ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

36.a SESIÓN DEL SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 25 al 27 de marzo de 2002

Punto 11 del orden del día provisional

SPP36/10 (Esp.)
7 febrero 2002
ORIGINAL: INGLÉS

LA RESPUESTA DE SALUD PÚBLICA A LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

(Preparado con la colaboración del Gobierno de Jamaica)

La 120.ª sesión del Comité Ejecutivo reconoció el predominio de las enfermedades no transmisibles crónicas (ENT) 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. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) creó la iniciativa CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles), que ha sido adoptada por varios Estados Miembros. También forma parte de 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 marzo 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. El actual modelo de atención de las enfermedades agudas no resulta eficaz, pues las personas con enfermedades crónicas y factores de riesgo requieren la continuidad de la atención y el cambio de comportamiento. No sólo se trata de encontrar soluciones para hacer frente a los factores determinantes, sino también de incorporar los enfoques tanto individual como de población a programas integrales. Las estrategias deben converger mediante tres enfoques diferentes: establecimiento de políticas, actividades comunitarias y atención individual, incluyendo la promoción de la salud y la prevención y el control de enfermedades.

Entre las estrategias propuestas figuran la vigilancia de los factores de riesgo y las ENT, la organización de los servicios de atención primaria, la incorporación de la tecnología, las acciones comunitarias y la promoción de la causa para el cambio de políticas. Se pide al Subcomité de Planificación y Programación que sugiera de qué manera puede la OPS apoyar y reforzar una estrategia unificada e integrada para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y la promoción de modos de vida sanos, mediante la iniciativa CARMEN. Se le pide también que estudie los retos que para los Estados Miembros supone la fuerte carga de las enfermedades crónicas.

CONTENIDO

Página

1. Introducción 3

2. La carga social y económica de las enfermedades crónicas 3

3. El marco de acción en transición 6
   3.1 Establecimiento de políticas 7
   3.2 Coaliciones para la acción comunitaria 8
   3.3 Servicios de salud receptivos 10

4. La acción en el contexto de la globalización 11

5. La respuesta de la Organización Panamericana de la Salud 12

6. Estrategias regionales 13
   6.1 Acciones comunitarias 13
   6.2 Vigilancia de las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo 13
   6.3 Incorporación de la tecnología y organización de los servicios de atención primaria 13
   6.4 Abogacía para el cambio de políticas 13

7. Los próximos pasos 14
   7.1 El medio interno 14
   7.2 El medio externo 15

8. Intervención del Subcomité de Planificación y Programación 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 los pobres. 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 adoptadas en la iniciativa CARMEN. Los factores de riesgo aislados pueden permitir predecir la enfermedad individual; en cambio, la carga social de las ENT es resultado de la alta prevalencia de múltiples factores de riesgo y enfermedades. Por consiguiente, es imperativo optar por otras perspectivas y aprender de las mejores prácticas y las pruebas que han demostrado que un enfoque de varios niveles e integrado puede ser rentable y sostenible 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 en la gran mayoría de los países de la Región de las Américas. Hasta los 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. Hay estudios que revelan que la incidencia de la hipertensión arterial varía de 14% a 40% en las personas de edades comprendidas entre 35 y 64 años, y entre 9% y 18% de las personas del mismo grupo de edad sufren diabetes.

Actualmente, las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de mortalidad femenina prematura. Aunque se necesitan más datos de calidad, encuestas de población realizadas en varios países de la Región indican que las mujeres tienen mayores tasas de obesidad, inactividad física e hipercolesterolemia que los hombres. Estos factores de riesgo están directamente relacionados con el grado de escolaridad y los niveles de ingresos. En las zonas urbanas de Bolivia, un país con una prevalencia de la diabetes similar a la de Estados Unidos (aproximadamente, 9%), las tasas de obesidad y de diabetes son mayores entre los menos instruidos. En varios países, en los hogares pobres se consumen sistemáticamente menos frutas y hortalizas.

Está aumentando la importancia de los factores de riesgo de ENT, especialmente entre los jóvenes. Los datos de comparación son escasos, pero la Encuesta Mundial sobre

Tabaquismo en la Juventud, patrocinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), demostró que las tasas de tabaquismo de los jóvenes de edades comprendidas entre 13 y 15 años oscilan en torno a 7% en Costa Rica y a 10% en Barbados. En Canadá y los Estados Unidos, la obesidad ha aumentado entre los niños, si bien es una tendencia aún por estudiar en el resto de la Región. Además, se ha demostrado que los hijos de padres que fuman tienen tres veces más probabilidades de convertirse en fumadores que los hijos de no fumadores. Los hábitos alimentarios y los niveles de actividad física se aprenden en la familia.

La carga económica de las ENT crónicas puede analizarse en dos niveles. En primer lugar, los efectos de las políticas macroeconómicas sobre las oportunidades de prevención en grupos de población diferentes, en particular los pobres, se expresan en la relación entre la enfermedad y los factores de riesgo socioeconómicos. 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. En un estudio realizado en Jamaica, se determinó que 57% de los enfermos de cáncer y diabetes eran indigentes en materia de asistencia médica, y 50% tuvieron que renunciar al tratamiento por no poder pagar. A la inversa, las políticas asociadas con programas de prevención y control, como la tributación, el etiquetado de los alimentos y el acceso a los medicamentos, tienen efectos económicos.

En segundo lugar, 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. La información disponible se ha orientado a menudo hacia el cambio individual, pero cuando se procede a una intervención, esta queda modificada por el contexto social. Por ejemplo, el tamizaje del cáncer cervicouterino mediante la técnica de Papanicolaou se ha considerado un programa con éxito en los países industrializados, pero una evaluación reciente en una zona rural del Perú puso de manifiesto que sólo 23% de las mujeres que dieron positivo recibieron un diagnóstico de seguimiento y un tratamiento. Esta situación conduce a más tamizaje y aumenta los costos, al retardar el tratamiento hasta que la enfermedad se encuentra en una fase avanzada.

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, traza urbana, 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 es mucho más difícil que las personas de bajos ingresos cambien su comportamiento, y que las condiciones ambientales pueden ser tan importantes como la eficacia de las intervenciones. 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. Habla de ello la tendencia a la disminución de las enfermedades cardiovasculares en varios países de la Región, que ha sido mayor entre personas de situación socioeconómica media y superior. En Chile, la mortalidad por accidente cerebrovascular es 2,5 veces mayor entre los hombres y 3,5 veces mayor entre las mujeres con poca escolarización que entre quienes tienen estudios secundarios.

De la misma manera, 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 los países en desarrollo se dispone de adelantos tecnológicos, pero si el contexto social no es propicio, pocas personas se benefician de ellos.

El actual modelo de atención de las enfermedades agudas de muchos países no resulta eficaz para la prevención y el control de las enfermedades crónicas. La prevención y el control de las ENT requieren intervenciones a largo plazo, tanto medicamentosas como de otro tipo; muchas personas pueden mejorar su estado tan solo mediante el régimen alimentario y el ejercicio. Esto requiere el contacto continuo con servicios de atención primaria de salud, así como el apoyo de la familia y de la comunidad. Para lograr un resultado óptimo, debe hacerse hincapié en la demanda, para que los pacientes puedan tomar decisiones fundamentadas, lo que sienta las bases del autocuidado. No basta con ofrecer normas y adiestramiento a los profesionales de la salud; son precisos cambios institucionales y mejora continua de la calidad.

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

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. Requiere una perspectiva sistémica integral que examine los procesos a diversos niveles, comenzando por los determinantes de los factores de riesgo y siguiendo con el tratamiento de la enfermedad. Las soluciones unidimensionales, que tratan independientemente los factores de riesgo y las enfermedades, son excesivamente reduccionistas. Este enfoque específico puede ser una herramienta útil para evaluar las asociaciones y algunas intervenciones. Pero los determinantes globales de la salud y el

contexto de la comunidad proporcionan la base para comprender las interacciones generales de las enfermedades y la salud. Las intervenciones potentes y eficaces deben integrarse en un enfoque integral.

3. El marco de acción en transición

Está claro que los esfuerzos de prevención tienen que trascender del individuo al entorno que determina el comportamiento. En los años setenta y ochenta se iniciaron varios ensayos comunitarios, que dieron resultados diversos. Algunas mostraron que las intervenciones no tenían efectos, mientras que otras pusieron de manifiesto cambios de la prevalencia de los factores de riesgo y, en consecuencia, una reducción de la mortalidad debida a las enfermedades estudiadas. A la vista de estos resultados antagónicos, algunos alegan que las intervenciones de salud pública deben centrarse en políticas generales con potencial para promover la salud a un nivel general. Otros preconizan centrarse en intervenciones de prevención dirigidas al individuo y que hayan demostrado su eficacia en gran número de investigaciones. 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 el asesoramiento en materia de cambios alimentarios, o el tamizaje y el tratamiento de la hipertensión y la hipercolesterolemia.) Por contraste, los enfoques amplios, basados en la población, 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, se ha comprobado la necesidad de aplicar medidas a diversos niveles. Las intervenciones aisladas pueden dar resultados aceptables, pero suelen contribuir muy poco al mejoramiento general de la salud. Los conjuntos de acciones coincidentes, con objetivos comunes, tienen mayor probabilidad de conducir al cambio que las intervenciones aisladas. Esto está directamente vinculado al concepto de dosis preventiva, según el cual las intervenciones, para ser eficaces, deben lograr un nivel de cantidad e intensidad y mantenerse durante un lapso apropiado.

En resumen, hay tres niveles sinérgicos de acción: a) las políticas y la reglamentación por parte de las instituciones que las aplican; b) las actividades comunitarias que promueven la participación de la población, y c) las intervenciones centradas en servicios de salud para los individuos. Estos niveles están interrelacionados, pero se desarrollan en diversos escenarios y con diferentes interesados directos. La comunidad, el vecindario, el lugar de trabajo e instituciones locales como iglesias y otros grupos sociales son canales por los que pueden integrarse los tres niveles de acción. Los enfoques integradores suelen tener más éxito y ser más eficientes. Este marco puede aplicarse tanto a la prevención de los factores de riesgo como a la prevención y el control de las enfermedades.

3.1 *Establecimiento de políticas*

Para prevenir enfermedades y lesiones, en los países industrializados se han adoptado con éxito diversas políticas, leyes y reglamentos 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 y aplicación de la política. Los análisis comparativos han demostrado que estos procesos difieren de un país a otro. En algunos, la acción del gobierno puede requerir el apoyo de los centros técnicos y científicos, que moldean la opinión pública, mientras que en otros, en particular en los países con un sistema federal de gobierno, el compromiso de los estados, los municipios y la sociedad civil es un requisito previo. En los países en desarrollo, las normas internacionales pueden tener influencia sobre los formuladores locales de políticas. Tres ejemplos de procesos pueden servir de ilustración.

3.1.1 *Política orientada por la información*

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 el hospital principal de la ciudad. La información del hospital se comunicó a las autoridades municipales, que se sirvieron de ella para elaborar una propuesta de proyecto.

3.1.2 *Promoción de la causa por parte de organizaciones locales*

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 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 *Función reglamentadora del gobierno*

Los cuidados paliativos y el control del dolor son servicios fundamentales para los pacientes con enfermedades crónicas en fase terminal. Sin embargo, estos servicios suelen existir sólo en los hospitales y, según la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, la mayoría de los países de América Latina no cuenta con el suministro necesario de opioides. Las instancias de reglamentación no solicitan las cantidades suficientes porque no hay suficientes programas de cuidados paliativos para supervisar la administración de estos medicamentos. Además, la legislación en muchos países obstaculiza los esfuerzos, pues sólo puede prescribirse de una vez una cantidad limitada de estos medicamentos, y los pacientes o sus familias deben regresar, a veces cada tres días, a surtir la nueva receta. La OPS y el Centro Colaborador de Dolor y Políticas de la Universidad de Wisconsin han colaborado con algunos países andinos, reuniendo a los profesionales de la salud responsables de los programas de control del cáncer y a instituciones de reglamentación farmacéutica, para ver de qué modo podrían crearse más programas de cuidados paliativos y aumentar la disponibilidad de opioides.

3.2 *Coaliciones para la acción comunitaria*

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 intervenciones de salud pública siguen estando sumamente centralizadas en ministerios de salud nacionales o provinciales, porque la salud pública no ha formado parte de las iniciativas de reforma o porque no hay capacidad a nivel 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. De otro modo, hay un riesgo de gastar los recursos en actividades aisladas, que son claramente ineficaces.

La iniciativa CARMEN, red de programas comunitarios, requiere que se establezcan coaliciones con otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales, con la sociedad civil y con el sector privado, para hacer frente a las ENT. Estas coaliciones tienen objetivos comunes y se apoyan en los puntos fuertes de cada uno. De

esta forma, los recursos que se antes iban a pequeños proyectos aislados se destinan ahora a una finalidad común. Aunque esta estrategia no es exclusiva de las ENT y las lesiones, es esencial en esta área. Las personas con factores de riesgo o que pueden adquirirlos tienen que cambiar de conducta y precisan programas que incorporen las estrategias de promoción de la salud. Para crear asociaciones, los profesionales locales de salud pública deben adquirir buenas aptitudes de negociación.

Las alianzas internacionales pueden tener un efecto de onda y llegar al nivel 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). En este marco, las empresas farmacéuticas proporcionan financiamiento anual, y un comité conjunto otorga subvenciones a las coaliciones locales para sus esfuerzos de educación en materia de diabetes. 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 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 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 enseñó a sus miembros técnicas culinarias sanas, participó en la elaboración de productos con bajo contenido de grasas y apoyó las actividades de la comunidad.

Una característica clave de la iniciativa CARMEN es la evaluación de las actividades de la comunidad, incluida la evaluación tanto de la repercusión como del proceso, particularmente útil para ampliarla a nivel nacional. Los modelos propuestos para evaluar factores de riesgo múltiples y la acción general de la comunidad tienen 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) a evaluación de los costos, y e) la sostenibilidad, o sea, la adopción de las estrategias por las organizaciones existentes. La vigilancia epidemiológica es la piedra angular de la evaluación, porque proporciona los datos de base para trazar y poner en práctica las estrategias, identificar los conjuntos de factores de riesgo en diferentes grupos de población y vigilar los cambios con el transcurso del tiempo.

Hay que aumentar la capacidad de vigilancia epidemiológica de los países, como paso inicial importante en el camino hacia las evaluaciones integrales. Un reciente estudio indicó que sólo 52% de las encuestas sobre factores de riesgo en América Latina y el Caribe requirieron que los criterios básicos para los datos fueran útiles y fidedignos a efectos de la vigilancia. Además, se han hecho esfuerzos (que deben continuar) para promover análisis de mortalidad.

Para aumentar el conocimiento de la situación de las ENT crónicas —sus factores de riesgo y sus determinantes— es importante que los proyectos comunitarios aúnen esfuerzos con instituciones académicas para ayudar a los ministerios de salud. Varios programas de CARMEN han empezado a hacerlo así, y la OPS debe promover y facilitar esta tendencia.

3.3 *Servicios de salud receptivos*

La organización comunitaria aporta beneficios mediante la prevención de los factores de riesgo y la promoción de los cambios de comportamiento. También puede ser una herramienta potente para el tratamiento de las afecciones crónicas y la reorientación de los servicios de salud para hacerles frente. El modelo de atención de las enfermedades agudas no resulta eficaz para la continuidad de la atención que requieren las enfermedades crónicas. Hay que replantearse la atención primaria de salud y promover cambios organizativos que permitan integrar equipos preventivos con más participación de personal no médico. Al mismo tiempo, los pacientes necesitan más información en lo referente a sus enfermedades y opciones de tratamiento, para que mejore su respeto del tratamiento y reciban apoyo de sus familias y de la comunidad.

Están apareciendo nuevas tecnologías de tratamiento y de prevención secundaria. Estas tecnologías se han evaluado principalmente en los países industrializados. Ahora debe evaluarse su aplicación “en condiciones reales” en los países de ingresos medios y bajos. Esto está estrechamente relacionado con la disponibilidad de medicamentos y de tecnología terapéutica y de diagnóstico. La OPS ha iniciado ensayos sobre el tamizaje del cáncer cervicouterino y el manejo de la hipertensión y la diabetes, usando un modelo de mejoramiento de la calidad que incorpora la evaluación de la satisfacción de los usuarios, así como datos sobre la eficacia, lo que a su vez proporciona información a los proveedores de asistencia sanitaria.

Otro factor importante es el financiamiento de estos servicios. Las prácticas recomendadas pueden no estar cubiertas por el seguro de salud, y los pacientes pueden tener que pagar una buena parte del costo del diagnóstico, el tratamiento e incluso la prevención. Tiene que haber asistencia financiera y una infraestructura de apoyo para lograr la sostenibilidad y la cobertura de las intervenciones eficaces.

Los proyectos de demostración son un método eficaz para que los formuladores de políticas tomen conciencia de la necesidad de ciertos servicios. Por ejemplo, un ensayo aleatorio que evaluó en Chile la rentabilidad de la educación y el autocuidado en materia de diabetes condujo al financiamiento por el sistema de seguridad social del monitoreo de la glucosa por el propio paciente, pues quedó demostrado que era esencial para el control del trastorno.

4. La acción en el contexto de la globalización

La globalización produce cambios en el comercio, la información y el acceso a diferentes bienes y servicios, que en muchos casos pueden beneficiar a los países en desarrollo. Pero también hace posible distribuir productos y compartir información sobre las prácticas que afectan negativamente al modo de vida y aumentan el riesgo de ENT. Cuando la accesibilidad está mermada por limitaciones económicas y culturales, también puede ampliarse la línea divisoria tecnológica, lo que es particularmente importante para la asistencia sanitaria. Un ejemplo de ello es la mayor complejidad de la fabricación de medicamentos y las patentes que poseen productores de medicamentos nuevos, que pueden imponer restricciones a la distribución y la fijación de los precios.

En este contexto, los problemas transnacionales requieren soluciones transnacionales y el recurso a los mecanismos internacionales existentes, como las instituciones y los tratados subregionales. Además del suministro de medicamentos y de tecnología, a este nivel pueden implantarse políticas como las relativas a los impuestos sobre el tabaco, el etiquetado de los alimentos y el acceso a frutas y verduras pasando por encima de las barreras comerciales. Requiere más atención la identificación de productos internacionales de salud pública, es decir, que no puede aplicar un solo gobierno. Propugnar la inclusión de medidas sanitarias en los acuerdos comerciales internacionales y aplicar normas comunes, como la revisión del Reglamento Sanitario Internacional para incluir los “riesgos para la salud pública”, abre claramente nuevas posibilidades de prevención de las ENT.

La OPS participa en el Foro Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, que comprende seis redes regionales (de las que CARMEN representa a América). Estas redes tienen metas y objetivos comunes adaptados a las condiciones y entornos locales. También participan en ellas las principales organizaciones no gubernamentales (ONG) que luchan contra las ENT. La sede de la OMS coordina el Foro en estrecha colaboración con las Oficinas Regionales. Así se facilitan la acción mundial, la colaboración interregional y la plena participación de los Estados Miembros, así como el imprescindible intercambio de información y de modelos e instrumentos de intervención eficaces.

En conclusión, una respuesta de salud pública para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 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.

5. La 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 y su control 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 los países americanos, 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 sesión 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.

6. Estrategias regionales

6.1 *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 puedan evaluarse estrategias de prevención comunitarias e individuales. 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. Esta iniciativa se centra en la prevención tanto de las enfermedades como de los factores de riesgo comunes.

6.2 *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 información.

6.3 *Incorporación de la tecnología y organización de los servicios de atención primaria*

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 o en la adaptación de estrategias de eficacia comprobada. 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 aplicación de normas basadas en pruebas para el control de la hipertensión y la diabetes. Los resultados esperados son la satisfacción de los usuarios, la mejor calidad de la atención y la reducción de la incidencia y las complicaciones de las enfermedades. Para los países que están en una etapa más avanzada, la estrategia se centra en aplicar los programas a mayor escala, partiendo de la evaluación de las experiencias locales coronadas con éxito.

6.4 *Abogacía para el cambio de políticas*

Esta área está intrínsecamente vinculada al análisis de la situación, pues la información se usa para la promoción de la causa. Además, se incorporan las experiencias y los análisis provenientes de las tres estrategias descritas. Un aspecto clave consiste en

promover alianzas internacionales con muchas organizaciones, públicas y privadas, para tener un efecto de espejo a nivel de país y para formar consenso internacional en torno a las políticas principales. 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) 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 Apropiada, 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 (los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos), la Liga Mundial de Hipertensión, la Fundación Interamericana del Corazón y otros socios que continúan endosando la Iniciativa.

7. Los próximos pasos

7.1 *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.

7.1.1 *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; a un segundo nivel, que cubre programas complementarios, se llevarían a cabo actividades conjuntas; un tercer nivel facilitaría el intercambio de información.

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.

7.1.2 *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 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.

7.2 *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 carga económica y social de las enfermedades crónicas impide el desarrollo, al afectar a la productividad de la fuerza laboral y aumentar los costos de gestión. La prevención de las ENT es compleja, porque requiere un enfoque transdisciplinario y porque se lleva a cabo a diversos niveles: político, intergubernamental y local. Hay que facultar a los países para que tomen conciencia de la información actual e intercambien experiencias. La OPS está en una posición ventajosa para facilitar estas actividades e incorporar los criterios de los Estados Miembros 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.

8. Intervención del Subcomité de Planificación y Programación

- Proponer maneras de reforzar las estrategias de la OPS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles mediante la iniciativa CARMEN, para ofrecer un enfoque integrado y unificado, que incluya tanto dichas enfermedades como los factores de riesgo.
- Tratar maneras de hacer frente a los retos que presenta para los Estados Miembros la importancia creciente de las enfermedades no transmisibles crónicas.
- Proponer que la OPS preste cooperación técnica abogue para aumentar la demanda y la infraestructura de prevención y control de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo.

Pueden solicitarse las referencias que respaldan lo que se afirma en el presente documento al Programa de Enfermedades No Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades de la OPS.