

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN
DEL COMITÉ EJECUTIVO DEL CONSEJO DIRECTIVO

28.^a Reunión, 3 y 4 de abril de 1997

Tema 4 del programa provisional

SPP28/4 (Esp.)
14 febrero 1997
ORIGINAL: ESPAÑOL

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

En su 119.^a reunión (septiembre de 1996), el Comité Ejecutivo solicitó que el tema de las enfermedades no transmisibles fuera tratado por los Cuerpos Directivos en 1997. Al Director le complace presentar al Subcomité de Planificación y Programación un examen de los antecedentes y la labor del Programa de Enfermedades No Transmisibles de la OPS.

El actual Programa de Enfermedades No Transmisibles de la OPS se inició en abril de 1995 en la División de Prevención y Control de Enfermedades y reemplaza al Programa de Salud del Adulto (División de Promoción y Protección de la Salud). Su mandato es fortalecer la capacidad de la Organización de apoyar iniciativas concretas de prevención y control de las enfermedades crónicas en los Estados Miembros.

Los mitos sobre las enfermedades no transmisibles han sostenido que estas afectan principalmente a los ancianos, que son inevitables y que nada se puede hacer al respecto. Los conocimientos biomédicos actuales han demostrado que estas ideas son falsas. Prácticamente todas las enfermedades no transmisibles son prevenibles (al menos se pueden posponer), muchas son reversibles y muchas son susceptibles de prevención secundaria, con lo cual se reducen las complicaciones que implican una carga importante para el sistema de asistencia sanitaria.

Se solicita al Subcomité tomar nota del predominio ascendente de las enfermedades no transmisibles en la carga de morbilidad general en América Latina y el Caribe y considerar las consecuencias de esta tendencia en la salud de las poblaciones y en los servicios de salud, y la necesidad consiguiente de crear medios de acción en previsión de que, según se estima, estas tendencias continuarán en el siglo XXI.

Se invita al Subcomité a comentar sobre el desempeño del Programa de Enfermedades No Transmisibles y formular recomendaciones sobre la dirección que deben tomar sus actividades futuras y cómo aumentar la eficacia de su respuesta a las necesidades y las prioridades de los países.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
<i>RESUMEN EJECUTIVO</i>	4
<i>1. Antecedentes</i>	6
1.1 Evolución histórica de las actividades de la OPS relativas a las enfermedades no transmisibles y las lesiones	6
1.2 Análisis de la situación	7
1.3 Eficacia y efectividad de la prevención	11
<i>2. Programa de Enfermedades No Transmisibles</i>	13
2.1 Orígenes y justificación	13
2.2 Organización inicial	14
2.3 Mandato y finalidad	14
2.4 Características operativas	14
<i>3. Planificación y presupuesto</i>	15
3.1 Planificación	15
3.2 Presupuesto y movilización de recursos	15
<i>4. Ejecución de programas y estrategia de cooperación técnica</i>	16
4.1 Vigilancia de las ENT	17
4.2 Proyecto CARMEN	17
4.3 Intervenciones en casos de diabetes	18
4.4 Cáncer	18
4.5 Prevención de lesiones	20
4.6 Prevención clínica	21
4.7 Publicaciones e informes	21
<i>5. Análisis de puntos fuertes, puntos débiles, oportunidades y amenazas</i>	21
5.1 Puntos fuertes	21
5.2 Puntos débiles	21
5.3 Oportunidades	21
5.4 Amenazas	22
<i>6. Repercusión del programa: real y potencial (a corto, mediano y largo plazo)</i>	22

<i>7. Conclusiones generales y perspectivas de desarrollo</i>	23
<i>8. Propuestas y recomendaciones del programa</i>	24
<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	26
<i>ANEXO A: RESULTADOS ESPERADOS E INDICADORES</i>	27
<i>ANEXO B: PUBLICACIONES E INFORMES DE HCN, 1995-1996</i>	30

RESUMEN EJECUTIVO

El actual Programa de Enfermedades No Transmisibles (HCN) de la OPS se inició en abril de 1995 en la División de Prevención y Control de Enfermedades (HCP). La revisión comienza con un esbozo histórico de las actividades relativas a las enfermedades no transmisibles (ENT) en la OPS desde mediados de los años sesenta. El análisis de la situación destaca el predominio ascendente de las ENT y las lesiones relacionadas con la mortalidad general y la discapacidad en América Latina y el Caribe, y desestima los mitos comúnmente aceptados de que estas enfermedades afectan principalmente a los ancianos, que son inevitables y que nada útil puede hacerse al respecto. Los conocimientos biomédicos actuales indican que estas ideas son falsas. Prácticamente todas las ENT son prevenibles (por lo menos se pueden posponer), muchas son reversibles y muchas son susceptibles de prevención secundaria, con lo cual se reducen las complicaciones que implican una carga importante para el sistema de asistencia sanitaria. Se expone con algunos detalles la situación de ciertas ENT de importancia para la salud pública, destacando las experiencias internacionales que apoyan la eficacia de la prevención (en condiciones ideales y de plena ejecución) en contraste con los niveles actuales de efectividad. Evidentemente, es posible mejorar el impacto de las políticas y los programas si el establecimiento de las prioridades y la toma de decisiones se realizan basándose en la información científica existente.

El mandato del HCN es fortalecer la capacidad de la Organización de apoyar iniciativas concretas de prevención y control de las enfermedades crónicas en los Estados Miembros. Su finalidad es que estos últimos apoyen la adopción de políticas, estrategias y programas factibles, así como costo-eficaces, para la prevención y el control de las ENT de importancia para la salud pública. La ejecución de programas hasta la fecha incluye la incorporación de vigilancia (de la enfermedad y de los factores de riesgo), el proyecto CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles), intervenciones contra la diabetes, la creación de programas contra el cáncer cérvicouterino, apoyo de registros, fomento del tratamiento del dolor y los cuidados paliativos, exámenes de los programas nacionales de lucha contra el cáncer, evaluación regional de la repercusión de las lesiones y la promoción de la prevención clínica. Se presentan las características operativas, las prioridades, el presupuesto y la movilización de recursos. Dentro de la movilización de recursos se hace hincapié en la óptima utilización de los puntos focales en las representaciones de la OPS/OMS, los centros colaboradores de la OMS y la relación con las organizaciones no gubernamentales.

El impacto potencial del programa a corto, mediano y largo plazo se considera en virtud de la historia natural de las enfermedades crónicas (en general, las enfermedades que tardan mucho en desarrollarse requieren intervenciones a largo plazo para reducir sus efectos). Se destaca la importancia de que los resultados esperados y los indicadores sean acertados

desde el punto de vista epidemiológico y de la gestión, haciendo hincapié en esta etapa en las medidas de proceso. El documento concluye con un examen de las perspectivas de desarrollo. Se requiere llamar la atención sobre el tema, apoyarlo y actuar en todos los niveles de la Organización. Es necesario mejorar la capacidad de la OPS para hacer frente a las ENT con el fin de responder adecuadamente a su mandato.

Se exhorta al Subcomité a tomar nota del predominio ascendente de las enfermedades no transmisibles en la carga de morbilidad general de América Latina y el Caribe, y considerar las consecuencias de esta tendencia en los servicios de salud y la necesidad de desarrollar medios de acción tomando en cuenta la continuación prevista para esta tendencia en el siglo XXI.

Se invita asimismo al Subcomité a emitir comentarios sobre el desempeño del Programa de Enfermedades No Transmisibles y formular recomendaciones sobre la dirección que deben tomar sus actividades futuras y la forma de aumentar la eficacia de su respuesta a las necesidades y las prioridades de los países.

1. Antecedentes

1.1 Evolución histórica de las actividades de la OPS relativas a las enfermedades no transmisibles y las lesiones

De 1962 a 1964, durante la administración del Dr. Abraham Horwitz, la Investigación Interamericana de la Mortalidad destacó el creciente impacto de las enfermedades no transmisibles (ENT) en las Américas. En ese período también surgieron estudios internacionales memorables que demostraron la posibilidad de modificar los factores de riesgo. La cooperación técnica en ese momento apoyaba ciertos aspectos epidemiológicos del cáncer. Hacia mediados de los años setenta se agregaron la hipertensión, las enfermedades inmunitarias y la diabetes.

El primer programa de ENT en la OPS se estableció con la coordinación del Dr. Jorge Litvak, luego se transformó en el Programa de Salud del Adulto y fue integrado a la División de Protección y Promoción de la Salud (HPP), a cargo de la Dra. Helena Restrepo. Asimismo, a partir de los años setenta, algunos Estados Miembros crearon departamentos de ENT dentro de sus ministerios de salud. Se destacaba sobre todo la observación, prestando poca atención a la intervención. En 1983, se creó la Encuesta Multinacional de Factores de Riesgo de las ENT para fomentar los estudios comparativos de estas enfermedades y sus factores de riesgo, promover programas para reducir dichos factores y fomentar la cooperación entre los países. El proyecto fue difícil de ejecutar debido a la crisis económica de los años ochenta. En 1985, el proyecto recomendó "fortalecer el compromiso de la OPS de ayudar en la creación de programas para reducir las ENT en la Región".

En 1985-1986, la OPS patrocinó un estudio regional de lesiones, el cual reveló un nivel elevado de impacto y posibilidad de prevención. La cartera de lesiones fue asignada en un 50% a un puesto regional (combinada con salud de los ancianos). Este puesto se suprimió en 1995 (al jubilarse el asesor regional) y la mitad de la cartera fue asignada al actual Programa de Enfermedades No Transmisibles (HCN). El tema de la violencia quedó a cargo de HPP, financiado parcialmente con una donación de la Fundación Rockefeller. El único proyecto actualmente financiado para lesiones no intencionales dentro de la OPS tiene su base en el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), apoyado por el Centro de Investigaciones para el Desarrollo Internacional del Canadá, con la supervisión regional del HCN.

En 1990, una reunión de asesoramiento de la división centró su atención en las ENT. Reconociendo la necesidad de intervenciones más concretas, se logró avanzar algo durante el período posterior en la formulación de datos para definir las ENT prioritarias (por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, diabetes, lesiones) y estimular acciones en algunos entornos (por ejemplo, una encuesta de factores de riesgo en Barbados, el adiestramiento en prevención clínica en Uruguay, la creación de registros de cáncer). En vista de la necesidad de fortalecer aún más la prevención clínica y la respuesta de los servicios de salud a la pandemia en

expansión, HCN se organizó dentro de HCP en 1995.

1.2 Análisis de la situación

1.2.1 Carga general de las ENT

Mortalidad: En América Latina y el Caribe, la mortalidad anual por todas las causas es de aproximadamente tres millones de defunciones (1990). Las ENT representan 57,9% de esta mortalidad, mientras que las lesiones representan 9,8% (lo que hace un total de 67,7%). El 32,3% restante se debe a las causas transmisibles, maternas y perinatales. Dentro de las ENT, las enfermedades cardiovasculares representan 45,4%, las neoplasias malignas, 19,7%, y la diabetes 4,9% (lo que hace un total de 70%). La relación entre las defunciones por enfermedades crónicas y las infecciosas y parasitarias fue de 1:5 en 1985; se proyecta que será de 3:4 para 2000 y aumentará a 6:7 para 2015.¹

Discapacidad: Las ENT dominan los años perdidos por discapacidad (APD) por todas las causas, con un 54,2%; las lesiones representan 17,7% (para un total de 71,9%). Estas estimaciones se consideran conservadoras; como en el caso de la mortalidad, la tendencia es ascendente.¹

1.2.2 Mitos y realidades sobre las ENT

Mito: Las ENT afectan principalmente a los ancianos.

Realidad: Más de 65% de los años perdidos por discapacidad debido a las ENT se registran en personas menores de 45 años, y aproximadamente 30% en personas menores de 15 años. Las ENT representan 44% de los años perdidos por discapacidad por todas las causas en las personas menores de 45 años, mientras que las lesiones representan 21% (para un total de 65%).

Mito: Las ENT están ligadas a la prosperidad económica.

Realidad: El supuesto nexo con la "prosperidad económica" se basa en el surgimiento de las ENT al mismo tiempo que la tendencia a la industrialización y la transición demográfica. Los observadores acríticos han considerado este surgimiento como un indicador (en cierta forma positivo) del desarrollo social. Sin embargo, como sucede con las enfermedades infecciosas, la incidencia de la mayoría de las ENT de importancia para la salud pública, y la prevalencia de sus factores de riesgo más importantes son generalmente más elevadas en los grupos socioeconómicos más bajos.

¹ Las razones fundamentales del aumento sostenido de la carga de ENT son los aumentos en la prevalencia de los factores de riesgo, el envejecimiento de la población secundario a la declinación de las tendencias de fecundidad y el éxito permanente generalizado del control de las enfermedades infecciosas graves.

Mito: Las ENT son de carácter degenerativo.

Realidad: El término "enfermedades degenerativas crónicas" carece de vigencia, pues implica irreversibilidad no compatible con los conocimientos actuales de la biomedicina. Por ejemplo, la mayoría de las cardiopatías isquémicas son reversibles (incluidas las lesiones arteriosclerosas) si se tratan los factores de riesgo (por ejemplo, hipertensión, hiperlipemia). El cáncer nunca fue "degenerativo" (es neoplásico) y la diabetes mellitus no insulino-dependiente es relativamente reversible. Si bien algunas enfermedades son "degenerativas" según los conceptos actuales (por ejemplo, la osteoartritis), y otras son irreversibles (por ejemplo, lesiones de la médula espinal), el término más amplio "enfermedades crónicas" cubre el espectro con mayor exactitud.

Esta contraposición de los mitos con las realidades es pertinente para combatir la actitud sociocultural de que las ENT son inevitables e inmutables. En el período anterior al descubrimiento de la vacuna prevaleció una actitud similar hacia el sarampión ("una infección inocua de la niñez, parte del crecimiento!"). Prácticamente todas las ENT son prevenibles (o susceptibles de posponerse), muchas son reversibles y muchas son susceptibles de prevención secundaria para evitar complicaciones.

1.2.3 *Categorías específicas de enfermedades*

Enfermedades circulatorias: A diferencia de Canadá y Estados Unidos de América, donde desde 1980 se han logrado reducciones de la mortalidad proporcional del orden de 15%, que han coincidido con los esfuerzos para promover la salud y destacar la prevención de las enfermedades dentro de los servicios clínicos y de salud, no se ha observado tal disminución en América Latina y el Caribe. En los dos países mencionados las disminuciones son compatibles con reducciones en la prevalencia de los principales factores de riesgo (por ejemplo, tabaquismo, hipertensión, hiperlipemia), mientras que en América Latina y el Caribe los limitados datos existentes indican una mayor prevalencia de dichos factores.

Las principales causas determinantes de los factores de riesgo, como las dietas ricas en grasas, la vida sedentaria y el abuso de sustancias nocivas se establecen tempranamente y requieren modificar el estilo de vida dentro de las estrategias de promoción de la salud y prevención primaria. Dichas estrategias producen resultados principalmente a mediano y largo plazo. A corto y a mediano plazo, al igual que a largo plazo, la prevención secundaria es esencial, haciendo hincapié en la prevención clínica y la calidad de la atención para las personas que padecen una enfermedad.

Cáncer: Las defunciones por cáncer en las Américas aumentaron 73% en total desde principios de los sesenta hasta fines de los ochenta. La mortalidad proporcional por cáncer ha aumentado en todos los países. Las principales localizaciones de las neoplasias en América

Latina y el Caribe son: cuello uterino, estómago, orofaringe, esófago, mama, pulmón, hígado, colon y recto, seguidos por linfoma y leucemia. Las tasas de cáncer cérvicouterino compiten con las de África. Si bien están descendiendo las tasas de cáncer de estómago, el cáncer de mama y de pulmón (y otras localizaciones relacionadas con el tabaco) están en aumento.

El cáncer cérvicouterino es la principal prioridad de intervención por cáncer del HCN. La lucha antitabáquica, y contra el abuso de otras sustancias, forma parte del mandato de la División de Protección y Promoción de la Salud. En su mayoría, los casos de cáncer cérvicouterino se asocian con el papilomavirus humano, un agente de transmisión sexual de alta prevalencia. Aunque los condones tienen potencial para la prevención primaria, solo la prevención secundaria ha demostrado eficacia; esta incluye pruebas de citología para detectar alteraciones displásicas o cancerosas incipientes, seguidas de investigación diagnóstica y terapia. Los responsables de las políticas deben saber que 60% de los cánceres invasores se registran en mujeres de 35 a 60 años, lo cual justifica un esfuerzo de prevención más dinámico. La detección del cáncer cérvico-uterino es una de las opciones para abordar la salud de la mujer, ya que los servicios de detección también ofrecen oportunidades para mejorar el acceso a la asistencia sanitaria por parte de las mujeres de edad madura que padecen otras ENT comunes, por ejemplo, diabetes e hipertensión.

Algunos centros colaboradores de la OMS hicieron recientemente una encuesta sobre las prácticas de tratamiento del dolor producido por el cáncer, utilizando un indicador basado en el consumo de morfina. A nivel mundial, el Reino Unido registra el mejor desempeño; regionalmente, el mejor país es Canadá; en contraposición, los países seleccionados de América Latina y el Caribe (Argentina, Costa Rica, México) prácticamente no ofrecen tratamiento antiálgico. El tratamiento del dolor ha sido una iniciativa con buenos resultados del programa de cáncer de la OMS en años recientes (por ejemplo, en el Sudeste Asiático). A medida que América Latina y el Caribe empiecen a promover la detección temprana, inicialmente se detectarán muchos cánceres inoperables; esto agregará un imperativo ético a la necesidad humana básica de tratar el dolor y recibir cuidados paliativos.

Diabetes: Hay 30 millones de personas con diabetes en las Américas, de las cuales 13 millones habitan en América Latina y el Caribe, y se prevén 20 millones para 2010. Esta tendencia refleja rápidos cambios culturales (por ejemplo, el régimen alimentario, el modo de vida) multiplicados por el envejecimiento de la población. Las defunciones atribuidas a la diabetes en América Latina y el Caribe en 1990 fueron 85.200, pero el número real es sin duda mucho mayor debido a los errores de diagnóstico y certificación. Existen muchas posibilidades de disminuir el impacto mediante la prevención primaria para reducir la incidencia, y por medio de una mejor calidad de la atención a fin de reducir las complicaciones. La diabetes es también la causa principal de ceguera, amputaciones no traumáticas e insuficiencia renal; no se le ha dado suficiente importancia al impacto de las mismas en la calidad de vida y en los costos de asistencia sanitaria. Por ejemplo, el número cada vez mayor de casos de insuficiencia renal crónica debido a la mayor prevalencia de diabetes es una gran preocupación, ya que pocos países pueden costear el acceso equitativo a la diálisis y el trasplante.

Causas externas/prevencción de lesiones: En América Latina y el Caribe, las lesiones representan 10% de la mortalidad y 18% de los años perdidos por discapacidad. En años potenciales de vida perdidos, las causas externas representan 20,5% para los hombres y 8,1% para las mujeres. Las lesiones están clasificadas como la primera causa de muerte entre las personas de 5 a 45 años de edad.

Las lesiones se consideran normalmente dentro de dos categorías, no intencionales e intencionales. En el punto de vigilancia (por ejemplo, las salas de urgencias), la diferenciación requiere evaluación clínica. Los proyectos de vigilancia de las lesiones, por lo tanto, recogen datos de ambas categorías. (Se reconoce cierta superposición, con posibilidad de clasificación errónea). Las principales causas no intencionales son accidentes de automóviles, caídas, quemaduras y ahogamiento. Las defunciones no intencionales exceden a las atribuidas a la violencia por una razón de 2:1, aunque la proporción debido a la violencia está en aumento. A pesar de contar con recursos limitados, muchos países han reducido los accidentes de automóviles por medio de intervenciones eficaces en función de los costos, como mejor ingeniería de tránsito (caminos unidireccionales, señales y dispositivos que obligan a los vehículos a reducir la velocidad), legislación sobre el uso de cinturones de seguridad y promoción de la seguridad. Todos los países podrían reducir aún más las lesiones no intencionales usando métodos preventivos. Los análisis de la mortalidad por lesiones realizados por el HCN también revelan modalidades de violencia que tienen consecuencias para las políticas y acciones de salud pública.

Otras enfermedades no transmisibles: Las enfermedades neuropsiquiátricas causan mayor cantidad de discapacidad que otras categorías de ENT: 30% de los años perdidos por discapacidad debido a las ENT en América Latina y el Caribe. La enfermedad principal entre las mujeres es la depresión, mientras que entre los hombres es la dependencia del alcohol. Las enfermedades osteomusculares, los trastornos respiratorios crónicos y los defectos congénitos representan, respectivamente, 9%, 7% y 7% de años perdidos por discapacidad debido a las ENT, pero aún no se ha buscado sistemáticamente una solución en América Latina y el Caribe.

1.2.4 *Lo que no sabemos sobre las ENT en las Américas*

Cuando se intenta evaluar la situación de las ENT en las Américas, pueden advertirse deficiencias en los datos. HCN está procurando esclarecer los siguientes elementos:

-)Cuántos países han analizado su situación de salud con respecto a las ENT, y cuántos han calculado la carga económica?
-)Cuántos países han formulado estrategias nacionales respecto de las ENT que incluyan metas, indicadores de proceso y medidas de resultado?
-)Cómo se asignan recursos para la prevención y el control de las ENT?)Se están

aplicando en forma efectiva y eficiente?

-)Cuán accesibles son los servicios esenciales para las ENT, los tratamientos y los suministros para las personas que los necesitan?)Cuáles son las barreras?
- En comparación con Estados Unidos de América y Canadá, Europa, el Sudeste Asiático y el Pacífico, existen pocos estudios bien diseñados de prevalencia de las ENT, sus factores de riesgo y complicaciones en América Latina y el Caribe. Dichos estudios ayudan a definir las necesidades y establecer puntos de comparación para la intervención.

1.3 Eficacia y efectividad de la prevención

Todas las áreas de prevención y control de las enfermedades deben someterse a un examen de eficacia y efectividad, y las enfermedades no transmisibles no son una excepción a este principio. "La eficacia de la prevención" se refiere al desempeño alcanzado en condiciones ideales y plena ejecución. "La efectividad de la prevención" se refiere al desempeño alcanzado actualmente en las condiciones existentes de ejecución. A continuación ofrecemos algunos ejemplos:

1.3.1 Intervención contra los factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares (ECV)²

Se ha demostrado una eficacia de la prevención superior al 50% en el proyecto de Karelia del Norte, en Finlandia, donde durante más de 20 años (1972-1992) la incidencia de las cardiopatías disminuyó 55% en los hombres y 68% en las mujeres. De mayor importancia es que el 80% de la disminución en los hombres y el 72% de la disminución en las mujeres fue atribuible a la reducción de la prevalencia de solo tres factores de riesgo: hipercolesterolemia, hipertensión y tabaquismo.

También se han logrado resultados iniciales prometedores en Canadá después de solo cinco años de intervención, donde el Programa de Salud Cardiovascular de Nueva Escocia (siguiendo el modelo de Karelia del Norte) ha logrado reducciones significativas en la prevalencia de los mismos factores de riesgo. Ello a su vez tiene probabilidades de producir

² La intervención contra los factores de riesgo de las ECV se escogió para un análisis en mayor detalle que los otros ejemplos, ya que los mismos factores de riesgo de las ECV son también decisivos para otros resultados, como diversos tipos de cáncer (principal factor de riesgo: el tabaco), los accidentes cerebrovasculares y las nefropatías (principal factor de riesgo: la hipertensión). La reducción de la prevalencia de dichos factores de riesgo (y sus factores determinantes conductuales como el abuso de sustancias nocivas, los excesos en la alimentación y la inactividad física) produce por lo tanto beneficios adicionales. Es por ello por lo que la reducción de los factores de riesgo de las ECV es fundamental en los modelos integrados de prevención de las ENT.

reducciones en la incidencia y la mortalidad por cardiopatías y otras enfermedades afines.

Al analizar las pruebas de Europa occidental, Estados Unidos de América y Canadá, hay quienes aducen que lo que se logró en Finlandia y Canadá no puede alcanzarse en los países en desarrollo. Sin embargo, este criterio tradicional está siendo rechazado por un número creciente de países en desarrollo, como Mauricio y Cuba.

En Mauricio se lanzó un proyecto integrado de intervención para las ENT a fines de los años ochenta; después de cinco años, se han observado disminuciones alentadoras en la prevalencia de algunos factores de riesgo, aunque es demasiado temprano para asegurar el éxito del proyecto. En Cuba, el proyecto Cienfuegos ha reducido después de cuatro años la prevalencia de la hipertensión de 43,9% a 38,5%. La OMS calcula que una disminución de 2 mmHg en la presión arterial de la población produce una reducción de 6% en la mortalidad anual por accidentes cerebrovasculares, 4% para las ECV y 3% para todas las causas. Si esto se aplica a Cienfuegos (aproximadamente una reducción media de 3,5 mmHg hasta la fecha), pueden proyectarse disminuciones de 9% para los accidentes cerebrovasculares, 6% para las ECV y 4,5% para todas las causas.

La efectividad actual de la prevención de las enfermedades cardiovasculares en América Latina y el Caribe probablemente se ubica en el intervalo de 0% a 10% en total, debido a la falta general de programas integrados contra las ENT en la mayoría de los países que combinen programas bien orientados de promoción de la salud con el apoyo sistemático a la prevención clínica (para reducir la incidencia y las complicaciones) que reoriente los servicios de salud a fin de resaltar la calidad de la atención para las metas de prevención secundaria (por ejemplo, tasas reducidas de complicación), y que evalúen habitualmente el proceso, el impacto y los resultados.

1.3.2 *Detección e intervención contra el cáncer cérvicouterino*

Una eficacia de la prevención en el intervalo de 70% a 90% durante aproximadamente 25 años ha sido demostrada por programas bien coordinados en Finlandia (reducción del 90% de la incidencia de cáncer invasor) y en Canadá (reducción del 70%, el mejor desempeño en la Región). Se estima que en este momento la efectividad de la prevención en América Latina y el Caribe está ubicada dentro del intervalo de 0% a 15% (Chile registra el mejor desempeño; su programa está bien diseñado pero aún no ha sido ejecutado en su totalidad).

1.3.3 *Diabetes mellitus*

Se han calculado la eficacia y la efectividad de la prevención de la diabetes tanto para la incidencia de la enfermedad como para las tasas de las complicaciones. Se han demostrado reducciones notables de la incidencia (en el orden del 50% durante 5 ó 6 años de seguimiento de personas en riesgo de contraer la enfermedad) en países tanto desarrollados como en

desarrollo (Malmo, Suecia, y Da-Qing, China). Se ha demostrado que es posible reducir en forma importante la tasa de complicaciones, en el orden del 60% en el transcurso de siete años, tanto en Canadá como en Estados Unidos de América (Ensayo Clínico Controlado de Diabetes).

La atención a la promoción de la salud bien orientada, los procedimientos activos de prevención clínica, la educación de los pacientes y una mejor calidad de la atención en lo que se refiere a factores pronósticos seleccionados (por ejemplo, control metabólico, cuidado de los pies) son elementos clave de una estrategia bien organizada de prevención y control de la diabetes. La participación de los pacientes en su propia atención, haciendo hincapié tanto en la educación del paciente como en la educación profesional, es de especial importancia. En Chile existe actualmente un proyecto de demostración de intervenciones educativas y de otros aspectos conexos.

1.3.4 *Prevención de lesiones*

Las estimaciones de la eficacia de la prevención de las lesiones derivan principalmente del estudio de las ocasionadas por accidentes de tránsito y su prevención y oscilan en general entre 40% y 50%, en relación con la carga de lesiones (morbilidad y mortalidad) dentro de cada país. La efectividad de la prevención (es decir, la prevención de las lesiones tal como se practica en América Latina y el Caribe) puede estar ubicada dentro del intervalo de 0% a 50%; pocos países (por ejemplo, Trinidad y Tabago) registran reducciones de la mortalidad del orden de 50% en un período de 10 años, después de la ejecución de un enfoque estratégico (con la incorporación de medidas como mejor ingeniería de tránsito, legislación sobre cinturones de seguridad y fomento de la seguridad). Incluso después de dicha disminución, todavía deben existir posibilidades de mejorar y el potencial de eficacia puede ser aun mayor. También existen importantes oportunidades para la prevención secundaria, como mejor transporte, comunicaciones y adiestramiento para los ayudantes en las ambulancias. La prevención de las lesiones, guiada por el enfoque epidemiológico que primero define y mide el problema, pasa a la identificación de los factores de riesgo y luego a la intervención con evaluación, es una de las opciones más eficaces en función de los costos para la acción de salud pública, aunque se requiera acción interministerial para llegar a buen término. Hay posibilidad de mejorar en toda la Región.

2. Programa de Enfermedades No Transmisibles

2.1 *Orígenes y justificación*

En la sección 1 se revisaron los aspectos más importantes de la evolución histórica de las ENT en la OPS. Por otra parte, hay indicios de que la Región está "preparada" para la cooperación técnica, por ejemplo:

- Varios países han progresado en gran parte por iniciativa propia (por ejemplo, Chile, Cuba, Barbados) y se han organizado internamente para abordar las ENT como una prioridad de salud pública.
- Un mayor número de Representaciones de la OPS/OMS han designado a personal profesional de tiempo completo para responder a la cooperación técnica en este sector (por ejemplo, Colombia, Trinidad y Tabago).
- HCN ha podido obtener asesores y consultores de los mismos Estados Miembros (por ejemplo, Brasil, Chile, México) para abordar temas relativos a las ENT en otros países.
- El Banco Mundial celebró en 1996 su primer foro mundial sobre las ENT, en el cual HCN examinó el impacto regional. Para 1997 se programa una sesión de información sobre el cáncer cérvicouterino.
- El informe de la OMS sobre la salud en el mundo correspondiente a 1997 abordará el tema de las ENT como un problema de repercusión mundial en materia de salud pública. La participación de la OPS fue coordinada conjuntamente por la Oficina de Análisis y Planificación Estratégica (DAP) y HCN.

2.2 Organización inicial

HCN se formó con tres puestos profesionales y dos de servicios generales (o de apoyo). En 1996 se agregó un miembro del Programa de Residencia en Salud Internacional de la OPS con dedicación a tiempo parcial y se contrató personal a corto plazo.

2.3 Mandato y finalidad

Mandato: Fortalecer la capacidad de la Organización de apoyar iniciativas concretas de prevención y control de enfermedades crónicas en los Estados Miembros.

Finalidad: Apoyar la adopción por los Estados Miembros de políticas, estrategias y programas factibles y costo-eficaces para la prevención y el control de las ENT de gran importancia para la salud pública (por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, ciertos tipos de cáncer, hipertensión, lesiones).

2.4 Características operativas

HCN ha adoptado un modelo de gestión mediante matrices (funciones principales y de apoyo asignadas a cada funcionario) y ha creado relaciones interprogramáticas definidas.

3. Planificación y presupuesto

3.1 Planificación

3.1.1 Prioridades programáticas y justificaciones fundamentales

A continuación se resumen las consideraciones más pertinentes en el establecimiento de las prioridades:

Prioridad	Justificación fundamental
Vigilancia de las enfermedades no transmisibles	análisis de la situación de salud, establecimiento de prioridades y planificación
Intervención contra factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares	las enfermedades cardiovasculares representan 45% de la mortalidad, eficacia de prevención 50%
Desarrollo de cáncer cérvicouterino	principal localización de cáncer en la mujer eficacia de prevención 90%
Diabetes mellitus	28 millones de casos en América Latina y el Caribe; aumento >60% para 2010, eficacia de prevención 50%
Prevención de lesiones	10% de la mortalidad, 18% de los años perdidos por discapacidad, eficacia de prevención >40%

3.1.2 Proceso de planificación, programación y evaluación dentro de HCN

Para ilustrar la progresión lógica de la fijación de metas, los resultados esperados y los indicadores, se comparan los dos períodos bienales 1996-1997 y 1998-1999 (anexo A).

3.2 Presupuesto y movilización de recursos

3.2.1 Resumen de recursos financieros obtenidos desde abril de 1995 hasta enero de 1997

El siguiente cuadro examina los primeros tres años:

Año	Presupuesto ordinario Puestos	Presupuesto ordinario Costos diversos	Fondos por encima del límite máximo*	Otros	Fondos extrapresupuestarios	En especie	Total
1995	242.041	90.000	62.300	26.200	30.000	39.100	489.641

1996	419.652	143.900	40.000	47.000	105.000	No disponible	755.552
1997	419.652	143.900	50.000	Pendiente	108.000 hasta la fecha	Pendiente	Pendiente

* Los fondos por encima del límite máximo son asignados por el Director en el presupuesto operativo y exceden la asignación a la unidad según el Presupuesto por Programas Bienal

3.2.2 *Puntos focales de HCN en las Representaciones de la OPS/OMS*

En 1995, HCN solicitó a todas las Representaciones de la OPS/OMS que designaran un punto focal para las comunicaciones y las consultas. Todos respondieron y se formó una lista que se actualiza periódicamente.

3.2.3 *Centros colaboradores de la OMS que mantienen correspondencia con HCN*

Se ha establecido una relación efectiva con ciertos centros colaboradores de la OMS, en particular en las áreas de diabetes, dolor por cáncer, tamizaje, epidemiología de los accidentes cerebrovasculares y formulación de políticas para las estrategias integradas de ENT.

3.2.4 *Relaciones con las ONG*

Se ha establecido una relación importante de cooperación con la Federación Internacional de la Diabetes (FID) desde mediados de 1995. La FID tiene ahora la categoría de organización no gubernamental internacional en relaciones oficiales con la OPS (1996). Se otorgó una categoría similar a la ONG estadounidense Coalición Nacional de Organizaciones que Prestan Servicios de Salud y Sociales a los Hispanos (COSSMHO) en 1996, pero funcionalmente no es aún equivalente al modelo de OPS-FID. Se está alentando una relación con la Asociación Internacional de Traumatismos Cerebrales, pero necesita tiempo para madurar. A un nivel más informal, han evolucionado las relaciones de trabajo con otras ONG (por ejemplo, la Fundación Interamericana del Corazón y la Liga Mundial de la Hipertensión).

4. Ejecución de programas y estrategia de cooperación técnica

Desde su inicio, HCN ha sido activo en la elaboración y la difusión de políticas, planes y normas apropiadas a la Región, ha adaptado enfoques que funcionan bien en otros lugares del mundo (por ejemplo, CINDI/CARMEN: Programa de Intervención Integrada de Alcance Nacional contra las Enfermedades No Transmisibles/Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles) y ha formulado nuevos métodos (por ejemplo, la Declaración de las Américas sobre la Diabetes). La cooperación técnica directa que se realiza con las Representaciones de la OPS/OMS hace hincapié en el análisis de la situación, el establecimiento de prioridades y la elaboración de estrategias, con apoyo para los proyectos de demostración. Se ha realizado difusión de la información y adiestramiento en apoyo de las áreas previamente mencionadas. Con relación a la promoción de la investigación, HCN hace hincapié en la evaluación de necesidades (incluidas las encuestas de factores de riesgo) y la

evaluación de proyectos. En apoyo a todos estos enfoques funcionales ha existido un importante esfuerzo de movilización de recursos.

4.1 Vigilancia de las ENT

El conocimiento de las tendencias y los patrones de mortalidad y morbilidad de las ENT es importante para planificar y evaluar las intervenciones, tanto a nivel regional como nacional. Para vigilar dichos cambios se requiere mejorar los sistemas de información existentes o desarrollar sistemas nuevos. Si bien algunos sistemas no son exclusivos para las ENT (por ejemplo, el de mortalidad), otros sí lo son (por ejemplo, los registros de cáncer). Además de usar las estimaciones de mortalidad y discapacidad, HCN está realizando estimaciones de los años de vida potencial perdidos (AVPP) para cada ENT (que no existían anteriormente para estas). También se ha avanzado en cuanto a la vigilancia de los factores de riesgo (véase más adelante).

La incidencia y la prevalencia de las ENT se ven afectadas por la distribución de factores de riesgo como la hipertensión, hiperlipemia, tabaquismo y sus factores determinantes (por ejemplo, dieta rica en grasas, sedentarismo, actitudes), así como el uso de servicios médicos preventivos eficaces. El conocimiento de la distribución de los factores de riesgo y la utilización de los servicios preventivos ha sido sumamente limitado en América Latina y el Caribe. Sin embargo, al planificar las políticas de prevención y para lograr resultados intermedios que permitan evaluar la eficacia de la intervención, se requiere la vigilancia de los factores de riesgo. HCN redactó recientemente normas para la recopilación y el análisis estandarizado de datos de factores de riesgo que se han sometido a consulta para recibir comentarios. A juzgar por la reacción del programa de ENT de la OMS, el documento puede ser adaptado para uso mundial.

4.2 Proyecto CARMEN

El concepto de CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles) combina acciones específicas de promoción de la salud (es decir, la reducción de los factores de riesgo, a diferencia de los factores determinantes más generales de la salud) con acciones que pueden ser realizadas por los médicos, es decir, prevención clínica y servicios de salud (por ejemplo, mejor calidad de la atención para tratar los factores de riesgo secundarios).

Cada proyecto CARMEN requiere el aporte de recursos por parte del país. Ello es factible en general, ya que los proyectos representan una reorientación de los servicios de salud, lo cual agrega calidad y eficacia a las iniciativas de reforma de la asistencia sanitaria. Los proyectos CARMEN se consideran nacionales en su alcance, con sitios locales de ejecución. El plazo mínimo es 15 años, dada la complejidad relativa de las intervenciones y la lentitud con que se pueden demostrar los cambios en los factores de riesgo y otros aspectos en las ENT. Las prioridades y los enfoques varían de un lugar a otro. Todos los proyectos CARMEN requieren una evaluación comparativa y periódica. Un acuerdo entre la OPS/CARMEN y el

programa de la OMS de intervención integrada de alcance nacional en enfermedades no transmisibles (CINDI) contempla el apoyo técnico mutuo.

Chile ya está ejecutando un proyecto en Valparaíso. El trabajo de diseño está en marcha en Argentina. Se está considerando la inclusión del proyecto Cienfuegos en Cuba y el Proyecto de Salud Cardiovascular de Nueva Escocia en Canadá en la red de proyectos. Costa Rica, México, Puerto Rico y Uruguay también han expresado interés.

4.3 Intervenciones en casos de diabetes

En vista de que su grave impacto es creciente, la diabetes fue adoptada como prioridad de HCN. Inicialmente se obtuvo apoyo consultivo del programa de enfermedades no transmisibles de la OMS. Se hizo hincapié en la búsqueda de consenso, en colaboración con la Asociación Latinoamericana de la Diabetes y la Asociación Caribeña de la Diabetes. También se procuró establecer relaciones con la FID y la industria farmacéutica. Un suceso importante en 1996 fue la Declaración de las Américas sobre la Diabetes, que emanó de la reunión regional celebrada en agosto en Puerto Rico. La Declaración representa un plan estratégico regional que sienta las bases para un proceso de planificación y ejecución operativa. El Consejo Directivo de la OPS, en septiembre de 1996, reconoció la Declaración como una guía para la elaboración de programas nacionales. La planificación de la ejecución y el apoyo a los programas de país están ahora en marcha, con la participación de la OPS, la FID y cinco empresas importantes que prestan su apoyo.

Otras iniciativas importantes incluyen un enfoque basado en la diabetes para la programación integrada de las ENT (bajo la guía, en el Caribe oriental, de la Coordinación de Programas en el Caribe de la OPS); apoyo al adiestramiento regional en epidemiología (Colombia 1996); apoyo a los cursos regionales de la FID para la creación de asociaciones para la diabetes; traducción al español de la publicación de la FID *Educación sobre diabetes: disminuycamos el costo de la ignorancia*; y la elaboración de un folleto titulado *La diabetes en las Américas: datos para los profesionales de la salud*. HCN también consiguió fondos de la empresa farmacéutica Eli Lilly para demostrar (en Chile) los efectos clínicos y económicos de mejorar la educación de los pacientes de diabetes.

4.4 Cáncer

HCN está brindando apoyo a dos prioridades regionales (el cáncer cérvicouterino y la creación de registros), formulando activamente una tercera (promoción del tratamiento del dolor y cuidados paliativos) y está apoyando, cuando se le solicita, la creación de programas nacionales de lucha contra el cáncer.

4.4.1 Cáncer cérvicouterino

Aunque muchos países ya le han dedicado recursos, la detección del cáncer cérvicouterino ha formado parte casi siempre de los programas de salud materna y

planificación familiar. Ello hace que los recursos sean aplicados casi exclusivamente a mujeres sanas con muy bajo riesgo, con lo cual se pierde la oportunidad de llegar a mujeres en edad madura y en alto riesgo, las cuales representan la abrumadora mayoría de los casos de cáncer invasor. Además, los recursos se usan a intervalos demasiado cortos; por ejemplo, una vez al año. En consecuencia, las prácticas de detección en la mayoría de los países son generalmente ineficaces. Debido a ello, HCN está procurando promover una detección menos frecuente (por ejemplo, a intervalos de cinco años), llegando a mujeres de mayor edad (por ejemplo, 30 a 60 años), con una cobertura mayor para incluir a la mayoría de las mujeres en riesgo de contraer la enfermedad. HCN ha realizado un reconocimiento de las tendencias y las respuestas nacionales, un taller para el examen de la planificación de proyectos nacionales, visitas in situ a los programas (en proceso) seguidas del desarrollo de una herramienta rápida de evaluación, la preparación de un ejemplar especial del *Boletín de la OSP* dedicado al cáncer cérvicouterino (el segundo documento sobre este tema disponible en español y el primero basado en la experiencia de América Latina y el Caribe) y la selección de Ecuador y Venezuela como sitios para desarrollar modelos regionales de demostración. Se están considerando las designaciones de "prácticas óptimas" para determinados sitios en algunos países más.

4.4.2 Creación de registros

En el contexto del desarrollo, los registros de cáncer tienen ventajas y desventajas: si se organizan adecuadamente, pueden proporcionar datos útiles sobre las tendencias y la distribución para el establecimiento de prioridades, y pueden contribuir al diseño, la gestión y la evaluación de los programas para el cáncer. Lamentablemente, estas condiciones generalmente no se dan: muchos registros no funcionan o no se llevan bien (con frecuencia se subestiman los recursos y los compromisos y resultan insuficientes). Por otra parte, la mayoría de los países no están en una etapa en que puedan integrar un registro dentro de un programa contra el cáncer plenamente funcional, porque aún no cuentan con programas de ese tipo. Aunque los registros a menudo suministran datos de investigación para las instituciones académicas, esto por sí solo no es justificación suficiente para crear un registro nacional de cáncer. HCN toma en consecuencia la posición de que no todos los países necesitan tener registros integrales de base poblacional, que los registros "nacionales" con frecuencia no son factibles y que el uso más activo de datos alternativos (por ejemplo, de mortalidad, utilización de hospitales, encuestas de factores de riesgo) puede ser más eficaz en función de los costos en el establecimiento de las prioridades y la planificación estratégica.^{3,4} HCN llega a la conclusión de

³ Este criterio, que propone la creación cautelosa de registros de cáncer, no es compartido en forma universal. Por ejemplo, el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC) de la OMS promueve la creación de registros en todas las regiones, principalmente para la investigación.

⁴ La sede de la OMS, en Ginebra, delegó recientemente en el CIIC la responsabilidad mundial del programa de cáncer. Las comunicaciones entre el HCN y el CIIC son ahora constantes, y el CIIC delega cada vez más en la OPS los asuntos que tienen que ver con la cooperación técnica regional.

que en este momento, con pocas excepciones, es más importante fortalecer los registros existentes que crear otros, y que los nuevos se deben concentrar primero en apoyar la creación de programas (por ejemplo, contra el cáncer cérvicouterino) en vez de la investigación.

4.4.3 *Tratamiento del dolor y cuidados paliativos*

HCN ha estado examinando este rubro en consulta con la sede de la OMS en Ginebra y los centros colaboradores de la OMS en la Región. Un anterior punto focal regional para la OMS basado en Canadá (Junta del Cáncer de Alberta/ACB) y HCN están desarrollando una relación nueva y directa. Ahora existe una versión en español de una monografía de la OMS sobre el tratamiento del dolor (1996). HCN ha estado consultando con otros programas regionales (por ejemplo, el de bioética) y con otras organizaciones (por ejemplo, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD)), y ha firmado un contrato, financiado con fondos de la Junta del Cáncer de Alberta, para ayudar a preparar una propuesta de estrategia regional.

4.4.4 *Creación de programas nacionales de lucha contra el cáncer*

HCN ha obtenido el compromiso de los centros colaboradores de la OMS para realizar el examen de programas nacionales (por ejemplo, Costa Rica, Cuba).

4.5 *Prevención de lesiones*

El foco de interés hasta la fecha ha sido el análisis descriptivo de los datos regionales y la revisión de las acciones y estudios anteriores de la OPS. El primero dará como resultado la distribución limitada en 1997 de un libro con datos de defunciones por lesiones no intencionales y actos de violencia en determinados países de las Américas. Se han desarrollado relaciones activas con el Programa de Promoción de la Seguridad y Prevención de Lesiones (SPI) de la OMS y con los centros colaboradores en las Américas. Se han revitalizado los vínculos con el Centro de Investigación para la Prevención de Lesiones de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Carolina del Norte (UNC), reconociendo el apoyo valioso que la OPS ha obtenido de esta universidad durante tantos años. La Facultad Rollins de Salud Pública (Atlanta) fue designada (1996) como centro colaborador de la OMS. En 1996, HCN y la Asociación Internacional de Lesiones Cerebrales (IBIA) realizaron conjuntamente una presentación para la reunión del Consejo Directivo, acompañada de una presentación interactiva en computadora sobre las lesiones cerebrales (creada por la Asociación de Lesiones Cerebrales (BIAInc)). También se la propuesto a la BIAInc como centro colaborador de la OMS. Además, se ha planificado para 1997 una encuesta de las políticas nacionales para la prevención de las lesiones, un documento de política sobre la prevención de lesiones que será redactado conjuntamente por HCN y DAP, y la traducción y publicación de una monografía de la OMS sobre neurotraumatismos.

4.6 Prevención clínica

Normas para la prevención clínica, en colaboración técnica con Salud Canadá, irá a la imprenta en breve. Su difusión y ejecución se integrarán y evaluarán dentro de los proyectos CARMEN. Todas las normas se han calificado según la calidad de la información científica que las apoya.

4.7 Publicaciones e informes

En el anexo B de este documento ofrecemos una lista de las publicaciones y los informes producidos por HCN.

5. Análisis de puntos fuertes, puntos débiles, oportunidades y amenazas

A finales de 1995 se llevó a cabo un análisis de puntos fuertes, puntos débiles, oportunidades y amenazas de HCN, el cual ha sido actualizado para este informe:

5.1 Puntos fuertes

- personal de alta calidad;
- buen trabajo en equipo, cohesión;
- las prioridades están bien definidas;
- el trabajo de base con las Representaciones de la OPS/OMS y los proyectos de país está bastante avanzado;
- se han identificado los puntos focales;
- buen desempeño hasta la fecha (1995, 1996);
- se ha demostrado con pruebas la capacidad de movilización de recursos;
- ningún compromiso previo obstaculizará las prioridades actuales.

5.2 Puntos débiles

- unidad pequeña en relación con la magnitud del problema;
- presupuesto reducido;
- las prioridades generales de la OPS para las ENT están en proceso de desarrollo
- el programa y los presupuestos operativos de las representaciones de la OPS/OMS avanzan lentamente en el reconocimiento de las repercusiones de las ENT;
- no todos los puntos focales de las representaciones de la OPS/OMS están suficientemente preparados en el área de las ENT.

5.3 Oportunidades

- una nueva "línea de productos";
- magnitud del problema en expansión (aumento de la "demanda del mercado")

- oportunidades de intervención en la reforma del sector sanitario;
- posibilidad de reconocimiento público masivo;
- posibilidad de apoyo del sector privado (ya demostrada);
- promisorios vínculos internacionales y con las ONG (ya demostrados);
- "posibilidades de inversión" (por ejemplo, financiamiento extrapresupuestario, recuperación de costos, costos sanitarios aplazados).

5.4 Amenazas

- limitada tradición y preparación técnica de la OPS en el ámbito de las ENT cuando se compara con la capacidad en otros rubros de la salud pública;
- competencia por el presupuesto ordinario decreciente;
- falta relativa de atractivo político (a corto plazo) (comparado con el PAI, el virus de Ebola);
- falta relativa de interés para los medios de comunicación (no proclive a crisis; poco potencial dramático);
- distorsión de las prioridades por parte de las fuerzas externas (por ejemplo, promoción de información incorrecta, presiones de financiamiento, planes políticos).

6. Repercusión del programa: real y potencial (a corto, mediano y largo plazo)

En todas las áreas de prevención y control de las enfermedades hay un desfase temporal desde que se inicia el proceso, hasta que se obtiene el impacto y se obtiene el resultado. Esta transición es mayor en general para las ENT que para las infecciones agudas y las lesiones. Del mismo modo que la mayoría de las ENT requieren tiempo para desarrollarse (en los individuos y en las poblaciones), lo mismo sucederá con el proceso para reducir los factores de riesgo, puesto que dependen del comportamiento humano (profesional, de gestión y personal). Por ejemplo, la prevalencia del tabaquismo en Canadá desde 1974 disminuyó aproximadamente 1% por año. Lo mismo sucede para reducir la carga de morbilidad; por ejemplo, el cáncer cérvicouterino en Chile, el único país en América Latina con un programa nacional fundamentado estratégicamente, disminuyó 1% por año.

Las intervenciones contra las ENT reflejan necesariamente sus orígenes multifactoriales; los factores de riesgo son generalmente sinérgicos (el efecto tiende a ser multiplicativo y no simplemente aditivo); el potencial pleno solo se materializa después de la reducción sostenida de varios factores a nivel de la población. Por otra parte, los factores de riesgo de las ENT influyen en general en varios resultados (por ejemplo, la hipertensión contribuye no solo a la cardiopatía, sino que se trata del factor principal en los accidentes cerebrovasculares y causa 30% de los casos de insuficiencia renal). La historia natural de estos problemas también transcurre en diferentes marcos temporales; el efecto de la intervención contra múltiples factores de riesgo no se limita a una sola categoría de resultado dentro de un

marco temporal.

Por ejemplo, después de cinco años de intervención en la población, el Proyecto de Salud Cardiovascular de Nueva Escocia está midiendo el éxito inicialmente solo a nivel de la reducción de los factores de riesgo. A los 10 años, el foco de interés puede desplazarse a las medidas de resultado, aunque este foco puede ser óptimo solo después de cerca de 20 años (por ejemplo, el proyecto de Karelia del Norte). Por este motivo, el proyecto CARMEN requiere que un país reconozca por lo menos un horizonte de 15 años para el proyecto. Sería insensato, desde un punto de vista epidemiológico y de la gestión, concentrarse en los resultados al comienzo. El énfasis inicial debe hacerse en las medidas de proceso y de impacto. El objetivo a largo plazo para reducir la morbilidad y la mortalidad debe pasar por estas etapas.⁵ HCN está apoyando este proceso en formas que son potencialmente eficaces en los entornos dados.

Un examen de los resultados esperados y los indicadores de HCN revelará que todas son mediciones de "proceso" o de "impacto" y que, cuando se analizan en el contexto de enfermedades cuya historia natural se mide en años (incluso decenios), todos son de corto (1 ó 2 años) a mediano plazo (orientaciones estratégicas y programáticas, OEP). En un plazo más largo (por ejemplo, de 5 a 15 años) se espera lograr, además, mejores resultados en respuesta a estas iniciativas, aunque se reconoce que alcanzar estos resultados dependerá sobre todo de los programas locales y nacionales, en función de los recursos y los niveles de ejecución.

7. Conclusiones generales y perspectivas de desarrollo

La cooperación técnica en respuesta al creciente impacto regional de las ENT se ha desarrollado con relativa lentitud durante los 30 últimos años. Las respuestas nacionales y regionales hasta la fecha han sido insuficientes para ser efectivas. No obstante, prácticamente todas las ENT de importancia para la salud pública son susceptibles de prevención y control. El éxito de los esfuerzos en favor de la reforma sanitaria dependerá de la forma en que los sistemas de salud puedan responder a esta realidad cada vez más dominante.

⁵ La evaluación de resultados en relación con las ENT es un reto en este momento de la historia, porque cuando la tendencia (por ejemplo, la incidencia o la prevalencia) es "ascendente", simplemente detener esa tendencia, o mantenerla estable, puede ser una hazaña. Dentro de esto, será posible obtener buenos resultados en los proyectos individuales o con determinados indicadores (por ejemplo, reducir la tasa de amputaciones por diabetes en un período determinado).

Evidentemente, es posible mejorar el impacto a nivel de las políticas y los programas si para el establecimiento de las prioridades y la toma de decisiones se toman más en cuenta la información existente. Muchos países empiezan a reconocer esta necesidad, mientras que algunos ya están preparados para la acción. El mandato y la finalidad de HCN apoyan esta tendencia, y el desempeño hasta la fecha revela la capacidad de ofrecer apoyo estratégico, aunque sumamente limitado en vista de los recursos.

Actualmente en la OPS, existe una dispersión de los recursos aplicados (directa e indirectamente) a las ENT. Ello puede superarse parcialmente por medio de tareas interprogramáticas y mayor colaboración con entidades externas. Estas opciones han sido reconocidas por HCN y se están utilizando. No obstante, el análisis revela muchos temas que necesitan ser resueltos por la Organización en su totalidad de puntos fuertes, puntos débiles, oportunidades y amenazas de HCN.

Se requiere llamar la atención sobre las enfermedades no transmisibles; apoyar este tema y actuar en todos los niveles de la Organización. La OPS debe mejorar su capacidad de respuesta a las ENT (por ejemplo, algunos puntos focales indican un deseo de ser más efectivos, pero carecen de aptitudes porque fueron adiestrados en áreas tradicionales de salud pública). Si bien dichas áreas siguen siendo de vital importancia, existe la necesidad urgente de mejorar la capacidad de la Organización para que pueda responder adecuadamente a su mandato en relación con las ENT. Las necesidades y las prioridades de salud de los países están cambiando rápidamente; la OPS debe adelantarse y liderar este proceso en los umbrales del siglo XXI.

8. Propuestas y recomendaciones del programa

En necesario hacer hincapié en el establecimiento de las prioridades y la toma de decisiones basadas en la información científica disponible sobre la carga de las enfermedades, la eficacia y la efectividad de la prevención en función de los costos, tanto dentro de la OPS como por la OPS en toda la Región.

Las estrategias para luchar contra las ENT desde los servicios de salud (por ejemplo, mediante la prevención secundaria y la mejora de la calidad de la atención) requieren mayor reconocimiento práctico (por ejemplo, discutiendo estos temas y dándole prioridad) y apoyo (por ejemplo, recursos) dentro de la OPS, para complementar más eficazmente las funciones existentes de promoción de la salud y prevención primaria.

La cooperación interprogramática en la OPS requiere que se tengan principios orientadores para concentrar los recursos en un número limitado de iniciativas regionales, compatibles con las orientaciones estratégicas y programáticas.

La capacidad técnica de HCN en la elaboración de programas integrados ofrece gran

potencial para la colaboración interprogramática en toda la Organización.

Se invita al Subcomité a tomar nota en particular del análisis de puntos fuertes y débiles, oportunidades y amenazas como base para evaluar las recomendaciones y las decisiones sobre el futuro de HCN en especial, y la respuesta global de la OPS a las ENT en general.

En vista del predominio creciente de las enfermedades no transmisibles en la carga de morbilidad general de América Latina y el Caribe, el Subcomité podría considerar las consecuencias de estas tendencias en la salud de la población y en los servicios sanitarios, y la necesidad de crear medios de acción previendo la continuación de estas tendencias en el siglo XXI.

Se invita al Subcomité a comentar el desempeño del Programa de Enfermedades No Transmisibles y formular recomendaciones sobre la dirección que deben tomar sus actividades en el futuro y cómo aumentar la efectividad de su respuesta a las necesidades y las prioridades de los países.

BIBLIOGRAFÍA

Organización Panamericana de la Salud. *Condiciones de salud en las Américas*, edición de 1994, Volumen 1. Washington, D.C., OPS, 1994 (Publicación Científica No. 549).

Murray, CJL, Lopez AD (eds.). *Global Comparative Assessments in the Health Sector*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1994.

Puska P et al. *The North Karelia Project; 20 Years, Results and Experiences*. National Public Health Institute (Finland) and WHO Euro, Helsinki, 1995.

The Nova Scotia Health Survey 1995. Nova Scotia Department of Health, 1996.

Hakama M. *Screening for Cervical Cancer*. En: Miller AB (ed). *Advances in Cancer Screening*, Nueva York: Klumer Academic Publishers, 1996.

Knowler WC, Narayan KMV, Hanson RL, Nelson RG, Bennett PH, Tuomilehto J, Schersten B, Pettitt DJ. *Preventing Non-Insulin-Dependent Diabetes*. *Diabetes*, 1995, 44, 483-488.

The Effect of Intensive Treatment of Diabetes on the Development and Progression of Long Term Complications in Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. *N. Engl. J. Med.*, 1993, 329, 14:977-986

Clinical Preventive Health Care. The Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Health Canada, 1994.

Hypertension Control. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series #862. Ginebra, 1996.

ANEXO A: RESULTADOS ESPERADOS E INDICADORES

1998-99

Un análisis de la situación regional que incluye datos básicos sobre las ENT clave de importancia para la salud pública (ECV, CaCx, DM, lesiones), y el estado de las políticas de prevención y control, los planes y los programas por país.

Indicador: El análisis de la situación regional, incluidos los datos básicos sobre las ENT clave, el estado de los programas para todos los países, citando las fuentes, se puede obtener el 31 de diciembre de 1999.

1998-99

Se habrá fortalecido y demostrado la capacidad de evaluar y asignar prioridad a las ENT a nivel nacional para enfermedades prioritarias específicas: la diabetes, el cáncer cervicouterino, las ECV y los factores de riesgo y las lesiones.

Indicador: Numero de países (comparaciones por pares) con políticas y planes nacionales de ENT para las enfermedades prioritarias a mediados de 1999, comparado con mediados de 1997.

1996-97

Se habrá establecido una red limitada de centros especializados para la información y recopilación de datos, el análisis y la difusión.

Indicador de 1997: Se ha ampliado la red regional de recursos para las enfermedades no transmisibles de mayor importancia para la salud pública.

1997-98

Se habrá fortalecido la capacidad de evaluar y asignar prioridad a los problemas de ENT a nivel nacional y local.

Indicador de 1997: Se ha evaluado la capacidad de establecer prioridades, identificado las medidas para mejorar la capacidad, y la cooperación técnica para fortalecer la capacidad (donde se justifique) está en marcha en tres países.

1998-99

Se habrán formulado y ejecutado los proyectos de demostración para las ENT e iniciado las evaluaciones preliminares.

Indicador: Para fines de 1999 se logrará lo siguiente: habrá proyectos CARMEN en un mínimo de cinco países; los proyectos de cáncer cervicouterino (tanto la demostración como los modelos de "prácticas óptimas") estarán en marcha en un mínimo de cinco países; los proyectos de intervención contra la diabetes se habrán finalizado o estarán en marcha en un mínimo de cinco países. Los exámenes a fondo de la situación de las ENT y los análisis estratégicos se habrán efectuado en un mínimo de tres países.

1998-99

Adiestramiento realizado en colaboración con otros socios (por ejemplo, OMS, ONG) para fortalecer la capacidad de planificación y ejecución de los programas de ENT, que destacan la epidemiología en la toma de decisiones, la formulación de proyectos, el liderazgo.

Indicador: Mejoramiento en el conocimiento; prueba de satisfacción con pertinencia; análisis después de las evaluaciones.

1996-97

Se habrán formulado e identificado/ iniciado políticas, programas o proyectos de demostración para la prevención y el control de las ENT.

Indicador: Se han formulado políticas y programas e identificado/iniciado proyectos de demostración en cinco países.

1996-97

Se habrán diseñado e iniciado actividades de adiestramiento para fortalecer la capacidad de formulación, ejecución y evaluación de los programas de prevención y control de las ENT.

Indicador de 1997: El material de adiestramiento, la evaluación de necesidades y los informes de evaluación se pueden obtener de las actividades de 1997.

1998-99

La integración de las prácticas de prevención de las ENT se promueve dentro de proyectos de intervención de poblaciones y dentro de la práctica clínica.

Indicador: Pruebas de que la práctica clínica preventiva ha sido incorporada a CARMEN, los proyectos de intervención del cáncer cervicouterino y la diabetes, con progreso demostrado a finales del año 1998 y 1999.

1996-97

Se habrá iniciado la integración de las prácticas de prevención de las ENT en la práctica clínica y los sistemas de salud.

Indicador de 1997: Las normas de prevención clínica se han publicado y las prácticas de prevención clínica están en marcha como mínimo en un sitio del proyecto.

ANEXO B: PUBLICACIONES E INFORMES DE HCN, 1995-1996

Publicaciones del programa

Educación sobre diabetes: Disminuyamos el costo de la ignorancia. Organización Panamericana de la Salud. Comunicación para la salud No.9. Washington 1996.

Oncología Clínica: Manual de la American Cancer Society. Segunda Edición. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica No. 559. Washington 1996.

Número monográfico sobre cáncer de cuello de útero. Robles SC (ed.). Boletín de la OSP. 1996: 121, 6: 471-615.

Special Issue on Cancer of the Uterine Cervix. Robles SC (ed.). PAHO Bulletin. 1996: 30, 4: 283-420.

Publicaciones individuales

Robles SC, White F, Peruga, A. *Tendencias de la mortalidad por cáncer de cuello de útero en las Américas.* Boletín de la OSP 1996: 121, 6: 478-490.

Robles SC, White F, Peruga A. *Trends in Cervical Cancer Mortality in the Americas.* PAHO Bulletin. 1996: 30, 4: 290-301.

White F. *The Return of Chronic Disease.* Foreign Affairs. July/August 1996:183 L.

White F. *La importancia del consenso en la prevención y el control de la diabetes en América Latina y el Caribe.* Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes. (1996) IV, 1: 9-13. (Portugués 14-17; inglés 18-21).

White F. *News from the WHO Regions - The Americas.* World Diabetes. 2, 2-3, 1996.