing chronic disease: a vital investment: WHO global report. Geneva: World Health Organization; 2005

padecimientos ocasionan un mayor número de muertes prematuras y costos sociales y económicos con respecto a los países ricos¹³. Se estima, por ejemplo, que en algunos países no desarrollados como Sudáfrica, el 40% de las muertes en personas entre los 35 y 60 años es debido a enfermedades cardiovasculares, contrastando con el 10% en Estados Unidos en el mismo grupo de edad¹⁴.

Los costos sociales y económicos de las EC tienen efectos especialmente nefastos en países no desarrollados. Así, la pérdida de empleo por parte del proveedor económico de la familia derivada de la muerte o secuela por una enfermedad crónica, tiene un efecto especialmente negativo en sociedades con economías débiles y deficientes sistemas de seguridad social, generando un incremento en la pobreza y un deterioro en las perspectivas económicas de los países.^{15, 16}

Si bien existen múltiples factores implicados en la aparición de EC y la obesidad, el rápido incremento que especialmente ha tenido está última en años recientes, solo podría ser explicado por cambios profundos en los contextos sociales y ambientes físicos en los que viven las personas.^{17, 18}

Cada año la vida de 24.589 mujeres colombianas se apaga debido a enfermedades cardio-cerebrovasculares, siendo ésta la principal causa de muerte femenina, incluso por encima del cáncer de seno o de útero. Según lo reveló el último estudio del DANE.

¹³ Citado : **Informe de Ponencia para primer debate al Proyecto de ley 267 de 2008 Senado, 140 de 2007 Cámara**, por medio de la cual se declara la obesidad como un problema de Salud Pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención James WPT, Rigby NJ, Leach RJ, Kumanyika S, Lobstein T, Swinburn B. Global strategies to prevent childhood obesity: Forging a societal plan that works. International Obesity TaskForce. 2006. Disponible en la World Wide Web: <http://www.iotf.org/documents/iotfsocplan251006.pdf>

¹⁴ Citado : **Informe de Ponencia para primer debate al Proyecto de ley 267 de 2008 Senado, 140 de 2007 Cámara**, por medio de la cual se declara la obesidad como un problema de Salud Pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención. Gaziano T. Ovarious Option Paper Clusters of Excellence for Chronic Disease. Ovarious 2006. Disponible en la World Wide Web: https://www.ovationshealth.com/online_documents/ovation/pdf/oh/ovations_option_paper_chronic_disease.pdf

¹⁵ Citado : **Informe de Ponencia para primer debate al Proyecto de ley 267 de 2008 Senado, 140 de 2007 Cámara**, por medio de la cual se declara la obesidad como un problema de Salud Pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención World Health Organization. Preventing chronic disease: a vital investment: WHO global report. Geneva: World Health Organization; 2005

¹⁶ Citado : **Informe de Ponencia para primer debate al Proyecto de ley 267 de 2008 Senado, 140 de 2007 Cámara**, por medio de la cual se declara la obesidad como un problema de Salud Pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención Gaziano T. Ovarious Option Paper Clusters of Excellence for Chronic Disease. Ovarious 2006. Disponible en la World Wide Web:

¹⁷ Citado : **Informe de Ponencia para primer debate al Proyecto de ley 267 de 2008 Senado, 140 de 2007 Cámara**, por medio de la cual se declara la obesidad como un problema de Salud Pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención Brug J, van Lenthe FJ, Kremers SPJ. Revisiting Kurt Lewin How to Gain Insight into Environmental Correlates of Obesogenic Behaviors. Am J Prev Med 2006;31(6):525-529.

¹⁸ Citado : **Informe de Ponencia para primer debate al Proyecto de ley 267 de 2008 Senado, 140 de 2007 Cámara**, por medio de la cual se declara la obesidad como un problema de Salud Pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención Ulijaszek S, Lofink H. Obesity in biocultural perspectiva. Annu Rev Antropol 2006; 35:337-360.

Esta cifra ha encendido las alarmas en los principales organismos de salud del país Y han hecho un llamado de prevención a las mujeres y demás ciudadanos.

Según la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, se estima que en los próximos 12 años, 3.6 millones de mujeres en el mundo morirán por enfermedades del corazón. De éstas, el 80% habita en países con un ingreso socioeconómico medio y bajo, como es el caso de Colombia.

El doctor Enrique Melgarejo, cardiólogo de la Clínica Marly de Bogotá y miembro de la Sociedad de Cardiología explicó que la presión arterial elevada, la obesidad abdominal (más de 80 centímetros), el colesterol alto o bajo y la resistencia a la insulina ó intolerancia a la glucosa son factores que en niveles elevados generan un mayor riesgo para el corazón de la mujer que para el hombre.

Asimismo, la forma como se presentan los accidentes cardiovasculares son distintos en la mujer y en ocasiones pueden confundirse con otras patologías. Por ejemplo, cuando hay un infarto el dolor en el pecho se asemeja a un ardor o a una molestia en la 'boca del estómago', ó las náuseas y sensación de fatiga son síntomas a los que no se les presta la debida atención, por lo que el diagnóstico de infarto de miocardio no es oportuno.

La información disponible para Buenaventura, como ya se mencionó es toda la referente a mortalidad , la cual se obtiene por medio de los certificados de defunción, y los datos de la encuesta realizada por CEDETES en el 2003 y la ENSIN 2005(para el Litoral Pacifico).

Como funcionaria de la Secretaria de Salud Municipal de Buenaventura, en la actualidad y para dar cumplimiento a las metas nacionales, dentro de las actividades del Plan de intervenciones Colectivas 2009, está el levantamiento de la línea de base sobre consumo de tabaco, morbilidad por ECNT, debido a la dificultad que ha tenido la Secretaria de Salud de Buenaventura ,en el montaje de un sistema de información adecuado, confiable ,que pueda tener información de los RIPPS de la veinte unidades primarias generadoras de datos UPGD .

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA SUPONER QUE LA INTERVENCIÓN VA A FUNCIONAR?

De acuerdo a la revisión bibliográfica realizada, acerca de la información de la estrategia Mundial sobre actividad física, donde en 1997, la OMS en Ginebra destaca la importancia de la actividad física en el marco de la promoción de la salud.

En 1998, en OTAWA Canadá se propusieron redes de políticas nacionales de vida activa .

En el 2002 en la mayor parte de los países, unos cuantos factores de riesgo eran los responsables de gran parte de la morbilidad y mortalidad, entre estos el exceso de peso y/ obesidad y la falta de actividad física.

Para enfrentar el desafío que representan condiciones crónicas como la obesidad existen estrategias efectivas de salud pública para enfrentarlas, las cual es están orientadas principalmente a la promoción de la actividad física y una alimentación saludable, lo cual a

su vez tendría un efecto en la prevención de otras condiciones crónicas asociadas al sobrepeso y la obesidad¹⁹.

Dado lo anterior, en el año 2004 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*, la cual hace un llamado a acciones efectivas, basadas en una adecuada evidencia científica, que tengan un impacto en la salud pública de sus habitantes²⁰. A través de esta estrategia se busca que los gobiernos y las sociedades incrementen el reconocimiento de las condiciones crónicas asociadas a estos comportamientos y a partir de ello adopten las acciones políticas y ambientales apropiadas.

Se ha comprobado que el llevar una vida físicamente activa produce numerosos beneficios tanto físicos como psicológicos para la salud:

- Disminuye el riesgo de mortalidad por enfermedades cardiovasculares.
- Previene y/o retrasa el desarrollo de hipertensión arterial, y disminuye los valores de tensión arterial en hipertensos.
- Mejora el perfil de los lípidos en sangre (reduce los triglicéridos y aumenta el colesterol HDL).
- Disminuye el riesgo de padecer Diabetes no insulino dependiente.
- Disminuye el riesgo de padecer ciertos tipos de cáncer (colon, mama).
- Mejora el control del peso corporal.
- Ayuda a mantener y mejorar la fuerza y la resistencia muscular, incrementando la capacidad funcional para realizar otras actividades físicas de la vida diaria.
- Ayuda a mantener la estructura y función de las articulaciones, por lo que puede ser beneficiosa para la artrosis.
- Ayuda a conciliar y mejorar la calidad del sueño.
- Mejora la imagen personal.
- Ayuda a liberar tensiones y mejora el manejo del estrés.
- Ayuda a combatir y mejorar los síntomas de la ansiedad y la depresión, y aumenta el entusiasmo y el optimismo.
- En adultos de edad avanzada, disminuye el riesgo de caídas, ayuda a retrasar o prevenir las enfermedades crónicas y aquellas asociadas con el envejecimiento. De esta forma mejora su calidad de vida y aumenta su capacidad para vivir de forma independiente.

Sin embargo aun conociendo los numerosos beneficios posibles y a diferencia de generaciones precedentes, cada vez somos menos los que realizamos, ya sea en el trabajo o en el tiempo de ocio, actividades que impliquen algún tipo de esfuerzo físico.

¹⁹Citado : **Informe de Ponencia para primer debate al Proyecto de ley 267 de 2008 Senado, 140 de 2007 Cámara**, por medio de la cual se declara la obesidad como un problema de Salud Pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención World Health Organization. Preventing chronic disease: a vital investment: WHO global report. Geneva: World Health Organization; 2005.

²⁰ Citado : **Informe de Ponencia para primer debate al Proyecto de ley 267 de 2008 Senado, 140 de 2007 Cámara**, por medio de la cual se declara la obesidad como un problema de Salud Pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención .World Health Organization. Fifty-Seventh World Health Assembly. Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: World Health Organization, 2004. WHO A57/9.

Hasta un 66% de los adultos europeos no llegan a alcanzar los 30 minutos de actividad física diaria recomendados, y 1 de cada 4 no realizan actividad alguna.²¹

CONFIABILIDAD DE LA INFORMACIÓN

La información de los certificados de defunción, se maneja en una base de datos, la que se contrasta con la base de datos de la Secretaria de Salud Departamental, como ya se menciono en cuanto a morbilidad los datos se construyen a partir de los RIPS, se esta levantando la línea de base por medio de búsqueda activa y pasiva de las historias clínicas en las IPS (UPGD). La confiabilidad esta en que los instrumentos de recolección de información estadísticas vitales, RIPS, historia Clínica y SIVIGILA, son oficiales y de carácter obligatorio en el Sistema de Seguridad Social en Salud Colombiano, y cuentan con mecanismos para su validación.

El estudio o encuesta sobre factores de riesgo realizado por CEDETES 2003, y los datos de la ENSIN 2005, también son referentes con alta calidad tecnica.

La información del nivel Mundial y Nacional disponible sobre enfermedades crónicas no transmisibles, es un referente de comparación para mejorar la capacidad de análisis sobre la situación especifica en Buenaventura.

²¹ www.boletinalimentacionsana.org

NÁTAGA SE EJERCITA FÍSICA Y MENTALMENTE

Duayén Marleivy Cortés. Gerente ESE Hospital Luis Antonio Mojica – Nátaga (Huila)

EL CONTEXTO

Nátaga, más conocida como la Ciudad Mariana del Huila, es un municipio de gran importancia para el desarrollo integral de la región, el cual está ubicado en la parte sur – occidental del departamento, sobre los declives de la cordillera central.

CARACTERÍSTICAS GENERALES:

MUNICIPIO	Nátaga
CATEGORÍA (Planeación Nacional)	sexta (6)
DEPARTAMENTO	Huila
DESCENTRALIZADO EN SALUD	SI X NO
TOTAL AREA	132.87 KM2
POBLACION TOTAL	= 5969 datos SISBEN

COBERTURA DE REGIMEN SUBSIDIADO

Iniciando el año 2008 se cuenta con 4.701 personas afiliadas al régimen de salud subsidiado a través de 3 EPS-S que hacen presencia en la Localidad.

Comfamiliar Huila	:	1.170 beneficiarios
Ecoopsos	:	1.592 beneficiarios
Caprecom	:	1.939 beneficiarios

Los servicios del primer nivel de atención se prestan a través del Hospital local Luís Antonio Mojica, el segundo nivel en el Hospital San Antonio de Padua en la Plata y el tercer nivel en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva.

En el régimen contributivo hay unas 300 personas afiliadas y 791 en calidad de vinculados.

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA AFIRMAR QUE EXISTE UN PROBLEMA DE ECNT?

La **hipertensión arterial** es una condición médica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de **presión arterial** por encima de 135/85 **mmHg** y considerada una de los problemas de **salud pública** en **países desarrollados** afectando a cerca de mil millones de personas a nivel mundial. La hipertensión es una enfermedad asintomática y

fácil de detectar, sin embargo, cursa con complicaciones graves y letales si no se trata a tiempo.

La hipertensión arterial, de manera silente, produce cambios hemodinámicos, **macro** y **microvasculares**, causados a su vez por disfunción del mismo **endotelio** vascular y el remodelado de la pared de las arteriolas de resistencia, responsables de mantener el tono vascular periférico. Estos cambios, que anteceden en el tiempo a la elevación de la presión, producen lesiones orgánicas específicas, algunas de ellas definidas clínicamente.

En el 90% de los casos la causa es desconocida por lo cual se le ha denominado "hipertensión arterial esencial", con una fuerte influencia hereditaria. Ese porcentaje tan elevado no puede ser excusa para intentar buscar su etiología pues en 5 a 10% de los casos existe una causa directamente responsable de la elevación de las cifras tensionales. A esta forma de hipertensión se le denomina "hipertensión arterial secundaria" que no solo puede en ocasiones ser tratada y desaparecer para siempre sin requerir tratamiento crónico sino que además puede ser la alerta para localizar enfermedades aún más graves de las que solo es una manifestación clínica.¹ La hipertensión es un factor de riesgo cardiovascular que no siempre se ha tenido en cuenta. Además de que puede ser un factor para que exista un embarazo de alto riesgo.

Epidemiología

Datos recientes del Estudio Framingham del Corazón sugieren que aquellos individuos normotensos mayores de 65 años de edad tienen un riesgo de por vida aproximado de 90% de tener hipertensión arterial. Desde los años 1980, el número de pacientes no diagnosticados ha aumentado de 25% hasta casi un 33% en los años 1990, la prevalencia de insuficiencia renal aumentó de menos de 100 por millón de habitantes hasta >250 por millón y la prevalencia de insuficiencia cardíaca congestiva se duplicó.²

Causas de hipertensión arterial

A pesar de que no se ha determinado cual es la causa específica en la mayoría de los casos de hipertensión arterial, los factores contribuyentes más frecuentes incluyen:

- Hipertensión esencial
- Hipertensión esencial asociada al síndrome metabólico
- Hipertensión sistólica aislada
- Diabetes Avanzada
- Hipertensión secundaria a enfermedad renal
 - Glomerulonefritis aguda o crónica
 - Glomeruloesclerosis focal o difusa
 - Colagenopatías
 - Nefritis intersticial
 - Enfermedad poliquística renal
 - Síndrome de Liddle
- Hipertensión secundaria a enfermedad vascular renal.
 - Estenosis de arteria renal, unilateral o bilateral
 - Esclerodermia
 - Enfermedad de Takayasu-Onishi
- Hipertensión secundaria a coartación aórtica
- HTA secundaria a endocrinopatías
 - Síndrome de Cushing
 - Acromegalia
 - Hipertiroidismo
 - Feocromocitoma
 - Hipercalcemia

- Adenoma corticosuprarrenal
- Deficiencia de 11-hidroxilasa
- Deficiencia de 17-hidroxilasa
- Hiperplasia suprarrenal
- Síndrome de Geller
- Exceso aparente de mineralocorticoides
- Hiperaldosteronismo supresible por glucocorticoides
- Hipertensión asociada al embarazo
- Hipertensión asociada a enfermedades del sistema nervioso central.
 - Trauma craneoencefálico o de médula espinal
 - Hipertensión intracraneal
 - Tumores encefálicos
 - Apnea del sueño
 - Porfiria aguda
 - Disautonomía
 - Síndrome de Guillain-Barré
- Hipertensión secundaria al uso de fármacos
- Sedentarismo
- Obesidad
- Progenitor o hermano/a con Hipertensión Arterial
- Hipertensión de bata blanca⁴

Prevención

Dentro de las acciones preventivas para disminuir la hipertensión encontramos:

- El incremento de la actividad física aeróbica
- Mantener un peso normal
- Reducir al mínimo el consumo de alcohol
- Consumir no más de 30ml de etanol que equivale a 720ml de cerveza (2 latas); 300ml de vino (dos copas); 60ml de whisky (un quinto del vaso), por día en los hombres y en las mujeres la mitad.
- Reducir el consumo de sodio, hacer la suplementación de potasio
- consumir una dieta rica en frutas y vegetales; lácteos bajos en grasa con reducido contenido de grasa saturada y total.
- Privarse de todo tipo de tabaco (Cigarro, pipa, habana, etc.)
- Controlar la glicemia (Si la persona padece Diabetes)

OBJETIVO GENERAL (PROPÓSITO)

Diseñar una estrategia que genere cambio en los hábitos de la comunidad del municipio de Nátaga

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (RESULTADOS O COMPONENTES)

- PENDIENTE

ALCANCE DE LA PROPUESTA

Local

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA IDENTIFICAR QUÉ ES LO QUE DEBE HACERSE?

PROGRAMAS DE ATENCION A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS

En Nátaga se creó un programa de salud pública para la prevención de enfermedades crónicas el cual fue llamado como CLUB DE LA SALUD, con el cual se pretendía dar tratamiento a los grupos de personas que ya tenían algún tipo de enfermedad crónica, como la diabetes, la hipertensión, y que eran controlados a través de la IPS municipal el cual manejaba un programa especial que hacia la promoción de estilos de vida saludables a adultos y jóvenes para prevenirlas. Incluyendo el concepto de familia en la recuperación.

MARCO LÓGICO

PENDIENTE

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA DISEÑAR E IMPLEMENTAR LA INTERVENCIÓN?

La principal ventaja es la posibilidad de obtener la información, debido a la conexión con la IPS Municipal, y al trabajo continuo que se viene realizando hace cuatro años en la ESE

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA SUPONER QUE LA INTERVENCIÓN VA A FUNCIONAR?

Porque el control de los pacientes ha logrado disminuir el número de remisiones a otros niveles o especialidades, lo que significa está siendo efectiva la propuesta biopsicosocial del programa.

CONFIABILIDAD DE LA INFORMACIÓN

Pertenece a los sistemas de información y software de la ESE Hospital Luis Antonio Mojica, y al perfil epidemiológico del municipio elaborado por la Secretaria de Salud Municipal

USO DE LA EVIDENCIA EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD COMO FACTORES DE RIESGO DE ECNT

Dora Cardona Rivas. Universidad Autónoma de Manizales.

EL CONTEXTO

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA AFIRMAR QUE EXISTE UN PROBLEMA DE ECNT?

El problema central es la prevalencia de enfermedades crónicas, como causas de mortalidad y morbilidad. El problema se relaciona, de alguna manera con factores de riesgo de diferente naturaleza. Existe información acerca de la relevancia de componentes relacionados con la la prevalencia de enfermedades como el cáncer, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y cerebro vasculares y la discapacidad motriz en la que tales factores, cuyo efecto, se expresa en la adulta, podrían ser identificados y controlados desde edades tempranas.

OBJETIVO GENERAL (PROPÓSITO)

Diseñar, ejecutar y evaluar un programa de prevención y control de factores de riesgo de cáncer gástrico

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (RESULTADOS O COMPONENTES)

PENDIENTE

ALCANCE DE LA PROPUESTA

PENDIENTE

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA IDENTIFICAR QUÉ ES LO QUE DEBE HACERSE?

No tengo información específica sobre el tema.

MARCO LÓGICO

PENDIENTE

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA DISEÑAR E IMPLEMENTAR LA INTERVENCIÓN?

No tengo información para diseñar e implementar la intervención.

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA SUPONER QUE LA INTERVENCIÓN VA A FUNCIONAR?

PENDIENTE.

CONFIABILIDAD DE LA INFORMACIÓN

PENDIENTE

FACTORES ASOCIADOS AL NO CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN EN AFILIADOS DE UNA EPS-CALI

Rodolfo Herrera. Estadístico, Epidemiólogo Coomeva.

EL CONTEXTO

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA AFIRMAR QUE EXISTE UN PROBLEMA DE ECNT?

La Hipertensión Arterial (HTA) es un importante problema de salud pública, sin embargo no se logra un control adecuado de los pacientes y esto se refleja en la alta incidencia de morbi-mortalidad por los Accidentes Cerebro-vasculares, la insuficiencia cardiaca, aneurismas, y la enfermedad coronaria lo cual ha sido bien documentado por Braunwald²². Además se estima a nivel mundial que cerca del 50% de los pacientes que se encuentran en el programa de Hipertensión Arterial no tienen la presión arterial controlada²³

En COOMEVA EPS la UCI Adulta y la UCI Coronaria (Cuidados Intensivos) tienen una importante participación en el costo de los servicios prestados como cobertura de Enfermedades Catastróficas con un 17.2% y un 5.4% del total de costo²⁴ con una alta participación de pacientes entre los 35 a 54 años, y especialmente de los mayores de 75 años quienes representan aproximadamente una tercera parte del total de pacientes atendidos por las enfermedades catastróficas definidas en el Artículo 16 de la Resolución 5261 de 1994.

OBJETIVO GENERAL (PROPÓSITO) POR DEFINIR

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (RESULTADOS O COMPONENTES)

- NO LOS TIENE

ALCANCE DE LA PROPUESTA NO LO DICE

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA IDENTIFICAR QUÉ ES LO QUE DEBE HACERSE?

En estudio realizado en una EPS con los afiliados de la ciudad de Cali en el año 2004 en el que se incluyeron 356 pacientes, se encontró información del perfil lipídico en el 79% de los encuestados y de estos el tiempo promedio de antigüedad del último examen

²² Braunwald E, Fauci A, Gordon H. *Principios de Medicina Interna: Vasculopatía Hipertensiva*. McGrawHill 2001 15ª Edición; 1666.

²³ McInnes GT. Integrated approaches to management of hypertension: promoting treatment acceptance. *Am Heart J* 1999; 138: 252-255-

²⁴ Rico, Jesús(2003).Informe de Niveles y diferenciales de Alto Costo Coomeva 2002,

realizado fue de 8.3 meses (este perfil lipídico registra en promedio cifras de anormalidad en cada uno de los exámenes que lo componen). La prevalencia del no control de HTA para estos pacientes se estimó en 30.1%, siendo mayor en hombres (40.3% vs 24.2% en mujeres), ($p=0.002$), sin embargo al clasificar por grupos etareos con corte en 65 años no se percibe diferencia significativa en el no-control de HTA. Esta prevalencia alta en hombres se ve reflejada al utilizar el algoritmo de cálculo para Riesgo Relativo (RR) de tener un evento cardiovascular (CHD) en los próximos 10 años comparado con la población de Framingham en donde el RR de la población estudiada es de 2.5 veces mayor para contraer un evento CHD que la de referencia, pero que en hombres esta llega a ser aproximadamente de cinco veces ($RR=4.7$). La adherencia al tratamiento medicado, utilizando el test de Morinsky Green, se calculó en 56%. Ajustado por sexo y tipo de IPS utilizando un modelo de regresión logística, se encontró que la oportunidad de no control en la presión arterial entre los que consumen medicamento IECA combinado con otro medicamento es $OR=1.71$ ($IC95\%: 1.0- 2.94$). Al igual hay 2.1 veces más oportunidad de “no control de la HTA” en los que asisten a IPS adscritas comparados con los que asisten a IPS propias, y finalmente los hombres presentan 2 veces más de “no control de HTA” que las mujeres. el marco teórico que se dispone sobre el asunto, factores de riesgo definidos para HTA según resolución 412 más los factores concernientes al servicio de atención. Con respecto a la asociación encontrada entre medicamentos IECA y no control de la HTA se discute sobre la posibilidad de que esta relación se deba a que es una consecuencia el que le suministren medicamentos una vez los pacientes han estado no controlados.

La prevalencia de esta EPS Cali en el no control de la presión arterial fue del 30.1%. Los posibles factores asociados al no control de HTA son: tipo de IPS , sexo masculino, y uso de medicamentos IECA.

Estos resultado han permitido tener un punto de referencia para la prevalencia del “no control de la presión arterial” en una EPS del régimen contributivo. Esto da la posibilidad de planear los servicios de salud que atienden los programas de Hipertensión arterial fijando como metas la reducción de esta hasta un punto determinado en un tiempo específico y considerando como grupos en los cuales deben focalizarse los esfuerzos a las personas del género masculino, a las IPS adscritas con una relación contractual para la prestación de servicios de salud y a los pacientes que reciban antihipertensivos tipo IECA.

La intervención sugerida es:

Promover conectividad de los programas de las Secretarías de Salud con los de las EPS, para que cuando un afiliado del régimen contributivo sea retirado de su empleo se remita inmediatamente a los programas de la secretaria de salud para garantizar la continuidad de los programas y los resultado en salud.

Garantizar educación a los médicos y al equipo de salud en general para el manejo de las guías de hipertensión.

Generar procesos pedagógicos de cambios de estilos de vida y de adherencia a los programas.

MARCO LÓGICO

PENDIENTE

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA DISEÑAR E IMPLEMENTAR LA INTERVENCIÓN?

Se tiene caracterizado la población inscrita en programas de Hipertensión y Diabetes, se cuenta con línea de base que nos permite conocer las prevalencias del control de la hipertensión arterial, se tiene establecido un proceso educativo con los afiliados de programas, se cuenta con los recursos para hacer la intervención.

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA SUPONER QUE LA INTERVENCIÓN VA A FUNCIONAR?

Fortalecer las estrategias de control administrativos en IPS propias y adscritas que garanticen la efectividad de las estrategias de intervención.

Están garantizados los recursos y la voluntad política para su implementación y seguimiento. También se cuenta con un sistema de farmacovigilancia que facilita el seguimiento la impacto de los medicamentos o resultados adversos.

En cuanto al medicamento tipo IECA habría que revisar si este descontrol en la presión arterial se está dando porque los pacientes evaluados han pasado recientemente a este esquema medicado y todavía no tienen el efecto necesario o si por el contrario el esquema de farmacoterapia no era el adecuado de acuerdo a los grupos de riesgo en los que pudo ser clasificado el paciente hipertenso, ver esquema de Guía para la atención de hipertensión arterial, resolución 412 MPS de 2000.

CONFIABILIDAD DE LA INFORMACIÓN

No obstante al tamaño muestral realizado para este estudio, para las asociaciones encontradas hay una confianza del 95% de que estas son verdaderas.

COLOMBIA

COMPORTAMIENTO FRENTE A LA ACTIVIDAD FÍSICA Y SU RELACIÓN CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR SEGÚN LA MEDIDA DE PERÍMETRO DE CINTURA

Maritza Bibiana Castro. Instituto Distrital para la Recreación y el Deporte.

EL CONTEXTO

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA AFIRMAR QUE EXISTE UN PROBLEMA?

Diferentes encuestas especializadas a nivel nacional, como por ejemplo: Encuesta Distrital de Actividad Física EDAF 2003, Encuesta Nacional sobre Situación Nutricional ENSIN 2005, Recomendación del ACSM_ AHA sobre Actividad Física 2007 y su actualización de la guías para de Recomendación para Población Americana del CDC de Atlanta 2008.

Estudios sobre síndrome Metabólico de la Asociación Colombiana de Endocrinología; Estadísticas de Morbi-Mortalidad del Ministerio de Protección Social sobre ECV.

OBJETIVO GENERAL (PROPÓSITO)

Diseñar, ejecutar y evaluar un programa de prevención y control de factores de riesgo de cáncer gástrico

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (RESULTADOS O COMPONENTES)

PENDIENTE

ALCANCE DE LA PROPUESTA

Local

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA IDENTIFICAR QUÉ ES LO QUE DEBE HACERSE?

Cuestionario IPAQ, Bases del Modelo Transteórico de cambio de comportamiento de Prochaskas y Di Clemente, instrumentos de evaluación de comportamiento sobre actividad física del Dr. Sellis y de la Dra. Marcus Bess. Modelo Ecológico de promoción de Actividad Física, guías y recomendaciones del CDC (Atlanta) y del Programa Active Living.

MARCO LÓGICO

PENDIENTE

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA DISEÑAR E IMPLEMENTAR LA INTERVENCIÓN?

Se cuenta con una base de datos de adultos entre 18 y 64 años de la ciudad de Bogotá, con alrededor de más de 800 personas; esta base cuenta con datos tales como: Perímetro de cintura, clasificación de comportamiento sobre actividad física, teléfonos y correos electrónicos en la mayoría de casos.

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA AFIRMAR O SUPONER QUE LA INTERVENCIÓN VA A FUNCIONAR?

Diferentes estudios basados en los modelos de promoción de la actividad física han de mostrado avances sobre los cambios de comportamiento de las personas, convirtiéndolas en sujetos regularmente activos y con descensos en su morbi-mortalidad.

CONFIABILIDAD DE LA INFORMACIÓN PENDIENTE

ESPACIOS PÚBLICOS Y CERRADOS 100% LIBRES DE HUMO DE CIGARRILLO.

Nancy Luz Dary Lagos Campos. Secretaría Municipal de Salud de Pasto

EL CONTEXTO

1.1 Situación sociodemográfica.

El municipio de Pasto, capital del departamento de Nariño, está ubicado al sur de Colombia en el denominado Valle de Atríz en medio de la cordillera de los Andes, a 2.527 metros sobre el nivel del mar. Tiene una temperatura promedio de 14° C, una extensión de 1.181 Km y una densidad poblacional de 359,26 habitantes por Km (1-2). De sus 405423 pobladores, 82% habita en las 12 comunas que constituyen la zona urbana de la ciudad y 18% en los 17 corregimientos que conforman el sector rural (1).

La ciudad cuenta con una gran riqueza multicultural, producto de su localización y de su historia, nutrida por los aportes de indígenas, colonos, blancos españoles y afrodescendientes.

El 27% de la población del municipio está entre los 5 y 19 años (ver Tabla 1) (1). Es de resaltar que del total de habitantes, el 26,6% no tiene sus necesidades básicas satisfechas. (2)

Tabla 1. Distribución de la población de pasto por edad y sexo.

GRUPO DE EDAD	Hombres	Mujeres	Total	%
< 1 año	3248	3105	6353	1,57%
1-4	13277	12738	26015	6,42%
5-9	17455	17642	35097	8,66%
10-14	18989	18876	37865	9,34%
15-19	19060	17879	36939	9,11%
20-24	18300	18787	37087	9,15%
25-29	18361	19223	37584	9,27%
30-34	15353	16940	32293	7,97%
35-39	12790	15634	28424	7,01%
40-44	13312	15537	28849	7,12%
45-49	11009	13146	24155	5,96%
50-54	8721	10699	19420	4,79%
55-59	6920	8512	15432	3,81%
60-64	5743	6588	12331	3,04%
65-69	4288	5295	9583	2,36%
70-74	3263	4127	7390	1,82%
75-79	2191	3216	5407	1,33%
80 Y MÁS	2302	2897	5199	1,28%
Total	194582	210841	405423	100%

Fuente: Oficina Sistemas de información SMS

Pasto es un importante polo de desarrollo del sur del país, lo cual está relacionado con su cercanía a la frontera con Ecuador, al trapezio amazónico y sus conexiones con los departamentos de la Región Pacífica. Los modos, condiciones y estilos de vida de su población están fundamentados en lo urbano, dado que su economía está subordinada a la prestación de servicios y, en general, a las actividades comerciales. Sin embargo, la agricultura no deja de ser un renglón importante en la economía local (3).

1.2 Factores de riesgo y morbilidad por Enfermedades Crónicas.

En Colombia, las EC son la principal causa de muerte. Solo las enfermedades cardiovasculares -tasa de 121.1 por 100.000 habitantes- superan a la violencia y los accidentes -105.8 por 100.000 habitantes- y a las enfermedades transmisibles -30.4 por 100.000 habitantes- (4).

En Colombia, las EC son la principal causa de muerte. Solo las enfermedades cardiovasculares -tasa de 121.1 por 100.000 habitantes- superan a la violencia y los accidentes -105.8 por 100.000 habitantes- y a las enfermedades transmisibles -30.4 por 100.000 habitantes- (5).

Según los registros de la Secretaría Departamental de Salud de Nariño, las enfermedades cardiovasculares son un problema prioritario de salud pública en el Departamento, dado que representan el 27,4% de las muertes, con una tasa de 121,1 eventos fatales por 100.000 habitantes (6).

En el 2004, la Secretaria Municipal de Salud de Pasto (SMS9, realizó el estudio “Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas”, mediante el cual fue posible comprender el grave efecto que tienen estas enfermedades para la salud pública (6). Los datos más relevantes aportados por este estudio fueron:

La prevalencia de consumo de cigarrillo en la población adulta en Pasto, es de 21%, sin diferencias significantes por estratos socioeconómicos.

El 30% de la población de adulta de Pasto reconoce padecer sobrepeso, lo cual refleja la necesidad de realizar acciones que promuevan una alimentación saludable y la actividad física.

Cerca del 23% de la población adulta camina menos de 10 minutos diarios por tres o más días a la semana, siendo esta situación más seria en las mujeres. Si se aplicaran los estándares recomendados internacionalmente, los cuales promueven la realización actividad física al menos 30 minutos al día por al menos cinco días a la semana, la prevalencia de población activa sería aún menor.

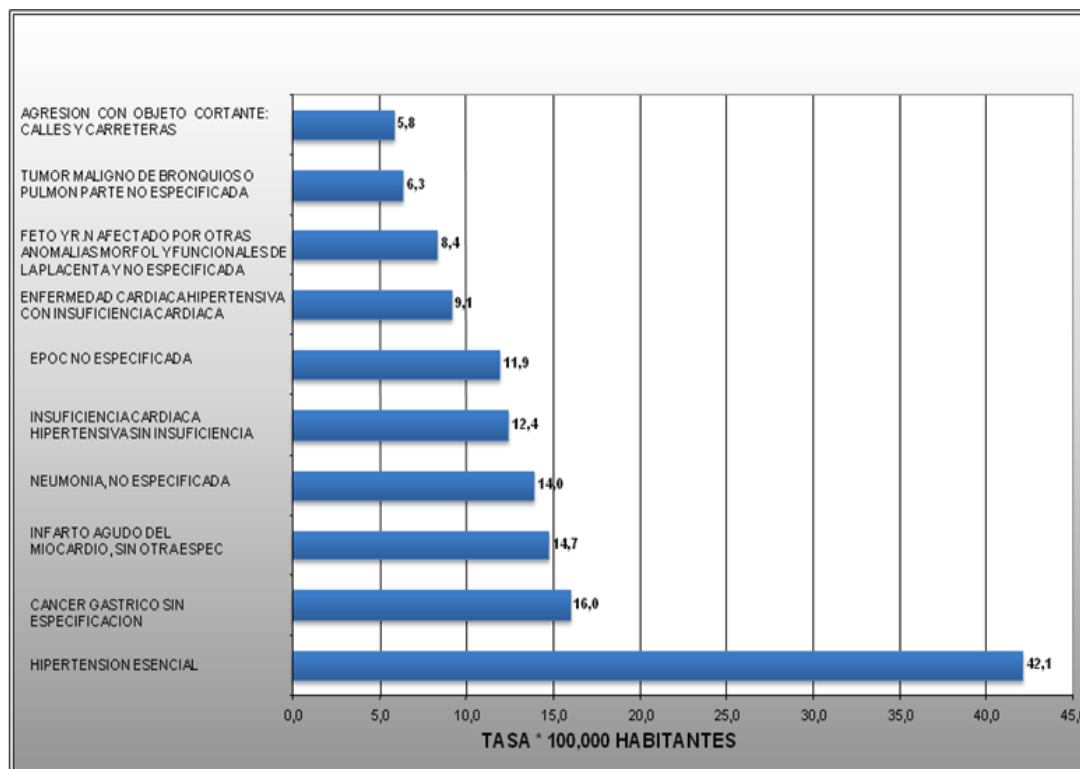
El 74.2% de la población adulta consume jugos de frutas y 31.5% consume fruta entera diariamente; mientras el consumo de vegetales cada día es una costumbre del 14.8% de la población, especialmente en los estratos socioeconómicos III a VI. Dadas las características del estudio, no fue posible determinar qué porcentaje de la población cumple con la recomendación internacional de consumir mínimo cinco porciones de frutas y verduras diariamente.

El 14% de la población dijo tener diagnóstico de hipertensión, formulado por un profesional de la salud.

Cerca de la tercera parte de la población -31%- percibe su salud como regular o mala, fenómeno que es más notorio en la población mayor de 45 años, en la población con menor nivel escolar y de estrato socioeconómico. Este hallazgo es importante, pues puede considerarse como indicador de la percepción de calidad de vida.

Consecuente con lo anterior, existe ya una carga importante de morbilidad por EC, tal como se evidencia en los siguientes datos reportados por la SMS (7):

**GRAFICO 1. DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
MUNICIPIO DE PASTO AÑO 2007**



Fuente: Sistemas de Información S.M.S.

Cinco de las 10 primeras causas de muerte en el Municipio de Pasto (Gráfica 1) están relacionadas con las enfermedades crónicas, incluyendo la primera que es la hipertensión arterial; es por esta razón que la Administración Municipal viene fortaleciendo desde hace mas de 4 años programas orientados a disminuir factores de riesgo, como son la promoción de la actividad física, los espacios libres de humo y la alimentación saludable. Otro aspecto importante es el segundo puesto que lo ocupa el cáncer gástrico este se ha posicionado en este lugar desde hace más de diez años y al parecer a pesar de las investigaciones no se tienen programas efectivos para contrarrestar este problema. Por efectos de la violencia y la accidentalidad en el país, las lesiones de causa externa también están entre las diez primeras causas de muerte y deben enfrentarse integralmente e intersectorialmente, dentro de estas las producidas en accidentes de tránsito ocupan un lugar importante.

De acuerdo con lo anterior, la situación de Pasto no difiere en términos generales de la situación del país y la de otras regiones de América Latina, con las implicaciones sociales y económicas que este problema plantea ahora y a futuro.

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA AFIRMAR QUE EXISTE UN PROBLEMA?

Un alto porcentaje de consumo de cigarrillo en la población de niños y jóvenes del municipio de Pasto, Nariño, Colombia.

OBJETIVO GENERAL (PROPÓSITO)

Retardar la edad de inicio de consumo de cigarrillo en la población de niños y jóvenes del municipio de Pasto a través de la creación de espacios públicos y cerrados 100% libres de humo de cigarrillo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (RESULTADOS O COMPONENTES)

- Desarrollar acciones de sensibilización acerca del impacto del tabaquismo pasivo y de la necesidad de implementar espacios públicos y cerrados 100% libres de humo de cigarrillo.
- Concertar una metodología de trabajo basada en la evidencia para implementar espacios públicos y cerrados 100% libres de humo de cigarrillo.
- Favorecer el proceso de implementación de los espacios públicos y cerrados 100% libres de humo de cigarrillo.
- Vigilar, controlar y sancionar el incumplimiento de la resolución 1956 del 2008.

ALCANCE DE LA PROPUESTA

La propuesta llegara hasta la implementación y seguimiento a la aplicación de los espacios públicos y cerrados 100% libres de humo de cigarrillo, el lograr retardar la edad de inicio del consumo de cigarrillo dependerá no solamente de la aplicación y cumplimiento de esta norma, sino además de los avances que se tenga de la legislación anti tabáquica y de las políticas publicas que se adopten en el municipio.

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENEN PARA IDENTIFICAR QUÉ ES LO QUE DEBE HACERSE?: INTERVENCIÓN

Los datos del estudio realizado por el Programa Presidencial RUMBOS y la Comisión Nacional de investigación en drogas, de Colombia, realizado con los jóvenes del país en edades entre los 10 y los 24 año, que empleo un análisis de regresión logística, y métodos estadísticos sofisticados con datos simples arrojo los siguientes resultados

Tabla 2.
**PORCENTAJES DE CONSUMO DE CIGARRILLO POR CIUDADES – RUMBOS
COLOMBIA 2000**

ORDEN	CIUDAD	PREVALENCIA
1º	Tunja	54.6
2º	Bogotá	50.2
3º	Medellín	48.3
4º	Manizales	48.1
5º	Pasto	44.7
9º	Bucaramanga	40.5
10º	Ibagué	38.0
20º	Barranquilla	18.9

Fuente: Programa Rumbos

La tabla 2 muestra que la ciudad de Pasto se encuentra dentro de las 5 primeras ciudades con la prevalencia más alta de consumo de cigarrillo (44.7%).

Tabla 3
EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE CIGARRILLO
RUMBOS 2000

CIUDADES	EDAD DE INICIO				
	-10años	10 -14	15 -19	20 -24	Promedio
Bogotá	6.3	67.1	25.8	4.8	13.4
Ibagué	5.7	63.0	30.1	1.2	13.6
Manizales	6.8	60.5	31.4	1.2	13.7
Pasto	4.7	57.6	34.5	1.9	13.9
Bucaramanga	5.3	54.9	37.9	1.8	14.1
B/quilla	5.1	52.5	40.0	2.4	14.3

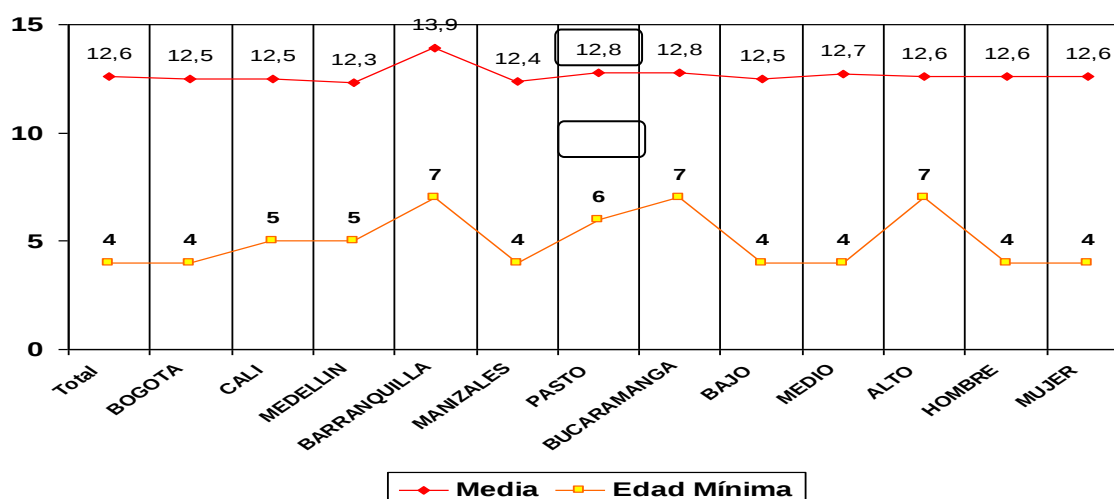
Fuente: Programa Rumbos

La tabla 3 muestra que en el municipio de Pasto el porcentaje más alto de edad de inicio del consumo de cigarrillo está entre los rangos de menos de 10 años y 15 a 19 años con un 96,8%, y el promedio de edad está en 13.9 años, por debajo del nivel nacional que se encuentra en 12,7 según datos del decreto 3039 del 2007.

Teniendo en cuenta los resultados de la ENCUESTA NACIONAL DE TABAQUISMO ESCOLAR

“Prevalencia de Tabaquismo y sus Factores Asociados en Adolescentes Escolarizados de Siete Ciudades Colombianas 2005 – 2006”

Tabla 4.
EDAD A LA QUE PROBARON EL CIGARRILLO



Fuente: ENCUESTA NACIONAL DE TABAQUISMO ESCOLAR “Prevalencia de Tabaquismo y sus Factores Asociados en Adolescentes Escolarizados de Siete Ciudades Colombianas 2005 – 2006”.

La edad de inicio del cigarrillo paso a 12.8 años es decir un año por debajo respecto al estudio de rumbos. La edad promedio fue de **12,6** años de edad. La distribución es relativamente homogénea, excepto en **Barranquilla** donde inician a una edad levemente mayor (**13 años**). Los valores mínimos niños que iniciaron su consumo a los **4 y 5 años de edad**, los cuales pertenecen a sectores socioeconómicos bajos y medios.

Es de vital importancia realizar acciones de abogacía con las personas del municipio que tienen poder de decisión para mostrar la magnitud y gravedad del problema alto porcentaje de consumo de cigarrillo en la población de niños y jóvenes del municipio con el fin de abogar por la formulación de una política pública de espacios públicos y cerrados 100% libres de humo de cigarrillo.

MARCO LÓGICO

MATRIZ DE PLANIFICACIÓN DEL PROYECTO

	RESUMEN DE OBJETIVOS/ACTIVIDADES	INDICADORES VERIFICABLES OBJETIVAMENTE	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS IMPORTANTES
Los espacios 100% libres de humo de cigarrillos ayudan a evitar que las personas, especialmente los niños y jóvenes, inicien el consumo de cigarrillo a temprana edad?	Retardar la edad de inicio de consumo de cigarrillo en la población de niños y jóvenes del municipio de Pasto a través de la creación de espacios públicos y cerrados 100% libres de humo de cigarrillo.	Edad de inicio de consumo de cigarrillo disminuida	Línea de base de edad de inicio de consumo de cigarrillo	Lentitud en la de la ley antitabáquica. Oposición de la industria tabacalera
	Favorecer el proceso de implementación de los espacios públicos y cerrados 100% libres de humo de cigarrillo.	Espacios públicos y cerrados con Proceso de implementación y aplicación de la resolución 1956 del 2008.	Actas de compromisos, actas de reuniones y capacitaciones.	Un gran numero de de espacios públicos y cerrados no cumplen con los requisitos para certificarse como 100% libres de humo

					de cigarrillo
		Vigilar, controlar y sancionar el incumplimiento de la resolución 1956 del 2008.	Espacios públicos y cerrados Vigilados, controlados y sancionados	Actas de vistas Actas de compromiso Procesos jurídicos	Gran numero de establecimientos sancionados por el incumplimiento de la norma
Factores manejables		Certificación de los Espacios Públicos y cerrados como 100% libres de humo de cigarrillo	Espacios públicos y cerrados del municipio de Pasto, certificados como 100% libres de humo de cigarrillo	Certificaciones de espacios públicos y cerrados 100% libres de humo de cigarrillo emitidos por la Secretaria Municipal de Salud	Presión de la industria tabacalera.
		Realización de jornadas de sensibilización y capacitación sobre los efectos nocivos del cigarrillo en sitios públicos y cerrados.	100% de espacios públicos y cerrados del municipio con acciones de sensibilización. Contratación de acciones colectivas a la ESE Pasto salud \$ 2.506.700		
		Señalización de los espacios públicos y cerrados como 100% libres de humo de cigarrillo.	100% de espacios públicos y cerrados del municipio señalizados como libres de humos de cigarrillo. Contratación de acciones colectivas a la ESE Pasto salud \$ 2.288.760		
		Conformar un grupo defensor de los espacios 100% libres de humo de cigarrillo de los sitios públicos o cerrados.	100% de espacios públicos y cerrados del municipio con defensores nombrados. Contratación de acciones colectivas a la ESE Pasto salud \$ 2.506.700		

	Segunda Fase levantamiento línea de base edad de inicio consumo de cigarrillo	Línea de base levantada Convenio con Universidad \$5.000.000	
	Implementación de protocolos para intervención de fumadores	100 % de pacientes fumadores de la Red publica municipal intervenidos para apoyar el dejar de fumar Contratación de acciones colectivas a la ESE Pasto salud \$ 2.288.760,00	
	Diseño e implementación de una estrategia comunicacional	Estrategia comunicacional diseñada y difundida a través de medios masivos de comunicación. Contratación de acciones colectivas a la ESE Pasto salud \$ 9.506.700,00	

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA DISEÑAR E IMPLEMENTAR LA INTERVENCIÓN?

Revisión de estudios de diferentes tipos, trabajos publicados e informes de intervención acerca de la efectividad y modelos de implementación de programas de espacios 100% libres de humo de cigarrillo en países con características similares al nuestro.

EVIDENCIAS DE EFECTIVIDAD:

DOCUMENTO	RESULTADOS
"The Lancet Oncology" ha publicado un trabajo con participación de científicos del Instituto Catalán de Oncología (ICO) sobre la efectividad de las iniciativas para crear espacios libres de humo.	El estudio demuestra que estas medidas reducen la incidencia de infartos de miocardio, la prevalencia de tabaquismo y la exposición al humo ambiental del tabaco. También se ha demostrado que no perjudican la actividad de bares y restaurantes.
Sin humo dentro crea y disfruta ambientes 100% libres de humo de la OMS Organización Panamericana de Salud (OPS)	Según la OMS, para combatir la epidemia del tabaquismo hay cuatro medidas que son importantes: crear ambientes libres del humo del cigarrillo, restringir la publicidad, exhibir advertencias en las cajetillas que informen a la población de los riesgos a los que se ve expuesto y subir los impuestos. Sólo con estas cuatro cosas algunos países, como Canadá y Australia, han conseguido bajar el consumo de tabaco a razón de un

	punto porcentual por año. Pasando de una prevalencia de 40% a 20% (4). Estimaciones de la OMS indican que el 80% de los fumadores en el mundo pertenecen a los países más pobres y estimándose el número de fumadores para el 2025 en mil seiscientos millones (5). En 1999, para enfrentar esta crisis de la salud global, la OMS convocó al inicio de las negociaciones del primer tratado internacional de salud mundial de la historia, el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) (6). Las normas internacionales recomiendan un orden de prioridad en el proceso de implementación de Ambientes Libre de Humo, comenzando por el gobierno, las instituciones de salud y de educación (7,15).
Consumo de cigarrillo en adolescentes y su relación con presión de pares y medios de comunicación, en un colegio Mixto religioso, de la localidad De Usaquén, Bogotá, 2005 <i>Pérez Andrea C1, Orduz Andrea C1, Páez Luisa F1, Palacio Angélica P1, Rozo Gustavo A1, Ibáñez Milcíades2.</i>	Se encontró una alta prevalencia de consumo de cigarrillo (45.6%), con una elevada prevalencia en el último año (38.5%) y en el último mes (22.3%). El consumo de cigarrillo por género no mostró diferencias significativas ($p=0.451$), fue significativa la diferencia de consumo de cigarrillo a mayor edad y curso de los estudiantes ($p=0.0001$). El consumo de cigarrillo se relacionó directamente con una mayor tendencia de consumo en alumnos con mayor número de pares fumadores ($p<0.0001$) y con comerciales de licor y de cigarrillo en televisión (TV) ($P=0.007$). Conclusiones: El consumo de cigarrillo en adolescentes estudiantes de estratos III-VI del colegio mixto privado, está asociado a mayor edad y grado de escolaridad, a comerciales de licor y cigarrillo de TV y a mayor relación con amigos de colegio, barrio, pareja y familiares consumidores de cigarrillo. Existe un aumento significativo de consumo de cigarrillo en las mujeres dándose ya con igual

	magnitud que los hombres. Es importante resaltar que una tercera parte de los fumadores han intentado dejar el consumo.
Prevalencia del consumo de cigarrillo y características de los estudiantes fumadores de la facultad de ciencias para la salud de la universidad de caldas, Departamento de antropología y sociología, Línea cultura y drogas. <i>Lina Pinzón de Salazar Profesora departamento de salud pública</i> <i>Ofelia Tobón Correa profesora departamento de salud pública.</i> <i>Universidad de caldas</i> <i>Facultad de ciencias para la salud</i> <i>Manizales. 1999</i>	Pretendió determinar la prevalencia del hábito de fumar y las características de los estudiantes fumadores de la Facultad de Ciencias para la Salud de la Universidad de Caldas en Manizales. Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal de período, con 294 estudiantes de los programas de Enfermería, Educación Física y Recreación y Medicina. Del total de respuestas estudiadas, el 18.33% correspondió a fumadores, distribuidos así: 62.26% hombres y 37.73% mujeres. El porcentaje de fumadores por programa fue: Educación Física y Recreación: 20.8%, Enfermería 28.3%, Medicina: 50.9 %. El mayor porcentaje de fumadores se encontró en cuarto semestre. Entre las características estudiadas en los fumadores se resaltan: • La principal causa para fumar e incrementar el hábito fue el estrés. • La edad que agrupó el mayor número de fumadores fue 24 años. • La edad media para el inicio del hábito fue de 17.7 años. • El 63.3% consumía de 1 a 5 cigarrillos/día. • El 96.22% refirió cercanía con fumadores.
Las consecuencias a la salud debido a la exposición involuntaria al humo del tabaco Un informe del Director Nacional de Salud de los Estados Unidos (Surgeon General).	Es peligroso el humo de segunda mano. El Director Nacional de Salud de los Estados Unidos, mejor conocido como el Cirujano General (Surgeon General), en colaboración con un equipo de destacados expertos en salud, investigó cómo el humo de segunda mano del tabaco le afecta a usted. Este folleto explica lo que los científicos han aprendido sobre los peligros del humo de segunda mano. También le informa cómo proteger a su familia y a usted mismo. ¿Qué es el humo de segunda mano? Usted respira

	humo de segunda mano cuando una persona fuma cerca a usted. El humo de segunda mano es la combinación de humo proveniente del extremo encendido del cigarrillo y del humo exhalado por los fumadores. Cuando usted respira humo de segunda mano es como si usted estuviera fumando. El humo de segunda mano es peligroso, sin importar si usted es joven o viejo, si usted está sano o enfermo. 1 Le hace daño. No se necesita mucho humo. No se necesita mucho tiempo.
DAÑOS A LA SALUD PROVOCADOS POR EL HUMO DE SEGUNDA MANO	“Las evidencias son claras; no existe un nivel seguro de exposición al humo del tabaco de segunda mano. Varios países ya han tomado cartas en el asunto. Insto a todos los países que aún no lo han hecho a que ejecuten este paso inmediato e importante a fin de proteger la salud de todas las personas, exigiendo que los lugares cerrados y públicos estén 100% libres de humo”. Dra. Margaret Chan, Directora General, Organización Mundial de la Salud, 29 de mayo de 2007. • El humo de segunda mano (también conocido como tabaquismo involuntario, humo de tabaco ambiental o tabaquismo pasivo) es una mezcla compleja de más de 4,000 compuestos químicos, que incluyen 69 carcinógenos conocidos¹. Estos compuestos químicos se liberan al aire como partículas y gases. El humo del cigarrillo contiene nicotina, “alquitrán” (que en sí se compone de numerosos químicos), benceno y benzo(a)pireno. La fase del gas incluye monóxido de carbono, amoníaco, dimetilnitrosamina, formaldehído, cianuro de hidrógeno y acroleína. • La evidencia científica sobre los riesgos para la salud asociados con la exposición al humo de segunda mano es clara, convincente y abrumadora. El humo de segunda mano es una de las causas conocidas de cáncer de pulmón, de enfermedades coronarias,

	de bajo peso al nacer y de trastornos pulmonares crónicos tales como bronquitis y asma (particularmente en niños). • Una abrumadora evidencia científica indica que no hay un nivel seguro de exposición al humo de segunda mano.
<i>Monograph 83 Tobacco Smoke and Involuntary Smoking</i> (Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer, IARC, 2004). <i>Proposed Identification of Environmental Tobacco Smoke as a Toxic Air Contaminant</i> (Agencia de Protección Ambiental de California, CalEPA 2005). <i>The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke</i> (Autoridad Sanitaria de USA, SG 2006).	Tres informes recientes proveen evidencia

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA AFIRMAR O SUPONER QUE LA INTERVENCIÓN VA A FUNCIONAR?

- Información sobre el diseño y la aplicación de intervenciones de este tipo en países de Suramérica.
- El avance de la legislación antitabáquica en Colombia.
- Recomendaciones internacionales.
- Estudios que evaluaron la efectividad de distintas intervenciones para reducir el tabaquismo, como restricciones y prohibiciones de fumar, elaboración y distribución de materiales educativos, realización de capacitaciones, avisos y estrategias combinadas (en hospitales, lugares de trabajo, tiendas y peluquerías, supermercados).

CONFIABILIDAD DE LA INFORMACIÓN

INTERVENCIÓN DE OBESIDAD EN ADULTOS MEDIANTE MODIFICACIÓN DE ASPECTOS COGNITIVOS Y CONDUCTUALES ASOCIADOS AL CONSUMO DE LOS ALIMENTOS.

Edgar Navarro. Universidad del Norte.

EL CONTEXTO

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA AFIRMAR QUE EXISTE UN PROBLEMA?

Tradicionalmente la obesidad y los problemas de nutrición en general, no se consideraban una enfermedad, sino más bien una condición predisponente para el desarrollo de otros padecimientos, por ello no se le registraba como diagnóstico. Sin embargo, la tendencia actual es reconocerla como una enfermedad crónica que constituye un importante problema de salud pública en escala mundial.²⁵

Algunos datos demuestran de la primera Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, aplicada en el año 2005 (ENSIN 2005),²⁶ la cifra total de sobrepeso y obesidad, en adultos 18 a 64 años fue de 49,6%, determinándose obesidad en 16,6% y sobrepeso en 33%, datos similares a los de un trabajo llevado a cabo por Sánchez y cols.,²⁷ en el que se encontró 52,5% de sobrepeso y obesidad de lo cual 18,1% corresponde a obesidad y el resto a sobrepeso. Estos datos están muy cerca de la cifra de prevalencia de obesidad estimada para Colombia, que para 2005 fue de 20%, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en comparación con 42% para los Estados Unidos.²⁸

Durante los últimos 3 años, en el grupo de Investigación UNI (Reconocido por Conciencias en categoría A1), se ha trabajado la línea de ECNT, con énfasis en enfermedades cardiovasculares, en el suroccidente de Barranquilla. Inicialmente se llevó a cabo un estudio de tipo poblacional (n=1238), para identificar factores de riesgo cardiovascular, y el autoreporte de Hipertensión, diabetes, hiperlipidemias, entre otros elementos. Se encontró una prevalencia de hipertensión arterial (autoreportada y por tomas consecutivas) de 17%, una prevalencia de diabetes de 4,2%, dislipidemias (autoreportadas) de 8% y de obesidad (por perímetro de cintura) de 23%. Posteriormente, en

²⁵ World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. WHO Obesity Technical Report Series 894. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000.

²⁶ ICBF. Valoración del estado nutricional por indicadores antropométricos. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia en el 2005. 1ª. Ed. Bogotá: Editorial Panamericana Formas e Impresos; 2006. p. 445

²⁷ Sánchez F, Jaramillo N, Vanegas A, Echeverri J, Alviar C, Echavarría E, Montoya L, Torres Y. Prevalencia y comportamiento de los factores de riesgo del síndrome metabólico según los diferentes intervalos de edad, en una población femenina del área de influencia de la Clínica Las Américas, en Medellín – Colombia. Rev Colomb Cardiol 2008; 15: 102-110

²⁸ Age-standardized estimates for obesity (BMI > 30 Kg/m² by country for ages 15+ years, estimates for 2005. Disponible en: http://www.who.int/ncd_surveillance/-infobase/web/InfoBasePolicyMaker/reports/Reporter.aspx?id=1. Consultado: 10/30/2007.

un subgrupo de estos sujetos, con hipertensión arterial y obesidad (n= 74), se llevaron a cabo determinaciones bioquímicas y antropométricas para diagnosticar síndrome metabólico, encontrando una prevalencia de 45% en este grupo. Se cuenta con una población cautiva, y una cohorte a la que se le ha llevado a cabo seguimiento, identificando, por un lado, personas con ECNT diagnosticadas, y por otro lado, personas en riesgo de padecerlas, como es el caso de los sujetos en los que se ha identificado: obesidad abdominal, prehipertensión e intolerancia a la glucosa, y que llevan a cabo estilos de vida no saludables, y potencialmente modificables (consumo de alcohol, consumo de cigarrillo, sedentarismo, etc.) Por lo tanto, es necesario realizar esfuerzos encaminados a la prevención y control de factores de riesgo para el desarrollo de ECNT especialmente en la población con problemas de obesidad.

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA AFIRMAR QUE ALGO DEBE HACERSE?

El metabolismo de los lípidos se modifica en el paciente con obesidad siendo la hipertrigliceridemia el trastorno de los lípidos más común. En cambio, el aumento en los niveles de colesterol y lipoproteínas de baja densidad se observa en mayor frecuencia en individuos con antecedentes de una historia familiar de hipercolesterolemia.^{29,30}

Además, la resistencia a la insulina es una característica de la obesidad que condiciona a trastornos metabólicos como hiperinsulinemia y diabetes mellitus y por consecuencia se asocia a un mayor riesgo de morbilidad por enfermedades cardiovasculares isquémicas.^{31,32} Es así que se indica que hombres con 20% por encima del peso deseable muestran un incremento de 20% en la probabilidad de muerte por todas las causas; 25% en la mortalidad por enfermedad coronaria, 10% por accidentes cerebrovasculares, dos veces el riesgo de padecer diabetes y 40% de enfermedades de la vesícula biliar.

Por otro lado, la adolescencia y la juventud son dos etapas que implican todo un proceso biopsicosocial que influye en diversos aspectos y entre ellos los estilos de vida en donde el individuo puede tener hábitos alimentarios inadecuados, sedentarismo y consumo de sustancias tóxicas como tabaco, alcohol y otras drogas.³³ La obesidad en la adolescencia ha aumentado en forma significativa en los últimos treinta años, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de los Estados Unidos (NHANES 2003-2004),³⁴ representativa de toda la

²⁹ Kanani PM, Sperling MA. Hyperlipidemia in Adolescents. *Adolesc Med* 2002; 37:37-52.

³⁰ Gullerian T, Widhalm K. Effect of rapeseed oil substituting diet on serum lipids and lipoproteins in children and adolescents with familial hypercholesterolemia. *Journal of the American College of Nutrition* 2002; 21:103-108.

³¹ Janssen I, Katzmarzyk P, Srinivasan S, Chen W, Malina R, Bouchard C, et al. Utility of childhood BMI in the prediction of adulthood disease: comparison of national and international references. *Obesity Research* 2005; 13:1106-1115.

³² Viner RM, Segal TY, Lichtarowicz-Krynska E, Hindmarsh P. Prevalence of the insulin resistance syndrome in obesity. *Arch. Dis. Child.* 2005;90:10-14.

³³ Casanueva E, Kaufer-Horwitz M, Pérez-Lizaur AB, Arroyo P. *Nutriología Médica*. 2a ed. México: Editorial Médica Panamericana; 2001.

³⁴ Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, Mc Dowell MA, Tabak CJ, Flegal KM. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004. *JAMA*. 2006; 295:1549-1555.

población de ese país reportó en el grupo de adolescentes de 12 a 17 años de edad, que el 17,1 % tenían sobrepeso, mostrando un importante incremento en los últimos años.

La importancia de estos problemas de peso radica no solamente en su elevada prevalencia sino que desde edades tempranas, se pueden encontrar con mayor frecuencia hiperinsulinemia y dislipidemia. Así, se reporta para Turquía en un estudio hecho en jóvenes, insulina elevada en el 43,7% y dislipidemia en un 55%.³⁵ También en una muestra de 2 000 estudiantes iraníes de 11-18 años, se encontró una prevalencia de 23,7% de dislipidemias.³⁶ En México, específicamente en el estado de Jalisco se llevó a cabo un estudio para identificar trastornos metabólicos en adolescentes de 14 a 19 años de edad, y se encontró que el 5,4% de la población presentó colesterol total (CT) mayor o igual a 200 mg/dL; el 9,4%, lipoproteínas de baja densidad (LDL) mayor a 130 mg/dL; y 17,4 %, lipoproteínas de alta densidad (HDL) menor a 35 mg/ dL. Las mujeres tuvieron concentraciones de CT, LDL y HDL mayores que los hombres.³⁷

Las dislipidemias y el proceso ateroscleroso se inician desde edades tempranas de la vida y constituye un factor de riesgo de gran importancia para la etapa adulta. Así mismo, La resistencia a la insulina es una de las características metabólicas de la obesidad y este fenómeno se encontró en un estudio en niños de en Estados Unidos de América por la American Heart Association y la Universidad de Minnesota.³⁸ Otro trabajo realizado en 98 niños con obesidad exógena en Colombia, estableció asociación entre la obesidad y el incremento en los niveles de insulina, colesterol y triglicéridos y una correlación positiva entre los niveles de insulina y el índice de masa corporal (IMC), CT, LDL, triglicéridos y la edad.³⁹

En el Bogalusa Heart Study⁴⁰ donde participaron más de 3 500 niños desde 1973, se observaron lesiones ateroscleróticas en etapas tempranas de la vida corroborados en la autopsia de 150 participantes y se encontró una fuerte asociación con los factores de riesgo cardiovascular ante mortem presentando una relación positiva con los niveles de CT, LDL, lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL), presión arterial e IMC. En cambio, Odeleye y colaboradores⁴¹ encontraron en una cohorte de 328 niños indios Pima, entre 5 y 9 años una correlación positiva entre la concentración de los niveles de insulina y el porcentaje del peso ganado por año.

³⁵ Atabek ME, Pirgon O, Kurtoglu S. Prevalence of metabolic syndrome in obese Turkish children and adolescents. *Diabetes Res Clin Pract.* 2006;72 (3):315- 321.

³⁶ Kelishadi R, Sadri G, Tavasoli A, Kahbazi M, Roohafza H, Sadeghi M. et al. Cumulative prevalence of risk factors for atherosclerotic cardiovascular diseases in Iranian adolescents: IHHP-HPHC. *Jornal de Pediatria.* 2005; 81: 447-453.

³⁷ Grupo de Estudio de Insulinemia en Adolescentes. Concentración de insulina y lípidos séricos en adolescentes de preparatoria en Guadalajara, México. *Salud Pública Méx.* 2003; 45:103-107.

³⁸ Steinberger J, Daniels S. Obesity, insulin resistance, diabetes and cardiovascular risk in children. *Circulation.* 2003; 107:1448-1453.

³⁹ Awadalla S, Castillo JM. Relación entre los niveles de insulina basal, el perfil lipídico y el índice de masa corporal en los niños con obesidad exógena. *Actual Pediatr FSFB* 2000; 10:126-129.

⁴⁰ Berenson G, Srinivasan S, Bao W, Newman W, Tracy R, Wattigney W. Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults. For the Bogalusa Heart Study. *N Eng J Med.* 1998; 338:1650-1656.

⁴¹ Odeleye OE, de Courten M, Pettit DJ, Ravussin E. Fasting hyperinsulinemia is a predictor of increased body weight gain and obesity in Pima Indian children. *Diabetes* 1997; 46:1341-1345.

Bajo el contexto expuesto, el antecedente de la obesidad como riesgo potencial y dado que además de la herencia, hay factores ambientales como hábitos positivos de salud y nivel de desarrollo de una comunidad contribuyentes para desencadenar alteraciones metabólicas relacionadas con la obesidad.

La valoración del estado nutricional considerado como un indicador del estado de salud, es un aspecto de gran importante en la detección de grupos de riesgo con excesos dietéticos que pueden ser factores de asociados a muchas de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en los últimos años.^{42,43}

Los datos más actuales para Colombia los trae la primera Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, aplicada en el año 2005 (ENSIN 2005). Esta es una encuesta de hogares, de cobertura nacional, tanto urbana como rural, aplicada en seis regiones, catorce subregiones y todos los departamentos del país. La ENSIN muestra el estado nutricional de la población colombiana entre 0 y 64 años, medido por indicadores de la antropometría nutricional (tamaño y peso de las personas). Estos indicadores permiten identificar problemas de malnutrición, ya sea por exceso (sobrepeso y obesidad) o deficiencia (desnutrición). De acuerdo con la Encuesta, en Colombia en los jóvenes de 10 a 17 años, el retraso en el crecimiento es de 16,2% a nivel nacional, pero cuando la madre no tiene educación el indicador asciende a 36%, en las zonas rurales es de 24% y en familias de Sisben 1 es del 23%. Nariño, La Guajira y Boyacá siguen siendo los departamentos con mayores problemas a nivel nacional. Otros departamentos de la región con altos índices de desnutrición en esta franja poblacional son Sucre, Magdalena, Cesar y Córdoba, todos por encima de la media nacional.⁴⁴

OBJETIVO GENERAL (PROPÓSITO)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (RESULTADOS O COMPONENTES)

ALCANCE DE LA PROPUESTA

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA IDENTIFICAR QUÉ ES LO QUE DEBE HACERSE?

Hoy en día se sabe que una gran proporción de la morbi-mortalidad que puede prevenirse está relacionada con el comportamiento alimentario. Existe, por tanto la posibilidad de modificar la dieta como una medida preventiva o más exactamente como una manera de retrasar la aparición de la enfermedad y esta intervención, importante en cualquier época de la vida, puede ser de especial relevancia si se lleva a cabo en etapas tempranas como consecuencia de un diagnóstico precoz.

⁴² Martín Peña G: Valoración del estado nutricional. En: Nutrición en atención primaria. Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Hospital Universitario La Paz, Madrid 2001. p. 43-54.

⁴³ Ortiz Hernández L: Evaluación nutricional de adolescentes. Rev Med IMSS 2002, 40(3):223-232.

⁴⁴ Vitoria De la Hoz J. Nutrición en el Caribe Colombiano y su relación con el capital humano. Banco de la República. Cartagena de Indias, agosto de 2007. Pp 22

El estilo de vida de determinados grupos de población, especialmente de los jóvenes, puede conducir a hábitos alimentarios y modelos dietéticos y de actividad física que se comporten como factores de riesgo en las enfermedades crónicas.⁴⁵

Las presiones publicitarias, los regímenes de adelgazamiento mal programados para adaptarse al canon de belleza imperante, los horarios irregulares en el consumo de alimentos, etc., pueden convertirse en factores de riesgo nutricional.⁴⁶

Por otro lado, aunque el origen de los hábitos alimentarios suele atribuirse a la disponibilidad física de los alimentos, ningún grupo humano ni en el pasado ni en el presente considera comestible todo cuanto hay en su entorno. Por medio de la cultura cada grupo humano interpreta la realidad;⁴⁷ la cultura orienta las acciones particulares de los individuos de acuerdo con reglas no escritas que se manifiestan en formas duraderas de ser, valorar y actuar que distinguen⁴⁸ por tanto las intervenciones planteadas deben encaminar a trabajar la modificación no solo individual sino cultural.

Cada sociedad construye un proceso de simbolización que otorga a los alimentos y a la alimentación significados que los hacen aceptables, los colocan entre las preferencias comunes y establecen la forma de preparación y la ocasión de consumo.

La alimentación humana es algo más que una mera actividad biológica o una colección de nutrientes seleccionados por sus condiciones ecológicas, económicas o nutricionales. Los aspectos simbólicos e identificativos llenan de sentido y significado el cuánto, cómo, dónde y con quién se come.⁴⁹

Al situar la alimentación como un fenómeno sociohistórico-cultural, la complejidad del acto alimentario invita a buscar perspectivas de intervención que involucren a las ciencias sociales para dar cuenta de hallazgos que escapen a las ciencias biológicas y que nos permitan analizar, comprender e interpretar los hábitos dietéticos de los grupos humanos rebasando la información cuantitativa que nos refiere a qué y cuánto se come para aproximarnos a saber por qué se come.⁵⁰

Todo ello, convierte a este segmento de la población en un grupo especialmente vulnerable desde el punto de vista nutricional.

MARCO LÓGICO PENDIENTE

⁴⁵ Martínez Roldán C, Veiga Herreros P, López de Andrés A, Cobo Sanz J. M y Carvajal Azcona A. Evaluación del estado nutricional de un grupo de estudiantes universitarios mediante parámetros dietéticos y de composición corporal. Nutr. Hosp. (2005) XX (3) 197-203

⁴⁶ López-Azpiazu I, Sánchez-Villegas A, Johansson L, Petkeviciene J, Prattala R, Martínez-González MA: Disparities in food habits in Europe: systematic review of educational and occupational differences in the intake of fat. J Hum Nutr Diet 2003, 16(5):349-364.

⁴⁷ Teufel, N. Development of culturally competent food frequency questionnaires. Am J Clin Nutr 1997;65 (suppl.):1173S-8S.

⁴⁸ Bourdieu P. La Distinción. Criterio y bases sociales del gusto. 1ª edición. México: Taurus, 2002.

⁴⁹ López Molina J. Cultura y Alimentación. Cuadernos de Nutrición 2003;26(2):6-68.

⁵⁰ Vargas LA. ¿Por qué comemos lo que comemos? Cuadernos de trabajo del Instituto de Investigaciones Antropológicas. México DF: UNAM, 1997;57-62.

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA DISEÑAR E IMPLEMENTAR LA INTERVENCIÓN?

La valoración del estado nutricional considerado como un indicador del estado de salud, es un aspecto de gran importante en la detección de grupos de riesgo de deficiencias y excesos dietéticos que pueden ser factores de riesgo en muchas de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en los últimos años.^{51,52}

Estudios epidemiológicos y clínicos demuestran que los cambios en la dieta producidos en los últimos años en los países más desarrollados han provocado un aumento en el número personas con problemas de sobrepeso y obesidad, un incremento en las cifras de colesterol, así como un aumento en las cifras de presión arterial. Igualmente, el consumo de dietas con alta densidad energética y baja densidad de nutrientes, puede dar lugar a desnutriciones subclínicas que pueden afectar a nutrientes esenciales.^{53,54}

Resulta de gran importancia diagnosticar al paciente con problemas en su estado nutricional lo antes posible, y cuidar que aquel que ya diagnosticado comprenda la gravedad de su proceso, complicaciones posteriores, y asuma un compromiso con el cuidado integral de su salud, lo cual incluye cambios drásticos en estilos de vida que van mucho más allá del simple cumplimiento de las rutinas medicamentosas.

La información disponible hasta el momento para la generación de una propuesta de intervención es producto de la revisión de la literatura y donde el interés es proponer una iniciativa que además de la educación sobre nutrición y el aumento de la actividad física, incluya la evaluación y modificación de las variables cognitivas y conductuales asociadas al consumo de los alimentos

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA AFIRMAR O SUPONER QUE LA INTERVENCIÓN VA A FUNCIONAR?

Hasta el momento, como mencione, no tengo evidencia de que permita afirmar que la intervención funciona pero es posible obtenerla y perfeccionar de tal manera que pueda ser factible su ejecución en el ámbito local con apoyo de los servicios de salud del área de influencia del Suroccidente de Barranquilla.

CONFIABILIDAD DE LOS DATOS

La confiabilidad de la información hasta el momento es buena pero con un exceso de datos descriptivo, información bibliográfica que debe ser ampliada, se parte de datos como la Encuesta Nacional de Salud 2007, el estudio ENSIN 2005, y trabajos previos llevados a cabo por el grupo de investigación local. Pero se requiere buscar mayor evidencia en cuanto estudios de nivel de evidencia superior para poder implementar una estrategia de intervención efectiva tanto desde el punto de vista de la salud de la población como en la parte económica.

⁵¹ Martín Peña G: Valoración del estado nutricional. En: Nutrición en atención primaria. Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Hospital Universitario La Paz, Madrid 2001. p. 43-54.

⁵² Ortiz Hernández L: Evaluación nutricional de adolescentes. Rev Med IMSS 2002, 40(3):223-232.

⁵³ World Health Organization: A global response to a global problem: the epidemic of overnutrition. WHO 2003.

⁵⁴ Varo JJ, Martínez-González MA, Martínez JA: Prevalencia de obesidad en Europa. An Sist Sanit Navar 2002, 25:103-108.

HONDURAS

PREVENCIÓN Y ABORDAJE DEL SÍNDROME METABÓLICO, DIABETES E HIPERTENSIÓN BASADOS EN EL CAMBIO DE ESTILO DE VIDA

Salvador Díaz. Jefatura Cesamo. Secretaría de Salud Pública

EL CONTEXTO

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA AFIRMAR QUE EXISTE UN PROBLEMA?

Con el panorama que presentamos de información oficial de la república primero no se visualiza la importancia de dicho problema por lo que debemos partir de nuestro contexto primigenio para así ir despejando el camino hacia un problema opacado por problemas eminentemente infecciosos, en segundo lugar e inherente al primer punto no se le da importancia a un problema que se está tornando en una bola de nieve para la salud pública de mi país pues al mejorar el poder adquisitivo del pueblo más las mejoras también en los campos sociales, culturales y educativos que al sumarlos generan un ámbito propicio para la magnificación de las enfermedades crónicas no transmisibles vemos reflejada en nuestra realidad del quehacer de la salud pública poca relevancia para acciones tendientes al estudio análisis y estrategias de acción que puedan generar respuestas al problema acordes a la realidad demostrable y viceversa considerando que el tema se pueda abordar basados en la evidencia encontrada.

Honduras tiene una extensión de 112.492 km² de territorio predominantemente montañoso, con 19 cuencas hidrográficas. El país está ubicado en el corazón de América Central y limita al norte con el Mar Caribe o de Las Antillas, al sur con el golfo de Fonseca (Océano Pacífico) y la República de El Salvador, al este con Nicaragua y al oeste con las Repúblicas de El Salvador y Guatemala. Administrativamente, se divide en 18 departamentos, 298 municipios, más de 3.000 aldeas y más de 30.000 caseríos (conglomerados poblacionales de menos de 1.000 habitantes).

Demografía, mortalidad y morbilidad

La población aumentó en más de 600.000 habitantes entre 2001 y 2005, de modo que llegó en ese último año a poco más de 7 millones. A pesar de la disminución continua de la tasa anual de crecimiento, se espera que en 2010 habrá casi 1 millón más de habitantes, la esperanza de vida continuará aumentando y la proporción de habitantes en zonas rurales seguirá disminuyendo. Se observa una alta proporción de población joven y una tendencia creciente de adultos mayores.

En el censo de 2001 la tasa global de fecundidad osciló entre 3,2 hijos por mujer en el departamento de Francisco Morazán, sede de la capital, y 6,3 en Lempira, uno de los departamentos más pobres del país. Las tasas de natalidad y mortalidad general decrecientes califican la transición demográfica del país como moderada.

La tasa bruta de mortalidad para 2005 representa aproximadamente 35.000 defunciones anuales. Según datos del Instituto Nacional de Estadística basados en información del Registro Nacional de las Personas (Estadísticas de Hechos Vitales 2003–2005,

documentación institucional), la omisión del registro de mortalidad, que se mantuvo por décadas cercana a 50%, disminuyó a 42% en 2004 y a 37% en 2005, con un margen de variación departamental que fluctúa entre 15% en Choluteca y 85%, en Gracias a Dios, para el último año (comunicación personal, 25 de julio de 2006). Sin embargo, persisten la baja cobertura y la calidad deficiente del registro médico de la causa de muerte, lo que dificulta la determinación del perfil nacional de la mortalidad tanto general como por grupos específicos de edad y sexo. Solo se cuenta con perfiles basados en las defunciones registradas en SALUD EN LAS AMÉRICAS, 2007.VOLUMEN II-PAÍSES 454 hospitales de la Secretaría de Salud y del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), las cuales representan 20% de las muertes anuales estimadas en el país.

El país se ha visto históricamente afectado por desastres naturales como huracanes, sequías, movimientos sísmicos, inundaciones y deslizamientos, que han provocado, además de miles de pérdidas de vida, daños graves en la infraestructura del país y atraso en su desarrollo. Se considera que 20% de la población vive en zonas de riesgo. Las zonas más vulnerables a los huracanes e inundaciones son la zona insular del Atlántico y las tierras bajas del norte y litoral atlántico, donde se han asentado en los últimos años importantes concentraciones de población. Los movimientos sísmicos han ocasionado daños en las zonas Este y Occidente del país, y el mayor riesgo de deslizamientos de tierra, ocasionados por el exceso de precipitaciones y por el grado de deterioro ambiental, se presenta en la capital, Tegucigalpa, y en menor escala en las zonas Norte y Occidente. Las sequías han provocado graves daños a la economía de las familias hondureñas, principalmente en el sur del país. Su impacto en el aprovisionamiento de agua se siente a nivel nacional con el descenso y el agotamiento, en algunos casos total, de las fuentes superficiales y subterráneas, que se tradujo en drásticos racionamientos. La vulnerabilidad puede aumentar a causa de la actividad humana irrestricta, que acelera la erosión del suelo y la degradación de cuencas. Se registran pérdidas forestales de más de 80.000 hectáreas por año, que afectan en particular a las regiones Sur y Occidente, en grado intermedio a la región Central, y en menor escala a la región Oriental.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

Las proyecciones de población basadas en el censo de 2001 indican una tasa de mortalidad infantil de 34 por 1.000 nacidos vivos para el año 2001 y de 30 por 1.000 para 2005. En el ámbito municipal las desigualdades son mayores, con valores que oscilan entre 17 por 1.000 nacidos vivos en José Santos Guardiola (Islas de la Bahía) y 82 por 1.000 en Dolores Merendón (Ocotepeque).

Tanto el último censo HONDURAS como las encuestas de salud familiar han mostrado una alta correlación entre el nivel de mortalidad infantil y la pobreza y educación de la madre. Así, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar de 2001, la disminución de las tasas de mortalidad infantil en los últimos 15 años del siglo XX ocurrió a expensas del descenso en el nivel socioeconómico alto (según el índice de bienes y servicios, IBS, compuesto de: agua por tubería, inodoro, electricidad, radio, televisión, refrigeradora, teléfono, vehículo particular y estufa eléctrica/gas. Los hogares se catalogaron en tres niveles: “bajo” si poseían de 0 a 2 de la lista anterior, “medio” si poseían de 3 a 6 y “alto” si poseían de 7 a 9). Se encontró también que la disminución de la mortalidad se produjo a expensas del componente posneonatal, sin que se haya modificado el nivel del componente neonatal.

Datos del censo de 2001 mostraron que las tasas de mortalidad en menores de 5 años eran más altas en los municipios del occidente del país. Si se efectúa la extrapolación de la tendencia de la mortalidad en menores de 5 años desde 1988, es probable que, de mantenerse el ritmo actual de descenso, Honduras alcance en 2015 la meta de mortalidad infantil propuesta en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Aunque no se cuenta con estadísticas provenientes de oficinas del Registro Civil, de acuerdo con encuestas de población las principales causas de muerte fueron: en el período neonatal, el trauma/asfixia y el bajo peso al nacer; en el período posneonatal, las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas, y en el grupo de 1 a 4 años de edad, las enfermedades diarreicas agudas y las infecciones respiratorias agudas. Este perfil de mortalidad concuerda con las estadísticas de servicios de salud, según las cuales las infecciones respiratorias agudas y las diarreas constituyen las primeras causas de demanda de atención en menores de 5 años. Según la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar de 2001, casi uno de cada cinco niños menores de 5 años presentó diarrea en 2001, con tendencia creciente durante los 10 años anteriores. La prevalencia fue mayor en niños de 12 a 23 meses de edad e hijos de madres sin educación, o con educación primaria solamente. La lactancia materna exclusiva hasta los 5 meses llegó a 35%, pero cerca de 10% de los niños en este grupo de edad nunca recibieron lactancia materna. Un tercio de los menores de 5 años presentaron deficiencia de hierro y desnutrición crónica.

Salud de los niños de 5 a 9 años

En 2001, el retraso de crecimiento (baja talla para la edad) afectaba a poco más de un tercio de escolares de 6 a 9 años, pero era mayor en los varones, en los de 9 años y en los que vivían en zonas rurales. El retraso severo de crecimiento alcanzaba a 11,8% de escolares, con una amplitud de 0% en el Municipio de Guanaja (Islas de la Bahía) a 59,4% en San Francisco de Opalaca (Intibucá).

Salud de los adolescentes (10–14 años y 15–19 años)

La mediana de edad de la primera relación sexual fue de 18 años en las mujeres y de 17 años en los varones; en 2001 casi un tercio de las adolescentes mujeres estaban embarazadas. La tasa de fecundidad para la población de 15 a 19 años fue de 137 nacimientos anuales por 1.000 mujeres hacia 1999, cifra que no se modifica desde 1986.

Salud de la población adulta (20–59 años)

Las mujeres de 20 a 24 años y de 25 a 29 años presentaron las más altas tasas de fecundidad en 2001, con 229 y 202 hijos por 1.000 mujeres, respectivamente. Durante las últimas décadas el uso de métodos anticonceptivos ha ido en aumento, sobre todo por parte de las mujeres, ya que una proporción significativa de hombres de 15 a 44 años siguen manteniendo su papel “tradicional” en cuanto a su participación en la salud sexual y reproductiva, y a la toma de decisiones en el hogar. En 2001, 85% de las embarazadas tuvieron control prenatal, la mitad de los controles se realizó en establecimientos de la Secretaría de Salud, y en 56% la captación de embarazadas para su control se produjo en el primer trimestre del embarazo. La anemia afectaba a 15% de las mujeres no embarazadas y a un tercio de las mujeres embarazadas, pero solo 41% de estas últimas recibieron suplementación con hierro, y 32% con ácido fólico. Entre 1996 y 2001 el acceso a la prueba de citología vaginal aumentó de 50% a 61%, especialmente en las mujeres de la zona rural; sin embargo, persisten limitaciones en la provisión oportuna de resultados, sobre todo en el ámbito rural. Las últimas determinaciones de mortalidad materna fueron de 182 por 100.000

nacidos vivos y de 108 por 100.000 en 1990 y 1997, respectivamente. De acuerdo con datos del sistema de vigilancia de mortalidad materna, en 2004 y 2005 la mayoría de las muertes se registraron en jóvenes de 19 a 35 años de edad sin instrucción o con estudios primarios solamente, durante el parto o en el puerperio inmediato. Las principales causas de muerte materna fueron las hemorragias y el trastorno hipertensivo del embarazo, y el análisis de los determinantes proximales de las muertes indican importantes deficiencias en el acceso a la atención de salud de calidad. Lo anterior sugiere que Honduras difícilmente podrá alcanzar la meta de mejorar la salud materna planteada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015.

Salud de las personas con discapacidad

En 2002, 177.516 personas (25,5 por 1.000 habitantes) presentaban algún tipo de discapacidad. Las más comunes eran las discapacidades de locomoción, destreza y visión. La amputación de miembro superior, la demencia y la depresión crónica mostraron diferencias importantes entre hombres y mujeres, en detrimento de los primeros. Las causas más frecuentes de discapacidad fueron las enfermedades comunes, las congénitas, y los accidentes y violencia. El grupo de edad más afectado fue el de 18 a 64 años en ambos sexos, y los departamentos con mayor cantidad de discapacitados fueron Ocotepeque, Santa Bárbara, Lempira y Copán, en el occidente del país.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

El **dengue** se ha mantenido en alrededor de 19.000 casos anuales en 2004 y 2005, con 10% de casos de dengue hemorrágico, luego de un ascenso notable a más de 32.000 casos en 2002, sobre todo en las grandes urbes del país.

La **malaria**, en particular la causada por *Plasmodium vivax*, es endémica en el país y afecta primordialmente a las poblaciones del norte y oriente; así, en 25 municipios con tasas superiores a 1.000 por 100.000 habitantes viven cerca de 350.000 personas.

De los casi 1.000 casos anuales de **leishmaniasis** notificados en 2004, 96% correspondieron a la forma cutánea, y el resto a las formas mucocutánea y visceral; además, 66% del total de casos se presentaron en los departamentos de Olancho, Choluteca y Colón (20).

Se ha mejorado notablemente la caracterización de la enfermedad de **Chagas** transmitida por *Rhodnius prolixus* y *Triatoma dimidiata*. Según datos del Programa Nacional de Chagas y Leishmaniasis 2004, un estudio serológico sobre muestras de escolares menores de 15 años mostró una seroprevalencia de 29% en La Paz, y valores de entre 3% y 7% en Copán, Lempira, Intibucá, Yoro y Santa Bárbara (comunicación personal, 2 de julio de 2005). Datos procedentes del Laboratorio Central de Referencia para Enfermedad de Chagas y Leishmaniasis, la Red de Laboratorios y Bancos de Sangre, y la Cruz Roja Hondureña, indican que la seroprevalencia en donantes de sangre se mantiene en poco más de 1% (comunicación personal, 2 de julio de 2005).

Enfermedades inmunoprevenibles

En las dos últimas décadas del siglo XX fue notorio el descenso de los números de casos de enfermedades prevenibles por vacunación, especialmente las prevalentes en menores de 5 años.

Esto se relaciona con la introducción paulatina de nuevas vacunas en el esquema nacional de inmunizaciones y con las altas coberturas en la aplicación de estas en niños, mujeres y otros grupos de riesgo. En el cuadro 3 se detallan las vacunas incorporadas entre 1977 y 2003 y la población que se cubrió. Persisten, sin embargo, zonas con prevalencia significativa de **rubéola**, **parotiditis** y **hepatitis A**. No se han registrado casos de difteria desde 1981, de **poliomielitis** desde 1989, y de **sarampión** desde 1996. La incidencia de **tétanos neonatal** ha disminuido notablemente.

Enfermedades infecciosas intestinales

De los casos de **diarreas agudas** que se notifican anualmente, 77,0% corresponden a niños menores de 5 años, con una prevalencia en este grupo de edad de 22,5%, porcentaje aún mayor en las zonas urbanas, fuera de Tegucigalpa y San Pedro Sula, y en las zonas rurales, especialmente de La Mosquitia (Gracias a Dios). El estrato de edad más afectado fue el de 6 a 23 meses. Para tratar a niños menores de 5 años con diarrea se emplea una elevada proporción de medicamentos (pastillas 41,5%, antidiarreicos 37,1%, antibióticos 19,6%); 29,6% de los niños recibieron Litrosol (sales de rehidratación oral) durante el último episodio de diarrea en 2001. En ese año, poco más de la mitad de los niños recibieron menos alimentos o se les suspendieron algunos alimentos sólidos durante la diarrea (13).

Enfermedades crónicas transmisibles

La morbilidad por **tuberculosis** ha venido decreciendo lentamente de 72 por 100.000 en 1993 a 50 por 100.000 en 2004 (54% de los casos corresponden a varones). En el mismo período, sin embargo, la detección de sintomáticos respiratorios se duplicó.

La incidencia de **meningitis tuberculosa** se mantiene por debajo de 1% desde 1992. Según datos del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (evaluación 2004), la incidencia de la tuberculosis y la coinfección por VIH/sida han ido en aumento desde 1986.

Después de un período de interrupción de dos años, el Programa Nacional de **Lepra** reanudó sus actividades en 1998, y hacia finales de ese año ya había realizado el seguimiento de 78 casos, de los cuales 13% aún recibían poliquimioterapia. En 1999, el número de casos descendió a 72, y en 2003 a 35.

Infecciones respiratorias agudas

Las infecciones respiratorias agudas, incluida la **neumonía**, siguen siendo causa importante de morbilidad en los menores de 5 años, sobre todo en los municipios más pobres del occidente del país. Según datos de una encuesta realizada en 2001 a madres cuyos hijos menores de 5 años fallecieron, una de cada tres defunciones de niños de entre 1 y 11 meses de edad y una de cada cinco defunciones de niños de 1 a 4 años de edad se atribuyeron a infecciones respiratorias agudas (13).

VIH/ sida y otras infecciones de transmisión sexual

El sida está presente desde 1985 y a fines de 2005 llevaba acumulados poco más de 17.000 casos; tan solo en 2004 se diagnosticaron 970 nuevos casos (una incidencia de 138 por 1.000.000 de habitantes). En 2005, 40% de los casos nuevos se registraron en San Pedro Sula y Tegucigalpa; la relación hombre: mujer, antes de 2:1, pasó a 0,95 a inicios de la década de los noventa.

El grupo de edad más afectado fue el de 25 a 34 años, y la vía de transmisión más frecuente fue la heterosexual (88%), seguida, muy por debajo, por la perinatal (9%).

Zoonosis

La **rabia** ha mostrado un franco descenso en la última década, producto de las buenas coberturas de inmunización en canes. No se han presentado casos de rabia canina desde 2003 ni rabia humana desde 2000. Se registraron casos aislados de rabia en bovinos, uno en 2004 y otro en 2005.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La **deficiencia de hierro** y la **desnutrición crónica** se presentan en un tercio de los niños menores de 5 años (13). En 2002, el país fue certificado como virtualmente libre de desórdenes por deficiencia de yodo.

La **obesidad** es un problema de importancia creciente. Varios estudios realizados entre 2001 y 2004 mostraron que entre 2% y 4% de los niños menores de 5 años sufrían de obesidad. Otro estudio efectuado en escolares de la capital mostró que 20% presentaban sobrepeso y obesidad. Entretanto, una investigación sobre factores asociados a la diabetes mellitus y la hipertensión arterial en la población adulta de Tegucigalpa realizada entre 2003 y 2004 mostró que 36% de las personas sufrían de sobrepeso y otro 23%, de obesidad. Esta investigación también mostró una prevalencia de diabetes mellitus de 7,8%, lo que significaría que en la capital del país habría cerca de 39.000 diabéticos, 42% de los cuales no estarían aún enterados de que sufren la enfermedad. La Secretaría de Salud notificó una incidencia de diabetes de 593 por 100.000 habitantes en 2004.

Enfermedades cardiovasculares

El estudio sobre factores asociados a la diabetes y la hipertensión antes mencionado mostró que 19% de la población adulta de Tegucigalpa sufría de hipertensión arterial, 53% tenía colesterol total elevado, 37% colesterol LDL elevado, 34% colesterol HDL bajo, y 29% triglicéridos elevados. Los registros rutinarios de la Secretaría de Salud mostraron que en 2004 la incidencia de hipertensión fue de 1.681 por 100.000 habitantes.

Neoplasias malignas

Según el Programa Nacional de Cáncer, en 1998 los principales cánceres fueron: de útero, de mama, de piel, de estómago y de ovario. Datos de 1998–2003 del Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas, la mitad de cuyos casos provienen del departamento Francisco Morazán, mostraron que los tumores malignos más frecuentes fueron: cervicouterino (24,4%), de mama (13,9%), cerebral (5,2%), y la leucemia linfóide (3,5%). La mayoría de los casos de cáncer cervicouterino se presentaron en mujeres de 35 a 54 años de edad, y se encontraban en estadios II y III, mientras que 60% de los casos de cáncer de mama afectaban a mujeres de 40 a 59 años y también en estadios II y III. Se espera que la reciente implantación del Registro de Cáncer de Base Poblacional por el centro de cáncer mencionado permita caracterizar mejor la enfermedad.

OBJETIVO GENERAL (PROPÓSITO)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (RESULTADOS O COMPONENTES)

ALCANCE DE LA PROPUESTA

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENEN PARA IDENTIFICAR QUÉ ES LO QUE DEBE HACERSE?: INTERVENCIÓN

Organización del sistema de salud

Una encuesta reciente mostró que 47% de la población concurre a un servicio de salud cuando se sintió enferma; de ella, 58% lo hizo a un establecimiento de la Secretaría de Salud, 7% al IHSS, 30% a un servicio privado de salud, y el resto, a agentes comunitarios y farmacias.

El propósito de la reorganización de la Secretaría de Salud, expresado en el Acuerdo No. 895, “es el desarrollo de la capacidad de administración del sistema de servicios, centrada en el nivel local”. Los cambios del sistema administrativo se han orientado en un primer momento hacia la desconcentración de la gestión.

La Secretaría de Salud promueve acciones orientadas a preparar a los niveles locales para que asuman en el futuro competencias y funciones descentralizadas. La desconcentración, siguiendo un modelo de regionalización, se realiza sobre todo desde los niveles centrales hacia el nivel intermedio y muy poco hacia el nivel local.

En los municipios se están introduciendo el diagnóstico local de la situación de salud con la participación de los diversos sectores de la comunidad, y la elaboración de planes de desarrollo en forma integrada.

Alrededor de 11% de la población está cubierta por el subsistema de seguro público de salud a través del IHSS. Del total de población económicamente activa, 37,1% está cubierta por el seguro público que opera a través del IHSS. El IHSS ofrece un régimen de prestaciones de salud para sus asegurados cotizantes, que incluye la cobertura de todos los riesgos de salud y brinda a los beneficiarios indirectos servicios de maternidad y atención a los niños y niñas hasta los 5 años. No existe un sistema de afiliación privada de la seguridad social. Hay 10 aseguradoras privadas que venden planes de seguros (gastos médicos hospitalarios) cuya fuente de financiamiento es el bolsillo del asegurado, pero no se dispone de datos sobre el verdadero alcance de su cobertura poblacional. No existen modalidades de financiamiento público del aseguramiento privado de salud.

Servicios de salud pública

Honduras se consideró años atrás como un modelo en cuanto a la aplicación de la estrategia de atención primaria de la salud (APS). En la actualidad, sin embargo, la atención de la salud muestra grandes inequidades, la participación de la comunidad es en gran medida vista como auxiliar de los servicios de salud y, con algunas excepciones, existe una falta de coordinación entre los distintos sectores e instituciones en todos los niveles. Además, amplios segmentos de la sociedad están excluidos de los beneficios de la tecnología sanitaria apropiada y a costos razonables.

Para completar esta pregunta e ir formulando una estrategia de acción para la intervención presentamos datos de las investigaciones realizadas al respecto mas recientes disponibles en nuestro país bajo el marco del sistema de salud hondureño ya expuesto, todo en lo que respecta al tema del SINDROME METABOLICO y su estrecha relación con la DIABETES MELLITUS así como con LAS DISLIPIDEMIAS y con la HIPERTENSION ARTERIAL relacionado todo esto con EL ESTILO DE VIDA SEDENTARIO y los hábitos alimenticios de la población .

INVESTIGACIÓN DE PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION ARTERIAL Y FACTORES ASOCIADOS.

INDICADORES DE SALUD EN HONDURAS 2001

- | | |
|--|---------------------|
| ▪ Esperanza de Vida | 70.7 años. |
| ▪ Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos | 34 |
| ▪ Tasa de mortalidad materna | 108 |
| ▪ Tasa de mortalidad de 1 a 4 años | 11 |
| ▪ Tasa de mortalidad en menores de 5 años es de | 45 por 1000 nacidos |

POBLACIÓN DE ESTUDIO

- La investigación se realizó en el **Distrito Central, capital del país, Tegucigalpa.**
- Su población urbana es de **850, 227 habitantes**
- Muestra:

▪ Unidades de Salud	=	4
▪ Barrios/Colonias	=	13
▪ Manzanas	=	96
▪ Poblacion	=	49,663
▪ Muestra	=	<u>2,400</u>

RESULTADOS

Características	Masc	Fem	20-39	40-64	65>	Total
n	435	786	648	452	121	1221
% de sujetos	35.6	64.4	53.1	37.0	9.9	100.0
Diabetes tipo 2(%)	9.4	7.8	2.0	13.7	22.3	8.3
HTA (%)	23.6	16.8	6,8	27.7	54.2	19.2

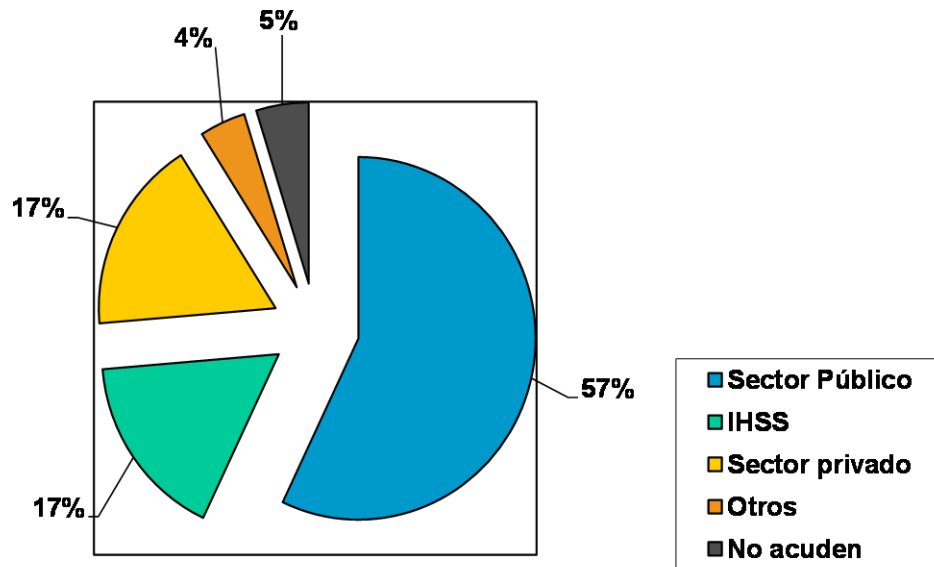
Del total de personas con diabetes, el 42% son casos nuevos

Del total de personas con HTA, el 60.2 % son casos nuevos

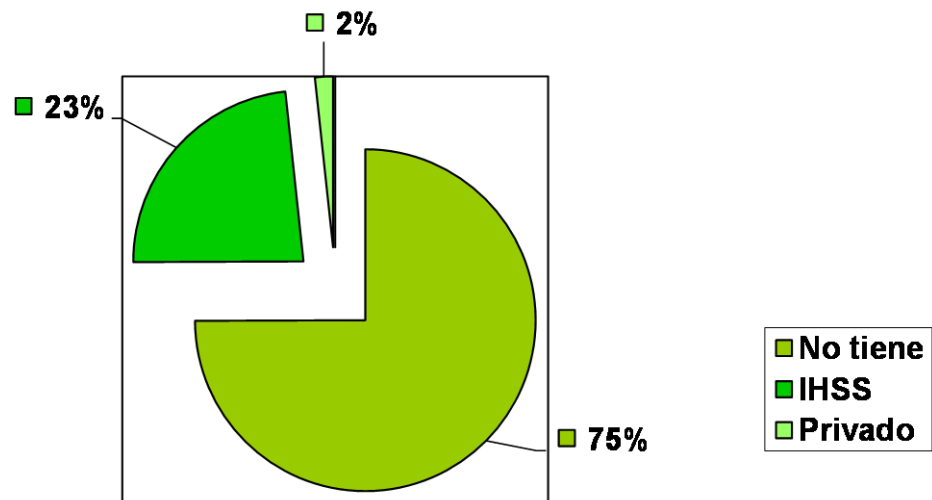
FACTORES DE RIESGO

Características	Masc	Fem	20-39	40-64	65>	Total
Sobrepeso	37.0	34.8	30.0	45.4	28.6	35.6
Obesidad	16.8	26.4	20.9	28.4	13.4	23.0
Sobrepeso y obesidad	53.8	61.1	50.9	73.8	42.0	58.5
Colesterol $\geq$ 200	52.9	52.3	41.4	64.4	67.8	52,5
Trigliceridos $\geq$ 200	36.8	24.6	20.6	38.8	37.2	28.9
Obesidad central	14.2	55.6				

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD



POBLACIÓN CON SEGURO DE SALUD



CONCLUSIONES

- Es evidente una alta prevalencia de Diabetes Mellitus e Hipertension Arterial en población urbana, muy similares a los reportados tanto en países pobres como en los desarrollados. **Se destaca el alto porcentaje de la población que desconoce su enfermedad.**
- **Los factores de riesgo como sobrepeso, obesidad y dislipidemia muestran prevalencias elevadas a pesar de ser una población económicamente deprimida, lo que constituye una situación alarmante para el presente y futuro de la salud de las y los hondureños.**
- El acceso a los servicios de salud sigue dependiendo de la atención estatal por el bajo poder adquisitivo de la población lo que remarca el hecho de demostrar ante la secretaria de que al mejorar las condiciones de alimentación y el sedentarismo como estrategia para incidir sobre las ECNT se lograra mejorar lo que ya se intuye sobre el problema pero que en el país aun no se ha comprobado.
- Para una mayor efectividad de las intervenciones futuras es necesario un mayor conocimiento de las ECNT y sus factores de riesgo, **siendo necesario estudios en población rural, grupos étnicos, entre otros así como estudios destinados a la vinculación de lo teórico con respecto al problema y la experimentación de nuevos abordajes integrales y basados en la evidencia de la salud publica.**

Es en este ultimo ítem en donde pretendemos trabajar para establecer un panorama nacional que produzca no solo información para la acción si no que develice y le dé la verdadera magnitud que creemos tiene este problema para que con la evidencia se replanteen algunas prioridades dentro de los sistemas nacionales de salud publica pues en este momento únicamente este estudio y nuestros intentos de visualización desde el punto de vista preventivo existen en el país , claro que puede existir en la secretaria mayor información al respecto pero bajo el paradigma biologicista clínico y no amplio o multifactorial relacionado con evidencia bajo el interés de la salud pública.

Con lo anterior diremos que nos centraremos en ampliar y mejorar la información existente complementándola con información estratificada y tomando las esferas socioeconómicas y geográficas involucradas en el quehacer de la salud pública y que si son considerados cuando se habla de los procesos infectocontagiosos agudos o crónicos.

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

- ✓ Realizando estudios sectoriales urbano rurales
- ✓ Producción de herramientas de investigación que puedan ser estandarizadas y reproducibles
- ✓ Generando bases de datos confiables y accesibles
- ✓ Promoción y divulgación de información en todos los estratos de acción de las estrategias que se planteen como producto de la investigación basados en la evidencia encontrada tendiente a modificar el comportamiento de la DIABETES MELLITUS Y LA HIPERTENSION ARTERIAL CON RESPECTO A SU RELACION AL SINDROME METABOLICO Y EL ESTILO DE VIDA modificable.
- ✓ Generación de espacios que puedan no solo involucrar al sector salud, salud publica sino que sean espacios multisectoriales vinculantes como una forma de

ver y abordar la temática desde su integralidad y prevención posible utilizando la evidencia así obtenida

- ✓ Y como ultimo tópico generación de acciones lógicas y viables como producto final medible.

A nivel nacional se pretendería

- ✓ Incorporar las Enfermedades Crónicas No Transmisibles como Prioridad en el Plan Nacional de salud de Honduras 2005-2021.
- ✓ Necesidad de un programa nacional de prevención y atención de las ECNT en este caso de manera específica EL SÍNDROME METABOLICO, la DIABETES y LA HIPERTENSION ARTERIAL.
- ✓ Fortalecer el Punto Focal de Enfermedades Crónicas No Transmisibles a nivel de la Secretaria de Salud
- ✓ Promover enfoques integrales en la atención de las ECNT, con abordajes multidisciplinarios y multisectoriales, a partir de experiencias exitosas.
- ✓ Orientar la formación del personal de salud hacia la promoción de la salud, prevención y atención integral de las ECNT.

ACTIVIDADES DE VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO:

- ✓ Incorporar indicadores en la Encuesta de Hogares del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) que permitan el monitoreo de las ECNT.
- ✓ Institucionalizar la evaluación anual que incluya pruebas de glucosa en ayunas, presión arterial, perfil lipídico y medidas antropométricas realizadas en el IHSS y en forma cofinanciadas en el sector público y privado
- ✓ Incorporar la prueba de tolerancia a la glucosa en el control prenatal.
- ✓ Promover las ferias de la salud a nivel nacional coordinadas por ONGs, gremios profesionales del sector y la comunidad, para la detección precoz de las entidades del Síndrome Metabólico.

MARCO LÓGICO

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA DISEÑAR E IMPLEMENTAR LA INTERVENCIÓN?

Tomaremos como base para esta respuesta la información obtenida de **Prevalencia de DIABETES MELLITUS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y FACTORES ASOCIADOS: Tegucigalpa, Honduras, 2003–2004 Conferencia de la Red de las Américas de Vigilancia de Enfermedades Crónicas (VIIIº Taller CAMDI, Ciudad Panamá, Panamá, 28–29 noviembre 2006)**

PATROCINADA POR

- **Internacionales**
 - OPS/OMS (programa de enfermedades crónicas, Washington y Honduras)
 - Centro para control y prevención de enfermedades (CDC)
- **Nacionales**
 - Fundación Hondureña de Diabetes

- Secretaría de Salud
- Colegio Médico de Honduras
- Presidencia de la República
- Sociedad Hondureña de Cardiología
- Laboratorios ROCHE
- Laboratorios Merck

Planteamiento del problema

- Información incompleta sobre la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, hipertensión arterial, obesidad y otros factores de riesgo.
- Falta de políticas y programas nacionales para la prevención y control de estas enfermedades.
- Aumento en los servicios de salud de la demanda de atención por complicaciones de la diabetes e hipertensión arterial.
- Percepción de un incremento en la prevalencia de estas enfermedades especialmente a nivel urbano.

Objetivo general

- Realizar un estudio en población de 20 o más años en el área urbana de Tegucigalpa que permita definir el perfil epidemiológico de la diabetes, la hipertensión arterial y los factores de riesgo asociados.

Objetivos específicos

- Identificar la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial en la población de 20 años y más.
- Establecer la relación entre la prevalencia de estas enfermedades y algunos factores demográficos, culturales, sociales y económicos.
- Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas (de manera indirecta) sobre la diabetes, hipertensión arterial y factores asociados a estas enfermedades.

Métodos de Diagnóstico

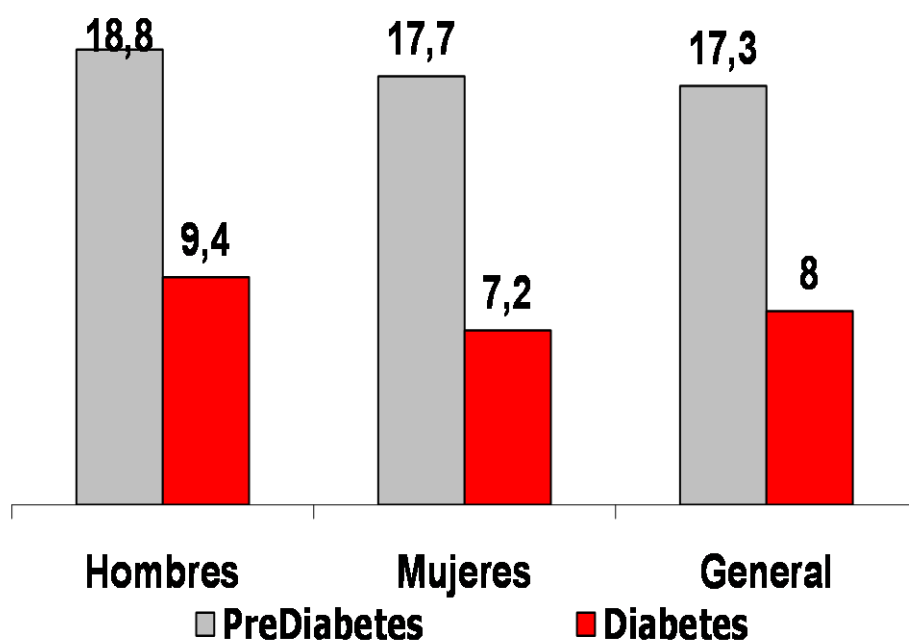
- **Diabetes**
 - Análisis de laboratorio de glucosa en ayunas
 - Glucemia 2 h post carga: 75 gm glucosa anhidra
 - Diagnostico establecido
- **Hipertensión arterial**
 - Esfigmomanómetro automático, WELCH ALLYN
 - Tres tomas por persona
 - Técnica recomendada por OMS

Métodos de Diagnóstico

- **Dislipidemia**
 - Análisis de laboratorio en sangre venosa de:
 - Colesterol total
 - HDL
 - LDL
 - Triglicéridos
 - **Diagnostico establecido**
- **Sobrepeso y obesidad**
 - IMC
 - Circunferencia de cintura

Algunos resultados preliminares

Prevalencia de Prediabetes y Diabetes para hombres, mujeres



*Clasificación Prediabetes:

101 -125 ayuno y 140 -199 PP

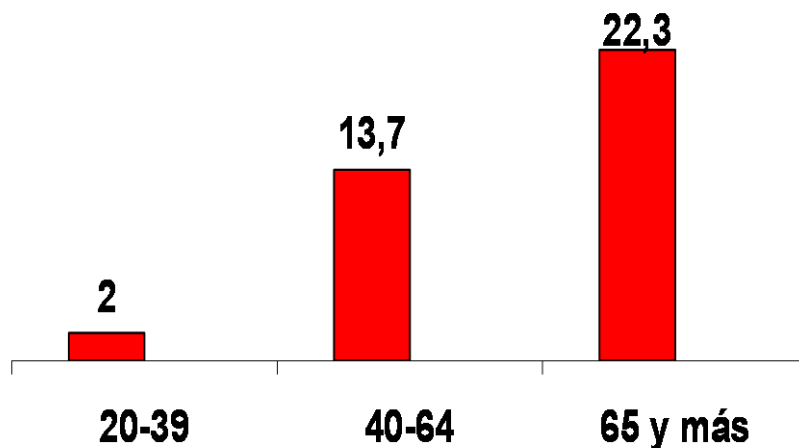
*Clasificación Diabetes:

Los que dicen tener DM y toman medicamento

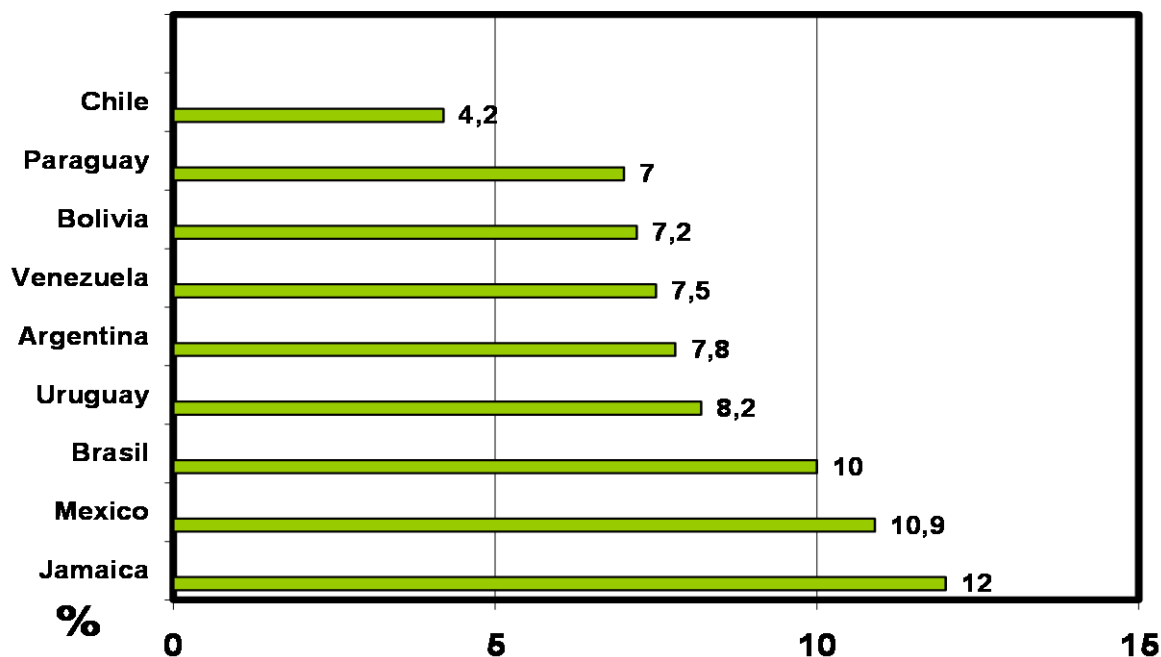
+Glucemia en ayuno

> 125 y / o PP $\geq$ 200 (Guías FID y ADA)

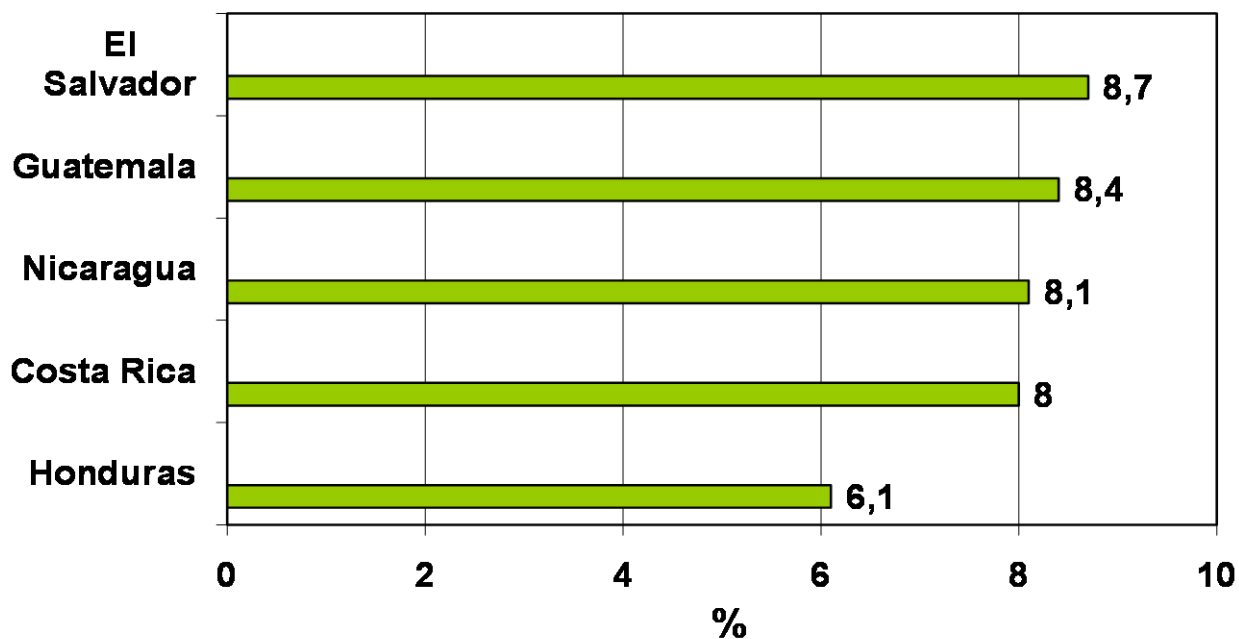
Prevalencia de Diabetes por grupos de edad



Prevalencia de diabetes en algunos países de América Latina y el Caribe

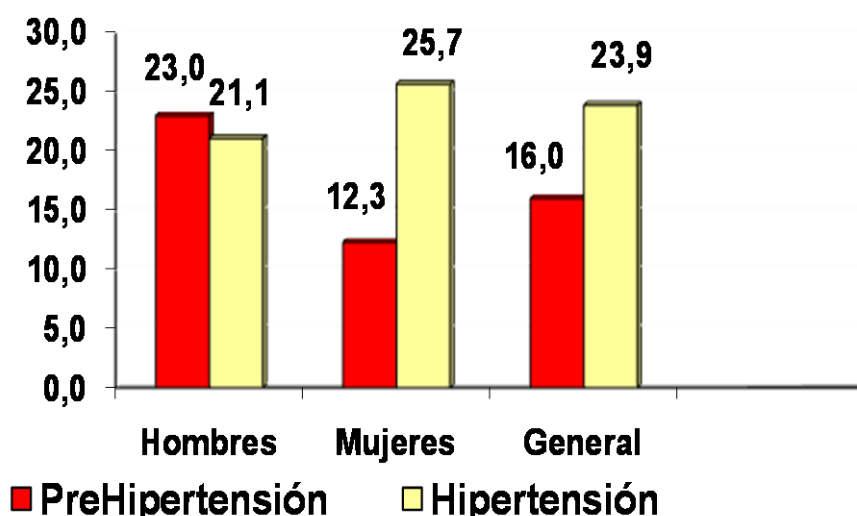


Prevalencia de diabetes en los países centroamericanos



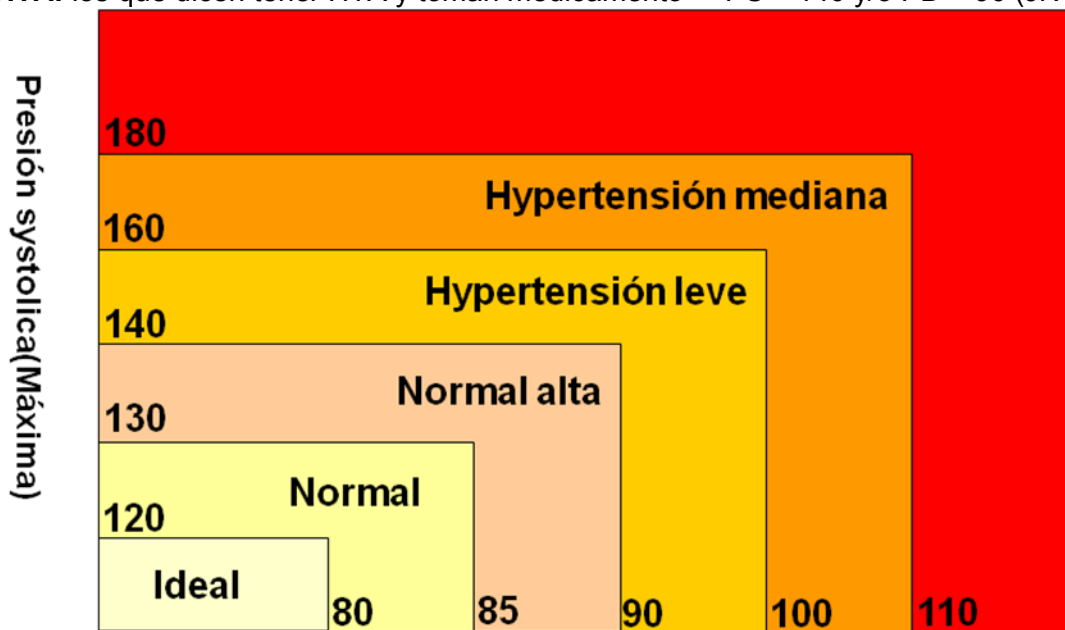
Al observar lo anterior podemos comprender la incongruencia de datos nacionales y el porqué de una verdadera magnificación y comprensión del problema así como un registro que sea confiable para fines demostrativos y prácticos en el quehacer de la salud pública.

Prevalencia de prehipertensión e hipertensión arterial para hombres y mujeres



Pre HTA: PS 120 – 139 y/o PD 80 -89

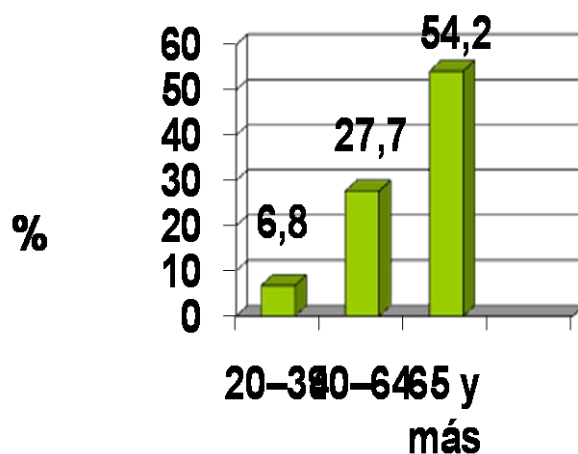
HTA: los que dicen tener HTA y toman medicamento + $PS \geq 140$ y/o $PD \geq 90$ (JNC 7)



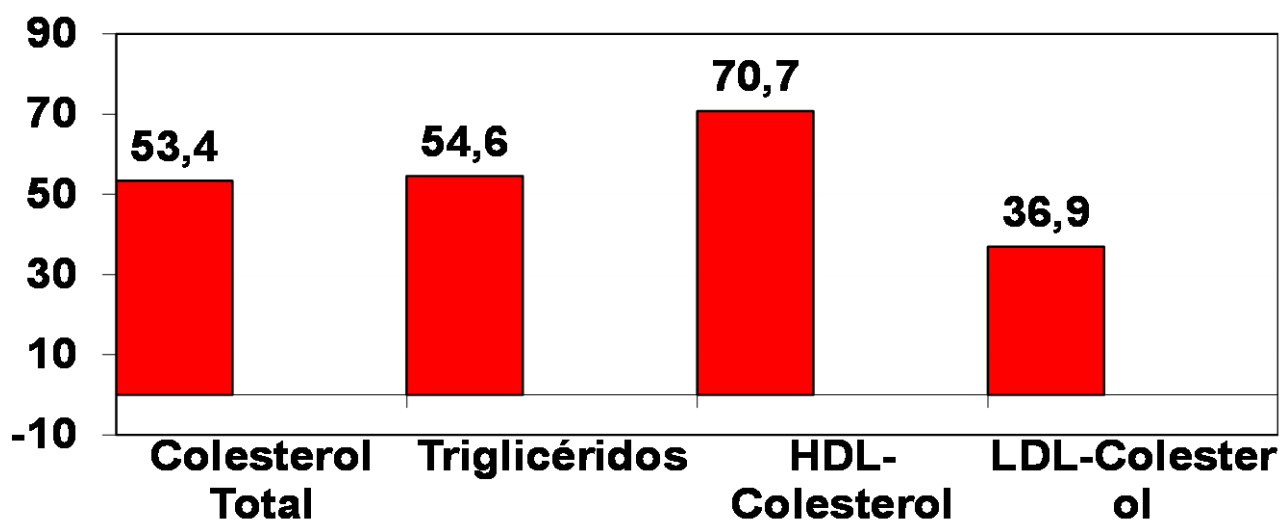
Unidad:
mmHg

Del total de personas con HTA, el 33.3 % son casos nuevos

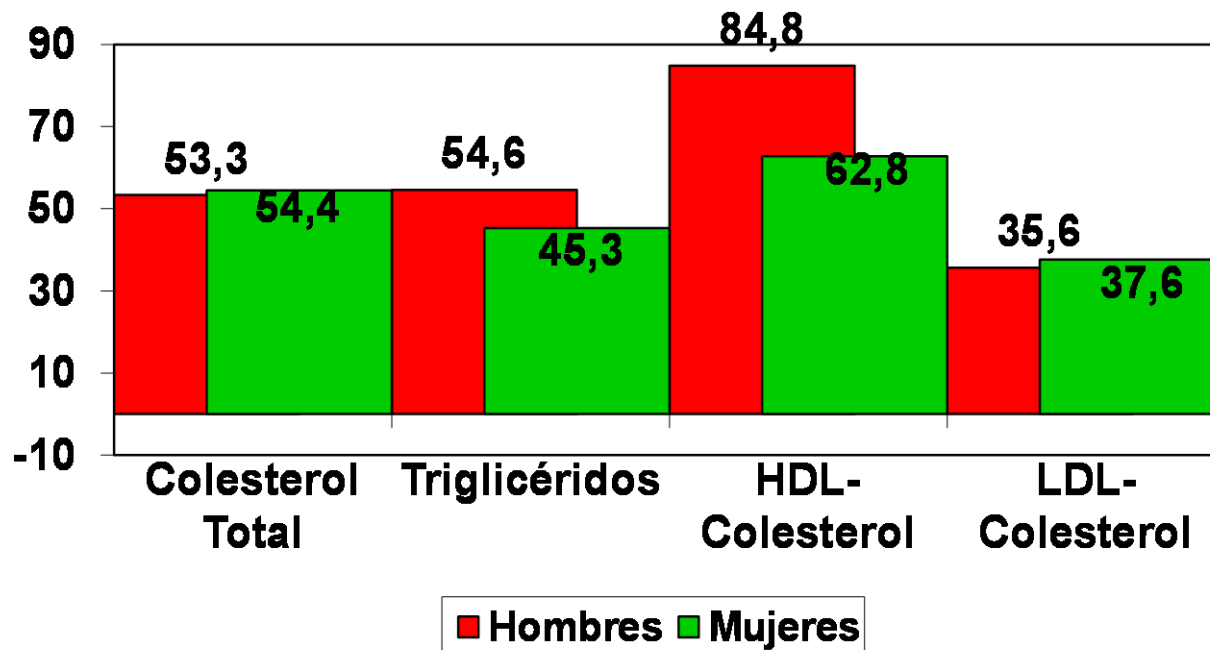
Prevalencia de Hipertensión arterial según grupos de edad



Entre los programas de salud que ejecuta la Secretaría de
Prevalencia (%) de alteraciones lipídicas en la población general



Prevalencia (%) de alteraciones lipídicas en hombres y mujeres



CT Alto (≥ 200 mg/dL)

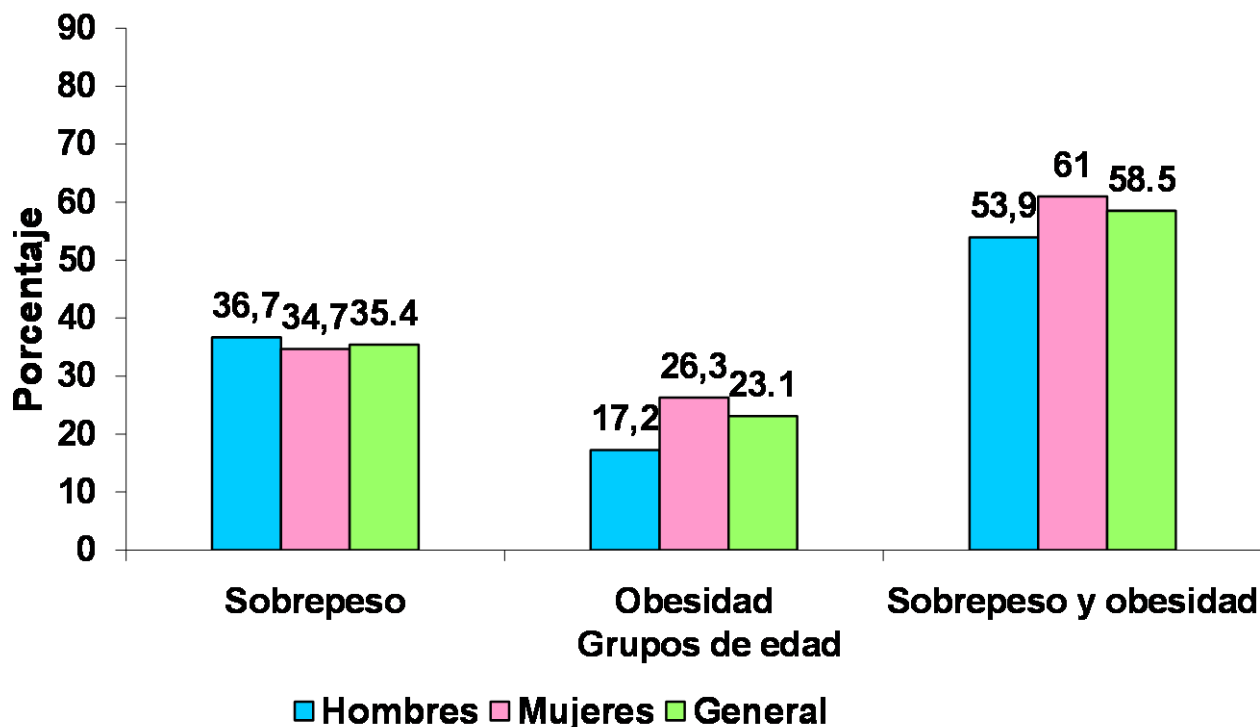
Triglicéridos (≥ 150 mg/dl)

HDL-Colesterol (Hombres < 40 , Mujeres < 50)

LDL-Colesterol (≥ 130 mg/dL)

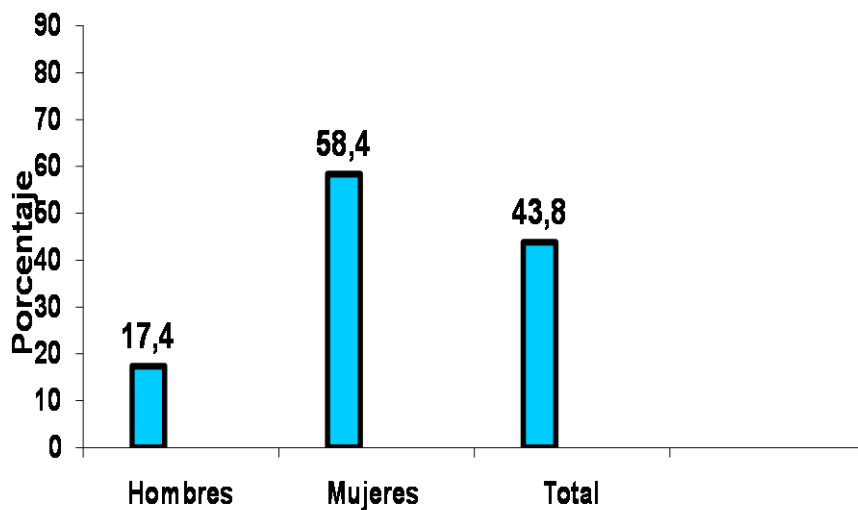
(ATP III)

Porcentaje de la población mayor de 20 años con sobrepeso y obesidad*

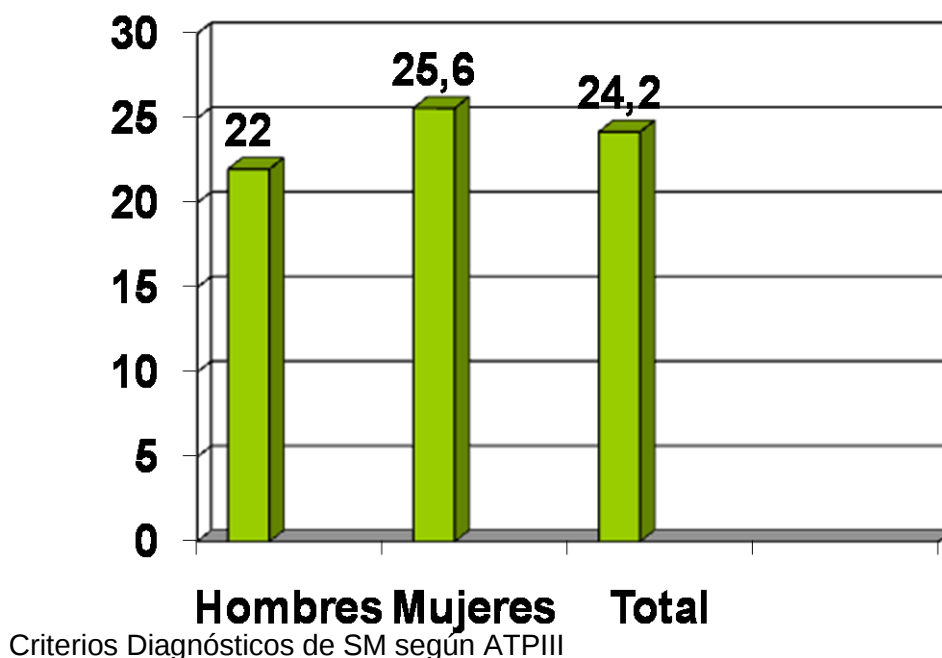


- Clasificación: Sobrepeso: IMC 25 – 29.9
Obesidad: IMC 30 y más
Fuente: OMS

Porcentaje de la población mayor de 20 años con circunferencia de cintura clasificada como riesgo*



Prevalencia Síndrome Metabólico



Conclusiones

- Es evidente una alta prevalencia de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial **en población urbana**, muy similares a los reportados tanto en países pobres como en los desarrollados. Se destaca el alto porcentaje de la población que desconoce su enfermedad por lo que esta es una limitante para la salud pública por no visualizar dicha temática lo que a su vez es la mayor fortaleza para la implementación de planes similares de estudios que sean sistematizables como el que se pretende establecer con la participación internacional y local para generar evidencia nacional que forcé el cambio de paradigma con respecto al abordaje de las ECNT.
- Los factores de riesgo como sobrepeso, obesidad y dislipidemia muestran prevalencias elevadas a pesar de ser una población económicamente deprimida, lo que constituye una situación alarmante para el presente y futuro de la salud de las y los hondureños y es aquí donde tendrá su campo la SALUD PUBLICA BASADA EN LA EVIDENCIA para generar políticas, planes y acciones tendientes a comprender y modificar la mecánica del problema y su control.
- Para una mayor efectividad de las intervenciones presentes y futuras es necesario un mayor conocimiento de las ECNT y sus factores de riesgo así como aquellos que disminuyen su impacto y complicaciones bajo un punto de vista holístico, siendo necesarios también estudios en población rural, grupos étnicos, entre otros.
- La expansión a nivel nacional será de gran utilidad para la planificación de recursos de los sistemas de salud

Propuestas de Intervención

- Incorporar las Enfermedades Crónicas No Transmisibles como Prioridad en el Plan Nacional de salud de Honduras 2005-2021. (Logrado)
- Elaborar un programa nacional de prevención y atención de las ECNT.
- Fortalecer el Punto Focal de Enfermedades Crónicas No Transmisibles a nivel de la Secretaría de Salud.
- Promover enfoques integrales en la atención de las ECNT, con abordajes multidisciplinarios y multisectoriales, a partir de experiencias exitosas locales o internacionales como por ejemplo la de JAPON.
- Orientar la formación del personal de salud hacia la promoción de la salud, prevención y atención integral de las ECNT.
- Autogenerar investigación mediante el fomento y estandarización de técnicas de estudio multidisciplinario.

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA AFIRMAR O SUPONER QUE LA INTERVENCIÓN VA A FUNCIONAR?

Como marco referencial hemos puesto en este documento el contexto nacional así como legal bajo el cual nos amparamos pero sobre todo los estudios y análisis ya efectuados al respecto en el país que de manera focal han generado información aunque limitada muy valiosa para vislumbrar el problema que afecta y afectara de manera importante la salud pública en nuestro país, de ahí surge la necesidad de **estandarizar y sistematizar** las formas de intervención del problema que serán expresadas a medida se destaquen todos aquellos factores que son prevenibles y afectados directamente por la intervención oportuna de la salud pública basada en esta evidencia sistematizada, ordenada y confiable pero sobretodo socializada a todo nivel es lo que como en otros países ha generado respuestas y resultados en especial el ejemplo de los países desarrollados JAPON desde hace 5 años que implementaron un sistema sanitario basado en la evidencia relacionado al estilo de vida y su modificación.

CONFIABILIDAD DE LA INFORMACIÓN

Internacionales

- OPS/OMS (programa de enfermedades crónicas, Washington y Honduras)
- Centro para control y prevención de enfermedades (CDC)

Nacionales

- Fundación Hondureña de Diabetes
- Secretaría de Salud
- Colegio Médico de Honduras
- Presidencia de la República
- Sociedad Hondureña de Cardiología
- Laboratorios ROCHE

- Laboratorios Merck

Con el inconveniente que no pasó de ser algo muy local y puntual que a la fecha aún no ha producido resultados o generado procesos vinculantes tangibles y medibles dentro del que hacer de la salud pública más que tal vez a un nivel central pero no en el nivel normativo u operativo sino solo en el nivel político.

Dentro de la estadística nacional existen incongruencias en la toma, recolección y transferencia de datos y en su forma de análisis y sobre todo esto no ha generado medidas o estrategias que cambien o modifiquen las acciones en salud pública por lo que consideramos esencial la investigación y la generación de políticas y planes basados en esta.

Son datos reconocidos a nivel político pero con las limitaciones mencionadas con respecto a lo nacional pero también tenemos información internacional aquí mostrada de alto valor demostrativo y referencial.

La debilidad del sistema de información sanitaria, tanto en materia de vigilancia de la salud como de servicios de salud y estadísticas vitales, constituye un problema grave en Honduras.

NUEVOS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO PARA EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN COLOMBIA

Laura Yaneth Bernal. Instituto Nacional de Cancerología - Bogotá

EL CONTEXTO

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA AFIRMAR QUE EXISTE UN PROBLEMA?

El cáncer de cuello uterino es una patología presente a nivel mundial tal es así que se encuentra clasificada como la tercera más frecuente, y como segunda en países en desarrollo. Colombia reporta aproximadamente 6.800 casos nuevos por año, generando una mortalidad de 18.2 casos por 100.000 mujeres.

En los estudios realizados se ha identificado como causa de cáncer de cuello uterino el Virus de Papiloma, específicamente los tipos 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, que se encuentran ligados al comportamiento sexual.

Las medidas establecidas de tamizaje no han logrado impactar adecuadamente sobre la enfermedad, ya sea porque las pacientes no desean realizarse el examen de citología Cervico uterina, o porque la toma y la lectura no son adecuadas, lo que dificulta el diagnóstico oportuno.

OBJETIVO GENERAL (PROPÓSITO)

Detectar tempranamente Cáncer de Cuello Uterino.
Identificar Nuevos métodos diagnósticos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (RESULTADOS O COMPONENTES)

ALCANCE DE LA PROPUESTA

Nacional

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENEN PARA IDENTIFICAR QUÉ ES LO QUE DEBE HACERSE?: INTERVENCIÓN

Los avances tecnológicos nos deben llevar a buscar nuevos métodos diagnósticos, costo- efectivos que disminuyan entre otros la no realización del tamizaje, la identificación adecuada de las células neoplásicas, disminuyendo los errores de toma y lectura de resultados.

MARCO LÓGICO

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA DISEÑAR E IMPLEMENTAR LA INTERVENCIÓN?

Revisión de publicaciones como artículos, ensayos en los que se identifican nuevas técnicas de diagnóstico de cáncer de cuello uterino como por ejemplo, la citología de base líquida, estudio molecular para la detección del HPV.

¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE PARA AFIRMAR O SUPONER QUE LA INTERVENCIÓN VA A FUNCIONAR?

Los resultados obtenidos a la fecha demuestran el bajo impacto de las estrategias actuales de tamizaje y diagnóstico de cáncer de cuello uterino.

Los avances tecnológicos nos deben llevar no solo a lograr un diagnóstico oportuno de la enfermedad, sino también de buscar alternativas que mejoren los métodos actuales para la toma, lectura y especificidad del resultado de la citología Cervico uterina.

CONFIABILIDAD DE LA INFORMACIÓN

Los estudios revisados cuentan con el aval de expertos del INC