

*comité ejecutivo del
consejo directivo*



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

*grupo de trabajo del
comité regional*

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



95a Reunión
Washington, D.C.
Junio-Julio 1985

Tema 14 del programa provisional

CE95/3 (Esp.)
16 abril 1985
ORIGINAL: ESPAÑOL

LA SALUD DE LOS ADULTOS

El Comité Ejecutivo, en su 92a Reunión (junio de 1984), fue informado de la reunión efectuada por los países del Cono Sur, en abril 1984, para discutir la importancia creciente que los programas relacionados con la salud del adulto están adquiriendo en estos países. El Comité, a propuesta del Representante del Uruguay, decidió que este tema figurara en el programa de su 95a Reunión.

Los importantes cambios demográficos, epidemiológicos, ambientales y de los estilos de vida que está experimentando nuestra Región señalan cómo el adulto y el anciano están adquiriendo una importancia cada vez mayor como grupos prioritarios.

Los subprogramas: enfermedades crónicas; salud mental, farmacodependencia y abuso de alcohol; salud de las personas de edad avanzada; prevención de la ceguera; prevención de accidentes, y salud de los impedidos comparten estrategias generales y específicas, particularmente, las estrategias de prevención y atención de la salud en el contexto de la atención primaria de salud.

El documento presenta los objetivos, las estrategias y los enfoques básicos de la cooperación técnica del programa, que se detallan para cada uno de los subprogramas, así como las perspectivas futuras: su análisis impone un compromiso serio a los organismos de salud nacionales e internacionales, que deberán ir adecuando los limitados recursos existentes para satisfacer estas crecientes prioridades.

La Organización continuará colaborando con los Gobiernos Miembros en la búsqueda de aquellas soluciones que sean más adecuadas a cada realidad.

CONTENIDO

	<u>Página</u>
1. Introducción	1
2. Bases constitucionales y resoluciones relativas al programa	1
3. Definición del problema	5
3.1 La situación demográfica	5
3.2 La situación epidemiológica	7
4. Componentes o Subprogramas del Programa de Salud del Adulto de la OPS	12
5. Objetivos	12
6. Estrategias	13
6.1 Estrategias generales	13
6.1.1 Movilización de recursos nacionales y formación de redes de colaboración	13
6.1.2 Cooperación técnica entre países en desarrollo (CTPD) y entre países desarrollados y en desarrollo	13
6.1.3 Coordinación	14
6.2 Estrategias específicas	14
6.2.1 Vigilancia de la situación	14
6.2.2 Prevención de daños y promoción de la salud	15
6.2.3 Atención de la salud	15
6.2.4 Integración	16
7. Enfoques básicos de la cooperación del Programa	18
7.1 Cooperación técnica directa	18
7.2 Adiestramiento	18
7.3 Investigación	18
7.4 Disseminación de información	19

CONTENIDO (cont.)

	<u>Página</u>
8. Descripción del programa	19
8.1 Enfermedades crónicas	19
8.1.2 Enfermedades cardiovasculares	22
8.1.3 Cáncer	24
8.1.4 Diabetes mellitus	27
8.1.5 Otras enfermedades no transmisibles	28
8.2 Salud mental, farmacodependencia y abuso del alcohol	29
8.3 Salud de las personas de edad avanzada	35
8.4 Prevención de la ceguera	38
8.5 Prevención de accidentes	41
8.6 Salud de los impedidos	44
9. Conclusiones y perspectivas	49
Cuadros 1-12	52-63
Anexo	

LA SALUD DE LOS ADULTOS

1. Introducción

La característica principal de la meta de Salud para Todos en el Año 2000 es su dimensión integral, ya que considera la salud como uno de los componentes del nivel de bienestar de cada comunidad. Trasciende los límites del fenómeno enfermedad-no enfermedad, para constituirse en una resultante social, dentro del contexto del estilo, nivel y calidad de la vida. Por otra parte, los países del mundo han identificado la atención primaria de salud como la estrategia más importante para alcanzar dicha meta, lo cual trae como consecuencia necesaria la definición de prioridades.

El Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales para alcanzar esta Meta, aprobado por todos los Gobiernos Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha destacado este aspecto en forma especial. El Plan, orientado a asegurar la satisfacción de las necesidades en salud de toda la población, sobre todo las de los grupos postergados, destaca entre las áreas prioritarias la protección y promoción de la salud de grupos especiales, entre ellos las mujeres y niños, los trabajadores, las personas de edad avanzada y las personas discapacitadas.

El Programa de Salud del Adulto tiene bajo su responsabilidad la cooperación técnica que la Organización brinda a los Gobiernos Miembros para la protección y promoción de la salud del adulto y de las personas de edad avanzada.

2. Bases constitucionales y resoluciones relativas al programa

- 2.1 Estrategia mundial de Salud para Todos en el Año 2000, OMS, 1981
- 2.2 Salud para todos en año 2000, Estrategias, OPS, 1980
- 2.3 Salud para todos en el año 2000. Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales, OPS, 1981
- 2.4 Séptimo Programa de Trabajo de la OMS, 1984-1989, y Programas de mediano plazo
- 2.5 Resoluciones de los Cuerpos Directivos de la OMS y OPS, destacando entre estas últimas:
 - 2.5.1 CSP12.R18 Prevención de la fiebre reumática, 1947

Recomienda que la enfermedad reumática sea considerada de declaración obligatoria.

2.5.2 CSP15.R24 Control de la diabetes mellitus, 1958

Recomienda la formulación de programas nacionales para el diagnóstico y adecuado tratamiento y asistencia del paciente diabético.

2.5.3 CD15.R3 Estudios epidemiológicos de la epilepsia, 1964

Recomienda la realización de estudios epidemiológicos de la epilepsia e investigaciones sobre la discriminación que sufren los pacientes y los aspectos jurídicos de la enfermedad.

2.5.4 CSP17.R36 Creación de departamentos nacionales de salud mental, 1966

Recomienda la creación de departamentos nacionales de salud mental y la formulación de programas de salud mental incorporados a los planes generales de salud.

2.5.5 CD19.R34 Control del hábito de fumar cigarrillos, 1969

Solicita al Director informe sobre los medios para controlar la propaganda de cigarrillos, sobre las medidas para advertir al público sobre sus peligros y el control del hábito de fumar cigarrillos en lugares públicos.

2.5.6 CD20R.R25 Investigaciones epidemiológicas en farmacodependencia, 1971

Recomienda la realización de investigaciones epidemiológicas en farmacodependencia.

2.5.7 CD20.R28 Prevención de accidentes, 1971

Sugiere al Director que se continúe e intensifique la colaboración con organizaciones nacionales, intergubernamentales y no gubernamentales en el campo de la prevención de accidentes y que se asesore a los países en la realización de estudios epidemiológicos, establecimiento de normas, adopción de medidas de control y en la preparación de personal especializado. Recomendación de la coordinación de los programas de prevención y control, la organización de la asistencia médica de las víctimas y la adopción de medidas educativas y legales.

2.5.8 CSP19.R39 Registros psiquiátricos e integración de la salud mental en los planes generales de salud, 1974

Recomienda el mejoramiento de los registros psiquiátricos, la corrección del sistema de asistencia psiquiátrica, la integración de la salud mental en los planes generales de salud, la regionalización de los servicios, la promoción de formación de personal y de investigación y la ampliación de la cooperación de la OPS con los países en estos programas.

2.5.9 CD23.R24 Enfermedades no transmisibles, 1975

Solicita a la OPS que colabore con los países en los estudios epidemiológicos de las enfermedades crónicas, identificando los factores de riesgo; recomienda a los países establecer unidades técnicas sobre enfermedades no transmisibles en los sistemas nacionales de atención médica; pide a la OPS que propicie y coordine programas interpaíses de tipo epidemiológico y de demostración de medidas preventivas y que establezca un sistema regional de información técnica sobre este tema.

2.5.10 CE80.R6 Hipertensión arterial, 1978

Recomienda al Director de la OPS que vigorice los programas conducentes a la detección temprana de hipertensos y estimule a los Gobiernos en este sentido. Sugiere, además, que se hagan gestiones para obtener fondos extrapresupuestarios para fortalecer el programa.

2.5.11 CD26.R13 Prevención de la ceguera, 1979

Solicita al Director de la OPS que apoye la promoción de investigación, el desarrollo de programas de adiestramiento y la formulación de planes nacionales y regionales para la prevención de la ceguera. Indica al Director la creación de un Grupo Regional Asesor en la prevención de la ceguera, que fortalezca la asesoría técnica en este campo y que gestione la obtención de fondos extrapresupuestarios para la expansión del programa.

2.5.12 CD26.R17 Influencia de la malnutrición en el desarrollo mental,
1979

Se pide al Director de la OPS que presente un documento que actualice el conocimiento sobre la influencia de la malnutrición en el retardo mental y que asigne recursos para realizar estudios en este campo, con el fin de propiciar acciones para el control de ese problema.

2.5.13 CD26.R18 Enfermedades no transmisibles, 1979

Recomienda que el tema "Enfermedades crónicas no transmisibles" figure en el programa de la XXVII Reunión del Consejo Directivo de la OPS.

2.5.14 CD26.R33 Factores psicosociales y desarrollo infantil, 1979

Recomienda a los Gobiernos tomar en cuenta al elaborar programas, los factores psicosociales en el desarrollo del niño. Instruye al Director para que colabore con los países en la realización de investigaciones sobre desarrollo y factores psicosociales y que compile un conjunto de temas para reuniones regionales orientadas al desarrollo de medidas a incorporar en los programas de extensión de cobertura.

2.5.15 CD27.R16 Enfermedades no transmisibles, 1980

Insta a los Gobiernos identificar acciones de prevención de las enfermedades no transmisibles y a la intervención sobre factores de riesgo; recomienda que se estudien los problemas de las personas de edad avanzada; sugiere a los países la adopción de medidas de control, de acuerdo con sus prioridades, integradas a las actividades de los servicios generales de salud y pide al Director que apoye los programas destinados a la mejor atención de las personas de edad.

2.5.16 CE84.R6 Malnutrición y retraso mental de origen carencial, 1980

Recomienda divulgar los conocimientos puestos al día sobre esta materia.

2.5.17 CE84.R11 Epidemiología de la farmacodependencia, 1980

Pide al Director de la OPS que presente un informe sobre la epidemiología de la farmacodependencia y las medidas que la Organización está tomando para enfrentar esos problemas.

2.5.18 CD27.R41 Abuso de sustancias psicotrópicas y narcóticas, 1980

Pide que el Director prepare un informe sobre la situación epidemiológica y que los países colaboren en desarrollar y mejorar sus sistemas de información sobre el tema.

2.5.19 CE86.R30 Atención de las personas de edad avanzada, 1981

Encarece a los Gobiernos que estimulen las actividades de fomento de la salud y el bienestar de las personas de edad y establezcan métodos eficaces para la prestación de asistencia, debidamente integrada en la atención primaria de salud y pide al Director que siga cooperando con los Gobiernos en este campo y continúe apoyando estudios interpaíses determinativos del perfil de los problemas de las personas de edad en la Región.

2.5.20 CD28.R41 Atención de las personas de edad avanzada, 1981

Insta a los Gobiernos que en sus planes nacionales de salud determinen la asistencia de la salud de los ancianos de acuerdo con las directrices del Plan de Acción para llevar a la práctica las estrategias regionales a fin de lograr Salud para Todos en el Año 2000.

2.5.21 CSP21.R25 Uso indebido de drogas, 1982

Insta a los Gobiernos concentrar las acciones dispersas en este campo, que planifiquen las acciones en forma multisectorial y se adhieran a los convenios internacionales. Pide al Director que continúe el apoyo a los programas y a la investigación.

2.5.22 CD29.R20 Prevención del uso indebido de drogas, 1983

Insta a los Gobiernos efectuar evaluaciones epidemiológicas y a establecer planes de prevención. Insta al Director a conceder prioridad a este problema y fortalecer la capacidad de la Secretaría para dar apoyo técnico.

2.5.23 CD30.R7 Salud de los impedidos, 1984

Insta a los Gobiernos Miembros que continúen adoptando políticas y programas de protección y asistencia a las personas impedidas y de prevención de la invalidez, dando especial énfasis al desarrollo de tecnologías de rehabilitación para su utilización en los programas, con base en la familia y la comunidad; pide al Director de la OPS que siga colaborando con Gobiernos en la adopción de políticas y programas para las personas impedidas.

3. Definición del problema

Los cambios en la estructura de la población y en los perfiles de salud han determinado que muchos países de la Región estén señalando la prioridad creciente que está adquiriendo la salud del grupo del adulto y del anciano.

3.1 La situación demográfica*

El logro de la meta de salud para todos en el año 2000 exige cambios sociales y económicos de gran alcance e importancia, y requiere que se examine cuidadosamente el escenario probable de los próximos 15 años.

Los aspectos demográficos de este escenario para los países en desarrollo de América Latina y el Caribe se caracterizan por un intenso crecimiento de la población, rápida urbanización, fuerte tendencia decreciente de la fertilidad y un incremento de la esperanza de vida al nacer^{1/}.

* Adaptado de S. P. Ehrlich, Jr. y J. Litvak, "El envejecimiento y los países en desarrollo de la Región de las Américas", Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 91, 512, 1981.

^{1/} Organización Panamericana de la Salud, Salud para todos en el año 2000. Estrategias. Washington, D.C., 1980 (Documento Oficial 173).

La población total se duplicará durante el período de 30 años que va desde 1970 al año 2000, de 280 millones a más de 600 millones de habitantes (Cuadro 1). La población urbana se triplicará en el mismo período, de 160 a 400 millones de habitantes (Cuadro 2) y la población rural crecerá en cifras absolutas pero con menor intensidad, de 120 a 150 millones de habitantes. La población urbana equivaldrá en el año 2000 al 64% de la población total en comparación con el 49% de 1970^{2/}.

Paralelamente a este crecimiento y concentración de la población se espera una fuerte tendencia decreciente de la fertilidad y un aumento en la esperanza de vida. Para el año 2000, se preve un descenso de la tasa de natalidad por cada 1.000 habitantes: en América Latina un 18%, en el Caribe un 35% y en América del Norte (Estados Unidos de América y Canadá) un 10% (Cuadro 3); mientras tanto, la tasa de mortalidad disminuirá en 36% en América Latina y 18% en el Caribe, y aumentará en 7% en América del Norte (Cuadro 4).

Si las suposiciones sobre las tendencias de la mortalidad resultan acertadas, se preve que para el año 2000, en América Latina y el Caribe 36 países alcanzarán una esperanza de vida de 65 años o más, y en 19 de estos la esperanza de vida al nacer será de 70 años o más. Únicamente un país tendrá una esperanza de vida de menos de 60 años (Cuadro 5).

En lo que se refiere a la estructura por edades de la población prevista para el año 2000 en América Latina, 220 millones de personas, o sea 37% de la población, tendrá menos de 14 años, y la mayor parte de la población, 350 millones, o sea 58% del total, estará entre los 15 y los 64 años de edad. El envejecimiento de la población es notable en América del Norte, donde la población mayor de 65 años sobrepasaba el 11% del total en 1980 y será de 12,1 en el año 2000. En América Latina, el porcentaje de población mayor de 65 años en 1980 y previsto para el año 2000, es de 4,0 y 4,6, respectivamente. En términos relativos, el aumento únicamente de 0,6% en 20 años puede parecer que no reviste una importancia particular, pero en cifras absolutas representa pasar de 14 millones a más de 27 millones de individuos (Cuadro 6). Además, si se considera el grupo de más de 45 años, edad a partir de la cual aumenta notoriamente la aparición de enfermedades crónicas, la población comprendida en ese grupo en América Latina aumentará 1,4%, pasando de 15,9 a 17,3% de la población total, lo que representa un crecimiento de 46 millones de personas.

^{2/}Naciones Unidas, World Population Trends and Prospects by Country, 1950-2000. New York, 1979.. (Documento ST/ESA/SER.R/33, 1979).

Esta situación plantea algunos problemas importantes para el sector salud de los países en vías de desarrollo. Todos los países de nuestra Región han destacado como poblaciones vulnerables aquellas que viven en extrema pobreza en las áreas rurales y urbanas, y especialmente los niños menores de cinco años y las madres. Por otra parte, los países con una tendencia marcada al "envejecimiento" se han visto obligados a reconocer a los adultos y ancianos como grupo también prioritario. Obviamente, las estrategias para la atención de este grupo difieren debido a sus necesidades particulares. Con la edad aumenta el número de personas con problemas de salud, en especial padecimientos crónicos que producen incapacidades, con una mayor demanda de servicios en los niveles más complejos de atención. Esto trae consigo la amenaza de un aumento de los costos en servicios de salud y seguridad social.

En consecuencia, los complejos aspectos asociados con el aumento de la proporción de personas adultas y ancianas obligan a identificar, investigar y ejecutar estrategias innovadoras para lograr la mayor eficiencia y eficacia de los servicios^{3/}.

3.2 La situación epidemiológica

Los cambios demográficos descritos anteriormente, junto con otros factores de tipo sociocultural, ligados mayormente a los procesos de urbanización e industrialización, que juegan un papel importante en los patrones de enfermedad^{4/}, están incidiendo ya y continuarán modificando las situaciones epidemiológicas de los países de la Región. A pesar de la complejidad que presenta la descripción de los perfiles de salud de los diferentes países y poblaciones, la información disponible resalta la importancia creciente que están adquiriendo los estados de salud, riesgos y daños vinculados con el Programa de Salud del Adulto.

Las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de defunción en 31 países de la Región. Los tumores malignos ocupan el segundo lugar como causa de muerte en América del Norte, el Caribe, América del Sur Templada, Cuba, Colombia y Costa Rica. Los accidentes

^{3/}R. S. Blendon y D. E. Rogers, "Cutting Medical Care Costs", JAMA, 250:4, 14 October 1983.

^{4/}J. M. May, "The Ecology of Human Disease". Annals of the New York Academy of Science, 84:789-794, 1960.

figuran dentro de las primeras cinco causas de muerte en todos los países, y la diabetes mellitus aparece también dentro de las primeras causas en varios países de las diferentes subregiones^{5/}.

Otras condiciones y daños como las enfermedades mentales, suicidios y otras violencias, trastornos neurológicos del anciano, el consumo exagerado de alcohol y drogas, y una gama de factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles, como el hábito de fumar, la dieta inadecuada y la obesidad, ocupan un lugar cada vez más importante en la morbilidad de algunos países. Así por ejemplo, los suicidios corresponden a más del 1% de las defunciones en Canadá, Cuba, El Salvador, Estados Unidos de América, Puerto Rico, Suriname, Trinidad y Tabago y Uruguay^{6/}. La farmacodependencia constituye un gran problema social en las áreas urbanas de la mayoría de los países. La obesidad y el hábito de fumar se han destacado como factores de riesgo importantes en la salud de las poblaciones de los países de América del Norte, del Caribe y del Cono Sur.

La medición de la magnitud de estos problemas escapa a las prácticas utilizadas rutinariamente por el sector salud; de modo que, para conocer su real impacto, se requiere de otras aproximaciones, muchas de ellas indirectas, que no fluyen de la información rutinaria. Es el caso de las tasas de ausentismo laboral y de incapacidad por condiciones crónicas y secuelas de accidentes y violencias; índices de venta y consumo de alcohol y cigarrillos; tasas de deserción escolar, trastornos de personalidad y adicción a drogas; indicadores sociales y culturales que identifiquen situaciones críticas de estrés; consumo promedio de calorías, grasas y proteína animal de los diferentes grupos de población. Es necesario, en consecuencia, tomar en consideración todos estos indicadores e índices para completar el conocimiento epidemiológico de un programa de salud para los adultos y ancianos.

La situación se hace aún más compleja si se tienen en cuenta las grandes diferencias que existen en el continente, entre subregiones, entre países y aún dentro de un mismo país, determinadas por factores socioeconómicos, culturales, geográficos y biológicos. Esto constituye un desafío para epidemiólogos y planificadores cuando se trata de definir prioridades.

Los siguientes ejemplos permiten ilustrar algunos de los hechos epidemiológicos relevantes. El Cuadro 7, muestra la información sobre primeras causas de muerte en los grandes conglomerados de países que forman las subregiones. Resaltan los lugares prominentes que ocupan las enfermedades del corazón y los tumores malignos en ambos sexos; los accidentes en los hombres, y la enfermedad cerebrovascular en las mujeres.

^{5/}Organización Panamericana de la Salud, Las condiciones de salud en las Américas, 1977-1980. Washington, D.C., 1982. (Publicación Científica 427).

^{6/} Ibid.

En el Cuadro 8, se contrastan las causas de muerte en dos grupos de países con condiciones socioeconómicas y demográficas diferentes como son Mesoamérica Continental (Centro América y Panamá y México) y América del Sur Templada (Argentina, Chile y Uruguay). Se hace la salvedad de que en Mesoamérica Continental hay diferencias importantes entre los países, lo cual la hace menos homogénea que la subregión del Cono Sur. Se observa, en primer lugar, que en los adultos de 25 a 44 y de 45 a 64 años, las principales causas de muerte varían de un sexo a otro tanto en proporción como en la magnitud de sus tasas. Así por ejemplo, los accidentes y muertes violentas en hombres muestran gran exceso con respecto a las de mujeres; la cirrosis hepática tiene gran magnitud en hombres de Mesoamérica, mientras que los tumores malignos tienen por el contrario más relevancia en mujeres. En el grupo de 65 años y más, en cambio, no hay muchas diferencias en los primeros lugares de muerte entre hombres y mujeres y las semejanzas entre subregiones son más notorias en cuanto al orden de causas. El segundo hecho interesante de este cuadro es la diferencia en la magnitud de algunas causas de muerte entre subregiones. Si bien las enfermedades del corazón ocupan el primer lugar en frecuencia en hombres de 45 a 64 años en las dos subregiones, la tasa de los países del Cono Sur es tres veces la tasa de Mesoamérica. Igual comentario podría hacerse para los tumores malignos. La diabetes mellitus presenta un comportamiento singular, pues parece predominar en los países de Mesoamérica, especialmente en mujeres, contrario a lo que se observa para otras enfermedades crónicas no transmisibles en la misma subregión y a lo esperado en el Cono Sur, dónde la importancia de las enfermedades crónicas ha sido más reconocida.

En el plano de la comparación interpaíses, se pueden detectar otras diferencias en relación con el comportamiento de algunas enfermedades. Así, por ejemplo, dentro del grupo de las enfermedades cardiovasculares, la enfermedad isquémica del corazón tiene mayor peso en la mortalidad en la Argentina, Cuba y Trinidad y Tabago, mientras la enfermedad hipertensiva es responsable de un exceso de mortalidad en los países del Caribe de habla inglesa y en Colombia^{7/}.

El Cuadro 9 ilustra otra particularidad epidemiológica en relación con la ocurrencia de cáncer en las mujeres de América Latina. En este cuadro se han clasificado los países, de acuerdo con el patrón de distribución de las muertes debidas a cáncer del cuello uterino, otras partes de útero y de mama. Pueden verse claramente tres categorías según la frecuencia relativa que predomine: países con mayor proporción de cáncer del cuello uterino, países con mayor proporción de muertes por cáncer de mama, y países con proporción similar de muertes por cáncer del cuello uterino y de mama. Se destaca que la mayoría de países de América Latina y el Caribe cae en la primera categoría, donde es notorio el exceso de muertes por cáncer del cuello uterino.

^{7/} Ibid.

Los datos disponibles sobre otras enfermedades crónicas como la enfermedad isquémica del corazón, el cáncer del pulmón, el cáncer del intestino grueso y de mama muestran un predominio definido en los países con indicadores de mayor nivel socioeconómico, en contraste con la distribución del cáncer del estómago y el cáncer del cervix, de predominio en la mayor parte de países de América Latina y el Caribe de menor nivel socioeconómico^{8/}.

De igual manera, entre los tumores malignos, se pueden identificar patrones de distribución geográfica de algunas localizaciones primarias y tipos histológicos de cánceres, muy particulares. Se resalta el alto riesgo para cáncer del estómago, de tipo intestinal, entre el más alto del mundo, en Chile, Colombia, Costa Rica y Venezuela^{9/}. El cáncer de la vesícula biliar presenta una interesante distribución de alto riesgo en Bolivia y México^{10/}, lo cual es objeto de una investigación que se efectúa actualmente, con la colaboración de la OPS.

En el Cuadro 10 se muestran las primeras causas de muerte de dos países del Cono Sur expresadas en términos de pérdida potencial de años de vida. En el Uruguay tienen mayor peso las muertes por enfermedades del aparato circulatorio y el cáncer; en Chile los accidentes y la cirrosis del hígado son responsables de un porcentaje importante de años de vida perdidos.

La información sobre morbilidad, proveniente de las encuestas nacionales de morbilidad y de las encuestas de prevalencia específicas, así como de los registros de incidencia de cáncer, documentan también la importancia y prioridad de las enfermedades que son objeto del Programa de Salud del Adulto. La hipertensión arterial se coloca entre las primeras por su elevada magnitud y amplia distribución. Los datos disponibles confirman tasas de prevalencia del orden del 10 al 15% en los adultos de los diferentes países^{11/}.

^{8/}Ibid.

^{9/}Información de los Países Miembros a la OPS. Programa de Estadísticas de Salud.

Cancer Incidence in Five Continents. Volume IV. IARC, Lyon, France, 1982.

^{10/}Conference and Workshop on Cancer Epidemiology in Latin America, "Opportunities for Collaborative Research," Journal of the National Cancer Institute. 70:979-985, 1983.

^{11/}J. Litvak, H. Boffi, Z. Pisa y T. Strasser, "International Programs in Blood Pressure Control," Bulletin of the Pan American Health Organization. 13(4): 354, 1979.

La diabetes mellitus muestra una mayor variabilidad, y la información existente permite inferir que su prevalencia varía entre 2 y 8% en poblaciones adultas de la Región^{12/}.

El grupo de enfermedades reumáticas crónicas ocupa la atención de los servicios de salud en algunos países por la gran carga de asistencia médica que requieren. Este es el caso de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Uruguay y Venezuela. Así lo demuestra la información disponible, proveniente del estudio descriptivo colaborativo interpaíses coordinado por la OPS y que se concluyó recientemente^{13/}.

Algunos datos sobre causas de incapacidades y ausencias laborales, refuerzan la información sobre la importancia de las enfermedades crónicas degenerativas. Por ejemplo, en el Brasil, las tres principales causas de incapacidad en asegurados urbanos del Instituto Nacional de Previsión Social, en 1978, fueron hipertensión arterial, osteoartrosis y neurosis^{14/}. En el Uruguay, la encuesta nacional de Salud Familiar de 1982 mostró la magnitud de los problemas de las discapacidades (Cuadro 11).

La distribución geográfica de los problemas que nos ocupan adopta también diferencias intrapaíses. Así por ejemplo, en los países ya mencionados de alto riesgo para cáncer del estómago, hay localizaciones geográficas claramente definidas de alto y bajo riesgo. El cáncer del esófago se presenta con un riesgo alto en las poblaciones del sur del Brasil, Uruguay y el norte de Argentina^{15/}. En el Perú, la hipertensión arterial y la cardiopatía coronaria tienen una prevalencia mucho mayor en las poblaciones de la costa, en comparación con las de las grandes alturas^{16/}. En Colombia, también se han documentado diferencias en la frecuencia de estas enfermedades entre regiones del país^{17/}.

^{12/}J. Litvak, "La diabetes mellitus, un desafío para los países de la Región", Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 79(4): 281, 1975.

^{13/}Organización Panamericana de la Salud, Informe de la reunión del Grupo de estudio asesor sobre el control de las enfermedades reumáticas crónicas. Washington, D.C., marzo 1983.

^{14/}Perfil y análisis de País. OPS, Brasil, 1984.

^{15/}Datos recopilados en el Programa de Salud del Adulto, OPS

^{16/}L. Ruiz y D. Peñaloza, "Altitude and hypertension," Mayo Clinic Proceedings. 52:442, 1977.

^{17/}E. de Restrepo, "Epidemiología de enfermedades cardiovasculares", Fundamentos de Medicina. Corporación para Investigaciones Biológicas, Colombia, 1981.

En resumen, la evidencia epidemiológica permite identificar dos grandes tendencias:

- Transición del predominio de la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias al de las enfermedades crónicas no transmisibles; especialmente, las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos.
- Aumento progresivo de la morbilidad por patologías propias de la vida moderna, y de la importancia de factores de alto riesgo para la salud que se interrelacionan entre sí en complejas redes causales, todo lo cual requiere de acciones preventivas en varios niveles.

En conclusión, la heterogeneidad de la Región y el acelerado cambio que se está observando en los perfiles epidemiológicos de la mayor parte de los países, hacen necesario reforzar tanto la capacidad epidemiológica de los programas de salud para llegar a diagnósticos de situación más precisos, como el desarrollo de las acciones programáticas adecuadas para los adultos y personas de edad avanzada.

4. Componentes o subprogramas del Programa de Salud del Adulto de la OPS

- a) Enfermedades crónicas (inclusive cáncer)
- b) Salud mental (inclusive farmacodependencia y abuso de alcohol)
- c) Salud de las personas de edad avanzada
- d) Prevención de la ceguera
- e) Prevención de accidentes
- f) Salud de los impedidos

5. Objetivos

El objetivo general del programa es colaborar con los Gobiernos Miembros en la formulación, ejecución y evaluación de políticas y programas de salud para la población adulta y anciana, con base en un conocimiento adecuado de su situación social, cultural, económica y política. De esta manera se pretende lograr, a través de las estrategias y enfoques de cooperación que se detallan a continuación, la promoción de la salud y de la calidad de vida en estos grupos de población, la prevención y tratamiento de daños y la rehabilitación. Los objetivos y actividades específicas del programa se describen en cada uno de sus componentes o subprogramas.

6. Estrategias

El análisis de los múltiples factores que determinan la salud del adulto impone un compromiso serio para los organismos nacionales de salud. La naturaleza variada de los factores de riesgo, algunos de ellos determinados genéticamente y otros presentes desde edades tempranas, destaca la necesidad de una intervención constante sobre dichos factores durante toda la vida del individuo, mediante actividades integradas en todos los niveles del sistema de salud y progresivamente articuladas a las de otros sectores económicos y sociales.

El ámbito del Programa de Salud del Adulto, en consecuencia, no está concebido en forma restricta en función de los daños que se presentan en este grupo vulnerable que comprende al adulto y al anciano. Por el contrario, todos sus componentes tienen un espectro de cooperación integral que abarca actividades de prevención y control de daños y de promoción y cuidado de la salud desde el período prenatal hasta la ancianidad. En este sentido se orientan las estrategias generales y específicas del programa.

6.1 Estrategias generales

6.1.1 Movilización de recursos nacionales y formación de redes de colaboración

El programa identifica y apoya grupos, instituciones o centros orientados al servicio, investigación y adiestramiento en salud, que faciliten las acciones conjuntas en áreas prioritarias específicas. Esto sirve como base para potenciar la cooperación tanto intra- como interpaíses^{18/}. En la descripción de los componentes o subprogramas se destaca esta estrategia en forma especial, como es el caso, entre otros, del Programa Colaborativo de Investigaciones en el Tratamiento de Cáncer (CCTRP).

6.1.2 Cooperación técnica entre países en desarrollo (CTPD) y entre países desarrollados y en desarrollo

La articulación de los grupos, instituciones y centros señalados anteriormente, aparte de constituir una red de apoyo a los programas

^{18/} Organización Panamericana de la Salud, Marco administrativo para la utilización óptima de los recursos de la OPS/OMS en apoyo directo de los Gobiernos Miembros. Washington, D.C., 1983 (Documento CD29/13).

regionales, facilita el desarrollo de las estrategias de CTPD. Las características particulares de los subprogramas que constituyen el Programa de Salud del Adulto, cuyas bases científico-técnicas están en permanente revisión, hacen aconsejable en algunas ocasiones incorporar también estas redes a centros de países desarrollados. La transferencia de conocimientos y el intercambio de colaboración horizontal, así como la colaboración norte-sur, es importante para el reforzamiento de los niveles secundarios y terciarios de atención, para la incorporación de medidas preventivas y promocionales de eficacia comprobada, así como para la investigación en tecnología y en desarrollo tecnológico.

6.1.3 Coordinación

La coordinación del Programa de Salud del Adulto, tanto entre sus subprogramas como con otros programas de la OPS, es indispensable. La salud del adulto y del anciano es inseparable de aquellas actividades de promoción y prevención de la salud del individuo y de la comunidad en el contexto más general, así como de las actividades de atención de la salud.

El Programa destaca como nivel de coordinación el país, a través de la articulación o integración de las actividades intra e interprogramas de cooperación técnica a los programas de los países.

Las estrategias de atención primaria, el desarrollo de la infraestructura de salud, los mecanismos interpaíses y regionales de apoyo a las estrategias, así como los sistemas de evaluación y monitoría, son comunes a todos los programas de la OPS y obliga, por tanto, a definir mecanismos suficientemente flexibles que permitan una adecuada coordinación de las actividades de los programas en los países.

6.2 Estrategias específicas

6.2.1 Vigilancia de la situación

La definición de prioridades para la cooperación técnica debe basarse en conclusiones objetivas sobre la situación de salud, que deriven de un análisis integral del acopio de información disponible sobre las realidades políticas, técnicas y operacionales de los países. Esto es más importante aún si se consideran los rápidos cambios que en dicha situación está mostrando la Región.

Con el fin de planificar racionalmente la cooperación técnica del Programa, con clara especificación de sus acciones en el corto, mediano y largo plazo, se necesita conocer adecuadamente la realidad histórica de los países de la Región. Por esta razón, se está promoviendo la

generación de una base de información que permita el diagnóstico de la situación de los problemas y programas de salud en una forma continua.

Como resultado de esta aproximación, el Programa de Salud del Adulto esta documentando en la Región, a través del Proyecto de Monitoría Regional de los programas integrados de control de las enfermedades crónicas (Proyecto MORE), la distribución de los problemas de salud que afectan al adulto, el desigual desarrollo de las actividades o programas específicos de control e, incluso, la desigual potencialidad de la capacidad operacional de los sistemas públicos.

6.2.2 Prevención de daños y promoción de la salud

El aumento de la esperanza de vida en los países de la Región, así como el cambio en los perfiles de morbilidad y mortalidad, que muestra una franca tendencia al predominio de las enfermedades crónicas y los accidentes, señalan la importancia de esta estrategia. El programa debe necesariamente preocuparse de la protección de la salud de los grupos de alto riesgo, así como de la promoción colectiva de la salud, a través de la intervención sobre los factores de riesgo que operan aún antes del nacimiento. Las medidas preventivas dirigidas a la población general o a los individuos con alto riesgo no se excluyen mutuamente sino que por el contrario se complementan^{19/}. Los intentos de modificar las costumbres dietéticas nacionales para prevenir la cardiopatía coronaria, por ejemplo, pueden ponerse en marcha mientras en los servicios de atención médica se centran los consejos dietéticos en quienes presentan un riesgo mayor.

La estrategia de alto riesgo y la estrategia poblacional, así como la prevención secundaria y terciaria reciben, en consecuencia, el principal énfasis en el control de las enfermedades crónicas no transmisibles en particular, y de la protección y promoción de la salud del adulto, en general.

6.2.3 Atención de la salud

Tal como se expresó anteriormente, la atención primaria de salud conlleva la identificación de niveles de atención de complejidad creciente. Esto es especialmente válido en el Programa de Salud del

^{19/}G. Rose, Sick Individuals and Sick Populations. Int. J. Epidemiol. 14:32, 1985.

R. Doll, "Prospects for Prevention," British Medical Journal. 286, 5 February 1983.

Adulto, en que la mayor parte de las tecnologías de los programas de control requieren de los niveles más especializados y de más alto costo. Por esta razón el programa concede especial énfasis a la racionalización de tales niveles de atención, promoviendo el establecimiento de normas de atención para los distintos niveles,* el ensayo de modelos operacionales en servicios de salud, la evaluación de tecnologías y el reforzamiento institucional.

6.2.4 Integración

Durante las últimas tres décadas, enfermedades crónicas prominentes como la hipertensión arterial, la cardiopatía coronaria, la fiebre reumática, el cáncer del cuello uterino, la diabetes y otras, han sido objeto de intensa investigación epidemiológica descriptiva, analítica y de intervención. Los resultados de estos estudios han proporcionado las bases para iniciar acciones de control de enfermedades aisladas pero, al mismo tiempo, han señalado repetidamente que a una constelación de causas se opone una multiplicidad de efectos, relación entre "trama de causas" y "trama de efectos" que es particularmente nítida cuando se considera a las enfermedades no transmisibles en su conjunto.

De lo anterior se deduce que un conjunto de actividades eficaces de control, que alcance una cobertura adecuada y opere por un tiempo suficiente, sería capaz de modificar a la vez varios de los problemas de salud que afectan una población.

En esta perspectiva un programa integrado para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles es aquel que combina de una manera operacionalmente factible, recursos de los sectores y actividades, anteriormente asignados a una enfermedad, a la prevención y control de un conjunto de ellas. Se busca con ello lograr un mayor impacto en la salud global de la población a un menor costo.

* El Programa de Salud del Adulto ha publicado una serie de manuales operacionales que se citan en los subprogramas correspondientes: fiebre reumática y cardiopatía reumática, hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer del cuello uterino, prevención de la ceguera, rehabilitación basada en la comunidad y psiquiatría comunitaria.

La integración en los programas de control de las enfermedades crónicas, o en los enfoques integrales de protección y promoción de la salud del adulto tienen, entonces, varias características:

a) Integración de estrategias de prevención y control

Articulación dentro de un proceso de atención integral a la población de las estrategias de prevención secundaria, de alto riesgo y poblacional.

b) Integración de actividades y recursos

Reorientación de recursos previamente asignados a la ejecución de actividades dispersas hacia el objetivo común de lograr una mejor salud para el adulto y el anciano.

c) Integración a los servicios generales de salud

Los programas de control de las enfermedades crónicas deben ser parte armónica del cuidado global de la salud de la población con énfasis en la atención primaria.

d) Integración de disciplinas

Se propone un trabajo multidisciplinario coherente en los aspectos de ciencias sociales del comportamiento y de la salud.

e) Integración intrasectorial e intersectorial

Las actividades del sector salud, así como aquellas derivadas de la participación de otros sectores, tales como el de educación, legislativo, económico, etc. son inseparables en el enfoque integral de la prevención del daño y la promoción de la salud.

Es evidente que en el caso del cuidado de la salud del adulto, la satisfacción de todos los aspectos anteriormente mencionados no es posible en el futuro inmediato; por lo tanto, la integración se visualiza en una primera fase como la consolidación de los programas o actividades de control específicos por daño, y la adopción de mecanismos graduales de integración.

En fin, se está dando especial atención a la integración de actividades de prevención y control en varias dimensiones: abordando en conjunto las principales enfermedades y factores de riesgo, incorporando las acciones a los servicios generales de salud en todos sus niveles de atención y desarrollando nuevas acciones para las cuales el concepto de promoción y protección de la salud del adulto y del anciano es el eje programático. En el panorama de la Región, existen áreas donde la necesidad de integrar las actividades o programas actualmente en operación ha sido ya conceptualmente reconocida, por lo cual se precisa canalizarla hacia la búsqueda de esquemas de operación más integrales, que incorporen en tiempos y espacios históricamente coherentes, las estrategias individuales (de prevención secundaria y de alto riesgo) y la estrategia poblacional.

7. Enfoques básicos de la cooperación del Programa

7.1 Cooperación técnica directa

El Programa Regional, a través de sus recursos humanos y materiales de cooperación técnica, colabora directamente con las Representaciones de la OPS en los países, complementando las actividades identificadas conjuntamente con las autoridades de salud y promoviendo aquellas que emanan de los mandatos de los Cuerpos Directivos. El continuo análisis de la situación de salud facilitará tal colaboración, encausando la promoción, integración y coordinación de actividades dentro y fuera del programa.

7.2 Adiestramiento

El Programa coopera con los países en la capacitación de personal para los diferentes niveles de complejidad del sistema de servicios de salud. Con tal propósito, refuerza el adiestramiento de personal en número y calidad adecuados a las necesidades de los programas de prevención y control de los países. Cooperación además en la educación de la comunidad sobre promoción y protección de su salud, mediante intervenciones psicosociales y acciones de salud pública, en general.

7.3 Investigación

El componente de investigación del Programa busca mejorar el conocimiento epidemiológico de la magnitud y los determinantes o principales factores de riesgo que intervienen en la historia natural de los desordenes agudos y crónicos no transmisibles, secuelas de enfermedades transmisibles, dependencias, accidentes, etc. Estimula también las investigaciones sobre operación de los servicios de salud, y

sobre las necesidades de los ancianos, a través de proyectos colaborativos interpaíses. Promueve las investigaciones básicas en la medida que favorezcan la transferencia del conocimiento adquirido a los programas de control. Mención especial merece la búsqueda de modelos integrados de protección y promoción de la salud del adulto, así como un mejor conocimiento de los factores sociales que orientan la decisión para la acción en los países de la Región. Las prioridades de investigación del Programa de Salud del Adulto fueron presentadas a la XXIII Reunión del Comité de Investigaciones en Salud de la OPS, en 1984 (Anexo I).

7.4 Diseminación de información

El Programa busca recopilar, analizar y diseminar selectivamente la información adecuada para definir prioridades y formular programas, así como la información técnica y científica que facilite la administración de los programas en los diferentes niveles de atención.

El concepto de red de información bibliográfica, desarrollado en relación con las investigaciones en el cáncer, es un modelo que se aspira extender a otras áreas programáticas.

8. Descripción del programa

8.1 Enfermedades crónicas

La Organización colabora con los Gobiernos de la Región en la formulación de políticas y programas para el control de las enfermedades crónicas no transmisibles, con base en la situación epidemiológica de los países, la factibilidad de la prevención primaria y secundaria, y la disponibilidad de los recursos necesarios para los programas. Especial énfasis se ha dado en apoyar la organización, dentro de los Ministerios de Salud, de unidades técnicas responsables de formular tales políticas y normas, en la convicción que ello favorece la integración de los programas a los sistemas generales de salud. En coherencia con lo que antecede, el subprograma de enfermedades crónicas ha asumido los siguientes objetivos:

- Brindar cooperación técnica a los países de la Región que necesiten definir y/o comprender mejor la situación de las enfermedades crónicas no transmisibles.
- Promover y cooperar con el desarrollo de programas integrados de control basados en la comunidad, así como con la organización adecuada de los servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades crónicas no transmisibles.

- Estimular y apoyar la investigación en aspectos críticos del conocimiento sobre epidemiología, prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles, promoviendo la efectiva aplicación del nuevo conocimiento adquirido en la prestación de servicios a la comunidad.
- Promover y apoyar la capacitación de personal de todos los niveles programáticos en epidemiología, prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles más prevalentes.
- Recopilar y diseminar selectivamente la información necesaria para la definición de prioridades y la administración de los programas nacionales de control.

Para lograr estos objetivos, se están aplicando principalmente las siguientes estrategias:

a) Promoción a nivel individual y poblacional de la prevención de daños y de la promoción de la salud

En la Región, los Estados Unidos de América han destacado en los últimos 20 años la importancia de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad, particularmente las enfermedades crónicas y accidentes, en la formulación de los objetivos y metas para mejorar el estado de salud de su población^{20/}. Durante este período, una serie de proyectos y programas han demostrado, por ejemplo, la factibilidad de influir sobre los principales determinantes de las enfermedades cardiovasculares, tales como la elevación de los lípidos sanguíneos generalmente asociada a dieta inadecuada, inactividad física y sobrepeso; la hipertensión arterial, y el hábito de fumar. En este período, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en los Estados Unidos de América ha sufrido un profundo cambio, con una tendencia a la disminución más acentuada que la experimentada por todas las otras causas^{21/}.

^{20/}Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, Promoting Health/ Preventing Disease. Public Health Service Implementation Plans for the Attaining the Objectives for the Nation. (Public Health Reports. PHS 83-50193) 1983.

^{21/}Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos, Grupo de Trabajo sobre Epidemiología de la Cardiopatías. Informe del Instituto Nacional del Corazón, Pulmones y Sangre. (Publicación NIH No. 79-1667) 1979.

Es claro, que los programas nacionales de control deben proporcionar servicios preventivos y curativos a la población, aumentar en ella su conocimiento sobre salud, persuadirla para el cambio, dar adiestramiento sobre cambios de conducta, lograr las modificaciones necesarias del ambiente para apoyar las formas nuevas de comportamiento y lograr la participación comunitaria en la acción-decisión sobre las necesidades del programa. La experiencia mundial disponible sugiere que las actividades de educación en salud deben tener objetivos claros y estar apoyados en los enfoques de cambio de comportamiento, innovación-difusión, e innovación/cambio de comportamiento. Para que intervenciones de este tipo se traduzcan en cambios importantes en los estilos de vida, en los hábitos no saludables y en la exposición a factores nocivos del ambiente, se requiere que la política, la planificación, el desarrollo y los compromisos nacionales coincidan en el contexto de la promoción y protección de la salud.

- b) Promoción de la integración de actividades de prevención y control de las principales enfermedades y factores de riesgo y, a la vez, de este conjunto de acciones a los servicios generales de salud en todos los niveles de atención

Con base en la experiencia acumulada en el control de algunas de estas enfermedades, como hipertensión arterial, diabetes, fiebre reumática, cáncer del cuello uterino, etc., se está impulsando un enfoque integral en la concepción de las acciones promocionales de salud y de control de factores de riesgo y de daños, dentro de los servicios generales de salud, con énfasis en la atención primaria. Con el apoyo de la Organización, se están iniciando, en escala limitada, programas integrados de prevención y control de las enfermedades crónicas en Brasil, Cuba y Venezuela, con miras a una extensión progresiva de su cobertura.

- c) Estímulo y apoyo a la organización de los servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en forma adecuada a la complejidad de las enfermedades más prevalentes

Las enfermedades crónicas no transmisibles, generalmente en sus estadios más avanzados, constituyen una importante fracción de la demanda de atención médica-hospitalaria en la mayoría de los países de la Región. Los costos crecientes que esta situación impone a los sistemas públicos de salud, justifica la evaluación y racionalización de tales servicios, paralelamente a los

desarrollos en el campo de la prevención. La formulación de normas de diagnóstico y tratamiento, así como la evaluación de tecnologías son centrales a esta aproximación.

- d) Promoción y apoyo a la vigilancia de las actividades o programas de control de las enfermedades crónicas no transmisibles, en los planos nacional, subregional y regional

A mediados de 1983, la Organización propuso un proyecto de monitoría de las actividades o programas integrados de control de las enfermedades crónicas en los países de la Región (Proyecto MORE), uno de cuyos fines es contribuir a una mejor planificación de sus actividades de cooperación. Este medio facilitará satisfacer las necesidades de los Países Miembros, de acuerdo con sus reales condiciones sociales y sanitarias. Dentro de esta perspectiva, los países del Cono Sur (Argentina, Chile y Uruguay) en una reunión efectuada en Punta del Este, Uruguay, en abril de 1984, discutieron posibles estrategias subregionales para enfrentar la alta frecuencia de las enfermedades crónicas, aprovechando los recursos de los tres países. Recientemente, se ha iniciado la promoción de los tres ejes de investigación (planificación estratégica, programas integrados y servicios de salud) de apoyo al Proyecto MORE, así como la elaboración de los protocolos básicos respectivos.

8.1.2 Enfermedades cardiovasculares

Son bien conocidos los métodos de prevención y control de la fiebre y la cardiopatía reumática, que en los últimos decenios ha contribuido al descenso espectacular de la magnitud de la enfermedad en los países desarrollados. Sin embargo, persisten tasas relativamente altas de esta enfermedad en muchos países de la Región. Ocho países (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela) participaron en un proyecto colaborativo sobre prevención secundaria de la fiebre reumática en la comunidad. Se observó que los programas que tuvieron la tasa más baja de abandono de la profilaxis fueron aquellos que estaban incorporados a los servicios de salud, y que comprendían la participación de centros de salud a nivel local y de personal auxiliar. El grupo de trabajo preparó un Manual de normas operacionales para el control de la fiebre reumática^{22/}, que fue puesto a disposición de

^{22/}Organización Panamericana de la Salud, Prevención y control de la fiebre reumática en la comunidad. Normas operacionales para un programa de extensión de la cobertura a los diferentes niveles de atención. Washington, D.C., 1980.

los Gobiernos Miembros en 1980. En la actualidad, Bolivia, El Salvador y Jamaica están iniciando una acción intensiva de prevención de la fiebre y cardiopatía reumáticas, con la colaboración de la Organización. Esta actividad es parte de un proyecto conjunto con la OMS, y que será financiado con fondos extrapresupuestarios especiales.

La necesidad de reforzar las actividades de lucha contra la hipertensión arterial fué señalada por el Comité Ejecutivo en 1978^{23/}. De 1976 a 1981 un total de 10 países (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, México, Perú y Venezuela) participaron en un estudio colaborativo sobre el control de la hipertensión arterial coordinado por la OPS. Este estudio demostró la factibilidad de la prevención secundaria de la hipertensión en la comunidad y la importancia de los servicios generales de salud en el éxito de un programa de lucha contra la hipertensión. La experiencia acumulada sirvió de base para formular normas para el control de la hipertensión, que se publicaron en 1984^{24/}. La Organización ha colaborado con varios países en la formulación de programas de control de la hipertensión y en talleres nacionales convocados para tal efecto.

Como se mencionó anteriormente, la tendencia a la disminución de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en los países industrializados demuestra que estas son prevenibles o controlables, siempre que sea posible intervenir sobre sus más importantes factores de riesgo^{25/}.

En 1982, la Organización inició un proyecto orientado a estudiar el efecto de las modificaciones en la dieta sobre la historia natural de las enfermedades cardiovasculares en Brasil, Jamaica y México. En 1984, un grupo de expertos sobre hábito de fumar y salud diseñó posibles líneas de acción futura de la OPS, así como estrategias para la promoción de políticas y acciones en los países, lo cual va a ser discutido en una reunión subregional del Cono Sur a fines de 1985. Igualmente, se están

^{23/}Organización Panamericana de la Salud, Comité Ejecutivo, 80a Reunión, Hipertensión Arterial. CE80.R6, 1978.

^{24/}Organización Panamericana de la Salud, La hipertensión arterial como problema de salud comunitario. Washington, D.C., 1984 (Serie Paltext para trabajadores primarios de salud, No. 3).

^{25/}P. Puska et al, "The Community-Based Strategy to Prevent Coronary Heart Disease: Conclusions from the 10 Years of the North Karelia Project," "Annual Review of Public Health" (En prensa).

ensayando estrategias de intervención de los principales factores de riesgo cardiovascular, como parte de abordajes integrados de control de las enfermedades no transmisibles, en Argentina, Brasil, Chile, Cuba, Costa Rica, Uruguay y Venezuela.

8.1.3 Cáncer

Las neoplasias malignas se clasifican como grupo en segundo lugar, después de las cardiopatías, entre las principales causas de defunción para todas las edades en los países de las Américas^{26/}. Además, figuran entre las cinco primeras causas de muerte en 30 de 37 países.

Algunas de las dificultades de los programas internacionales relacionados con el control del cáncer provienen de la falta de uniformidad en la nomenclatura.

Además, al igual que con cualquier otro problema de salud pública, el primer requisito para la planificación de programas de lucha contra el cáncer debe ser la determinación adecuada de la magnitud y naturaleza del problema. Con esta finalidad, la OPS está colaborando con el establecimiento de registros hospitalarios o poblacionales de la enfermedad en aquellos países interesados en iniciarlos.

En este sentido, se ha preparado un curso modular para médicos y encargados de registros en el que se utiliza el Manual para la estandarización de registros de cáncer de hospital^{27/} y otro material estandarizado, tal como la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-0)^{28/} y el Sistema TNM de la Unión Internacional Contra el Cáncer para el estado del cáncer^{29/}. El primer curso para

^{26/}Las condiciones de salud en las Américas, 1977-1980. Op. cit.

^{27/}Organización Panamericana de la Salud, Manual para la estandarización de registros de cáncer de hospital. Washington, D.C., 1977 (Publicación Científica 349, español y portugués. Disponible en inglés como Publicación (Offset) No. 25 de la OMS, Ginebra).

^{28/}Organización Panamericana de la Salud, Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología. Washington, D.C., 1977 (Publicación Científica 345, en español y portugués. Disponible en inglés como publicación de la OMS, Ginebra, 1976).

^{29/}Unión Internacional Contra el Cáncer, Clasificación de tumores malignos por el sistema TNM. Ginebra, 1974.

América Latina tuvo lugar en Costa Rica (1978) y para los países del Caribe de habla inglesa, en Barbados (1982). Los cursos más recientes de esta naturaleza se llevaron a cabo en Bahamas (1984) y en el Brasil (1985).

La información disponible ha corroborado la elevada frecuencia del cáncer cervico-uterino y el mayor riesgo de padecerlo que afecta a los estratos socio-económicos menos privilegiados. Esta situación indujo a la Organización a constituir un grupo de expertos para proponer normas y procedimientos para el control de este tipo de cáncer^{30/}, las cuales fueron recientemente revisadas y actualizadas por un segundo grupo de consultores^{31/}; se espera que su uso contribuya a mejorar la ejecución de los programas. La situación, sin embargo, sigue siendo desalentadora debido especialmente a la baja cobertura de las acciones. Por esta razón los problemas relacionados con el control de esta enfermedad fueron discutidos en un seminario regional que tuvo lugar en México en enero de 1984. Con base en las recomendaciones de esta reunión se está apoyando la evaluación de los programas actuales y la reformulación de las actividades de control; además, se están identificando los ajustes programáticos necesarios para obtener un mayor impacto en la mortalidad por este cáncer. Tal aproximación se ha iniciado recientemente en Barbados, Brasil, Colombia, Honduras, Nicaragua y la República Dominicana esperándose expandirla próximamente a otros países.

El fortalecimiento de los centros especializados es una medida importante cuando se debe definir la función que corresponde a los distintos niveles de atención en los programas de lucha contra el cáncer. Facilita la difusión de normas y directrices y la posibilidad de aplicar los conocimientos actuales en las medidas de control. Gran parte de las actividades de la OPS en apoyo de este aspecto de los programas de control del cáncer se realizan a través del Proyecto de Información e Investigaciones en Cáncer en Latinoamérica (LACRIP), y el Programa Colaborativo de Investigaciones sobre el Tratamiento de Cáncer (CCTRP). Estos proyectos conjuntos de la OPS y el "National Cancer Institute (NCI)" de los Estados Unidos de América están financiados en gran parte con recursos extrapresupuestarios.

^{30/}Organización Panamericana de la Salud, Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer del cuello uterino. Washington, D.C., 1972 (Publicación Científica 248).

^{31/}Organización Panamericana de la Salud, Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer del cuello uterino. Washington, D.C., 1985 (Serie Paltex para trabajadores primarios de salud. En prensa).

LACRIP recopila información en cáncer a través de publicaciones, proyectos de investigación y protocolos clínicos producidos en América Latina, para su ingreso en el banco de datos CANCERLINE. A su vez, LACRIP disemina selectivamente información de este banco de datos al personal de salud que trabaja en cáncer, a través de actualizaciones en 15 temas diferentes cuatro veces al año. Más de 3.400 suscritos en 22 países de la Región reciben estas publicaciones. A través de LACRIP se ha proporcionado también, en los últimos seis años, más de 6.000 búsquedas bibliográficas a investigadores que lo han solicitado.

El Programa Colaborativo de Investigaciones sobre Tratamiento del Cáncer (CCTRP) comprende 13 centros de cáncer en nueve países de América Latina (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Perú, Uruguay y Venezuela), y 10 centros de cáncer de los Estados Unidos de América. A su vez, un total de 26 instituciones de América Latina participan como asociadas. Se han diseñado y aprobado 60 protocolos desde que el programa comenzó. Treinta y siete han terminado y 23 están aún activos. Los principales resultados de estos estudios se han manifestado a través de la mejor utilización del tratamiento quimioterápico antineoplásico que se está observando en los países de la Región.

Más de 50 resúmenes o artículos han sido publicados por el proyecto^{32/}. El CCTRP ha demostrado ser una herramienta esencial en promover la investigación clínica a nivel internacional, identificar los tratamientos más adecuados para cada tipo de tumor, así como para promover su uso estandarizado en las instituciones o países^{33/}.

En relación con el tratamiento quimioterápico del cáncer, es preciso revisar la disponibilidad de las drogas antineoplásicas que son efectivas contra los cánceres curables (leucemia linfoblástica aguda, tumor testicular de células germinales, Hodgkin, tumor de Wilms, etc.), así como el adiestramiento en su utilización^{34/}. Consecuentemente, la

^{32/}Organización Panamericana de la Salud, Proceedings, Seven Annual Workshop of the Collaborative Cancer Treatment Research Program. Washington, D.C., 15-17 de mayo de 1985.

^{33/}S. Pavlovsky y J. Litvak, "Multidisciplinary consideration of cancer therapy in Latin America." International Journal of Radiation Oncology, Biological Physics. 10:Sup. 1, 77-80, 1984.

^{34/}S. Pavlovsky, F. Muggia y F. Sackman, "Disponibilidad y uso racional de drogas esenciales en el tratamiento del cáncer", Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. (En prensa).

OPS está preparando un proyecto sobre adquisición y uso racional de drogas antineoplásicas, que será presentado a los Gobiernos Miembros en el curso de este año. El Gobierno de Bahamas ha tomado ya la iniciativa en este sentido.

Dado que en la región es distinta la frecuencia y distribución de los tumores, la OPS realizó a mediados de 1982 en colaboración con el "National Cancer Institute (NCI)", de los Estados Unidos de América, una reunión regional para revisar la epidemiología del cáncer en América Latina y el Caribe^{35/}. Las investigaciones colaborativas derivadas de este análisis permitirán conocer mejor la historia natural de algunas neoplasias malignas, tales como el de vesícula biliar (Bolivia y México), cáncer del estómago (Chile, Costa Rica y Venezuela) y cáncer del esófago (Sur del Brasil y Norte del Uruguay y la Argentina).

En la Región, la falta de personal suficientemente adiestrado es a menudo el principal impedimento para un programa efectivo de control de cáncer. La OPS organizó un curso regional sobre epidemiología del cáncer, que se realizó por primera vez en Costa Rica en mayo de 1984, a solicitud de su Gobierno. En el mismo año se organizó en Chile un taller internacional para clínicos y oncólogos sobre estadística aplicada a la epidemiología y control del cáncer.

Finalmente, la OPS ha colaborado con la OMS en la preparación de lineamientos para la formulación de programas nacionales de cáncer en países en desarrollo. El documento^{36/} hace énfasis en el desarrollo o el inicio de las actividades de control de cáncer como parte integral de los planes nacionales de salud, así como la adjudicación de recursos de modo tal que se alcance el mayor segmento de la población en riesgo.

8.1.4 Diabetes mellitus

El Plan de Acción para las Estrategias Regionales para la meta de Salud para Todos en el Año 2000, recomienda reducir el impacto de la diabetes, dentro del contexto de los programas de control orientados hacia ésta y otras enfermedades crónicas asociadas con el peso excesivo, tales como la obesidad y la aterosclerosis. Consecuentemente, la OPS

35/Conference and Workshop on Cancer Epidemiology in Latin America. Op. cit.

36/Organización Mundial de la Salud, Guiding Principles for the formulation of National Cancer Programs in Developing Countries. Report of a Joint WHO/EURO Meeting. Ginebra, 4-7 de octubre, 1983.

reunió a un comité de expertos para destacar la importancia de esta enfermedad como problema de salud pública y formular recomendaciones conducentes a la preparación y ejecución de programas de control^{37/}. Posteriormente, la Organización elaboró un manual de normas y procedimientos para facilitar la planificación y ejecución de un programa de control integrado en los servicios generales de salud, que ha sido puesto a disposición de los Gobiernos Miembros recientemente^{38/}.

8.1.5 Otras enfermedades no transmisibles

Las enfermedades reumáticas crónicas son una causa frecuente de morbilidad e incapacidad prolongadas, limitando la vida activa de un gran número de personas. Para evaluar el grado de incapacidad y dependencia de los pacientes afectados por estas patologías, y las características de la demanda de servicios médicos, la Organización coordinó un estudio colaborativo con centros de Argentina, Brasil, Chile, México, Uruguay y Venezuela. Se espera en el futuro inmediato sistematizar las observaciones acumuladas, en la forma de normas de diagnóstico y tratamiento, lo cual servirá de base para planificar mejor la prevención secundaria y terciaria de estas enfermedades.

Además, en conjunto con el Comité de Epidemiología de la Liga Panamericana contra el Reumatismo y los "National Institutes of Health" (NIADDK/NIH), en julio de 1985, se efectuará un taller en Costa Rica para identificar áreas colaborativas de investigación epidemiológica en la Región.

Las enfermedades alérgicas crónicas también ocasionan una gran demanda de atención médica. Por esta razón, se realizó un estudio de colaboración entre centros de ocho países para investigar las características de los pacientes alérgicos y de su exposición a factores del ambiente potencialmente dañinos^{39/}. Como resultado de este estudio, se espera adaptar un manual de normas de atención para los países de la Región, en colaboración con la Sociedad Latinoamericana de Alergia y la Academia Americana de Alergia e Inmunología^{40/}.

^{37/}Organización Panamericana de la Salud, Grupo de Estudio sobre Diabetes Mellitus. Washington, D.C. (Publicación Científica 312).

^{38/}Organización Panamericana de la Salud, Manual de normas técnicas y administrativas del programa de diabetes mellitus. Washington, D.C., 1985, (Serie Paltext para trabajadores primarios de salud).

^{39/}Organización Panamericana de la Salud, estudio colaborativo sobre enfermedades alérgicas. Informe Final. Octubre de 1983.

^{40/}"Primer on Allergic and Immunologic Diseases, American Academy of Allergy and Immunology", Journal of the American Medical Association. 26 Nov. 1982. Vol. 248, No. 20.

8.2 Salud mental, farmacodependencia y abuso del alcohol

Los mandatos de los cuerpos directivos de la OPS que orientan las actividades de salud mental señalan la necesidad de establecer programas nacionales de salud mental incorporados a los planes generales de salud, recomiendan la extensión de los servicios de asistencia y prevención en salud mental a toda la población mediante las estrategias generales adoptadas por los países, identifica ciertos daños y condiciones de singular importancia para la región (epilepsia, retardo mental, alcoholismo, farmacodependencias, cobertura insuficiente de los servicios de asistencia psiquiátrica) y subrayan la importancia de los factores psicosociales en la historia natural de muchas enfermedades.

Las áreas prioritarias establecidas de acuerdo con la base legal mencionada y tomando en cuenta el perfil de problemas mentales de la región, pueden ser resumidas en los siguientes rubros:

- Reorganización de los servicios de asistencia psiquiátrica mediante la modernización de las instituciones y la oferta de alternativas a la hospitalización.
- Prevención y control de trastornos mentales de alta prevalencia en la región, incluso el alcoholismo y la farmacodependencia.
- Control de factores psicosociales (estilos de vida) favorecedores de patologías tanto somáticas como mentales.

Este conjunto de prioridades ha determinado las áreas de colaboración en la Región, habiéndose desarrollado programas de salud mental en 22 países. En la década de los 60 se analizaron los problemas más importantes de salud mental en tres reuniones celebradas en México, Buenos Aires y Kingston^{41/}, habiéndose sentado las bases para un programa

^{41/}Ver los siguientes informes:

Organización Panamericana de la Salud, Primer Seminario Latinoamericano de la Salud Mental. 1963. (Publicación Científica 81).

Organización Panamericana de la Salud, Segundo Seminario Latinoamericano de Salud Mental. 1964. (Publicación Científica 99).

Organización Panamericana de la Salud, Seminario sobre salud mental en el Caribe. Informe final. Kingston, Jamaica, septiembre 1965. (Documento mimeografiado).

regional. En 1978, un grupo de expertos de la región reunido en Cali, Colombia^{42/}, estableció con más precisión las prioridades, enfoques y estrategias para la Región. En los últimos 10 años, la mayoría de los países han desarrollado planes y programas de asistencia y prevención mediante talleres, grupos de trabajo y seminarios con la participación de asesores de la Organización.

Los objetivos del programa se dirigen a lograr en los países la disminución de los trastornos neurológicos y mentales de alta prevalencia, susceptibles a medidas de prevención y control, mediante:

- El establecimiento de programas nacionales de prevención, asistencia y rehabilitación.
- La provisión de servicios mínimos de salud mental a toda la población.
- La modificación de conductas propiciadoras de riesgos para la salud física y mental.

Las estrategias para alcanzar esos objetivos son consecuentes con las estrategias globales de la OMS y se compendian en la forma siguiente:

- Vigilancia de la situación de salud mental en los países mediante el catastro permanente de recursos, el análisis de la demanda satisfecha, la determinación de la magnitud y distribución de la patología mental en el país y la evaluación periódica del daño mediante estudios epidemiológicos. La Organización ha colaborado con Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Honduras, México, Perú y Venezuela en la realización de estudios epidemiológicos de enfermedades mentales, alcoholismo y farmacodependencia y en el perfeccionamiento de la recopilación y proceso de la información estadística.
- Determinación de los recursos disponibles en los países y adopción de medidas para su mejor utilización. Se señalarán aquellas instituciones y programas que realizan actividades innovadoras y de fácil aplicación. Se han identificado centros de enseñanza e investigación y servicios ejemplares que puedan

^{42/}Organización Panamericana de la Salud, Perspectivas de la salud mental en América Latina. Informe de un Grupo de trabajo. Cali, Colombia, abril 1978. 1978 (Documento mimeografiado).

servir para enriquecer los recursos y ensayar métodos novedosos de asistencia, prevención y rehabilitación. Se ha establecido así una red de centros colaboradores localizados en Argentina, Barbados, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, México, Perú y Venezuela, donde se fomenta activamente la cooperación técnica entre los países en las áreas de salud mental, alcoholismo, farmacodependencia y ciencias neurológicas.

- Reforzamiento del nivel primario de atención, introduciendo en el mismo el componente salud mental y facilitando el apoyo de los niveles secundario y terciario. Se propician cursos, programas de educación continuada y educación en los servicios en materia de salud mental, dependencias y alcoholismo. Se ha elaborado y probado en el terreno un manual de psiquiatría para el trabajador primario de salud^{43/}; se ha puesto a disposición de médicos generales y enfermeras un manual sobre epilepsia^{44/}; se ha elaborado un videocassette sobre alcoholismo y farmacodependencia y otro sobre terapia de familia y además, en cinco países se han ofrecido cursos de capacitación en salud mental para el trabajador primario de salud.
- Diseminación de la información técnica sobre salud mental mediante el establecimiento de un servicio de búsqueda bibliográfica y la transmisión periódica de información científica a los departamentos de salud mental de los Ministerios de Salud y a la red de centros colaboradores.
- Fomento de medidas legislativas en relación con la protección de la familia y el menor, la protección y rehabilitación del paciente mental y la abolición de medidas discriminatorias del paciente mental, el retardado y el epiléptico.
- Creación de grupos asesores nacionales que ayuden a determinar necesidades y a conformar y ejecutar los programas de asistencia y prevención. Actualmente se está apoyando la creación de grupos

^{43/}Organización Panamericana de la Salud, Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria. Washington, D.C., 1983 (Serie Paltext para técnicos medios y auxiliares No. 1).

^{44/}Organización Panamericana de la Salud, Epilepsia: Manual para trabajadores de salud. Washington, D.C., 1983 (Publicación Científica 447).

nacionales en varios países del Caribe con el fin de conformar un grupo multinacional que propicie acciones concretas en pro de la salud mental.

- Apoyo a la investigación, en especial en relación con el papel de los factores psicosociales, la influencia del ambiente y la efectividad de los servicios prestados al paciente con problemas mentales.
- Educación del público, particularmente en el manejo del estrés, la corrección de hábitos malsanos, el afrontamiento de crisis y la formación de mecanismos de autoayuda.

Subprogramas: El programa de salud mental comprende tres órdenes de actividades bien diferenciadas que dan nombre a otros tantos subprogramas:

a) Factores psicosociales en la prevención, promoción de la salud y el desarrollo humano

El subprograma de factores psicosociales pretende, mediante la utilización de los conocimientos de las ciencias de la conducta, llegar a cambiar en la población comportamientos que favorecen la enfermedad^{45/}. También aspira a poner esos conocimientos al servicio de los programas generales de salud para lograr una oferta de servicios más consonante con las características socioculturales de la población y una utilización más efectiva de los mismos. Un aspecto importante del subprograma es la promoción del desarrollo psicosocial equilibrado mediante medidas de protección y promoción dirigidas al binomio madre-niño. De especial interés para el subprograma es el estudio con miras a su prevención, de los comportamientos violentos (suicidios, homicidios y accidentes) y de las consecuencias de los desplazamientos humanos. Este subprograma es de fecha reciente, habiéndose iniciado en 1984 actividades de cooperación con centros colaboradores de Canadá, Cuba y los Estados Unidos de América.

^{45/}R. González U., Aspectos psicosociales. Organización Panamericana de la Salud, 1984 (Documento mimeografiado). Documento de trabajo presentado en la reunión de los países del Cono Sur sobre el Programa de Control de Enfermedades Crónicas realizado en Punta del Este, Uruguay, abril 1984.

b) Prevención y control del abuso del alcohol y de las farmacodependencias

Los problemas relacionados con el abuso del alcohol y las farmacodependencias han experimentado un aumento marcado en la región, siendo su prevención y control el objetivo del segundo subprograma. El tema ha sido motivo de discusión en el programa del Consejo Directivo en los años 1980 y 1983^{46/} y en la Conferencia Sanitaria Panamericana en 1982. Uno de los enfoques utilizados consiste en el desarrollo de sistemas de monitoría y registro. Los programas de prevención fomentados en los países tienen un carácter multisectorial, pretendiendo tanto llegar a reducir la disponibilidad del alcohol y las drogas como a disminuir la demanda de esas sustancias mediante educación del público, especialmente los jóvenes. Se fomenta en los países el cumplimiento de los tratados internacionales sobre el control de psicotrópicos y narcóticos, mediante apoyo técnico e intercambio de información^{47/}. Se ha llamado la atención sobre la estrecha asociación entre el abuso del alcohol y las drogas y la alta proporción de muertes e incapacidades debidas a accidentes automovilísticos en la región. Las actividades principales del subprograma se dirigen al fomento del desarrollo de políticas, el establecimiento de servicios y el apoyo a la investigación y la preparación de personal en estos campos. La Organización, contando con el apoyo del Fondo Especial de las Naciones Unidas para la Fiscalización de la Farmacodependencia, ha cooperado con los Gobiernos en la iniciación de programas de control de la farmacodependencia en Bolivia, Colombia, Ecuador, Paraguay y Perú, habiéndose hecho hincapié en las investigaciones epidemiológicas y la preparación de personal.

c) Prevención y tratamiento de los trastornos mentales y neurológicos

La prevención y el tratamiento de los trastornos neurológicos y mentales es el subprograma más antiguo, manteniéndose activi-

^{46/}Organización Panamericana de la Salud, Consejo Directivo, XXIX Reunión, Prevención del uso indebido de drogas. CD29/22. Washington, D.C., septiembre 1983.

^{47/}VI Conferencia de los Estados parte del Acuerdo Sudamericano sobre estupefacientes y psicotrópicos, Informe sobre el período noviembre 1983 a octubre 1984. Bogotá, 1984.

dades de cooperación en todos los países de la región. La prevención de los trastornos psíquicos de origen orgánico, el retardo mental y algunos trastornos neurológicos de alta prevalencia en la región, está altamente vinculada al desarrollo de programas de salud pública tales como el programa ampliado de inmunizaciones, el mejoramiento de la asistencia obstétrica y pediátrica, el saneamiento ambiental y el control de las enfermedades infecciosas. En 1980 se convocó en Washington una reunión que estudió la influencia de la desnutrición en el desarrollo mental, cuyos documentos de trabajo fueron recogidos en una publicación técnica^{48/}. En colaboración con el Instituto Nacional de Neurología, enfermedades transmisibles y accidentes cerebrovasculares de los Estados Unidos de América y centros colaboradores de Chile, Ecuador, México, Perú y Venezuela, se realizó en 1984 una investigación sobre prevalencia de enfermedades neurológicas. Acciones preventivas, tales como el apoyo al grupo familiar, la intervención en crisis, la estimulación psicosocial del niño y el fortalecimiento de las redes de apoyo social, son elementos cuya introducción en los programas nacionales de salud mental se fomenta activamente.

Pero son la prevención secundaria y terciaria, esto es la asistencia psiquiátrica temprana y la rehabilitación, los elementos más salientes del programa y que consumen la mayor parte de los recursos nacionales de salud mental. Se coopera con los países en el establecimiento de nuevas políticas inclinadas a darle menor énfasis a la hospitalización en asilos y otras instituciones de custodia, poniendo el acento en la oferta de servicios en la comunidad, en los establecimientos de salud general^{49/}. Los programas de cooperación favorecen la extensión de servicios a las poblaciones desprotegidas, mediante la capacitación de los trabajadores primarios de salud en el diagnóstico de los síndromes más importantes y en su manejo inmediato, con el apoyo de los niveles más complejos de la atención. Más de la mitad de los pacientes psiquiátricos

^{48/}H. N. Ricciuti, J. Cravioto y E. Pollit, Ambiente, nutrición y desarrollo mental. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1983 (Publicación Científica 450).

^{49/}Ministerio de Salud Pública de Chile y Organización Panamericana de la Salud, II Jornadas Nacionales sobre Nivel primario de atención en salud mental, Santiago, Chile, diciembre 1980. (Documento mimeografiado).

hospitalizados en la Región han estado confinados por varios años y se hace perentorio mejorar y ampliar las actividades de rehabilitación. La Organización colabora con algunos países en este campo, pero aún falta mucho por hacer. La rehabilitación del paciente mental crónico constituye así un desafío que debe ser enfrentado por la Organización y los países.

8.3 Salud de las personas de edad avanzada

La meta de Salud para Todos en el Año 2000 y las estrategias regionales para alcanzarla abarcan la población total. Sin embargo, debido a su gran vulnerabilidad, el Plan de Acción para la Instrumentación de las estrategias regionales asignó prioridad a los grupos especiales, entre ellos, el de personas de edad avanzada.

El aumento este grupo de edad está repercutiendo en forma importante en los servicios de salud y de seguridad social (ver 3.1: La situación demográfica). El movimiento migratorio de las zonas rurales a las urbanas viene a agravar el problema de la demanda de servicios. En los Estados Unidos de América, el 80% de la población de edad avanzada padece uno o varios trastornos crónicos, y la atención médica correspondiente representa alrededor del 30% de los gastos de la nación en salud^{50/}. La morbilidad y la mortalidad de las personas de 65 años en adelante es relativamente comparable entre distintos países, independientemente de su nivel de desarrollo; en consecuencia, el envejecimiento de la población entraña el riesgo de un aumento global de los costos de atención médica en la Región.

El Programa de la Organización va más allá de los aspectos médicos tradicionales y se orienta hacia la incorporación del sector salud en el contexto más amplio de mejoramiento de la calidad de la vida de la persona de edad. Aunque a este respecto sigue concediéndose particular importancia a la familia, los países en desarrollo están experimentando una participación creciente de la mujer en la fuerza laboral, lo que significa un cambio de la estructura tradicional de la familia ampliada.

El objetivo del programa es promover al máximo en los Países Miembros la independencia de las personas de edad evitando, en lo posible, la institucionalización. A este objetivo contribuyen en gran escala: la participación de la familia y la comunidad, la atención diurna de los ancianos con validez, la asistencia en las labores hogareñas y los principios de autocuidado que se enseñen al anciano.

^{50/}Gobierno de los Estados Unidos de América, Departamento de Salud, Educación y Bienestar. Servicio de Salud Pública, Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention. 1979 (Publicación 79-55071).

El programa siguiendo, además, las recomendaciones de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento^{51/} ha establecido las siguientes estrategias:

- Fomentar la evaluación de la situación y la adopción de políticas para la atención de la población de edad avanzada:
 - . Desarrollo de estudios demográficos y epidemiológicos que a nivel nacional definan la magnitud de los problemas actuales y permitan establecer sus proyecciones.
 - . Determinación de las características de la población de edad avanzada.
 - . Adopción de políticas nacionales para atender las necesidades sociales y de salud de los grupos de edad avanzada.
- Promover el desarrollo de la atención integral de los ancianos en los servicios generales de salud:
 - . Desarrollo de enfoques y técnicas de programación para incorporar las necesidades de la población de edad avanzada en programas de desarrollo rural y urbano.
 - . Definición de actividades por niveles de atención para el cuidado del anciano.
 - . Estudios para mejorar el conocimiento sobre la disponibilidad de servicios para atención de ancianos y para reorientar la atención institucional.
 - . Incorporación de epidemiólogos y científicos sociales al estudio de los problemas de atención del anciano.
- Estimular la promoción y desarrollo de programas de acción comunitaria:
 - . Desarrollo de programas educativos y de material informativo para estimular y orientar enfoques de autoasistencia y de atención no institucionalizada, para los grupos de población de edad avanzada.

^{51/}Naciones Unidas, Report of the World Assembly on Aging. Viena, Austria: 26 julio-6 agosto 1982.

- . Promoción del desarrollo y coordinación de servicios comunitarios para atención de necesidades sociales de los ancianos, tales como centros sociales y ayuda en el hogar.
 - . Promoción de la participación de grupos de las comunidades en el desarrollo de programas de reorientación social, laboral y vocacional para la población de edad avanzada.
- Orientar el desarrollo de recursos humanos:
- . Adiestramiento de personal regular de los servicios de salud en problemas del anciano, según niveles de atención.
 - . Incorporación del enfoque de la atención primaria en la formación de especialistas en gerontología y geriatría.

Para el logro del objetivo del programa y a través de las estrategias descritas, se destacan algunas actividades.

La Organización está coordinando una investigación colaborativa para la obtención de información epidemiológica sobre las necesidades de los ancianos en 10 países de la Región^{52/}: Argentina, Barbados, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, El Salvador, Guyana, Honduras y Jamaica. El estudio ha adoptado la forma de una encuesta domiciliaria, mediante la cual se intenta obtener información, a través de la percepción del propio anciano. Tres de los países participantes han finalizado ya el levantamiento de datos, esperándose que el resto lo complete en el curso del presente año. La información que se obtenga de este estudio, además de la ya existente en otros países, como México y Uruguay, permitirá definir, con una base epidemiológica sólida, las políticas y programas de atención del anciano, tanto a nivel de país como regional. En este sentido, la Organización efectuó una reunión de orientación sobre políticas para la atención del anciano, para los países participantes en este estudio, en 1984^{53/}. El mayor énfasis de esta reunión, que contó con la colaboración del Programa Global de la OMS para la Salud de los Ancianos y la Fundación W. K. Kellogg, estuvo en la

^{52/}Organización Panamericana de la Salud, Programa de Salud del Adulto, Plan General de Acción para el establecimiento de políticas y programas para la población de edad avanzada en la Región de las Américas. Washington, D.C., 1983.

^{53/}Organización Panamericana de la Salud, Políticas de atención de los ancianos, Washington, D.C., octubre 1984. (Publicación científica en preparación).

discusión de alternativas--diferentes de la institucionalización--de atención al anciano; el papel de la comunidad, la familia y el anciano mismo en los programas; y las implicaciones socioeconómicas del crecimiento de este grupo de edad.

Talleres similares, pero orientados específicamente a grupos subregionales se efectuarán en el curso de este año para los países del Cono Sur y para los países de Centroamérica.

El programa ha prestado, además, colaboración técnica directa para estos propósitos a la Argentina, Barbados, Brasil, Cuba, Colombia, Costa Rica, Chile y Jamaica.

Dos centros colaboradores de la OMS participan activamente con el programa regional: el Instituto Nacional del Envejecimiento (NIA/NIH) de los Estados Unidos de América y la Universidad de Duke. Con la primera institución se ha formado un comité de trabajo para identificar áreas de investigación colaborativa en la Región y posibilidades de capacitación de personal para los programas.

8.4 Prevención de la ceguera

Se estima que en la Región las 2/3 partes de los casos de ceguera son por causas prevenibles y/o curables siendo, en gran parte, de orden infeccioso o nutricional, o debido a cataratas no operadas^{54/}. Esto conduce a la necesidad de establecer programas a nivel comunitario y con características sistemáticas que permitan modificar la situación.

El objetivo del programa es reducir la "ceguera evitable" en los países de la Región, mediante la aplicación de intervenciones (preventivas y curativas) simples, de bajo costo y de aplicación masiva a través de los servicios de atención primaria de salud. Para ello se han adoptado las siguientes estrategias:

- Fomentar en los países el interés por el establecimiento o reforzamiento de programas dirigidos a controlar las patologías causantes de ceguera evitable.

^{54/}Organización Mundial de la Salud, Strategies for the Prevention of Blindness in National Programs. A Primary Health Care Approach. Geneva, 1984.

- Promover la investigación clínica y epidemiológica que permita establecer la magnitud y características de los problemas causantes de ceguera y las tecnologías apropiadas para su control.
- Desarrollar materiales didácticos adecuados para que el personal de salud de niveles primario y secundario ejecute sus acciones.
- Colaborar con las organizaciones no gubernamentales preocupadas por la prevención, tratamiento, educación y rehabilitación de los invidentes, con el fin de que sus acciones se vinculen a los propósitos de los programas nacionales específicos.

Las actividades del Programa están orientadas a que, para 1989, por lo menos la mitad de los países en desarrollo de la Región hayan establecido programas de prevención de ceguera, y provisto de atención ocular esencial o acceso a los servicios de referencia en las comunidades actualmente no servidas por ellos.

- El Programa Regional colabora con las representaciones de país de la Organización en la ejecución de las actividades de cooperación técnica identificadas con las autoridades nacionales. Especial énfasis recibe el diagnóstico de la situación, y las acciones de prevención y control. El programa ha prestado cooperación a Barbados, Bolivia, Brasil, Cuba, Guatemala, Haití, Perú y Venezuela.
- La identificación y movilización de recursos nacionales relacionados con programas de prevención de la ceguera ha demostrado tener una gran utilidad en el establecimiento de un diagnóstico de situación adecuado, planificar programas coherentes y adelantar actividades específicas. El Programa Regional se apoya en esta red nacional de instituciones para el desarrollo de algunas de sus actividades. Brasil, Costa Rica, Guatemala y Perú ofrecen excelentes ejemplos en los cuales las instituciones nacionales adquieren definitiva importancia en la planeación, ejecución y evaluación de actividades de prevención de ceguera a nivel nacional y regional. En Brasil y Guatemala existen centros colaboradores de la OMS en prevención de ceguera.
- El Programa ha dado especial énfasis a la colaboración con los Gobiernos Miembros en la formulación y actualización de normas, siguiendo el concepto que la atención ocular, en general, y la prevención de ceguera, en particular, deben formar parte del sistema general de servicios de salud, tendiendo a la extensión de cobertura y a llevar las acciones hasta los grupos menos favorecidos.

- Una actividad que ha recibido especial atención es la preparación de material didáctico e informativo sobre la prevención de la ceguera. El Programa Regional ha elaborado un Manual de Atención Ocular Primaria^{55/}, en español e inglés, dirigido al personal auxiliar de las regiones no servidas por especialistas. Asimismo, está preparando, con la colaboración del Comité Asesor del Programa, un material oftalmológico básico para los médicos generales en regiones que carecen de oftalmólogos o éstos son escasos^{56/}. El Manual de Atención Ocular Primaria se probó con éxito, a mediados de 1984, en un curso de promotores de atención primaria en Guatemala. De igual manera el Programa Regional tradujo al español y reprodujo el cartel preparado por la Fundación Internacional del Ojo sobre Atención Ocular Primaria que se distribuyó a los Países Miembros.

- El enfoque de investigación del Programa está orientado especialmente hacia aquella de tipo operacional, que facilite la extensión de cobertura tendiendo al fortalecimiento de los servicios de atención ocular, en todos los niveles de atención. La Organización, con los centros colaboradores de la OMS, de la Universidad de Johns Hopkins y de la Fundación Francis Proctor de California, colaboró con el Gobierno de México en la caracterización clínico-epidemiológica del tracoma en algunas comunidades del Estado de Chiapas, y en cuyas conclusiones se destaca el importante papel que juega la higiene personal en la ocurrencia, extensión y gravedad de esta enfermedad infecciosa^{57/}.

Dentro de este mismo enfoque de investigación, actualmente se presta asesoría técnica al Gobierno de Guatemala en la planificación de una encuesta de prevalencia de enfermedades causantes de ceguera, con la colaboración también de la Universidad de Johns Hopkins.

^{55/}Organización Panamericana de la Salud, Manual de atención ocular primaria. Washington, D.C., 1984 (Serie Paltext para técnicos medios y auxiliares No. 4).

^{56/}Organización Panamericana de la Salud, Tercera Reunión del Comité asesor de la OPS sobre prevención de ceguera. Informe final. Caracas, julio 1984.

^{57/}H. R. Taylor, F. Millan-Velasco y A. Sommer. The epidemiological characterization of trachoma in "Los altos de Chiapas". (En prensa).

- El programa ha alcanzado una excelente articulación con muchas organizaciones no gubernamentales que trabajan en este campo. En noviembre de 1983, se efectuó un seminario en Barbados, cuyo objetivo era alcanzar un Plan Coordinado de Acción en Prevención de Ceguera para los países del Caribe de habla inglesa, en colaboración con tales organizaciones que desarrollan actividades en esta Región, como la "International Eye Foundation", y la "Helen Keller International", etc.^{58/}. Es también importante destacar la participación de la "Helen Keller International" en Perú, en el desarrollo de programas de atención ocular primaria en tres áreas diferentes del país.
- Recientemente se logró con AGFUND (Fondo Árabe de Ayuda a los Países en Desarrollo) una subvención para un proyecto de atención ocular primaria en nueve países de la Región (Belice, Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua y Paraguay). Este proyecto tiene un importante componente de capacitación de personal auxiliar para los programas.

8.5 Prevención de accidentes

Los accidentes, particularmente los del tránsito, se han convertido en una de las principales causas de lesiones, incapacidades y defunciones en los países de la Región, sobre todo en personas jóvenes. Se estima que cada muerte por accidente de tránsito representa, en promedio, una pérdida de alrededor de 30 años/persona de esperanza de vida, cifra que es considerablemente menor para las afecciones cardiovasculares y el cáncer, que preceden a los accidentes como causa de muerte en la población general^{59/}.

El conocimiento de la situación real, con respecto a los accidentes de tránsito es difícil debido a que no existe en los países una sistematización que asegure una información completa y confiable en el

^{58/}Caribbean Seminar on the Prevention of Blindness and Glaucoma Workshop, Final Report. Barbados, 15-17 de noviembre, 1983.

^{59/}Organización Panamericana de la Salud, Programa de Salud del Adulto, Accidentes de tránsito en las Américas. Situación actual y perspectivas. Washington, D.C., 1984.

registro de los hechos y a la falta de uniformidad en la nomenclatura que se usa para identificarlos. Un ejemplo lo representa el registro del hecho más resaltante de los accidentes de tránsito cual es la mortalidad; algunos países sólo registran, a través de las autoridades de policía o de tránsito, las que ocurren en el sitio del suceso que, aproximadamente corresponde al 45-55% de las muertes totales, lo que origina errores importantes en el cálculo de las tasas correspondientes^{60/}.

El objetivo del programa es apoyar la creación, adaptación, uso y evaluación de métodos destinados a fomentar la prevención de los accidentes y el establecimiento de programas nacionales de prevención de accidentes y desarrollo de tecnologías de seguridad.

Las estrategias utilizadas para alcanzar los mencionados objetivos son:

- Promover la recopilación, interpretación y uso de la información para ilustrar el manejo científico del problema de los accidentes de tránsito;
- Estimular la preparación y utilización de nomenclaturas y sistemas de información uniformes;
- Fomentar la realización de estudios epidemiológicos de carácter operacional para identificar los diversos factores que inciden en la ocurrencia de accidentes de tránsito en cada país o localidad, como son aquéllos de carácter psicosocial y que mencionan el consumo de alcohol y drogas;
- Estimular y orientar la formulación de políticas y programas de carácter preventivo que tienden a influir en la opinión pública, y movilizar así la participación comunitaria para enfrentar este creciente problema, y
- Promover una coordinación adecuada entre los organismos oficiales principalmente de los sectores de salud, educación, policía y transporte, y entre éstos y las instituciones no

^{60/}S. I. Bangdiwala, E. Anzola-Pérez e I. M. Glizer, "Some statistical considerations for the interpretation of commonly utilized road traffic accident indicators." Submitted for publication, Accident Analysis and Prevention. 1985.

gubernamentales (nacionales e internacionales) interesadas en/o responsables por la prevención y control de los accidentes de tránsito.

Para alcanzar los objetivos mencionados se destacan las siguientes actividades:

- Un estudio sobre 15 países de la Región efectuado en 1984, en el cual se observó (Cuadro 12) que las tasas de mortalidad por 100.000 habitantes experimentaron incrementos porcentuales en 10 de ellos entre 1969 y 1980, registrándose disminuciones sólo en las tasas de la Argentina (-40%), Chile (-26,4%), El Salvador (-15,4%), Estados Unidos de América (-21,6%) y la República Dominicana (-5,6%). En general, las tasas de mortalidad por 100.000 habitantes en 1980, en los países estudiados, fluctuaron entre 6,7 en la República Dominicana y 37,4 en Venezuela. En el mismo estudio se constató que en 13 de dichos países los índices de motorización, es decir, la relación vehículos/población aumentó entre 12 y 875%, y sólo en uno el índice bajó en un 8,6%.
- La OPS organizó dos talleres que se realizaron, uno en Barbados^{61/} y otro recientemente en Colombia. Para ambos el programa desarrolló materiales técnicos que permiten establecer un diagnóstico de situación, con relación a accidentes de tránsito, y diseñar un plan de acción efectivo. En el caso del taller de Barbados, asistieron al mismo delegados de 10 países de la Región del Caribe de habla inglesa representando los sectores de policía, transporte y salud. Durante sus sesiones se logró adoptar unánimemente la definición sugerida por Naciones Unidas de muerte por accidente de tránsito (la que ocurre en el lapso de 30 días a partir del suceso) y se elaboró un formulario para el registro de accidentes de tránsito en el cual figuraban preguntas relevantes para los tres sectores principales. Las recomendaciones de esta reunión fueron aprobadas por la Conferencia de Ministros responsables de Salud del Caribe que se realizó en Dominica, del 25 al 27 de julio de 1984. Entre ellas se destacan la creación inmediata de comisiones multisectoriales para la prevención de accidentes de tránsito y la designación de CAREC como punto focal de actividades relacionadas con vigilancia epidemiológica, investigación

^{61/}Organización Panamericana de la Salud, Workshop on the Prevention and care of motor vehicle injuries in the Caribbean, Final Report. Bridgetown, Barbados, 12-15 de junio, 1984.

y capacitación/educación. En la reunión de Colombia participaron delegados de varias localidades de población intermedia del país, que presentaban características epidemiológicas diferentes. En este país, la cooperación de la OPS se ha cumplido en conjunto con el Banco Mundial. Durante este año se atendió también la solicitud de cooperación técnica de la Argentina.

- La OPS ha coordinado sus actividades con las del Programa global de la OMS y ha logrado algunos acuerdos de cooperación en materia de prevención de accidentes de tráfico con otras agencias. Así, con el Banco Mundial se han identificado dos áreas concretas de acción conjunta: establecer un proceso de mejoramiento del sistema básico de información en seguridad vial y preparar un manual sobre tecnologías útiles en prevención o control de accidentes de tránsito, en colaboración con el Laboratorio de Investigación sobre Tránsito y Transporte, de Gran Bretaña. Dos países serán motivo de un estudio de posibilidades de esta cooperación técnica conjuntas.
- En lo que respecta a otros accidentes, existe especial interés sobre la prevención de ellos en la infancia. Durante el Congreso de Pediatría que tuvo lugar en La Habana (noviembre 1984), se realizó un taller auspiciado por la OMS y la OPS, en el cual se discutió la metodología probada en Cuba sobre las características epidemiológicas y clínicas de accidentes en los niños^{62/}. Actualmente, se está preparando un protocolo de una investigación colaborativa en cuatro países de la Región utilizando dicha metodología.

8.6 Salud de los impedidos

El programa de la Salud de los Impedidos fue presentado al Consejo Directivo de la Organización, en su XXX Reunión, en 1984 (Documento CD30/14). El Consejo aprobó la Resolución VII sobre este tema.

En esa oportunidad se revisaron las bases conceptuales y referenciales del programa, y se presentaron las actividades desarrolladas desde el Año Internacional de los Impedidos (1981). Se identificó como objetivo principal del programa el apoyo a los Gobiernos Miembros en la formulación de políticas y el desarrollo de programas tendientes a

^{62/}Organización Mundial de la Salud, Workshop on Research Development in Childhood Accidents. Havana, Nov. 15-16, 1984. Summary Report. Copenhagen, Dinamarca, 1984.

promover el conocimiento y la comprensión de problema de la discapacidad y la desventaja, su prevención, y el tratamiento del mayor número de personas discapacitadas.

Para el logro de este objetivo se plantearon las siguientes estrategias:

- a) Fomentar la integración de la prevención de las discapacidades y de la rehabilitación en el sistema de servicios de salud, dentro del marco de atención primaria

En nuestra Region, el establecimiento de sistemas asistenciales de rehabilitación excesivamente centralizados y verticales, ha resultado ser un factor negativo, pues está demorando peligrosamente la difusión del conocimiento, la extensión de la cobertura y la mala utilización de los recursos nacionales, y la postergación, en general, de la atención de la salud de las personas discapacitadas.

Por otro lado, la falta de definición de políticas y de un sistema de información confiable y actualizado, ha causado la duplicación de algunas actividades desarrolladas por distintos sectores y la carencia total de otras ignoradas o relegadas por todos los sectores.

La estrategia adecuada para cambiar esta realidad es la medicina de rehabilitación en los servicios generales de salud. La puerta de entrada de la rehabilitación es salud, y debe integrarse como un aporte terapéutico componente de la atención médica^{63/}.

La naturaleza variada de los factores de riesgo y las características ya descritas, destaca la necesidad de incorporar las acciones de prevención y rehabilitación en los servicios generales de salud, en todos sus niveles de complejidad y a lo largo de la vida del individuo.

El programa propone un sistema asistencial de complejidad creciente, de acuerdo con la estrategia de atención primaria de la salud. Su instrumentación facilitará la extensión de la

^{63/}Naciones Unidas, Comisión Económica para la América Latina, Informe de la Reunión Técnica Regional y del Seminario Regional sobre Actividades preparatorias para el Año Internacional de los Impedidos. 1981, (E/CEPAL/Conf.72/L.9/Rev. 1).

cobertura de atención a las personas discapacitadas, particularmente con la incorporación de la tecnología de rehabilitación basada en la comunidad.

b) Promover los mecanismos para la participación del individuo, la familia y la comunidad en el proceso de prevención de discapacidades y rehabilitación

La aplicación de tecnologías simples, en el accionar de la comunidad y en el campo de órtesis y prótesis, han constituido adelantos importantes. La aplicación de la rehabilitación basada en la comunidad (RBC) ha permitido un mejor aprovechamiento de los recursos institucionales por quienes requieren, realmente, de los servicios de mayor complejidad^{64/}.

Desde 1981, la OPS ha colaborado en la aplicación de la tecnología de la rehabilitación basada en la comunidad. El programa abarca personas con problemas generales de rehabilitación, sociales, educacionales y del hogar. Comprende también problemas funcionales del movimiento, visión, audición y habla.

Esta tecnología debe continuar aplicándose en los países en que sea posible; deberá adaptarse a las necesidades nacionales y contener las pautas culturales apropiadas, que permitan extenderla a aquellos grupos humanos que viven en condiciones penosas, en especial en las áreas marginales de las grandes ciudades y en los asentamientos de poblaciones desplazadas.

Las acciones de la rehabilitación basada en la comunidad sólo tendrán éxito cuando cuenten con apoyo de su comunidad; de las autoridades de salud--locales y centrales, de educación y de acción social; y cuando constituyan parte de un sistema de asistencia integral. Por ello, sólo deberán ponerse en práctica cuando se cumplan estos requisitos. Cuando los países adquieran experiencia en esta tecnología, adaptada a sus realidades, la rehabilitación basada en la comunidad podrá extenderse a cualquier área que satisfaga estos criterios, organizando cursos de capacitación para los agentes de salud existentes en la comunidad^{65/}.

^{64/}Organización Panamericana de la Salud, La rehabilitación basada en la comunidad (RBC). Manual de adiestramiento para las personas discapacitadas. (Serie Paltex, en preparación).

^{65/}Naciones Unidas, Programa de Acción Mundial para los Impedidos. 1983, (A/37/51).

c) Estimular el desarrollo de programas de capacitación de recursos humanos intra- y extrasectoriales en prevención de discapacidades y rehabilitación

Los países deberán analizar los recursos humanos con que cuentan para desarrollar las actividades de rehabilitación. La concepción de la rehabilitación como una actividad dentro del sistema de salud, integrada en los servicios generales y en los diferentes niveles de atención, difiere del criterio de especialización que caracterizó a los períodos anteriores.

Por ello se hace necesaria la información y capacitación médica en el pre- y posgrado y la preparación del agente sanitario y del trabajador de salud, incorporando la tecnología de la rehabilitación basada en la comunidad, para poder extender la cobertura dentro de la estrategia de atención primaria^{66/}.

No más de 12 países de la Región están formando todos los profesionales del equipo de rehabilitación desde la especialización a través de residencias universitarias hasta el trabajador sanitario.

Fuera del sector salud, deberá mejorarse el conocimiento y la formación de los profesionales del área de educación, servicios sociales, como así también aquellos responsables del desarrollo de las comunidades y de su infraestructura para eliminar las barreras arquitectónicas y estructurales.

Se hace necesaria una revisión del tipo de personal, su perfil profesional y técnico y los modelos pedagógicos que se deben adoptar en su formación y capacitación. Deberá estimularse la capacitación de las mismas personas discapacitadas para que se conviertan en elementos de apoyo a los programas de rehabilitación, así como también en factores de cambio en cuanto al conocimiento de sus problemas y su integración en la sociedad.

d) Estimular la investigación orientada al mejor conocimiento de la discapacidad y su trascendencia

Dada la escasa información sobre las prevalencias regionales y nacionales de las distintas discapacidades, el comportamiento

^{66/}Organización Mundial de la Salud, Training disabled persons in the community: An experimental manual on rehabilitation and disability prevention for developing countries. 1983.

de las patologías discapacitantes y sus relaciones con los factores de riesgo, es importante desarrollar estudios epidemiológicos a nivel nacional y regional. En ese sentido la OPS promoverá proyectos colaborativos interpaíses.

La tecnología utilizada en rehabilitación en general no se adapta a la realidad en la gran mayoría de los países de esta Región. Es necesario investigar tecnologías apropiadas que como la rehabilitación basada en la comunidad, o la fabricación de equipos de ayudas técnicas con tecnología simplificada permitan al mayor número de personas lograr su independencia personal y a los países eliminar la dependencia tecnológica.

En conclusión, es preciso destacar que los países de la Región tiene una larga trayectoria en la aplicación de acciones de rehabilitación dentro de los programas de salud. Sin embargo, el desarrollo de programas integrales sigue siendo muy heterogéneo.

En la última década se ha iniciado un profundo cambio en cuanto a la concepción del problema de la discapacidad y las tecnologías utilizadas para la rehabilitación. Las nuevas orientaciones son coincidentes con la estrategia de atención primaria y en particular la participación y capacitación de la comunidad.

Entre los cambios más importantes que se están observando en los programas están la ampliación del espectro de las patologías, la incorporación de las actividades de rehabilitación en los servicios generales de salud; en el contexto de la atención primaria de la salud, la coordinación intra e intersectorial y la participación de las propias personas discapacitadas y de sus comunidades en la búsqueda y aplicación de medidas que tiendan al logro de una mejor calidad de vida.

Los Países Miembros deberán adoptar medidas y aplicar técnicas que les permitan avanzar en el logro de una mejor calidad de vida para las personas discapacitadas. Esto, sin duda, requerirá un esfuerzo sostenido durante el cuál el número de personas discapacitadas seguirá incrementándose. Si no se realiza este esfuerzo, las consecuencias de las discapacidades se sumarán a tantos otros obstáculos que limitan el proceso de emergencia del subdesarrollo. Por ello, es imperativo que los planes y programas de desarrollo de los países de la Región contengan medidas inmediatas de prevención, rehabilitación e integración social de las personas discapacitadas.

La Resolución VII del Consejo Directivo, en 1984, destacó estos hechos al instar a los Gobiernos Miembros que adopten políticas y programas que aseguren la protección de las personas discapacitadas, en el contexto de la atención primaria, con base en la familia y en la comunidad. También solicitó al Director de la OPS continuar cooperando, con los Gobiernos, en la adopción de dichas políticas y programas y en el reforzamiento de las actividades regionales existentes.

En este sentido la Organización ha concretado acciones de cooperación técnica que en esencia tratan de definir la forma de intervención apropiada y oportuna del sector salud en el proceso de la rehabilitación. Así, brinda asistencia a aquellos países que están desarrollando servicios en los que la participación comunitaria es el componente fundamental. Tal es el caso de la Argentina, Belice y Haití. Ha establecido actividades compartidas con UNICEF, que se desarrollarán en los países de Centro América y con IMPACT/PNUD para cooperar con los programas de Chile y Santa Lucía en la organización del primer nivel de atención en la prevención de discapacidades.

La Organización, en consulta con los Gobiernos Miembros, ha iniciado, además, un análisis de los recursos humanos que serán necesarios en el desarrollo de los servicios, así como también los contenidos curriculares de pre- y posgrado de la carrera de medicina.

La Organización está desarrollando un sistema de disseminación de información bibliográfica, con la colaboración del "National Institute of Handicapped Research" (NIHR) de los Estados Unidos de América y su centro de Información (National Rehabilitation Information Center, NARIC).

El Programa de Salud de los Impedidos de la Organización, así como los aspectos más relevantes de las actividades de cooperación técnica, con énfasis en el enfoque comunitario, se discutió en un seminario efectuado recientemente en Washington, D. C. con representantes de Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Haití, Jamaica, México, Nicaragua, Perú, Santa Lucía, Uruguay y Venezuela.

9. Conclusiones y perspectivas

Los problemas relacionados con la Salud del Adulto tienen un sentido biográfico: tienen sus raíces antes de la concepción y a lo largo de la vida del individuo, aun cuando en términos de daños se concentren en este grupo de edad algunas condiciones mórbidas relativamente específicas.

Los factores de riesgo asociados con estos daños se están haciendo presentes cada vez con mayor intensidad en los países de la Región. El Programa destaca, en consecuencia, una importante estrategia de prevención, ya sea a través de la identificación de individuos susceptibles al riesgo, o del control de los factores determinantes de las tasas de incidencia en la población. Los estilos de vida, las conductas autodestructivas, como el consumo de tabaco y alcohol, y otros factores psicosociales que determinan el estado de salud general, la exposición a contaminantes ambientales, etc. adquieren así una considerable dimensión en la prevención primordial y primaria. Pero, igual importancia adquiere la prevención secundaria y terciaria de las enfermedades objeto del programa que siguen produciendo discapacidades y aun tasas altas de mortalidad en los países en desarrollo de la Región, a pesar que existen para ellas medidas eficaces de control. Es el caso, por ejemplo de la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la cardiopatía reumática, el cáncer cervico-uterino, la mayor parte de los casos de ceguera, etc.

La naturaleza de los problemas que enfrenta el Programa de Salud del Adulto destaca, además, la importancia del área de servicios de salud. La mayor parte de las tecnologías de sus programas de control requieren la intervención de los niveles más especializados y de más alto costo. Por esta razón, el Programa concede especial interés a la racionalización de tales niveles de atención, promoviendo el establecimiento de normas para los distintos niveles, en el contexto de la atención primaria de salud. Además, propicia el ensayo de modelos operacionales en servicios de salud, la evaluación de tecnologías y el reforzamiento institucional.

La descripción que se ha hecho del Programa destaca estas y otras estrategias generales y específicas que constituyen el denominador común de sus componentes o subprogramas. Además, al describirse sus enfoques básicos de cooperación, se ha hecho énfasis en las actividades de cooperación técnica directa, el adiestramiento, la investigación y la disseminación de información. El modelo de LACRIP para cáncer, por ejemplo, que se espera extender a todo el Programa, es particularmente trascendente por la extraordinaria utilización que hace de la estrategia del CTPD y de la identificación y movilización de los propios recursos de los países participantes en esta red de información.

Las perspectivas del Programa se enmarcan, en general, en el enfoque de integración, en el contexto de la atención primaria de salud y con especial énfasis en las actividades insertas en la comunidad misma. El subprograma de enfermedades crónicas seguirá impulsando este enfoque integral en la concepción de las acciones promocionales de salud y de control de factores de riesgo y de daños, dentro de los servicios

generales de salud. Las actividades relacionadas con salud mental, farmacodependencia y abuso de alcohol continuarán promoviendo el establecimiento de programas nacionales de salud mental incorporados a los planes generales de salud, y la extensión de los servicios de asistencia y prevención mediante las estrategias generales adoptadas por cada país. Seguirá promoviendo, además, el enfoque epidemiológico de adiestramiento y de educación en los programas de prevención y control del abuso de alcohol y de las farmacodependencias. El problema de la salud de las personas de edad avanzada requiere de la adopción de políticas y programas intersectoriales, basados en el conocimiento real de las necesidades de este grupo en cada país. El programa continuará colaborando con los Países Miembros dentro de esta orientación. La prevención de la ceguera adquiere una importancia especial en los países en desarrollo de la Región, dado que se estima que en estos países las 2/3 partes de los casos de ceguera son por causas prevenibles o curables. El programa seguirá orientándose, en consecuencia, al establecimiento de programas a nivel comunitario, mediante intervenciones preventivas y curativas integradas en los servicios generales de salud. La prevención de accidentes requiere un enfoque intersectorial, que se seguirá promoviendo a nivel nacional, al igual que la coordinación inter-agencial, en el nivel internacional. Finalmente, el subprograma de salud de los impedidos continuará fomentando la integración de la prevención de las discapacidades y de la rehabilitación en los servicios de salud, dentro del marco de atención primaria de salud. La aplicación de la rehabilitación basada en la comunidad permitirá un mejor aprovechamiento de los recursos institucionales por quienes requieren de los servicios de mayor complejidad.

En conclusión, los importantes cambios demográficos, ambientales y de los estilos de vida que está experimentando nuestra Región, señalan cómo el adulto y el anciano están adquiriendo una importancia cada vez mayor como grupos humanos prioritarios. El análisis de tantos hechos asociados con este problema, impone un compromiso serio a los organismos de salud nacionales e internacionales, que deberán ir adecuando los limitados recursos existentes para satisfacer estas crecientes prioridades. La Organización por su parte está lista a colaborar con los Gobiernos Miembros en la búsqueda de aquellas soluciones que sean más adecuadas a cada realidad.

Cuadro 1. Región de las Américas
Estimaciones de la población, 1970-2000*

	Población (millones)			
	1970	1980	1990	2000
Región entera	509,1	614,8	748,9	897,7
América Latina y el Caribe	282,7	368,5	478,4	608,1
América del Norte	226,4	246,3	270,5	289,6

* Naciones Unidas, División de Población, 1979.

Cuadro 2. Región de las Américas

Estimaciones de la población urbana, 1970-2000*

	Población urbana (millones)		Porcentaje Población total	
	1970	2000	1970	2000
Región entera	329,7	690,0	64,8	76,9
América Latina y el Caribe	161,7	439,8	49,0	63,7
América del Norte	167,9	250,1	74,2	86,4

* Naciones Unidas, División de Población, 1979.

Cuadro 3. Región de las Américas

Tasas brutas de natalidad por 1.000 habitantes, 1970-2000*

	1970-1975	1995-2000	Cambio (%)
América Latina	36,4	29,7	-18
Caribe	30,1	19,6	-35
América del Norte	15,8	14,2	-10

* Adaptación de: Salud para Todos en el Año 2000. Estrategias. Documento Oficial 173. OPS, 1980.

Cuadro 4. Región de las Américas

Tasas brutas de mortalidad por 1.000 habitantes, 1970-2000*

	1970-1975	1995-2000	Cambio (%)
América Latina	9,4	6,0	-36
Caribe	7,2	5,9	-18
América del Norte	9,2	9,8	+ 7

* Adaptación de: Salud para Todos en el Año 2000. Estrategias.
Documento Oficial 173. OPS, 1980.

Cuadro 5. Región de las Américas

Esperanza de vida al nacer (31 países), 1965-2000*

	1965-1970	1995-2000	Año 2000	
			No. países 65 años y más	No. países 70 años y más
Región entera (31)	64,9	71,1	28	21
América Latina (21)	60,0	70,4	18	11
Caribe (8)	66,7	73,2	8	8
América del Norte (2)	70,6	72,5	2	2

* Naciones Unidas, División de Población, 1979.

Cuadro 6. Región de las Américas

Distribución de la población por edades, 1980-2000*

	Población por grupos de edades (millones) 1980					Población por grupos de edades (millones) 2000					
	Total	-15	15-64	65+	%	Total	-15	15-64	65+	%	+%
Región entera	614,8	205,9	366,7	42,1	6,9	897,6	288,8	545,6	63,0	7,0	0,1
América Latina	361,5	147,6	199,1	14,6	4,0	599,0	223,3	348,2	27,4	4,6	0,6
Caribe	6,9	2,6	3,7	0,3	5,4	9,0	2,6	5,8	0,5	6,1	0,7
América del Norte	246,3	55,5	163,6	27,1	11,0	289,5	62,8	191,6	35,0	12,1	1,1

* Naciones Unidas, División de Población, 1979.

Cuadro 7. Cinco primeras causas de muerte (Clasificación de enfermedades 8a. Revisión)
 Todas las edades, por sexo, países seleccionados de cada subregión (1977-1980)

País y causas principales	T O T A L				H O M B R E S			M U J E R E S				
	Orden rango	Número	Tasa	Porcen- taje	Orden rango	Número	Tasa	Porcen- taje	Orden rango	Número	Tasa	Porcen- taje
América del Norte												
Total muertes	-	168.179	716,0	100,0	-	97.115	831,6	100,0	-	71.064	601,6	100,0
Enfermedades del corazón (390-429)	1	58.086	247,3	34,5	1	33.955	290,8	35,0	1	24.131	204,3	34,0
Neoplasmas malignos (140-209)	2	37.189	158,3	22,1	2	20.845	178,5	21,5	2	16.344	138,4	23,0
Enfermedad cerebrovascular (430-438)	3	15.183	64,6	9,0	4	7.004	60,0	7,2	3	8.179	69,2	11,5
Accidentes (E800-E949, E980-E989)	4	12.023	51,2	7,1	3	8.424	72,1	8,7	4	3.599	30,5	5,1
Influenza y neumonía (470-474, 480-486)	5	5.131	21,8	3,1	5	2.844	24,4	2,9	5	2.287	19,4	3,2
Caribe Inglés												
Total muertes	-	2.050	773,0	100,0	-	923	729,1	100,0	-	1.127	813,1	100,0
Enfermedades del corazón (390-429)	1	460	173,5	22,4	1	200	158,0	21,7	1	260	187,6	23,1
Neoplasmas malignos (140-209)	2	344	129,7	16,8	2	175	138,2	19,0	3	169	121,9	15,9
Enfermedad cerebrovascular (430-438)	3	298	112,4	14,5	3	108	85,3	11,7	2	190	137,1	16,0
Diabetes mellitus (250)	4	113	42,6	5,5	-	27	21,3	2,9	4	86	62,0	7,6
Influenza y neumonía (470-474, 480-486)	5	105	39,6	5,1	5	53	41,9	5,7	5	52	37,5	4,6
Accidentes (E800-E944, E980-E989)	-	95	35,8	4,6	4	63	49,8	6,8	-	32	23,1	2,8
Mesoamérica Continental												
Total muertes	-	9.143	421,3	100,0	-	5.294	483,8	100,0	-	3.849	357,8	100,0
Enfermedades del corazón (390-429)	1	1.526	70,3	16,7	1	874	79,9	16,5	2	652	60,6	16,9
Neoplasmas malignos (140-209)	2	1.491	68,7	16,3	2	810	74,0	15,3	1	681	63,3	17,7
Accidentes (E800-E949, E980-E989)	3	967	44,6	10,6	3	797	72,8	15,1	5	170	15,8	4,4
Causas de mortalidad perinatal (760-779)	4	590	27,2	6,5	4	360	32,9	6,8	4	230	21,4	6,0
Enfermedad cerebrovascular (430-438)	5	550	25,3	6,0	5	256	23,4	4,8	3	294	27,3	7,6
América del Sur Tropical												
Total muertes	-	72.470	552,3	100,0	-	41.197	627,0	100,0	-	31.273	477,3	100,0
Enfermedades del corazón (390-429)	1	10.827	82,5	14,9	2	6.020	91,6	14,6	1	4.807	73,4	15,4
Accidentes (E800-E949, E980-E989)	2	8.573	65,3	11,8	1	6.717	102,2	16,3	-	1.856	28,3	5,9
Neoplasmas malignos (140-209)	3	7.009	53,4	9,7	2	3.314	50,4	8,0	2	3.695	56,4	11,8
Causas de mortalidad perinatal (760-779)	4	5.308	40,5	9,7	3	3.097	47,1	7,5	3	2.211	33,7	7,1
Enfermedad cerebrovascular (430-438)	5	4.223	32,2	5,8	-	2.051	31,2	5,0	4	2.172	33,2	6,9
Influenza y neumonía (470-474, 480-486)	-	4.170	32,8	5,8	5	2.183	33,2	5,3	5	1.987	30,3	6,4
América del Sur Templada												
Total Muertes	-	74.178	679,4	100,0	-	41.119	760,5	100,0	-	33.059	599,9	100,0
Neoplasmas malignos (140-209)	1	11.237	102,9	15,1	2	5.576	103,1	13,6	1	5.661	102,7	17,1
Enfermedades del corazón (390-429)	2	10.110	92,6	13,6	3	5.274	97,5	12,8	2	4.836	87,8	14,6
Accidentes (E800-E949, E980-E989)	3	7.280	16,7	9,8	1	5.649	104,5	13,7	5	1.631	29,6	4,9
Enfermedad cerebrovascular (430-438)	4	6.395	58,6	8,6	5	2.958	54,7	7,2	3	3.437	62,4	10,4
Influenza y neumonía (470-474, 480-486)	5	5.639	51,7	7,6	4	2.995	55,4	7,3	4	2.644	48,0	8,0

Cuadro 8. Cinco primeras causas de defunción en población de 25-44, 45-64 y 65 años y más
Porcentaje de defunciones, tasas por 100.000 habitantes por sexo y alrededor de 1978.
Subregiones Mesoamérica Continental y América del Sur Templada

H O M B R E S			M U J E R E S		
Causas a/	Tasa	Porcen- taje	Causas	Tasa	Porcen- taje
25-44 años					
<u>Mesoamérica Continental</u>					
Accidentes	142,2	31,3	Enfermedades del corazón	28,1	10,5
Homicidio, intervención legal y operaciones de guerra	61,9	13,6	Tumores malignos	25,9	9,7
Cirrosis hepática	33,0	7,3	Complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio	24,8	9,3
Enfermedades del corazón	28,5	6,3	Accidentes	21,8	8,1
Influenza y neumonía	20,3	4,5	Influenza y neumonía	16,5	6,2
<u>América del Sur Templada</u>					
Accidentes	88,3	29,8	Tumores malignos	38,1	21,5
Enfermedades del corazón	42,1	14,2	Enfermedades del corazón	22,4	12,7
Tumores malignos	31,2	10,5	Accidentes	18,0	10,2
Cirrosis hepática	18,4	6,2	Enfermedades cerebrovasculares	11,3	6,4
Suicidio	13,7	4,6	Complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio	9,7	5,5
45-64 años					
<u>Mesoamérica Continental</u>					
Enfermedades del corazón	185,0	14,3	Tumores malignos	147,2	17,2
Accidentes	163,1	12,6	Enfermedades del corazón	134,3	15,7
Cirrosis hepática	122,9	9,5	Diabetes mellitus	60,3	7,0
Tumores malignos	99,3	7,7	Influenza y neumonía	51,7	6,0
Influenza y neumonía	75,0	5,8	Enfermedades cerebrovasculares	49,2	5,8
<u>América del Sur Templada</u>					
Enfermedades del corazón	385,9	27,4	Tumores malignos	220,4	31,4
Tumores malignos	318,1	22,6	Enfermedades del corazón	142,0	20,2
Enfermedades cerebrovasculares	125,5	8,9	Enfermedades cerebrovasculares	81,5	11,6
Accidentes	107,9	7,7	Cirrosis hepática	27,9	4,0
Cirrosis hepática	88,1	6,3	Accidentes	26,2	3,7
65 años y más					
<u>Mesoamérica Continental</u>					
Enfermedades del corazón	1.245,1	20,5	Enfermedades del corazón	1.225,9	22,2
Influenza y neumonía	602,0	9,9	Influenza y neumonía	558,5	10,1
Tumores malignos	505,6	8,3	Tumores malignos	477,4	8,7
Enfermedades cerebrovasculares	367,7	6,0	Enfermedades cerebrovasculares	386,3	7,0
Accidentes	284,8	4,7	Diabetes mellitus	305,7	5,5
<u>América del Sur Templada</u>					
Enfermedades del corazón	2.112,1	32,7	Enfermedades del corazón	609,1	33,3
Tumores malignos	1.267,6	19,6	Tumores malignos	808,2	16,7
Enfermedades cardiovasculares	760,6	11,8	Enfermedades cerebrovasculares	713,4	14,8
Influenza y neumonía	210,4	3,3	Influenza y neumonía	168,8	3,5
Accidentes	174,0	2,7	Diabetes mellitus	154,3	3,2

a/ Los grupos de causas corresponden a la 8a Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y comprenden los siguientes códigos: tuberculosis, 010-019; tumores malignos, 140-209; diabetes mellitus, 250; enfermedades del corazón, 390-429; enfermedades cerebrovasculares, 430-438; influenza y neumonía, 470-474, 480-486; cirrosis hepática, 571; accidentes, E800-E949, E980-E989.

Fuente: Las condiciones de Salud en las Américas. Op. cit.

Cuadro 9. Clasificación de países en categorías según la distribución porcentual de muertes por cáncer de cuello uterino y mama con respecto al total de defunciones por tumores malignos, alrededor de 1980

Categorías	Cuello uterino %	Otras partes útero %	Cuello uterino y otras partes de útero %	Mama %	Número de orden	
					cuello uterino	Mama
1. Países con mayor proporción de muertes por cáncer de cuello uterino*						
Colombia						
35-64 años	14,1	8,7	22,8	9,2	1	3
Todas las edades	10,8	7,4	18,2	6,2	2	4
Costa Rica						
35-64 años	17,5	4,0	21,5	9,3	1	3
Todas las edades	11,0	3,2	14,2	6,6	2	4
Chile						
35-64 años	19,2	2,8	22,0	12,6	1	2
Todas las edades	12,1	2,7	14,8	9,4	2	3
Venezuela						
35-64 años	14,7	14,6	29,3	12,5	1	2
Todas las edades	10,8	12,2	13,0	9,6	2	3
2. Predominio de muertes por cáncer de mama**						
Argentina						
35-64 años	6,1	8,7	14,8	25,3	3	1
Todas las edades	3,9	7,1	11,0	18,3	6	1
Cuba						
35-64 años	7,3	11,1	18,4	21,3	5	1
Todas las edades	5,3	9,8	15,1	15,4	5	1
Uruguay						
35-64 años	7,0	8,0	15,0	27,0	2	1
Todas las edades	3,9	5,8	9,7	18,5	5	1
3. Proporción similar de cáncer de mama y cuello uterino						
Caribe Inglés*** (11 países)						
35-64 años	15,0	5,5	20,5	15,5	1	1
Todas las edades	15,3	6,7	22,0	15,5	2	1

* Se clasifican también en esta categoría países como Brasil, México, Panamá y Perú.

** Clasifican también en esta categoría Canadá, EUA y Puerto Rico

*** Datos promedios para el conjunto de países.

Fuente: Datos más recientes del Programa de Estadísticas, OPS.

Cuadro 10. Años potenciales de vida perdida (APVP)
 1-65 años de edad, ambos sexos - Chile y Uruguay

Causa*	APVP	No. orden	Porcentaje
<u>Chile 1980</u>			
Accidentes	167.331	1	26,9
Tumores malignos	76.550	2	12,3
Enfermedades del corazón, hiper- tensivas e isquémicas del corazón	48.761	3	9,5
Todas las enfermedades infecciosas y parasitarias	42.663	4	6,8
Cirrosis del hígado	37.949	5	6,1
<u>Uruguay 1979</u>			
Enfermedades del corazón, hiper- tensivas e isquémicas del corazón	31.457	1	22,4
Tumores malignos	30.358	2	21,6
Accidentes	26.573	3	18,9
Enfermedades cerebrovasculares	7.934	4	5,6
Todas las enfermedades infecciosas y parasitarias	5.802	5	4,1

* Clasificación Internacional de Enfermedades, 9a Edición.

Fuente: Datos más recientes del Programa de Estadísticas, OPS.

Cuadro 11. Impedimentos o incapacidades declaradas (total),
 según grupo de edad

Impedimentos	Porcentaje	Grupo de edad de máxima frecuencia	Porcentaje de impedidos del grupo de edad
Total impedimentos	881 100,00		
Por enfermedad crónica	21,91	60 a 74	39,3
Ceguera total avanzada	13,05	60 a 74	35,6
Retardo mental	11,35	15 a 44	54,0
Sordera total avanzada	9,88	75 y más	35,6
Parálisis	9,19	75 y más	35,8
Senilidad	7,72	75 y más	86,8
Enfermedad mental	7,38	15 a 44	43,0
Malformaciones	5,79	45 a 59	27,5
Falta de miembros	3,06	45 a 59 y 60 a 74	81,5
Sordomudez	1,36	45 a 59	33,3
Problemas psicológicos	1,14	5 a 14, 60 y más	90,0
Otros	8,17	60 a 74	31,2

Fuente: Encuesta de salud familiar. Ministerio de Salud Pública, Uruguay. Informe General, mayo 1983.

Cuadro 12. Número de defunciones por accidentes de tránsito, tasas de mortalidad por dicha causa y su variación porcentual en países seleccionados de la Región de las Américas en 1969 y 1980

	Número de defunciones		Tasas de mortalidad por 100.000 habitantes		Variación (porcentaje)
	1969	1980	1969	1980	
Argentina	3.524	3.779	14,9	14,3	-4,0
Colombia	3.562*	4.969(b)	17,8	18,9(b)	-6,2
Costa Rica	201	363	12,3	16,6	35,0
Cuba	947	1.212	11,3	12,4	9,7
Chile	1.668	1.434	17,8	13,1	-26,4
Ecuador	837	1.817(a)	14,7	21,8(a)	48,3
El Salvador	296	371	9,1	7,7	-15,4
Estados Unidos de América	56.400	50.800(b)	28,3	22,2(b)	-21,6
Guatemala	261	1.123	5,5	14,7	167,3
Panamá	114	364	8,3	20,0	141,0
Perú	1.336(c)	2.103	10,5(c)	11,8(c)	12,4
Rep/Dominicana	286	353	7,1	6,7	-5,6
Trinidad y Tabago	148	230	14,5	19,9	37,3
Uruguay	177	400	6,3	14,0	122,2
Venezuela	2.424	5.211	24,2	37,4	54,5

* Estimado

(a) 1978

(b) 1981

(c) 1967

Fuente: Programa Salud del Adulto, Subprograma Prevención de Accidentes, OPS, 1984.

CE95/3 (Esp.)
ANEXO

Organización Panamericana de la Salud

OPS/CAIS/23/3.5
Original: Español

VIGESIMA TERCERA REUNION DEL
COMITE ASESOR DE INVESTIGACIONES EN SALUD

Washington, D.C.
4-7 de septiembre de 1984

PRIORIDADES DE INVESTIGACION
PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO

Este documento no constituye una publicación oficial. No debe ser objeto de reseña, resumen, ni cita sin la autorización de la Organización Panamericana de la Salud. Las declaraciones consignadas en artículos firmados son la responsabilidad exclusiva de sus autores.

SALUD DEL ADULTO

El ámbito del "Programa del Adulto" podría ser concebido en forma restringida en función de los daños que se presentan en este grupo etario. Sin embargo, es preciso reiterar que todos los componentes del Programa tienen un espectro de acción integral que abarca actividades de prevención y control de enfermedades y de promoción de la salud desde el período perinatal hasta el anciano.

Sus componentes o subprogramas son:

- a) Enfermedades crónicas (incluyendo cáncer).
- b) Salud Mental (incluyendo farmacodependencia y abuso de alcohol).
- c) Salud de las personas de edad avanzada.
- d) Prevención de la ceguera.
- e) Prevención de accidentes.
- f) Servicios para el discapacitado y rehabilitación.

Como se sabe, existe una evidente transformación en las características ambientales y los hábitos, costumbres y "estilos de vida" de las poblaciones y por consiguiente en la naturaleza e intensidad de los factores de riesgo, que se están expresando en daños definidos en el grupo de población del adulto y del anciano. Los problemas de salud de este grupo están habitualmente relacionados con enfermedades crónicas e invalidantes, cuyo tratamiento y rehabilitación, exige la participación de niveles más complejos de especialización con un importante aumento de los costos para los servicios de salud y seguridad social.

El programa destaca, en consecuencia, un importante componente de actividades de prevención (enfermedades hereditarias y congénitas, factores ambientales, psico-sociales y conductuales), así como de servicios y de rehabilitación.

El objetivo general del programa de Salud del Adulto consiste en mejorar el estado de salud de la población adulta y promover la reducción de la incidencia y prevalencia de las enfermedades, condiciones e incapacidades que la afectan mediante el desarrollo de un programa regional integral de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación. Con este propósito el programa colabora con los Gobiernos en la formulación,

ejecución y evaluación de políticas y programas de salud para la población adulta y anciana sobre la base de un conocimiento adecuado de su situación social, cultural, económica y política.

Las estrategias adoptadas para alcanzar esos objetivos comprenden la monitoría periódica de la situación de salud, incluyendo los programas nacionales, el apoyo técnico a los mismos, la identificación de recursos nacionales, la promoción de la cooperación técnica entre los países, la promoción del adiestramiento y la investigación y la diseminación de información técnica.

Los objetivos específicos de cada uno de los sub-programas se ajustan a los objetivos generales mencionados antes y agregan a los mismos objetivos más concretos, relacionados con las enfermedades y condiciones de salud, objeto de su gestión.

A manera de ejemplo señalaremos entre esos objetivos los relativos a la modificación de estilos de vida perjudiciales para la salud, los relacionados con la intervención sobre factores psicosociales adversos y los atinentes a las necesidades y características de los usuarios de los servicios de salud.

Recuento Histórico

Los diversos componentes del programa de salud del adulto son en su mayoría de creación relativamente nueva y la lista de las actividades realizadas en el pasado en el campo de la investigación es corta por necesidad.

Durante el período 1974-1981, la OPS, tomando en cuenta los modelos sugeridos por la OMS promovió y coordinó una serie de investigaciones operacionales de carácter colaborativo en escala limitada, con la participación de varios países que estaban trabajando o tenían interés en alguno de los aspectos relacionados con el control de las enfermedades crónicas no transmisibles. Así, se iniciaron esfuerzos colaborativos inter-países orientados al control de la fiebre reumática, hipertensión arterial, enfermedades reumáticas crónicas y alergias crónicas. Se tenía como propósitos ganar experiencia programática, demostrar la factibilidad de los programas de prevención secundaria, apoyar a los investigadores o grupos existentes, facilitar el intercambio de experiencias de interés común y promover y apoyar programas de acciones de mayor alcance en los diferentes países. Estos estudios facilitaron la recopilación de información epidemiológica en algunos países, la elaboración de manuales técnicos y recientemente la iniciación de un proyecto de investigación sobre prevención primaria de enfermedades cardiovasculares.

Parte de la labor de promoción de la investigación ha sido la identificación de instituciones y centros de excelencia. En 20 países de América Latina y el Caribe se identificaron en 1982, mediante una encuesta, 67 instituciones dedicadas a la investigación y tratamiento del cáncer.

El Proyecto Latinoamericano de Información sobre Investigación en Cáncer ha identificado hasta 1984 un total de 696 proyectos de investigación tanto en aspectos básicos como aplicados y ha revisado 298 protocolos de investigación clínica sobre cáncer. Todos los proyectos se han incorporado a los bancos de datos sobre cáncer de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos.

Desde 1977 la OPS ha mantenido, en colaboración con el Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos, el Programa Colaborativo de Investigación en Tratamiento del Cáncer, facilitando la cooperación entre 13 instituciones de América Latina y 9 de los Estados Unidos, promoviéndose de esa manera en los países una mejora en la metodología de estudio y en el tratamiento de las neoplasias.

En el campo de la Salud Mental, las investigaciones en los últimos diez años se han concentrado en el estudio de la epidemiología de las enfermedades mentales, el alcoholismo y las farmacodependencias, preferentemente en las áreas urbanas. Se ha colaborado con los países en el diseño y ejecución de encuestas sobre enfermedades mentales, alcoholismo y farmacodependencia en 6 países y se realizó una investigación directa sobre patrones de ingestión de bebidas alcohólicas en cuatro países. Se han patrocinado algunos proyectos de estimulación temprana que a su vez han generado proyectos de investigación en los países y se han participado en varios proyectos de investigación de la OMS sobre extensión de servicios de salud mental, efectos terapéuticos de psicotrópicos en diversas culturas y clasificación tri-axial de problemas de salud en el nivel primario, en la que participan centros de la red colaboradora en salud mental (Brasil, Colombia, Canada, USA).

Se realizó una encuesta sobre las leyes que afectan al enfermo mental en América Latina y otros sobre la legislación en relación con las drogas que producen dependencia.

En los últimos 5 años se ha identificado un conjunto de centros de investigación y adiestramiento en salud mental, ciencias neurológicas y dependencias que han venido a conformar una red que actualmente cuenta con 10 instituciones.

Algunos países han realizado investigaciones sobre las condiciones médico-sociales de las personas mayores de 60 años, incluyendo los aspectos legales, nutrición, oferta de servicio, actitudes y creencias, pero la mayoría de estos estudios han sido hechas en grupos no representativos de la población general de ancianos.

Criterios utilizados para establecer prioridades

Además de los requisitos mínimos que debe llenar toda investigación en cuanto a factibilidad, rigor científico y salvaguardas éticas, los responsables de los diversos componentes del programa han coincidido en adoptar los siguientes criterios de prioridad:

Importancia del problema estudiado. Se le dará prioridad a aquellas investigaciones orientadas a resolver un problema de salud de alta incidencia o prevalencia o de singular importancia social en la población adulta de la Región.

Pertinencia Técnica. Los proyectos estrechamente relacionados con los objetivos de los subprogramas y con las políticas y plan de acción de la Organización tendrán alta prioridad.

Aplicabilidad. Los resultados previstos de la investigación deben ser susceptibles de ser aplicados a masas de la población, de ser posible a través de la atención primaria de la salud. Deben además ser compatibles con la situación cultural y sociopolítica del sitio donde se pretende desarrollar.

Efecto promocional. El estudio propuesto, además de sus objetivos específicos, deberá servir para fortalecer y desarrollar grupos y centros nacionales de investigación y para propiciar la cooperación técnica entre los países.

Valor diagnóstico. Tienen consideración especial aquellos estudios que ayuden a un mejor conocimiento de la historia natural de las enfermedades, condiciones e incapacidades de mayor importancia en la región, incluyendo su frecuencia y distribución y la identificación de actores que influyen en su origen, curso y desenlace.

Este criterio es de singular importancia en el caso de enfermedades crónicas no transmisibles, trastornos mentales, dependencias e incapacidades afectadas por los estilos de vida de la población.

Desarrollo de tecnologías. Se dará prioridad a aquellos estudios que propendan al desarrollo de tecnologías apropiadas para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en enfermedades crónicas, aplicables en los países de América Latina y el Caribe.

A pesar de que la lista de criterios enumerada se inclina a la aplicación en los países en desarrollo de la Región de los conocimientos científicos ya disponibles, ello no significa que se les niegue el apoyo a las investigaciones básicas. Estos también son considerados, pero sólo en cuanto presenten alguna posibilidad de que el conocimiento que aporten pueda incorporarse en los servicios de salud de los países

Prioridades, metas y actividades

Las siguientes áreas han sido consideradas prioritarias por los diversos componentes del programa de salud del adulto:

- Investigaciones epidemiológicas, tanto en la población global como en grupos especiales, en el área urbana, en la rural y en los barrios marginales.

- Estudios de factores psicosociales, en especial estilos de vida y calidad de la vida, que influyen sobre la ocurrencia y curso de enfermedades somáticas y mentales, accidentes, dependencias e incapacidades, y sobre la oferta, accesibilidad y uso de los servicios.
- Investigaciones clínico-epidemiológicas tales como estado nutricional de los ancianos, enfermedades neurológicas, problemas visuales, etc.
- Determinación de indicadores (para diagnóstico, evaluación, de riesgo, etc.).
- Desarrollo de tecnologías en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, aplicables en América Latina y el Caribe. (Ejemplo: producción de prótesis, medios diagnósticos aplicables en el nivel primario, manuales y otros medios de enseñanza, etc.)
- Investigaciones operacionales: accesibilidad, utilización, eficiencia y eficacia de los servicios.
- Investigaciones sobre evaluación de tecnologías.

Actividades en marcha

- Proyecto MORE, que recopila información sobre la magnitud y características de algunas enfermedades crónicas no transmisibles en los países de la Región.
- Encuesta familiar de salud en relación con enfermedades crónicas. Estudio socio-epidemiológico y operacional sobre condiciones sociales y de salud y utilización de los servicios por la población adulta en el Uruguay.
- Estudio de factibilidad para la realización de programas integrados de prevención y control de enfermedades crónicas en Brasil y Cuba.
- Estudio cooperativo sobre incidencia del cáncer de la vesícula biliar en Bolivia, México y los Estados Unidos.
- Recolección y diseminación de información sobre cáncer, sirviendo todos los países de la Región, mediante el Proyecto Latinoamericano de Información sobre Investigación en Cáncer.
- Programa colaborativo de Investigación en Tratamiento del Cáncer. Proyecto multinacional de ensayo clínico que comprende 22 instituciones en la Región.

- Investigación neuroepidemiológica en Bolivia, Chile, Ecuador, México, Perú y Venezuela.
- Estudio sobre redes de apoyo social en un barrio marginal de la ciudad de México.
- Encuesta sobre consumo de drogas que causan dependencia en Colombia y Perú.
- Encuesta sobre necesidades, percepciones y actitudes de la población de 60 y más años de edad en centros urbanos de 11 países de la Región, cuyos resultados serán utilizados en el desarrollo de programas.
- Prueba de campo de un manual de rehabilitación con base en la comunidad en Argentina, México y Santa Lucía.