



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



130.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 24 al 28 de junio de 2002

Punto 4.10 del orden del día provisional

CE130/17 (Esp.)

24 mayo 2002

ORIGINAL: INGLÉS

LA RESPUESTA DE SALUD PÚBLICA A LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

La 120.^a sesión del Comité Ejecutivo reconoció el predominio de las enfermedades no transmisibles (ENT) crónicas como causa principal de morbilidad y mortalidad en América Latina y el Caribe. Se consideraron áreas prioritarias para combatir esta situación la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, las lesiones y los factores de riesgo relacionados con ellas. En respuesta a este mandato, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) elaboró cuatro líneas estratégicas de acción: 1) la acción comunitaria a través de la iniciativa CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades), que ha sido adoptada por varios Estados Miembros; 2) la vigilancia de las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo; 3) las innovaciones de los servicios de salud que se ocupan de las afecciones crónicas; y 4) la promoción de la causa para el cambio de políticas. Todas ellas están en línea con la Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, aprobada por la 53.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2000.

La carga económica de las ENT constituye una preocupación creciente para los Estados Miembros, dados los elevados costos para la sociedad, las familias y las personas. Las intervenciones eficaces deben considerar el contexto social y las necesidades de los diferentes grupos de población. Las estrategias de prevención y control de las ENT deben imbricarse a tres niveles diferentes: establecimiento de políticas, actividades comunitarias y servicios de salud que respondan a las necesidades de las personas.

Se solicita al Comité ejecutivo que sugiera de qué manera la OPS puede apoyar y reforzar una estrategia unificada e integrada para la prevención de las ENT mediante la iniciativa CARMEN. Se le solicita también que estudie los retos que para los Estados Miembros supone la fuerte carga de las enfermedades crónicas; que facilite los cambios en la atención sanitaria que sirvan para satisfacer las necesidades de la población, y que cree una infraestructura de prevención y control de las ENT.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
1. Introducción.....	3
2. La carga social y económica de las enfermedades crónicas.....	3
3. Marco de acción en transición.....	6
3.1 Establecimiento de políticas.....	7
3.2 Involucración de la comunidad.....	9
3.3 Cambio hacia servicios de salud receptivos.....	11
4. Respuesta de la Organización Panamericana de la Salud	12
5. Estrategias regionales	13
5.1 Promoción de la causa para el cambio de políticas.....	13
5.2 Acciones comunitarias	14
5.3 Vigilancia de las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo	14
5.4 Innovaciones para conseguir servicios de salud receptivos.....	14
6. Los próximos pasos	14
6.1 El medio interno.....	14
6.2 El medio externo	16
7. Intervención del Comité Ejecutivo.....	16

1. Introducción

Hay una necesidad apremiante de que la salud pública responda a las ENT, dada la carga que representan para los países en desarrollo y para quienes viven en condiciones de pobreza. Se plantean tradicionalmente dos enfoques divergentes: uno basado principalmente en la promoción de la salud para hacer frente a los determinantes de los factores de riesgo y de enfermedad, y el otro basado en intervenciones clínicas rentables. Un enfoque de salud pública debe crear un vínculo entre estos dos enfoques e incorporar la prevención y el control de las ENT en programas integrales.

En el presente documento se exponen los fundamentos del enfoque de salud pública que dio lugar a las estrategias. Los factores de riesgo aislados pueden permitir predecir la enfermedad individual, y las intervenciones específicas de los servicios asistenciales pueden servir para hacer frente, parcialmente, a las necesidades de los pacientes. En cambio, la carga social de las ENT es resultado de la coexistencia de múltiples factores de riesgo y enfermedades, del propio individuo y de grupos de población, así como de la respuesta que puedan proporcionar el sistema asistencial y la sociedad. Por consiguiente, es imperativo tener una perspectiva amplia y aprender de las mejores prácticas de enfoques de varios niveles integrados, que pueden ser tanto rentables como sostenibles para los países en desarrollo.

2. La carga social y económica de las enfermedades crónicas

Hay amplio consenso en el sentido de que las ENT crónicas son la causa principal de mortalidad y discapacidad prematuras en la gran mayoría de los países de la Región de las Américas. Para las personas menores de 70 años, las ENT representan 44,1% de las defunciones masculinas y 44,7% de las femeninas; las lesiones causan 23,3% y 30,1% de los fallecimientos de los hombres y las mujeres, respectivamente. La fuerza laboral de la mayoría de los países se ve afectada por enfermedades y factores de riesgo que, en gran medida, pueden prevenirse.

Las enfermedades no transmisibles de importancia capital para la salud pública en la Región son: 1) las enfermedades cardiovasculares, de las cuales las más frecuentes causas de mortalidad son los accidentes cerebrovasculares y la cardiopatía isquémica; 2) el cáncer, en particular el cervicouterino y el de mama entre las mujeres, el de estómago y el de pulmón entre los hombres, y el de próstata en algunas poblaciones; 3) la diabetes, que afecta a más de 35 millones de personas; y 4) las lesiones, que son la principal causa de muerte entre los varones, especialmente adolescentes y adultos jóvenes. Estas enfermedades tienen en común varios factores de riesgo interrelacionados, a saber: la hipertensión, la hipercolesterolemia, la obesidad, la disminución de la tolerancia a la glucosa y la diabetes —que pueden considerarse tanto enfermedades como factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares— la inactividad física, el consumo

de tabaco y el elevado consumo de grasa. Los factores sexuales y reproductivos son de especial importancia para los cánceres femeninos.

La importancia de las ENT es evidente en todas las edades y en ambos sexos. Existen estudios que revelan que la prevalencia de la hipertensión oscila entre 14% y 40% en las personas de edades comprendidas entre 35 y 64 años, pero casi la mitad de ellas no son conscientes de ello y, por término medio, sólo 27% se controla la tensión arterial. Entre 9% y 18% de las personas de edades comprendidas entre 35 y 64 años son diabéticas; de ellas, casi 60% ya tienen al menos una complicación microvascular en el momento del diagnóstico. Estas complicaciones, que pueden prevenirse, conducen a discapacidades significativas como la ceguera, la amputación y la insuficiencia renal crónica.

El consumo de tabaco es más frecuente entre los hombres, según muestran los datos de las encuestas nacionales en 5 países. Los hombres cubanos presentan una tasa de fumadores habituales de 48,1% y los de Barbados de 34,6%; en cambio, la epidemia está descendiendo entre los hombres de Estados Unidos y Canadá, con tasas de 25,3% y 31,5%, respectivamente. La inactividad física y la obesidad son muy altas entre las mujeres. La inactividad oscila entre 60% y 80%, mientras que la obesidad femenina lo hace entre 11% en Cuba y 24% en Barbados.

No es sorprendente que las enfermedades cardiovasculares sean ahora la principal causa de muerte de las mujeres. A medida que aumenta la población adulta y un mayor número de mujeres se acerca a la menopausia, es importante considerar la prevención de los accidentes cerebrovasculares y de la cardiopatía isquémica, así como la carga que representa el cáncer cervicouterino y la creciente mortalidad por cáncer de mama.

Además, las enfermedades no transmisibles de los niños presentan un interés creciente. En Canadá y en Estados Unidos; la obesidad y la diabetes de tipo 2 han aumentado entre los niños, tendencia que aún tiene que estudiarse en el resto de la Región. La Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes, patrocinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), demostró que las tasas de consumo de tabaco de los muchachos de edades comprendidas entre 13 y 15 años oscilan en torno a 7% en Costa Rica y a 10% en Barbados. Esta situación trae a primera plana de la salud pública la necesidad de hacer esfuerzos concertados en favor de las personas de todas las edades.

La carga económica de las ENT crónicas puede analizarse en dos niveles; el primero, el de los efectos de las políticas macroeconómicas en las oportunidades de prevención y control en diferentes grupos de población, en particular los pobres; el segundo, el de la posible rentabilidad de las intervenciones. Se producen elevados costos para la sociedad, las familias y las personas cuando el capital social y humano se ven afectados por períodos largos de discapacidad, por mortalidad prematura y por diagnóstico y atención costosos.

No se han publicado estudios integrales sobre el costo de las ENT en América Latina y el Caribe. Se sabe que en Estados Unidos el costo de las enfermedades cardiovasculares es del orden de un 2% del producto interno bruto. Un estudio sobre el costo de la enfermedad en Canadá arrojó que 21% de todos esos costos son atribuibles a las enfermedades cardiovasculares, por un total anual de US\$ 12.000 millones. En estos costos se incluyen tratamiento, consultas y costos indirectos, como la pérdida de ingresos por discapacidad y muerte. Las enfermedades cardiovasculares también se consideran causantes de la proporción más alta (32%) de pérdidas de ingresos por muerte prematura. Además, las políticas asociadas con programas de prevención y control, como la de fiscalidad o la del etiquetado de los alimentos, así como el acceso al financiamiento y a la continuidad del tratamiento de afecciones crónicas, pueden tener efectos macroeconómicos que conviene estudiar más.

El costo y la eficiencia general de las intervenciones deben evaluarse en cuanto a la eficacia y las ganancias de salud para el conjunto de la población, pero es particularmente importante tener en cuenta a quienes corren con el costo de tales intervenciones, ya sea el sistema, a través de diferentes mecanismos, o el paciente. Intervenciones que podrían ser eficaces pueden no dar resultados adecuados por sus elevados costos. Por ejemplo, el tratamiento antihipertensivo puede costar hasta \$100 por mes, lo que lo sitúa fuera del alcance del paciente en países donde los ingresos mensuales medios pueden oscilar entre \$50 y \$200. El costo directo medio de la diabetes en América Latina y el Caribe se calcula en \$730 por paciente y por año.

El problema es determinar si es asequible tratar o no tratar las enfermedades no transmisibles crónicas. En un estudio en Jamaica, se determinó que 57% de las personas con cáncer y diabetes llegaron a la indigencia médica por la alta proporción del costo que se exige a los pacientes en pago directo; esto condujo a que 50% de ellos tuvieran que renunciar al tratamiento por incapacidad para pagar.

Las políticas sanitarias deben considerar su repercusión como una interacción en dos sentidos entre la pobreza y las ENT, que, en último término, afecta a la salud de los pobres. Por ejemplo, la incidencia de estadios avanzados del cáncer cervicouterino en el Ecuador es mayor entre las mujeres de nivel socioeconómico bajo, a 50% de quienes se les diagnostica cuando la enfermedad ya no es curable. El diagnóstico en esa etapa sólo ocurre en 10% de las mujeres de nivel socioeconómico alto. En ese país, un esquema de recuperación de costos exige pago directo del tamizaje y, en su caso, del tratamiento. En Chile, la mortalidad por accidentes cerebrovasculares es mayor entre las personas con menor nivel educativo que entre quienes poseen un mayor grado de instrucción. Además, la brecha es más grande entre las mujeres que entre los hombres. También la cobertura y el acceso a los servicios varían según el nivel educativo.

En cuanto a la prevención, para quienes viven en un vecindario pobre e inseguro y trabajan muchas horas, puede ser muy difícil aumentar la actividad física. Los vecindarios y las comunidades de un mismo país o ciudad pueden diferir en cuanto a la disponibilidad de alimentos, el acceso a los servicios de salud y las oportunidades de beneficiarse de las iniciativas de promoción de la salud. Las enfermedades no transmisibles se han considerado, erróneamente, enfermedades de la abundancia. Este mito ha orientado mal las decisiones políticas. Cada vez hay más pruebas en sentido contrario, que justifican que se preste atención a los programas de reducción de la pobreza.

Dada la complejidad que la carga de las ENT crónicas impone a los países en desarrollo, el problema no puede analizarse sólo en términos epidemiológicos. Las soluciones unidimensionales, que tratan independientemente los factores de riesgo y las enfermedades, son excesivamente reduccionistas. Hay elementos comunes subyacentes a varias enfermedades y factores de riesgo. Es precisa una perspectiva de sistemas integral que examine los procesos, a diversos niveles, que implican la prevención y el control de las ENT.

3. Marco de acción en transición

La incidencia de las enfermedades y los factores de riesgo, así como la ejecución de las intervenciones, se ven influidas por el contexto social, es decir, el entorno físico, social y cultural (por ejemplo, entramado urbano, factores de seguridad, apoyo social, redes sociales, creencias culturales, idioma, roles de género, composición familiar, educación e ingresos). El Estado y los grupos sociales desempeñan funciones cruciales para configurar el entramado social. Las ciencias conductuales y sociales han contribuido a una mejor comprensión de cómo estos factores pueden influir en la salud. Está claro que los esfuerzos de prevención tienen que trascender del individuo al entorno que determina el comportamiento.

Por ello, en los años setenta y ochenta se iniciaron varios ensayos comunitarios para la prevención de las ENT, en particular en Estados Unidos y en Finlandia, que dieron resultados diversos. Algunos estudios no fueron concluyentes, o los cambios fueron difíciles de interpretar; otros demostraron la reducción de los factores de riesgo y de las enfermedades de grupos de población específicos. A la vista de estos resultados antagónicos, algunos preconizan intervenciones de prevención basadas en servicios y dirigidas al individuo. Este tipo de intervención puede ser muy eficaz para algunas personas, especialmente las de alto riesgo, pero no puede lograr amplia cobertura. (Son ejemplos de ello la orientación y el tamizaje oportunista.) Por contraste, otros propugnan enfoques amplios, basados en la población, que pueden llegar a un gran número de personas pero han tenido menor eficacia.

Mediante estudios recientes se ha intentado determinar lo que se requiere para lograr cambios que sean eficaces y que, además, lleguen a todos los sectores de la población. En general, hay acuerdo en que se necesitan estrategias o condiciones favorables a niveles múltiples para desencadenar un cambio global del sistema. Pueden identificarse tres niveles sinérgicos de acción: *a)* las políticas y la reglamentación, que abordan los factores determinantes al macronivel; *b)* las acciones comunitarias que promueven la participación de la población e influyen en la demanda; y *c)* las intervenciones centradas en servicios de salud y dirigidas a los individuos con una afección determinada.

Estos niveles están interrelacionados, pero se desarrollan en diversos escenarios y con diferentes interesados directos. Las comunidades, es decir, los grupos sociales, son canales por los que pueden integrarse los tres niveles de acción. El entorno social inmediato ejerce una fuerte influencia en la probabilidad del cambio de comportamiento. En consecuencia, la comunidad apoya los otros dos procesos, el establecimiento de políticas y el cambio hacia servicios de salud receptivos. Parece que los enfoques que conectan los niveles conllevan necesariamente la participación de la comunidad y son, en general, los que alcanzan más éxito y eficiencia.

3.1 *Establecimiento de políticas*

Para prevenir enfermedades y lesiones, en los países industrializados se han adoptado con éxito diversas políticas, leyes y reglamentos, tales como los impuestos sobre el tabaco o el uso de cinturones y cascos de seguridad. El desafío, sin embargo, reside en el proceso de elaboración de la política sanitaria. Los análisis comparativos han demostrado que estos procesos difieren de un contexto social a otro, según la naturaleza del cambio propuesto y en función de las condiciones políticas preexistentes. La acción del gobierno, nacional, estatal o municipal, puede requerir el apoyo de los centros internos o externos técnicos y científicos, si moldean la opinión pública. Además, la participación de la sociedad civil quizá sea de especial importancia para los cambios legislativos que afectan a los intereses de otras partes influyentes. Con una visión más amplia, los cambios radicales de la política de prevención de las ENT afectan a entidades tanto públicas como privadas, que a menudo operan a escala internacional. En ese caso, no es probable que un país tenga éxito emprendiendo cambios por sí mismo, e incluso puede afectar a otros. Tres ejemplos de procesos pueden servir de ilustración.

3.1.1 Proceso orientado por la información y que reúne a quienes toman medidas

Las lesiones y la violencia son las causas principales de muerte de hombres jóvenes en muchos países, especialmente donde ha habido conflictos armados y donde la reactivación económica ha sido lenta. Tradicionalmente, los gobiernos han abordado este problema mediante acciones judiciales y punitivas, gastando más en policía y en armas,

lo cual genera un círculo vicioso. Un enfoque de salud pública a este problema consiste en desplazar el centro focal del control a la prevención de la violencia. ¿Cómo puede lograrse esto?

En primer lugar, es importante generar información acerca de quién es el lesionado, por quién, dónde y cuándo, mediante sistemas de vigilancia epidemiológica. En segundo lugar, la información procedente de estos sistemas se usa para proponer medidas, habitualmente formando coaliciones con otros interesados directos, que pueden conllevar cambios de política como restricciones al consumo de alcohol y a la posesión de armas de fuego, o creación de empleo y oportunidades educativas. En tercer lugar, hay que evaluar las medidas aplicadas, para poder repetir las que dan resultado.

Así pues, la contribución de la salud pública a la elaboración de políticas de prevención de la violencia reside en aumentar la capacidad de generar información y difundirla entre los socios, para poder tomar medidas apropiadas. En esta línea, está en marcha un proyecto en San Pedro Sula (Honduras), en el que se ha establecido un sistema de vigilancia en la ciudad en el cual se comparte la información con el municipio, que se sirvió de ella para elaborar un proyecto con una importante institución de crédito y generar varios cambios a pequeña escala y diversas acciones, como primer paso.

3.1.2 *Promoción de la causa, por parte de organizaciones locales, en favor de una política local*

Un proyecto comunitario se puso en práctica en Valparaíso (Chile), donde el servicio local de salud realizó una encuesta sobre los factores de riesgo de las ENT, que arrojó una alta prevalencia de obesidad e inactividad física. Se creó un programa municipal de actividad física, en colaboración con una universidad local y otras instituciones, y se instó a las personas a caminar y usar las escaleras. Además se incluyó al menos una comida con poca grasa en los menús de cafeterías, en particular las que sirven el almuerzo a oficinistas. Los grupos de mujeres elaboran menús con productos locales. Es aún demasiado pronto para evaluar el proyecto, pero este es un ejemplo de amplia participación comunitaria en la elaboración de las políticas y la acción local para educar a la población y aumentar la demanda de un entorno propicio.

3.1.3 *Diálogo franco con miras a una acción política internacional*

Está fuera de duda que el consumo adecuado de frutas y verduras puede contribuir a la prevención de la cardiopatía y varios cánceres. Por el contrario, el consumo de carne de res se asocia con un riesgo mayor de esas mismas afecciones, con un claro efecto dosis-respuesta. Dada la carga de la cardiopatía y el cáncer, parece apropiado que haya medidas de salud pública para incentivar el mayor acceso a frutas y verduras, y ulteriormente con elementos disuasivos del consumo de carne de res. Sin embargo, esto

puede exigir cambios en los precios y restricciones de las importaciones, afectando a los productores de carne y otros alimentos.

Las recientes pérdidas económicas debidas a brotes de fiebre aftosa y la crisis económica en uno de los principales países exportadores de ganado bovino de la Región plantean graves dificultades para una respuesta significativa de salud pública. La industria pecuaria de América del Sur ha declarado recientemente que el ganado bovino de esta región tiene menos grasa, dadas sus prácticas de alimentación, y que ningún estudio ha asociado la carne de estos rebaños a la cardiopatía o el cáncer. Esto es cierto, pero sigue sin saberse si el consumo de carne de esta zona presenta menor riesgo que el de la carne de otras partes del mundo, o no presenta riesgo. La única manera de aclararlo es mediante un estudio independiente, pero que requeriría un largo seguimiento de personas expuestas y no expuestas y sería costoso. Entre tanto, existen pruebas internacionalmente aceptadas que exigen una acción de salud pública, la cual debe empezar por facilitar el diálogo entre todos los interesados directos.

3.2 *Involucración de la comunidad*

La descentralización de los servicios de salud se ha centrado principalmente en la prestación de asistencia, y se ha promovido la transferencia de la toma de decisiones al nivel local. Sin embargo, en muchos casos, las decisiones relativas a intervenciones de salud pública siguen estando sumamente centralizadas en ministerios de salud nacionales, estatales o provinciales, porque la salud pública no ha formado parte de las iniciativas de reforma o porque no hay capacidad local. Los gobiernos locales están abordando cada vez más temas de salud que van más allá de las actividades tradicionales de saneamiento básico. Por lo tanto, es imperativo que los servicios de salud pública presten apoyo técnico y den a conocer la perspectiva de la comunidad, identificando grupos organizados y promoviendo el intercambio de información sobre temas de salud, entre sí y con los gobiernos locales. Se tratan a continuación dos aspectos de la participación de salud pública: en primer lugar, la formación de coaliciones entre grupos organizados de la comunidad que trabajan o están interesados en la salud; en segundo lugar, la vigilancia de factores de riesgo de las ENT como medio de vigilar y evaluar los resultados. Por último, se hace un llamado al desarrollo de un marco integral de evaluación que permita a la comunidad aprender de su involucración.

3.2.1 *Formación de coaliciones*

Establecer coaliciones con otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales, con la sociedad civil y con el sector privado puede contribuir significativamente a aumentar los recursos de la comunidad. Estas coaliciones tienen objetivos comunes y se apoyan en los puntos fuertes de cada uno para abogar por la aplicación de la política de salud pública, llevar a cabo proyectos de prevención y prestar

apoyo a las personas con ENT o factores de riesgo que tienen que cambiar de comportamiento o atender su afección por sí mismos. Aunque esta estrategia no es exclusiva de las ENT y las lesiones, es esencial en esta área.

Las alianzas internacionales pueden tener un efecto de onda, orientar a los socios locales hacia temas sanitarios clave y, posteriormente, influir en la acción de la comunidad. La OPS, la Federación Internacional de la Diabetes y el sector privado (empresas farmacéuticas que producen insulina) colaboraron para redactar la Declaración de las Américas sobre la Diabetes (DOTA). Gracias a esta iniciativa, las empresas farmacéuticas proporcionan financiamiento anual, y un comité conjunto otorga subvenciones a las coaliciones locales para sus actividades de educación en materia de diabetes y para apoyar el autocuidado de los diabéticos. Se han implantado varios programas en Argentina, Bolivia, El Salvador y otros países. La alianza incluye grupos interesados a los que los ministerios de salud y quienes suministran asistencia sanitaria quizá no puedan llegar fácilmente. La OPS trabaja actualmente en proyectos similares con la Fundación Interamericana del Corazón y la Unión Internacional contra el Cáncer.

Dos ejemplos de programas de la Región que han tenido éxito en la creación de coaliciones para la prevención de las ENT son Agita São Paulo, en Brasil, que promueve la actividad física, y Nova Scotia Heart Health Program en Canadá. Ambos programas engloban a diversos socios y actualmente están ampliando sus actividades. Los grupos de mujeres pueden ser eficaces para promover el cambio de comportamiento dentro de las comunidades, porque las mujeres toman decisiones en lo referente a la alimentación y la nutrición, así como a otras actividades familiares. En Karelia del Norte (Finlandia), un proyecto tuvo un éxito considerable por la participación de Martas, una organización de mujeres que colaboró en la elaboración de productos con bajo contenido de grasas y apoyó las actividades de la comunidad. Los grupos de apoyo a pacientes de carácter más local son un punto de partida clave para atraer a otros socios al terreno de la salud pública.

3.2.2 *Vigilancia de los factores de riesgo de las ENT*

La acción de la comunidad necesita el apoyo de un sistema bien establecido de vigilancia de los factores de riesgo de las ENT. No es necesario que estos sistemas sean de alcance nacional —en realidad, tal vez sean más útiles los sistemas locales— pero sí requiere la recogida continua o periódica de datos y su análisis para examinar las tendencias, monitorear las actividades y evaluar su pertinencia. Hasta ahora, la mayoría de los países han realizado grandes encuestas para conocer la distribución de los factores de riesgo de las ENT. Si bien son muy útiles, presentan ciertas desventajas en cuanto a información no actualizada, y no sirven para la finalidad de monitoreo. Las encuestas grandes no pueden responder a las necesidades locales de la comunidad en materia de información.

Muchas encuestas son realizadas por grupos clínicos y académicos y reflejan sus intereses. De las encuestas publicadas realizadas en América Latina y el Caribe, 48% iban dirigidas a mediciones físicas, como la tensión arterial y la obesidad, 29% a mediciones bioquímicas, como la colesterolemia y la glucemia; sólo 24% estudiaban los factores de riesgo relativos al comportamiento; la mayoría de estas últimas eran estudios de prevalencia del consumo de tabaco. La escasez de datos sobre los factores de riesgo relativos al comportamiento deriva de la falta de capacidad de salud pública y de la ausencia de enfoques de prevención y control basados en la población. Los ministerios de salud suelen dedicar sus recursos a la vigilancia de las enfermedades transmisibles, y no han adquirido la pericia para vigilar los factores de riesgo de las ENT; por otra parte, los programas débiles contra las ENT no lo exigen.

La vigilancia es un primer paso, pero es imprescindible disponer de evaluaciones más integrales para elaborar programas de acción de prevención y control basados en la comunidad, al objeto de seguir desarrollando esta área. Para ello, se propone un marco que contiene los siguientes componentes: a) el acceso de la población, en particular los grupos desfavorecidos; b) la aceptación de la población, y su participación; c) la eficacia, que se refiere a su aplicación en las condiciones existentes en la comunidad; d) la evaluación de los costos, y e) la sostenibilidad, es decir, la adopción de las estrategias por las organizaciones existentes. Se incorporan indicadores de proceso a cada una de las categorías, pues son muy útiles para la ampliación de un programa.

3.3 *Cambio hacia servicios de salud receptivos*

El actual modelo de atención de las enfermedades agudas no resulta eficaz para la prevención y el control de las enfermedades crónicas, que requieren un contacto a largo plazo con los servicios de atención primaria de salud y una buena calidad asistencial. Hay que centrarse más en la demanda, en permitir a los pacientes tomar decisiones fundamentadas y en equipos de atención anticipatoria de salud, y no sólo en los médicos. Lo que cuenta es el comportamiento del sistema y no las intervenciones parciales. Un modelo de atención crónica encaminado a mejorar los resultados tiene cinco dimensiones: 1) sistemas de información clínica; 2) apoyo a las decisiones; 3) diseño de sistemas de entrega; 4) apoyo al autocuidado, y 5) empleo de los recursos de la comunidad. Como medio de desarrollar todos estos componentes, se ha adoptado un proceso de mejoramiento de la calidad para que, al introducir pequeños cambios, ponerlos a prueba y evaluar su efecto, comience a ponerse en marcha un sistema de aprendizaje.

El marco político y el contexto financiero también deben ser conducentes al cambio. Por ejemplo, puede suceder que el seguro de salud no cubra las prácticas recomendadas, o que los recursos del sistema no sean suficientes. La medicina basada en

pruebas debe contemplar las opciones factibles para prestar la mejor atención asequible posible, pero a veces quizá sea necesario hacer cambios más amplios para una prestación eficaz. El personal directivo superior debe participar con pleno conocimiento de causa, para que las decisiones políticas facilitadoras del cambio formen parte integrante del proceso.

En México, la cruzada de calidad, que ya ha puesto en práctica la evaluación comparativa e indicadores de resultados, ha incorporado este enfoque a la atención de la diabetes. Los proyectos piloto son un método eficaz de que las instancias decisorias tomen conciencia de la necesidad del cambio; este proceso está iniciándose en unos pocos estados. En Costa Rica, tras la elaboración de una directriz y una vez finalizada la descentralización de los servicios de salud, este enfoque está incorporándose al manejo de la hipertensión.

La comorbilidad es un problema importante de las ENT, que a menudo se pasa por alto. La mayoría de las ENT comparten algunas estrategias de prevención y tratamiento, como el seguimiento del tratamiento y la necesidad de cambio de conducta. Esto requiere cambios graduales dirigidos a más de una enfermedad. Por ejemplo, en los Estados Unidos, aproximadamente 60% de las personas mayores de 65 años tienen dos o más afecciones crónicas, y 25% cuatro o más. En América Latina y el Caribe, casi 30% de los diabéticos tienen también hipertensión.

Para iniciar cambios hacia un modelo apropiado de asistencia a las enfermedades crónicas se han seleccionado tres afecciones prioritarias: la diabetes, la hipertensión arterial y el cáncer cervicouterino. Este enfoque acelerado permitirá mejorar los resultados de gestión, lo que a su vez incorporará eficazmente la prevención a los servicios de salud.

En conclusión, una respuesta de salud pública para la prevención y el control de las ENT crónicas requiere:

- Abordar el problema desde una perspectiva sistemática amplia pero cohesionada, basada en pruebas epidemiológicas y que tenga en cuenta el contexto social y el entorno internacional.
- Evaluar la eficacia de las medidas aplicadas para promover cambios de política, elaborar programas comunitarios o intervenciones en materia de servicios de salud individuales.
- Contar con asistencia financiera y una infraestructura de apoyo para lograr la sostenibilidad y la cobertura.

- Tener en cuenta las necesidades y las perspectivas de la población destinataria, para que pueda participar activamente en los programas de prevención y control.

4. Respuesta de la Organización Panamericana de la Salud

En el documento CE120/18, aprobado por la 120.^a sesión del Comité Ejecutivo, se mencionan cuatro áreas prioritarias para la prevención y el control de las ENT, a saber: las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las lesiones. El programa regional se estructuró para abordar de manera integral asuntos que se entrecruzan, pues los factores de riesgo, la gestión de las ENT y su prevención tienen enfoques comunes. También fue preciso, dados los limitados recursos, definir y mantener el foco de la acción en intervenciones potencialmente eficaces. Dado que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en la mayoría de las Américas, en septiembre de 2000 el Consejo Directivo apoyó un enfoque integrado y recomendó las estrategias siguientes, junto con la aplicación de la iniciativa CARMEN.

La 53.^a Asamblea Mundial de la Salud reconoció la carga que las ENT imponen a los países en desarrollo y aprobó una estrategia que incorpora la vigilancia, la prevención y el tratamiento. Últimamente, en su 109.^a reunión de enero de 2002, el Consejo Ejecutivo de la OMS adoptó la resolución EB109.R2 propuesta por el Gobierno de Brasil, que propone abordar los factores de riesgo y la prevención mediante un enfoque integrado, y que se comunique el progreso realizado por las redes regionales como CARMEN.

Debe señalarse que los Estados Miembros están aumentando sus solicitudes de cooperación técnica y de incorporación de sus criterios sobre las ENT en el temario de salud pública.

5. Estrategias regionales

5.1 *Promoción de la causa para el cambio de políticas*

Esta área se centra en los análisis de la situación y la creación de asociaciones para propugnar el cambio de políticas. Que el entorno invite a la puesta en práctica de las estrategias de prevención y control de las ENT es un motivo de gran preocupación. Se presta apoyo a los países, en particular a través de los comités intersectoriales de CARMEN, para que lleven a cabo sus propios análisis y decidan cómo actuar.

El segundo aspecto consiste en promover alianzas internacionales con muchas organizaciones, públicas y privadas, para obtener un efecto de espejo en cada país y para formar consenso internacional en torno a las políticas esenciales. Actualmente, la OPS participa en cuatro de estas alianzas, cada una de las cuales representa un modelo

diferente: a) la Coalición Interamericana para la Prevención de la Violencia, con el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos; b) la DOTA, con la Federación Internacional de la Diabetes y el sector privado; c) la Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino, con el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, el Programa de Tecnología Sanitaria Apropriada, *Engender Health* y el programa de Johns Hopkins de Educación Internacional en Ginecología y Obstetricia, y d) la Iniciativa Panamericana de Hipertensión Arterial (IPAH) en colaboración con el Instituto Nacional del Corazón, Pulmón y Sangre (de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos), la Liga Mundial de Hipertensión, la Fundación Interamericana del Corazón y otros socios que continúan respaldando la Iniciativa.

5.2 *Acciones comunitarias*

La iniciativa CARMEN contiene un conjunto de acciones para reducir las ENT, incluido el establecimiento de un comité intersectorial nacional para el análisis de políticas y situaciones y la creación de proyectos de demostración en los cuales se evalúan estrategias de prevención comunitarias. El comité nacional supervisa los proyectos de demostración y difunde información sobre las acciones eficaces. Se recomiendan encarecidamente las acciones a varios niveles que impliquen a diversos socios, tanto en la planificación como durante la ejecución. Se alienta la asociación con instituciones académicas para apoyar la evaluación.

5.3 *Vigilancia de las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo*

La finalidad de esta estrategia es crear normas comunes y hacer posible que los países incorporen la vigilancia a sus sistemas de salud pública. De esta forma, los países pueden determinar la distribución y las tendencias de las enfermedades y los factores de riesgo, y utilizar esta información para elaborar programas y formular políticas. Los sistemas no tienen que ser de alcance nacional, sino que deben buscar maneras rentables de recabar localmente información, de modo eficaz en función de los costos, para apoyar las acciones comunitarias.

5.4 *Innovaciones para conseguir servicios de salud receptivos*

Esta estrategia se refiere al apoyo de pruebas sobre el terreno y a la evaluación de la puesta en práctica de los programas “en condiciones reales” al primer nivel de atención. Se insiste en nuevos enfoques que los Estados Miembros pueden adoptar. Se tiene en cuenta la diversidad de los entornos y la necesidad de llegar a las poblaciones subatendidas. Actualmente, las áreas prioritarias son el uso de diferentes tecnologías para

el tamizaje del cáncer cervicouterino y la elaboración de modelos innovadores para la asistencia de las afecciones crónicas.

6. Los próximos pasos

6.1 *El medio interno*

Para que la OPS consiga un enfoque unificado, estratégico y enmarcado en una perspectiva de salud pública, dos esferas de la Organización deben entrar en juego: las actividades regionales y las oficinas de campo.

6.1.1 Programas regionales

El Programa de Enfermedades No Transmisibles, de la División de Prevención y Control de Enfermedades de la OPS, tiene la responsabilidad de coordinar la incorporación de la prevención y el control de las ENT al temario de salud pública de los Estados Miembros mediante un enfoque unificado y estratégico. Esto requiere una coordinación interna eficaz, ya que otros programas de la OPS también tienen responsabilidad directa en cuanto a los principales factores de riesgo y aspectos institucionales en los que deben integrarse las estrategias. Los niveles de coordinación difieren según su importancia para la estrategia general. En el caso de programas con áreas de responsabilidad superpuestas, se proponen programación y supervisión conjuntas; en el caso de otros programas complementarios, el intercambio permanente de información ampliaría las posibilidades de ayudar a los países.

Como esta no es una área prioritaria del temario de la asistencia internacional para el desarrollo, el programa regional también tiene un componente de movilización de recursos, que incluye promoción de la causa ante donantes y posibles asociados privados. En este contexto, se precisa una fuerte asociación con la OMS y con ONG internacionales. Hay que seguir explorando la asociación con el sector privado, de conformidad con los reglamentos de la Organización.

6.1.2 Oficinas de campo

Sobre el terreno, se crearon nuevos puestos en Chile, en Costa Rica y en el Centro de Epidemiología del Caribe. Los puestos de Brasil, Colombia, Jamaica, México y de la Coordinación de Programas en el Caribe incorporan las actividades de prevención y control de las ENT. Se han creado puestos de profesionales de contratación nacional en Ecuador, El Salvador y Perú, con recursos extrapresupuestarios. Están en curso la coordinación y las actividades conjuntas con el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá y el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe. Ambos institutos han dado la mayor prioridad a las ENT y han adoptado las estrategias programáticas. Se han obtenido

importantes beneficios al fortalecer las actividades sobre el terreno, pero aún hay necesidades no atendidas, en particular en los países en los que es muy onerosa la carga de las ENT.

La cooperación técnica es la base de los esfuerzos por crear una respuesta de salud pública a las ENT, por dos razones principales. En primer lugar, esta no ha sido un área especialmente cultivada en los ministerios de salud y, en muchos casos, no se ha invertido para crear una infraestructura de prevención. En estas circunstancias, el liderazgo suele venir del sector clínico, que ofrece soluciones tecnológicas e individuales en lugar de una perspectiva de salud pública. En segundo lugar, las estrategias de prevención y control de enfermedades exigen acciones multisectoriales que requieren alianzas con diferentes entidades, como las ONG y el sector privado. La OPS puede facilitar estas alianzas, al tiempo que refuerza el liderazgo y la función de rectoría de los ministerios de salud.

6.2 *El medio externo*

Para ayudar a los Estados Miembros a poner en práctica las estrategias, hay que dar prioridad a tres áreas: el acceso al conocimiento, la formación de redes entre países y la incorporación de la perspectiva de los Estados Miembros. La OPS está en una posición ventajosa para facilitar los esfuerzos nacionales por incorporar la prevención y el control de las ENT a los programas de salud pública. La Organización también puede movilizar recursos comprometiendo a otras organizaciones internacionales con la prevención y el control de las ENT crónicas.

7. *Intervención del Comité Ejecutivo*

- Reforzar las estrategias de la OPS para la prevención de las ENT mediante la iniciativa CARMEN, para ofrecer un enfoque unificado, que aborde la dinámica y las interacciones de los factores de riesgo de manera integral.
- Tratar maneras de hacer frente a los retos de la doble carga de morbilidad mediante procesos de cambio del actual modelo de atención de las enfermedades agudas hacia un modelo más receptivo a las necesidades sanitarias de los enfermos crónicos.
- Proponer que la OPS abogue por aumentar la infraestructura de prevención y control de las ENT y sus factores de riesgo, y que preste cooperación técnica a tal efecto.