



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



33.^a SESIÓN DEL SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C, 2 y 3 de diciembre de 1999

Punto 8 del orden del día provisional

SPP33/8 (Esp.)

22 octubre 1999

ORIGINAL: ESPAÑOL

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, EN ESPECIAL LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

En su 125.^a sesión el Comité Ejecutivo solicitó que el Subcomité de Planificación y Programación (SPP) revisara el tema de enfermedades cardiovasculares, con énfasis en hipertensión arterial. Se presenta aquí la situación del problema en la Región, así como las oportunidades y barreras para el desarrollo de programas tendientes a reducir la mortalidad prematura por causas cardiovasculares y se someten a discusión del SPP las propuestas y recomendaciones del Programa Regional.

Se considera que existe evidencia suficiente para apoyar el fortalecimiento de los programas de prevención y control de la hipertensión arterial, puesto que tienen el potencial de demostrar impacto en el mediano plazo. Se hace especial énfasis en considerar las inequidades, tanto de posición social como de género, en la implementación de estos programas.

El Programa de Enfermedades No Transmisibles de la OPS, en seguimiento a la resolución CE120.R11 del Comité Ejecutivo de junio de 1997, que recomienda fortalecer el apoyo técnico a las iniciativas concretas de prevención y control de las enfermedades no transmisibles, ha desarrollado un abordaje que integra la promoción de la salud, la prevención primaria y el control de enfermedades no transmisibles en su conjunto. Lo anterior se justifica sobre la base de que estos problemas de salud comparten factores de riesgo, estrategias de control y sus acciones deben ser dirigidas a los mismos grupos de población. La iniciativa para el control de la hipertensión arterial se inscribe en este marco.

Se solicita al SPP analizar la necesidad de apoyar el desarrollo de la vigilancia de enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, así como el fortalecimiento de programas de prevención y control.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
1. Introducción.....	3
2. La carga de la enfermedad.....	3
2.1 Magnitud del problema.....	3
2.2 Tendencias.....	5
3. Es difícil actuar sobre un problema cuando solo se tiene conocimiento parcial de su magnitud y distribución.....	6
3.1 Vigilancia de la hipertensión y factores de riesgo asociados.....	6
3.2 Desigualdades en enfermedades cardiovasculares.....	7
4. El control de la hipertensión arterial es posible, pero los países de América Latina y el Caribe tienen dificultades para implementarlo.....	8
4.1 Respuestas nacionales a la hipertensión arterial.....	8
4.2 Incorporación del manejo de la hipertensión en la atención primaria.....	9
4.3 Consecuencias económicas.....	10
5. La prevención primaria de hipertensión arterial implica actuar simultáneamente sobre los factores de riesgo para el conjunto de enfermedades no transmisibles.....	11
5.1 Rol de la dieta, actividad física y tabaquismo.....	11
5.2 Los proyectos de intervención comunitaria (CARMEN).....	12
6. En muchos países de la Región existen recursos para abordar el problema de las enfermedades cardiovasculares, pero requieren de una mejor organización para mejorar su eficacia y su eficiencia.....	12
6.1 Iniciativa Panamericana de Hipertensión Arterial.....	12
6.2 Seis razones para fortalecer y desarrollar programas de prevención y control de la hipertensión arterial.....	13
7. Puntos para la discusión.....	14

1. Introducción

La hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo más importantes para las principales enfermedades cardiovasculares, tales como la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad isquémica del corazón. Estas constituyen las primeras causas de muerte prematura en adultos en la Región de las Américas, particularmente en mujeres. Sin embargo, actualmente se carece de acciones concertadas y sostenibles que permitan a los sistemas y servicios de salud, especialmente de América Latina y el Caribe, desarrollar estrategias y programas eficaces y eficientes. A continuación se discute la magnitud del problema, las dificultades que ocasiona no contar con información adecuada para la toma de decisiones y organización de programas, así como las barreras para la implementación los mismos. No obstante, también se hace énfasis en que la evidencia existente y la infraestructura en salud de los Estados Miembros presentan justificación suficiente para el abordaje integrado de la prevención y control de las enfermedades cardiovasculares en general, y de la hipertensión arterial en particular, como una estrategia para disminuir las muertes prematuras en adultos y mejorar la calidad de vida.

2. La carga de la enfermedad

2.1 *Magnitud del problema*

Durante los próximos 10 años, se estima ocurrirán aproximadamente 20,7 millones de defunciones por enfermedades cardiovasculares en la Región de las Américas.¹ Se ha estimado que 2,4 millones de estas defunciones pueden ser atribuidas a la hipertensión arterial. En América Latina y el Caribe las enfermedades cardiovasculares representan el 31% de todas las defunciones. En el año 2000, en mujeres adultas de 15 a 69 años, ocurrirán 180.000 defunciones por enfermedades cardiovasculares, con lo que se constituirían en la primera causa de muerte para este grupo de edad. En cambio en hombres del mismo grupo de edad, las 253.000 defunciones anuales representan el segundo lugar, después de las causas externas. Las tasas de mortalidad por enfermedad cardiovascular varían de 413,3 por 100.000 habitantes en hombres y 352,8 por 100.000 en mujeres en Paraguay, a 178,1 por 100.000 habitantes en hombres en México y 149,0 por 100.000 en mujeres en Canadá.² Las tasas de mortalidad ajustadas por edad según sexo para los países de la Región se presentan en el cuadro 1.

¹ Murray CJL, Lopez AD, *The Global Burden of Disease*, World Health Organization, Harvard School of Public Health, World Bank, Harvard University Press, 1996

² Organización Panamericana de la Salud, *Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos de Salud 1999*, Programa Especial de Análisis de Salud, OPS/OMS, 1999

Cuadro 1. Tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares según sexo, 1990-1994 (ajustadas por edad, por 100.000 habitantes)

	Hombres	Mujeres
Argentina	369,5	246,1
Bahamas	226,2	191,3
Barbados	290,9	236,2
Brasil	381,0	293,3
Canadá	217,1	149,0
Chile	208,5	165,6
Colombia	284,8	272,2
Costa Rica	195,5	153,3
Cuba	263,9	219,8
Ecuador	211,3	185,4
El Salvador	192,7	190,7
Estados Unidos de América	264,3	197,7
Islas Turcas y Caicos	237,7	220,5
México	178,1	160,2
Nicaragua	246,5	240,7
Paraguay	413,3	352,8
Puerto Rico	225,6	162,2
Suriname	285,9	223,6
Trinidad y Tabago	345,7	293,8
Venezuela	293,0	225,5

Entre las enfermedades cardiovasculares las dos más importantes son la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular. Está establecido que es posible prevenir ambas mediante el control y prevención de factores de riesgo primarios, de los cuales los más importantes son el tabaquismo, la dieta inadecuada y la falta de actividad física. A la vez, el control de los estos factores de riesgo resulta en una reducción de factores de riesgo secundarios, como la hipertensión arterial. La hipertensión arterial es por sí misma un importante factor de riesgo para estas enfermedades. Se ha demostrado, en estudios controlados, que la reducción de la presión arterial, en 5-6 milímetros de mercurio como promedio, puede reducir la mortalidad por enfermedad cerebrovascular hasta en un 35%-40% y la enfermedad isquémica del corazón en un 15%-20%.¹ También se observan reducciones significativas de la mortalidad en personas de 65 años y más que fueron sometidas a tratamiento

¹ Psaty BM, Smith NL, Siscovick DS, et al. Health outcomes associated with antihypertensive therapies used as first-line agents: a systematic review and meta-analysis, *JAMA* 1997; 277:739-745

farmacológico por su hipertensión arterial. En este grupo de población la enfermedad cerebrovascular se puede reducir hasta en un 34%, la enfermedad isquémica del corazón en un 19%, lo que implicaría una reducción de 23% de todas las defunciones por causas cardiovasculares.²

2.2 Tendencias

Si bien la mortalidad por enfermedades cardiovasculares aumenta con la edad, es importante conocer la mortalidad prematura, que en teoría podría que ser prevenible. Con el propósito de valorar los cambios en la mortalidad prematura se estimaron los años potenciales de vida perdidos (APVP) con base en la mortalidad registrada y el cambio de 1960 a 1994 en 11 países que tenían información disponible para dicho periodo³ y un subregistro de defunciones menor de 15% (cuadro 2). Se observa una disminución significativa de los APVP por enfermedad isquémica del corazón en Estados Unidos, Canadá, Argentina y Chile. En los demás países, no se observan cambios significativos por esta causa, a excepción de México que reporta un aumento en la tasa de años potenciales de vida perdidos. En el mismo periodo, la enfermedad cerebrovascular baja significativamente en la mayoría de los países, excepto en Cuba y Venezuela.

Cuadro 2. Cambio medio por quinquenio de las tasas de años potenciales de vida perdidos (APVP), 1960-1994

	Enfermedad isquémica del corazón	Enfermedad cerebrovascular
Tasas de APVP disminuye	Argentina Canadá Chile Estados Unidos	Argentina Barbados Canadá Chile Colombia Costa Rica Estados Unidos México Trinidad y Tabago
Tasas de APVP no tienen cambios significativos	Barbados Colombia Costa Rica Cuba Trinidad y Tabago Venezuela	Cuba Venezuela
Tasas de APVP aumentan	México	

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, *La salud en las Américas*, Edición 1998. Publicación Científica No. 569, Vol. I, Washington D.C. 1998

² MacMahon S, Rodgers A, The effects of blood pressure reduction in older patients: an overview of the randomized control trials in elderly hypertension. *Clin Exp Hypertens* 1993;15:967-978

³ Organización Panamericana de la Salud, *La salud en las Américas*, Edición 1998. Publicación Científica No. 569, Vol. I, Washington D.C. 1998

No obstante la disminución observada en los años potenciales de vida perdidos por enfermedad cardiovascular, lo cierto es que dado los cambios en la estructura por edad de la población en todos los países de la Región el número de casos va en aumento y ello representa una carga importante en los servicios de salud. Además, los países de la Región con tasas más altas tienen una mortalidad prematura cuatro veces mayor que los países con tasas más bajas y esta brecha está aumentando en la enfermedad cerebrovascular.

3. Es difícil actuar sobre un problema cuando solo se tiene conocimiento parcial de su magnitud y distribución

3.1 *Vigilancia de la hipertensión y factores de riesgo asociados*

Aunque se ha demostrado que el mantenimiento de una presión arterial normal puede tener un impacto significativo en la reducción de la mortalidad cardiovascular, lo cierto es que ello constituye un desafío importante para la salud pública. Una de las barreras para el desarrollo de programas eficientes es que solamente se dispone de información parcial sobre la magnitud del problema en los países de la Región. Sería necesario establecer sistemas de vigilancia de factores de riesgo, que podrían dar cuenta de su distribución en la población y así identificar grupos a quienes habría que dirigir las acciones.

En América Latina y el Caribe se han llevado a cabo varias encuestas de factores de riesgo. Dos países de América Latina, Cuba y Colombia, han tenido cobertura nacional. En el Caribe, se han llevado a cabo encuestas en Barbados, Jamaica, San Vicente y las Granadinas y en Trinidad y Tabago.⁴ Sin embargo, la falta de estandarización en la metodología y las diferencias en la información recolectada impiden que los resultados sean comparables. Mas aún, estas encuestas transversales se han llevado a cabo, por lo general, una sola vez, lo que hace imposible evaluar tendencias e identificar grupos de población en los cuales se producen cambios en la prevalencia de factores de riesgo y otras condiciones como la hipertensión.

Con base en los datos de estas encuestas, se ha estimado que la prevalencia de hipertensión arterial en América Latina y el Caribe oscila entre 8% y 30%.⁵

⁴ Pan American Health Organization, Program on Noncommunicable Diseases, Networking for the Surveillance of Risk Factors for Noncommunicable Diseases in Latin America and the Caribbean, Washington, D.C., September 1999 (PAHO/HCP/HCN/99.08).

⁵ Orduñez PO, Espinosa A, Cooper R, Kaufman J, Nieto J. Hypertension in Cuba: Evidence of narrow black-white difference. *J Hum Hypertes*, 12:111-116, 1998

3.2 *Desigualdades en enfermedades cardiovasculares*

Por otro lado, la calidad de los registros de defunción representa también una barrera para evaluar si existe una gradiente social de la mortalidad cardiovascular y diferencias por sexo, que contribuirían a alertar sobre brechas tanto en la ocurrencia como en el acceso a la atención de este problema. No solamente hay un subregistro importante en varios países, sino que este se distribuye en forma desigual en los diferentes grupos de población, y es por lo general mas elevado entre quienes tienen menores ingresos y menor nivel educativo. Chile es uno de los países con mejores estadísticas de mortalidad. En este país se reportan tasas de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón de 101,1 por 100.000 habitantes en hombres y 74,4 por 100.000 habitantes en mujeres; y tasas de mortalidad por enfermedad cerebrovascular de 71,2 por 100.000 habitantes en hombres y 69,5 por 100.000 habitantes en mujeres, para el periodo 1994-1996. Estas cifras de promedios nacionales esconden diferencias importantes entre personas de diferente nivel educativo. En el cuadro 3 se muestran las tasas de mortalidad ajustadas por edad para hombres y mujeres según años de escolaridad. Tanto para la enfermedad isquémica del corazón como para la enfermedad cerebrovascular en mujeres hay una clara gradiente con tasas menores en los grupos de mayor escolaridad. En hombres, esta gradiente es evidente para la enfermedad cerebrovascular. La razón de riesgo indica la brecha que existe entre el grupo con mayor mortalidad y el de menor mortalidad. Para ambas enfermedades la brecha según años de escolaridad es mayor en mujeres que en hombres y mayor para la enfermedad cerebrovascular. La mortalidad por esta causa es mayor en hombres que en mujeres en grupos de escolaridad mas alta, pero esta relación se invierte en grupos de menor escolaridad entre quienes las mujeres presentan tasas de mortalidad mas elevadas.

Cuadro 3. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares según escolaridad y sexo en Chile, 1994-1996

(tasas por 100.000 habitantes de 20 años y más, ajustadas por edad)

	Hombres		Mujeres	
	Tasa	Razón de riesgo	Tasa	Razón de riesgo
Enfermedad isquémica del corazón				
<i>Años de escolaridad</i>				
Ninguno	85,5	1,2	78,8	2,3
1 - 8	99,8	1,4	79,9	2,3
9 - 12	129,4	1,8	69,5	2,0
13 y más	73,9	1,0	34,3	1,0
Enfermedad cerebrovascular				
<i>Años de escolaridad</i>				
Ninguno	84,5	2,6	93,6	3,4
1 - 8	75,4	2,3	72,4	2,7
9 - 12	70,5	2,1	59,3	2,2
13 y más	32,9	1,0	27,4	1,0

Según se describió anteriormente, es en la enfermedad cerebrovascular en la cual se tiene mas oportunidad de incidir mediante un control adecuado de la presión arterial, puesto que los estudios controlados muestran reducciones de la mortalidad de hasta un 40% en adultos. Cabría valorar si esta misma situación se produce en otros países de la Región, si estas desigualdades están dadas por diferencias en la incidencia de la enfermedad, por diferencias en la prevalencia de factores de riesgo primarios, o si hay inequidades en el acceso al control y prevención de estos factores de riesgo y a los servicios de salud.

4. El control de la hipertensión arterial es posible, pero los países de América Latina y el Caribe tiene dificultades para implementarlo

4.1 *Respuestas nacionales a la hipertensión arterial*

Entre 1997 y 1998 el Programa de Enfermedades No Transmisibles de la OPS realizó un estudio en los países de la Región para conocer la situación organizativa y desarrollo de actividades de prevención y control de la hipertensión arterial. Participaron 21 países, donde vive el 88% de la población de la Región. Todos los países, menos uno, declararon tener un programa nacional de prevención y control de la hipertensión, aunque sólo cuatro tienen un programa dedicado exclusivamente a ello. En los 16 restantes, las actividades de hipertensión se realizan como parte de los programas dedicados a la salud del adulto o a la prevención de las enfermedades crónicas sin una clara prioridad dentro de estos programas (10 países) o como parte de un programa exclusivamente estructurado alrededor de los servicios de salud (seis países). Solo seis de los países con programas nacionales tiene un presupuesto específico dedicado a la hipertensión, lo que da una idea de la autonomía organizativa que tienen en el contexto de los demás problemas salud abordados.

En la mayor parte de los países los programas nacionales han sido creados recientemente, la gran mayoría en la presente década. Los fines programáticos en casi todos los países son similares y cumplen criterios básicos. Sin embargo, sólo ocho países indicaron que el propósito del programa era integral, es decir tanto preventivo como de control y manejo de la hipertensión. En otros siete el propósito era sólo preventivo, y en cinco solo buscaban el control y manejo clínico de casos. Un hecho indicativo es que todos los programas nacionales hacen uso de la infraestructura de servicios de salud del país, pero son muy escasos los que realizan actividades fuera de estos servicios. Especialmente llamativo es que solo dos países realizan actividades dirigidas a jóvenes a través de las escuelas. Se dispone de Guías de manejo clínico en 15 países, de ellos 10 las han desarrollado en forma consensual y en 7 tienen reuniones periódicas de trabajo para revisión y planificación de actividades.

A pesar de que el control efectivo de la hipertensión requiere de la participación de la comunidad y las organizaciones profesionales menos de la mitad de los programas nacionales incluyen al sector no gubernamental. Solamente 6 de 20 países mantienen grupos de trabajo en el que colaboran activamente el sector no gubernamental.

4.2 *Incorporación del manejo de la hipertensión en la atención primaria*

Dada la magnitud presente y futura de la hipertensión arterial, su incorporación a la estrategia de atención primaria en salud se convierte en un desafío y una necesidad. La atención de casos, muchos de ellos diagnosticados tardíamente, solo atiende parte del problema. Para cumplir con las metas de disminuir su prevalencia, reducir riesgos cardiovasculares, reconocer a tiempo casos de hipertensión arterial y mejorar las posibilidades de tratamiento es preciso activar los mecanismos de atención primaria en salud ya utilizados para otro tipo de problemas.

Si bien esta propuesta ya ha sido formulada desde hace varios años; lo cierto es que el éxito de los programas parece ser limitado. En el cuadro 4 se muestran resultados de encuestas poblacionales en tres países de la Región, Estados Unidos, Chile y Cuba, en las cuales se preguntó sobre antecedentes de hipertensión además de que se tomó la presión arterial. Es de hacer notar que del total de personas con hipertensión arterial, el 32%, 37% y 39% respectivamente no sabían que tenían hipertensión; más grave aún es que una proporción importante (entre 15% y 19% de los hipertensos) sabía que tenía hipertensión pero no estaba en tratamiento. Entre los hipertensos que tenían tratamiento, aproximadamente la mitad no estaban controlados. Lo anterior implica que en Estados Unidos, en Chile y en Cuba, de todas las personas con hipertensión arterial, solamente el 24%, 22% y 21% respectivamente están controlados.

Cuadro 4. Proporción de hipertensión detectada según su estado de tratamiento y control en los Estados Unidos, Chile (Valparaíso) y Cuba

	Estados Unidos %	Chile %	Cuba %
Desconocen que son hipertensos	32	37	39
Saben que son hipertensos			
✦ No son tratados	16	19	15
✦ Son tratados			
- no están controlados	19	22	25
- están controlados	24	22	21
Total	100	100	100

Fuente: Encuesta CARMEN en Valparaíso, Chile (adultos de 25 a 64 años, 1997), Encuesta nacional de factores de riesgo (adultos 18+, 1997), NHANES III en Estados Unidos (adultos de 18+ años, 1991-1994)

Cualquier acción para crear o revitalizar programas para el control de la hipertensión arterial y sus factores de riesgo asociados debe partir de reconocer el potencial que tienen los servicios de salud. Actualmente existe una infraestructura importante, pues se estima que el 75% de la población en la Región de las Américas tiene algún acceso a los servicios de salud.¹ En muchos países ya se lleva a cabo algún tratamiento y control de la hipertensión arterial. En general, el personal de salud tiene conocimientos básicos, que solo habría que actualizar, y valora estas actividades como parte de su desempeño laboral; no son percibidas como una demanda externa adicional. En consecuencia, se justificaría una estrategia para aumentar la detección y mejorar el manejo de la hipertensión arterial.

4.3 *Consecuencias económicas*

En varios países se ha demostrado que la prevalencia de hipertensión arterial es de tres a seis veces mayor cuando se comparan grupos sin escolaridad con los que tienen educación superior.² Entre estos grupos el bajo nivel de ingresos dificulta seriamente la posibilidad de adquirir las drogas a las dosis requeridas. En algunos casos los medicamentos pueden tener un costo de US\$ 100 al mes, algo imposible de adquirir en países donde el ingreso promedio mensual puede ser del orden de \$50 a \$200.

Actualmente se carece de estudios en países de América Latina y el Caribe que puedan aportar información sobre las consecuencias económicas de las enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, se conoce que en los Estados Unidos el costo total de este grupo de enfermedades representa aproximadamente el 2% del producto interno bruto.³ En el Canadá, en un estudio sobre el costo de las enfermedades se encontró que el 21% de estos costos se pueden atribuir a enfermedades cardiovasculares, lo que corresponde a \$12 billones anuales. Estos costos incluyen tratamiento, atenciones y costos indirectos, tales como pérdidas en el ingreso debido a discapacidad y muerte. También se estimó que las enfermedades cardiovasculares serían responsables por la proporción mas elevada (32%) de ingresos no percibidos debido a muertes prematuras.⁴

¹ Organización Panamericana de la Salud, *Las Condiciones de Salud en las Américas*, Publicación Científica No. 549, OPS/OMS, Washington DC, 1994

² Banco Mundial. *Invertir en Salud. Indicadores de Desarrollo Mundial*. 1993 (pag. 45)

³ American Heart Association, *Heart and Stroke Facts Statistics*, Dallas, AHA, 1993

⁴ Health Canada, *Cost of Illness*. Health Canada, 1996

5. La prevención primaria de hipertensión arterial implica actuar simultáneamente sobre los factores de riesgo para el conjunto de enfermedades no transmisibles

5.1 Rol de la dieta, actividad física y tabaquismo

Las modificaciones del estilo de vida son particularmente importantes en la prevención de la hipertensión. Los pacientes deben ser motivados a adoptar estas modificaciones sobre todo si tienen factores de riesgo adicionales como dislipidemias o diabetes mellitus. Incluso para aquellos casos en que las modificaciones del estilo de vida no son suficientes, la adopción de prácticas adecuadas en la dieta y actividad física, así como la cesación de tabaquismo, puede llevar a una reducción en la cantidad y las dosis de medicamentos antihipertensivos. Se reconoce que alcanzar y mantener cambios de estilo de vida no es una tarea fácil, este debe partir de una perspectiva de promoción de la salud, que concomitantemente incluya la detección y control de factores de riesgos específicos.

En general, al estudiar los factores de riesgo, estos tienden a conglomerarse en determinados grupos de población. Ello sucede no solamente en países industrializados, sino que también en los países de menores ingresos, como lo demuestran los datos de una encuesta reciente apoyada por el Programa de Enfermedades No Transmisibles en tres ciudades de Bolivia. En el cuadro 5 se muestra cómo la prevalencia de todos los factores de riesgo cardiovasculares es más alta entre las personas con hipertensión, que entre las personas no hipertensas.

Cuadro 5. Presencia de factores de riesgo cardiovascular entre personas con y sin hipertensión arterial en tres ciudades de Bolivia, 1999

Factor	Hipertensos	No hipertensos
Sobrepeso IMC ≥ 25 *	80,0	55,3
Obesidad centrípeta **	48,5	38,9
Veinte o más cigarrillos por día	2,1	0,7
Actividad física	60,3	49,8

* IMC (Índice de Masa Corporal) ≥ 25 = sobrepeso y obesidad

** Índice Cintura-cadera $> 1,0$ en hombres y $>0,85$ en mujeres

5.2 *Los proyectos de intervención comunitaria (CARMEN)*

En las últimas dos décadas se han desarrollado programas de intervención comunitaria dirigidos a la prevención de los factores de riesgo para enfermedades no transmisibles. De estas iniciativas, en la actualidad hay dos que empiezan a conformar una red mundial, CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention) que se organizó en la región europea y en la que participan 24 países, y CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No Transmisibles) que se organiza en las Américas y a la cual pertenecen actualmente cinco países. Ambas se coordinan bajo el liderazgo de la Organización Mundial de la Salud, por lo que en las Américas el funcionamiento de la Red CARMEN es coordinado por la Organización Panamericana de la Salud.

La finalidad del proyecto CARMEN es la reducción de la prevalencia de los factores de riesgo asociados a las enfermedades no transmisibles mediante acciones combinadas y coordinadas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el marco de la comunidad y de sus servicios de salud.

Las acciones para conseguir la reducción de los factores de riesgo seleccionados se basan en los principios generales de integración e intersectorialidad. La acción integrada implica las intervenciones dirigidas a reducir simultáneamente un conjunto de factores de riesgo común a las enfermedades no transmisibles, tanto a nivel individual como de la comunidad, mediante los esfuerzos combinados de los servicios de atención de salud preventiva y las intervenciones de promoción de la salud dirigidas hacia la población general. CARMEN, por lo tanto, reconoce la necesidad de involucrar diversas instituciones y organizaciones sociales, tanto de dentro como de fuera del sector de la salud y coordinar sus esfuerzos. Ello ofrece un marco para la incorporación de las acciones para la prevención y control de la hipertensión

6. En muchos países de la Región existen recursos para abordar el problema de las enfermedades cardiovasculares, pero requieren de una mejor organización para mejorar su eficacia y su eficiencia

6.1 *Iniciativa Panamericana de Hipertensión Arterial*

Con el propósito de promover un esfuerzo organizado, el Instituto Nacional del Corazón, Pulmón y Sangre de los Estados Unidos y la Organización Panamericana de la Salud, propusieron la creación de una Iniciativa Panamericana de Hipertensión Arterial, a la cual se han adherido la Fundación Interamericana del Corazón, la Sociedad Interamericana de Cardiología, la Sociedad Interamericana de Hipertensión, la Liga Mundial contra la Hipertensión y la Red Panamericana de programas CARMEN. Los objetivos de esta iniciativa

son aumentar la detección de personas con presión arterial elevada en todos los servicios de salud y mejorar la adopción y adherencia al tratamiento en todas las personas que han sido detectadas con hipertensión arterial. Para ello habrá que adaptar y adoptar guías clínicas adecuadas, capacitar personal de salud y evaluar la efectividad de la educación al paciente. Ello debe ocurrir en el marco del desarrollo de políticas públicas y desarrollo de sistemas de salud que permitan la prevención y control de enfermedades no transmisibles en su conjunto, y una clara decisión de abordar el tema de la salud de los adultos.

6.2 *Seis razones para fortalecer y desarrollar programas de prevención y control de la hipertensión arterial*

En 1998, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos publicó un estudio que realizó un equipo de expertos internacionales sobre el control de enfermedades cardiovasculares en países en desarrollo.¹ El informe concluye que en países en vías de desarrollo, los programas de control de la hipertensión arterial constituyen un punto de partida eficaz para la prevención y control de las enfermedades cardiovasculares, por las siguientes razones:

- La hipertensión arterial es un factor de riesgo tanto para la enfermedad isquémica del corazón como para la enfermedad cerebrovascular;
- Estos programas ofrecen ventajas atractivas tanto para los proveedores de salud como para la comunidad;
- Los objetivos son fácilmente medibles;
- El impacto del conocimiento de la hipertensión, la mejoría en el tratamiento y el nivel de control, se pueden evaluar en el corto plazo (5 años);
- Los programas proveen terreno fértil para una coalición de varias categorías de proveedores de salud, cada uno con un rol importante en la detección y manejo de la hipertensión y sus secuelas;
- El concepto de reducción integrada de problemas cardiovasculares como parte del manejo de la hipertensión hace posible la incorporación de estrategias dirigidas a modificar otros factores de riesgo cardiovascular como el uso del tabaco, las hiperlipidemias, la diabetes y la obesidad.

¹ Howson CP, Reddy S, Ryan TJ, Bale JR. (Eds), Institute of Medicine, *Control of Cardiovascular Diseases in Developing Countries: Research, Development and Institutional Strengthening*. National Academy Press, Washington DC, 1998

Con respecto al último punto, la experiencia en la Región ha demostrado que el programa CARMEN que integra las estrategias de prevención primaria de diversos factores de riesgo, va más allá, pues apunta a la reducción del riesgo no solamente de las enfermedades cardiovasculares sino de todas las enfermedades no transmisibles. Es necesario un enfoque de salud pública que a partir de la evidencia e información sobre la distribución de los problemas en la población, organice respuestas comunitarias y, desde los servicios de salud, considere al individuo en su entorno social y familiar, a través de su ciclo de vida.

7. Puntos para la discusión

Se someten a la consideración del Subcomité de Planificación y Programación las siguientes propuestas:

- Apoyar el desarrollo de la vigilancia de enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, incluyendo la hipertensión arterial.
- Llevar a cabo proyectos de intervención controlados que permitan:
 - aumentar el conocimiento del problema en la comunidad;
 - evaluar el desarrollo e implementación de guías de manejo de la hipertensión, así como los costos de las mismas;
 - mejorar la educación a las personas con hipertensión;
 - diseminar las mejores prácticas.
- Favorecer las alianzas con diversos actores a nivel regional y nacional para apoyar la incorporación de estrategias de control de la hipertensión arterial en los programas de enfermedades no transmisibles. La Organización Panamericana de la Salud actuaría en un rol de coordinación, con el propósito de utilizar su infraestructura para la plena participación de los Estados Miembros en esta iniciativa.
- Crear y apoyar un grupo de trabajo sobre hipertensión arterial en el marco de la Red Panamericana de programas CARMEN.
- Fortalecer el desarrollo de programas de prevención y control integrado de enfermedades no transmisibles.