

OPS  
W84.5  
L791  
1992

# **PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS AFECCIONES NO TRANSMISIBLES: LINEAMIENTOS GENERALES**

**PROGRAMA PROMOCION DE LA SALUD**



**Washington, D.C.**

**Septiembre 1992**

**ISBN 92 75 32082 9**

El presente documento no es una publicación oficial de la Organización Panamericana de la Salud (OPS); sin embargo, todos sus derechos le están reservados. El documento puede ser utilizado para revisión, resumen, comentario, reproducción o traducción, ya sea parcialmente o en su totalidad; no puede ser utilizado para la venta o con propósitos comerciales. Las opiniones expresadas por los autores citados son de exclusiva responsabilidad de los mismos.

MFN = 9  
GT3.1/OPS/W/84.5/L 791/1992  
BINCAP

# PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION Y CONTROL DE LAS AFECCIONES NO TRANSMISIBLES:

LINEAMIENTOS GENERALES

Guillermo Llanos, Asesor Regional  
Eric Nicholls, Asesor Regional  
Helena Restrepo, Coordinadora

Programa Promoción de la Salud  
Subprograma de Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Washington, D.C.

Septiembre 1992

PROPIEDAD DEL CENTRO DE  
DOCUMENTACION E INFORMACION  
de la Oficina Sanitaria Panamericana  
Representación de País Guatemala

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
* PREFACIO	i
1. INTRODUCCION	1
2. EL PROBLEMA	1
3. JUSTIFICACION PARA INTERVENCIONES INTEGRADAS	3
4. MARCO CONCEPTUAL	5
5. ESTRATEGIAS DE INTERVENCION	6
5.1 Estrategia de promoción de la salud o de riesgo poblacional.	6
5.2 Estrategia de prevención o riesgo individual.	8
5.3 Estrategia de adecuación de los servicios.	9
6. OTROS REQUISITOS	10
6.1 Participación comunitaria.	10
6.2 Concertación y participación intersectorial.	10
6.3 Comunicación social	10
7. OPERACIONALIZACION	11
7.1 Objetivo general	11
7.2 Objetivos específicos	11
8. DISEÑO GENERAL	12
9. MONITOREO Y EVALUACION DE LA INTERVENCION	13
10. ORGANIZACION Y MANEJO	15
11. PLAN DE ACCION	15
12. BIBLIOGRAFIA	17



## PREFACIO

La dramática emergencia de las afecciones no transmisibles como uno de los problemas de salud pública más preponderantes en la mayoría de los países del continente americano, plantea un desafío distinto de aquellos que conocimos en el pasado.

Aunque se dispusiera de recursos ilimitados y de las tecnologías más sofisticadas, tales problemas no podrían ser resueltos con un enfoque meramente curativo. Este tendría tan sólo el efecto de aliviar algunas de las consecuencias tardías, pero no podría prevenir la ocurrencia de los comportamientos, de las condiciones y estilos de vida, ni de los factores de riesgo que causan esas afecciones no transmisibles.

Afortunadamente, se dispone de cuantiosos conocimientos científicos y de la experiencia acumulada a través de la aplicación práctica de las estrategias complementarias de "promoción de la salud" y de la "prevención" de las afecciones no transmisibles, planteadas ambas en el contexto de la reorientación de los servicios de atención de salud.

La decisión política de dar prioridad a la solución de este problema y de establecer programas nacionales multidisciplinarios e intersectoriales de promoción, prevención y control puede beneficiarse con el establecimiento de proyectos de demostración en desarrollo en comunidades circunscritas. Estos permitirán dar el paso inicial y aportarán la base de experiencia necesaria para el desarrollo de programas nacionales.

Los presentes lineamientos han tomado como base documentos similares, tales como los de los proyectos "INTERHEALTH" Y "CINDI" (Country wide integrated Non-Communicable Diseases Interventions") patrocinados por la Organización Mundial de la Salud. Pretenden estimular, orientar el desarrollo y evaluar el impacto de proyectos de esta naturaleza.

El Programa de Promoción de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud, al presentar este documento, busca fijar las bases y determinar los requerimientos mínimos para la puesta en marcha de experiencias que abran camino para la transformación de la atención de salud.

## **1. INTRODUCCION**

Durante las últimas décadas las comunidades latinoamericanas y del Caribe han experimentado cambios importantes en sus perfiles demográficos, socio-económicos y epidemiológicos.

En efecto, mientras las tasas de fecundidad, de mortalidad infantil y de mortalidad por enfermedades infecciosas y carenciales continúan descendiendo, la esperanza de vida al nacer, la migración urbana y el tamaño de la población continúan aumentando.

Como consecuencia, ha habido un envejecimiento en la estructura demográfica de la población, que pese a ser un fenómeno relativamente fácil de medir y uno de los determinantes más importantes de los cambios señalados, no explica por sí solo las transformaciones encontradas en la Región. A este hecho deben agregarse la exposición a factores ambientales y, sobre todo, los cambios en las condiciones y en los llamados "estilos de vida", los cuales a su vez están relacionados entre otros factores, con la migración hacia zonas urbanas y suburbanas.

La recesión económica y el endeudamiento externo de los países han afectado duramente la capacidad de crecimiento de las economías, contribuyendo a agudizar las inequidades en la distribución del ingreso. Esta situación ha repercutido desfavorablemente en el gasto público del sector salud.

## **2. EL PROBLEMA**

Los cambios demográficos y socioeconómicos descritos han producido aumentos sustanciales de la mortalidad proporcional atribuible a las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y a las de causa externa (accidentales e intencionales) que llamaremos en adelante "afecciones no transmisibles (ANT). Además, aunque no han sido suficientemente documentados, se han informado aumentos en la prevalencia de factores de riesgo para las ECNT y en la demanda de servicios de salud.

Recientemente se ha puesto de manifiesto que los migrantes hacia las zonas urbanas experimentan cambios en sus estilos de vida que se traducen en un incremento en la prevalencia de factores de riesgo para las ECNT. Debe señalarse entre estos, el aumento de la prevalencia de la hipertensión arterial, de la obesidad, de los niveles de colesterol sanguíneo, del tabaquismo y del sedentarismo. No resulta entonces sorprendente constatar que las enfermedades del aparato circulatorio, diversos tumores malignos, las lesiones de

causa externa y otras ANT, hayan experimentado incrementos notorios en las últimas décadas.

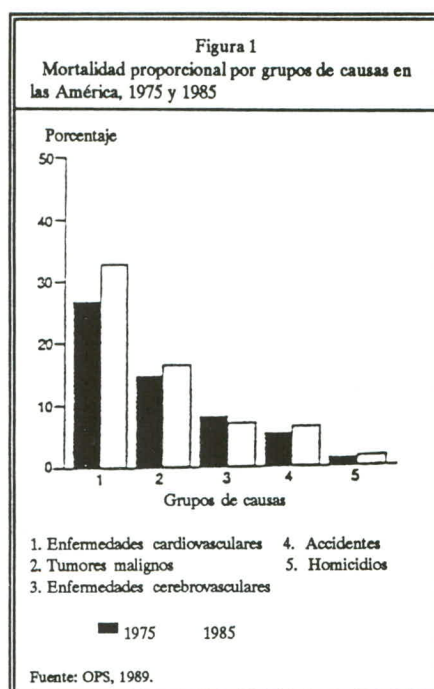
A pesar de las limitaciones que afectan a la comparabilidad de las estadísticas de mortalidad entre países, la información disponible en la OPS permite afirmar que la proporción de muertes atribuidas a las ECNT ha venido aumentando sostenidamente en todas las subregiones de las Américas. El Cuadro 1 señala, además, que las subregiones que tenían una proporción menor de muertes por este grupo de enfermedades son las que muestran ahora los aumentos de mayor magnitud. La conclusión más trascendente que puede derivarse de esta información es que la mortalidad por las afecciones no transmisibles está adquiriendo aceleradamente un carácter preponderante en toda la Región. Por ello, están cambiando rápidamente los perfiles epidemiológicos de los países.

CUADRO 1				
Modificaciones del porcentaje de la mortalidad correspondiente a las enfermedades crónicas no transmisibles en cinco subregiones de las Américas, 1970-1980.				
SUBREGION	Mortalidad atribuible a enfermedades crónicas no transmisibles (%)		Aumento absoluto del % 1970-1980	Aumento relativo del % 1970-1980
	1970	1980		
América del Norte Estados Unidos de América y Canadá	74,7	75,0	0,3	0,4
Templada América del Sur (Países del Cono Sur)	54,0	60,0	6,0	11,1
Zona del Caribe	47,0	57,0	10,0	21,3
Tropical América del Sur	22,0	45,0	23,0	104,5
Mesoamérica continental (América Central, México y Panamá)	18,0	28,0	10,0	55,6

Fuente: OPS. Sistema de Información Técnica. 1989.



Entre las afecciones que han experimentado mayor incremento proporcional de muertes entre 1975 y 1985 se cuentan las enfermedades cardiovasculares (ECV), los tumores malignos, y las lesiones de causa externa, como lo demuestra la Figura 1.



### 3. JUSTIFICACION PARA INTERVENCIONES INTEGRADAS

El incremento señalado en la ocurrencia de las afecciones no transmisibles ha generado a su vez un aumento en la demanda de servicios curativos en el sistema de atención de salud, que amenaza con superar la capacidad de respuesta de éste. Igualmente, ha habido un aumento en el costo de estos servicios, debido no sólo al incremento de la demanda, sino también al uso y abuso de tecnologías cada vez más sofisticadas, las cuales son también muy costosas.

La solución para estos problemas no es solamente el mejoramiento de la eficiencia de los servicios reparativos y; por lo tanto tal solución no puede ser abordada satisfactoriamente mediante el uso exclusivo de enfoques tradicionales de asistencia médica. Surge entonces la necesidad imperiosa de buscar soluciones innovativas, con estrategias que se anticipen a las causas, en lugar de limitarse tan sólo a atenuar los daños ya producidos por este grupo de enfermedades.

Existe suficiente evidencia que muestra que las afecciones no transmisibles están en su gran mayoría asociadas con factores de riesgo comunes (Cuadro 2). Esta información proviene de tres fuentes:



**3.1** La evidencia aportada por estudios analíticos de las décadas de 1950 y 1960, demostró que la asociación entre las ECNT y algunos factores de riesgo como el tabaquismo, la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia, entre otros, cumplen con todos los criterios epidemiológicos aceptados para establecer causalidad.

**3.2** La evidencia producida por estudios experimentales de las décadas de 1970 y 1980 demostró que los factores de riesgo son susceptibles de modificación. Las intervenciones comunitarias desarrolladas posteriormente demostraron, también, que tal modificación es a la vez factible, aceptable y beneficiosa.

**3.3** Las estadísticas nacionales de algunos países de las Américas y de otras regiones han demostrado también que es posible lograr una reducción en las tasas de mortalidad para algunas ECNT, a través de la aplicación de programas de prevención y control.

Toda esta información disponible justifica plenamente el desarrollo y la puesta en práctica de intervenciones comunitarias que pretendan modificar los factores de riesgo comunes que preceden a varias ECNT, en vez de abordar a cada enfermedad por separado. Estas intervenciones, llamadas "integradas" porque pretenden modificar simultáneamente mas de un factor de riesgo, se traducen tanto en una disminución de costos y de insumos, como en la utilización mas efectiva de un mismo grupo humano trabajando en equipo.

Es posible, entonces, propiciar un manejo operacional unificado y, tal vez, simplificado, de un conjunto complejo de procedimientos de intervención, evitar las duplicidades, eliminar la compartimentalización de los servicios y utilizar más racionalmente los recursos, tanto en el sector salud como en otros sectores.

**CUADRO 2**  
**INTERACCION DE RIESGOS Y ENFERMEDADES**

	Enfermedad del corazón	Enfermedad cerebro-vascular	Cáncer	Enfermedad Pulmonar Crónica Obstructiva	Diabetes	Cirrosis	Accidentes y violencia	Malformaciones
Tabaco	X	X	X	X	X	-	-	X
Alcohol	-	-	X	-	-	X	X	X
Colesterol	X	X	X	-	X	-	-	-
Hipertensión	X	X	-	-	X	-	-	-
Dieta	X	X	X	-	X	X	-	X
Obesidad	X	X	X	X	X	-	-	-
Sedentarismo	X	X	-	X	X	-	-	-
Stress	X	-	X	-	X	-	X	-
Drogas		-	X	-	X	X	X	X
Ocupación	X	X	X	X	X	X	X	X
Ambiente	X	-	X	X	X	-	X	X

Fuente: Adaptado de Rothenberg RB, Koplan JP. Ann Rev. Public Health, 1990.

## 4. MARCO CONCEPTUAL

La Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), ha adoptado entre sus *Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas para el Cuadrienio 1991-1994* a la Promoción de la Salud como una de sus líneas básicas de trabajo.

La renovación del concepto de Promoción de la Salud, consignado en la "Carta de Ottawa" en 1986, ha marcado un hito en la salud pública moderna. El Programa de Promoción de la Salud (HPA) de la OPS ha aceptado esta declaración como el pilar fundamental en su desenvolvimiento conceptual, para contribuir a operacionalizar acciones en los países de la Región.

En la Carta de Ottawa se propone que "la promoción de la salud consiste en proporcionar a las comunidades los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado pleno de salud un individuo o grupo debe ser capaz de indentificar y realizar sus aspiraciones, de sastisfacer sus

necesidades y de cambiar o de adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe no como el objetivo, sino como una fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata, por lo tanto, de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales que trasciende las formas de vida sanas y que, por tanto, no concierne exclusivamente al sector salud”.

La Carta de Ottawa reconoce que “son pre-requisitos fundamentales para la salud: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, el ingreso, un ecosistema estable, la conservación de los recursos, la justicia social y la equidad”.

El concepto de la Promoción de la Salud abarca diversas áreas de desarrollo operativo, entre los que se incluyen:

- la formulación de políticas y de legislaciones saludables.
- la creación de ambientes favorables.
- la organización y participación comunitaria.
- el desarrollo de aptitudes personales y cambios de comportamiento (condiciones y estilos de vida).
- la reorientación de los servicios de salud.

## **5. ESTRATEGIAS OPERATIVAS DE INTERVENCION**

Para interrumpir la secuencia de eventos que desemboca, primero en adopción de conductas no saludables, en la aparición de factores de riesgo, y que luego lleva a la enfermedad y a la muerte, no se dispone de una medida preventiva única que sea eficaz por sí sola. Por el contrario es necesario poner en práctica combinaciones de intervenciones de variada naturaleza, las que podrán diferir también de un país a otro. Las principales estrategias de intervención se esquematizan a continuación:

### **5.1 Estrategia de promoción de la salud o riesgo poblacional**

Está orientada hacia la modificación favorable de factores de riesgo que afectan a la comunidad entera (básicamente hacia modificaciones en las condiciones y los estilos de vida y en la exposición a riesgos ambientales) y propone la utilización



del modelo de salud pública de intervención comunitaria. Para ello se plantea el desarrollo de actividades intra e intersectoriales de promoción y prevención primaria, con participación comunitaria activa, y el compromiso indiscutible de diferentes sectores, para llevar a cabo las siguientes técnicas de intervención:

**5.1.1 Comunicación social:** producción y diseminación de mensajes educativos e informativos a través de los medios masivos u otros medios de comunicación. Deberá difundirse en forma sistemática la información sobre los estilos de vida saludables relacionados con factores de riesgo y los comportamientos que favorecen el bienestar.

**5.1.2 Sector educativo:** a través del desarrollo de actividades innovativas y atractivas con la participación de alumnos, líderes, padres y maestros, se diseñarán y ejecutarán acciones destinadas a cambiar las conductas de riesgo. Se hará énfasis en la inclusión en las currícula de modificaciones que permitan el desarrollo de estas actividades.

**5.1.3 Políticas de salud y legislación:** se buscará el compromiso del nivel político, tanto en la decisión sobre las intervenciones, como en la formulación de políticas y legislación de la salud. Por ejemplo, proponiendo regulaciones destinadas a restringir la publicidad y el consumo del tabaco en lugares públicos, a exigir el uso del cinturón de seguridad en los automotores, a requerir que en las etiquetas de los alimentos se publiquen el contenido calórico y la composición de ciertos productos procesados, etc.

**5.1.4 Participación comunitaria:** Se promoverán las formas de vincular activamente a todos los estratos de la población, partiendo de la persona, su familia y su comunidad.

**5.1.5 Recreación y deportes:** Se programarán o planificarán acciones destinadas a reducir el sedentarismo e incrementar la práctica de deportes y actividades recreativas. Deberá acompañarse de la facilitación de los escenarios deportivos correspondientes, cuya utilización máxima deberá estimularse.

**5.1.6 Otros:** Cabe incluir aquí a otros sectores, si es que ello se estima prioritario. A manera de ejemplo se mencionan intervenciones para reducir los accidentes del tránsito o los accidentes ocupacionales que deben involucrar al sector transporte, al ocupacional, al legislativo, o a otros.

## **5.2 Estrategia de prevención secundaria o de riesgo individual**

Propicia el uso del así llamado "modelo médico", de intervención comunitaria. Este busca la detección sistemática y oportuna, el diagnóstico y el manejo eficiente de los individuos ya afectados por FR o por las enfermedades mismas. Aún cuando pueda presentar también diferencias de una comunidad a otra, pretende poner en práctica técnicas de intervención similares, a saber:

**5.2.1 Adecuación de normas:** debe impulsar que normas ya existentes sean simplificadas y adecuadas a las intervenciones propuestas (algoritmos de manejo). La reformulación de estas normas deben hacerse con plena participación del sector salud, y la de otros sectores, cuando ello sea necesario. No debe olvidarse que muchas de las acciones no serán desarrolladas necesariamente por el médico o el grupo profesional de la salud.

**5.2.2 Tamizaje (o screening) y vigilancia:** además de los sistemas de tamizaje en los servicios de salud y en los lugares tradicionales deberán explorarse otros sitios para la detección precoz de las enfermedades, como la búsqueda de hipertensos en el lugar de trabajo, o la identificación de diabéticos por la comunidad, etc. La vigilancia deberá ser muy activa y deberá acompañarse del desarrollo de un sistema de información que garantice la calidad, veracidad y oportunidad de los datos. Los conceptos de la vigilancia epidemiológica, y de la información para la acción, se aplican aquí totalmente.

**5.2.3 Monitoría y supervisión:** es la forma de hacerle seguimiento a la marcha de los programas. Basados en el sistema de información debe establecerse el procedimiento que permita medir rápidamente los cambios en los indicadores.

### **5.3 Estrategias de adecuación de los servicios**

La capacidad de satisfacer la creciente demanda de atención curativa y de rehabilitación de quienes ya están afectados por los factores de riesgo, o por las afecciones no transmisibles, es escasa. Por ello será necesario mejorar el acceso, incrementar la dotación de insumos y de recursos y definitivamente aumentar la eficiencia y la utilización de los servicios de atención dentro del sistema de cuidado de la salud.

Sobre todo, será necesario propiciar la redistribución de los recursos en los sistemas locales de salud (SILOS) para poder hacer frente a estas necesidades, dadas las características actuales de la prestación de los servicios tradicionales. Los siguientes elementos deben ser tomados en consideración:

**5.3.1 Organización y administración:** como en la mayoría de las instituciones de salud no existe la infraestructura adecuada para las intervenciones preventivas ya señaladas, ésta línea de trabajo buscará la creación de tales condiciones. Para ello se pretende mejorar el nivel de eficiencia, aumentar el nivel de cobertura, etc.

**5.3.2 Insumos:** deberá distribuirse adecuadamente el presupuesto para permitir la obtención de los insumos necesarios. Igualmente debe asignarse el personal calificado para cada una de las actividades y dotar a la institución con el equipo requerido.

**5.3.3 Capacitación:** deberá realizarse el entrenamiento, capacitación y "reciclaje" periódico del equipo humano responsable de las actividades, para adecuarlo a las necesidades de las intervenciones de promoción y de prevención.

En el Anexo A se esquematiza la forma de abordaje a la planeación de las acciones a realizar, donde la columna principal de la tabla muestra algunos de los factores de riesgo que se desean controlar, y en el eje vertical las tres grandes estrategias divididas en la posibles formas de acción. Este esquema matricial permite conocer por un lado las acciones totales a desarrollarse para el manejo de los factores de riesgo, pero igualmente la totalidad de acciones para cada clase de estrategia. Un ejemplo concreto se esquematiza en el Anexo B respecto al tabaquismo.



## **6. OTROS REQUISITOS**

La puesta en marcha de las intervenciones descritas en los párrafos precedentes, plantea la necesidad de contar con otros requisitos adicionales. Los siguientes aparecen como los más destacados:

### **6.1 Participación comunitaria**

Puesto que la comunidad entera no sólo debe ser el sujeto sino también el objeto de los cambios de las condiciones y estilos de vida, se requiere contar con mecanismos de movilización de la comunidad, su participación activa desde la identificación de sus problemas, la toma de decisiones y su involucramiento en la promoción de la salud. Esto significa establecer mecanismos de concertación entre los estamentos claves para la toma de decisiones, la coordinación intersectorial y con otros servicios públicos y la vinculación con organizaciones no gubernamentales.

### **6.2 Concertación y participación intersectorial**

La implantación de medidas de promoción y prevención va más allá de la capacidad y atribuciones del sector salud. Se requiere, por lo tanto la activa vinculación de otros sectores, fundamentalmente los de educación, recreación, desarrollo comunitario, comunicación social, legislación y otros. Se hace necesario entonces el establecimiento de mecanismos de concertación y articulación intersectorial, los que, contando con el apoyo del poder político necesario puedan ejecutar las actividades programadas.

### **6.3 Comunicación social**

Para avanzar en la procura de una mejor salud es necesario obtener que ésta se convierta en una preocupación, no sólo del sector salud, sino de toda la comunidad. Para ello resulta fundamental hacer llegar toda la información y educación sobre la salud desde el estamento comunitario en el nivel local, hasta las más altas esferas.

La diseminación de la información, no sólo a través de los medios masivos de comunicación, tiene una importancia esencial para lograr que la población pueda tomar decisiones informadas y concientes respecto a su salud individual, a la salud de su familia y a la de su comunidad.

La meta fundamental es aquí la de garantizar la existencia creciente de un público informado que tenga un papel decidido en la lucha por su salud y desee y demande una mejor salud. Igualmente se deberá alcanzar las audiencias de trabajadores de la salud, líderes sociales y políticos, a fin de promover su apoyo en el mejoramiento y la transformación de los sistemas de atención de salud.

Habrà, por lo tanto, que intensificar el uso de los medios masivos y de otros medios de comunicación, el desarrollo de innovaciones tecnológicas y la creación de nuevas maneras de llegar a los distintos niveles de decisión y operación.

## 7. OPERACIONALIZACION

Existen en América Latina y el Caribe experiencias muy circunscritas sobre intervenciones comunitarias con este enfoque holístico e integrado, y que estén fundamentadas en la promoción de la salud. Los programas más exitosos se han desarrollado en Europa, Canadá y los Estados Unidos de América.

Por ello, se presentan aquí algunos lineamientos que permitan orientar a los distintos grupos interesados en el desarrollo de estas experiencias de intervención comunitaria. Tales experiencias deberán considerarse como una etapa inicial de desarrollo y demostración, que provera las bases de experiencia necesaria para establecer continuación programas nacionales.

**7.1 Objetivo general:** Desarrollar y poner en práctica, de acuerdo con las necesidades de cada país "intervenciones comunitarias integradas para la promoción de la salud y la prevención de las ANT". Estas experiencias deben estar basadas en los servicios de atención de la salud existentes y financiarse con los recursos que ya estén disponibles en diversos sectores.

**7.2 Objetivos específicos:** Cada una de las experiencias que se desarrollen deberá, de acuerdo con los recursos, intereses, posibilidades y capacidad de

ejecución, formular objetivos específicos. Se sugieren los siguientes:

**7.2.1** Promover el establecimiento de los mecanismos de organización y apoyo para desarrollar las intervenciones comunitarias integradas.

**7.2.2** Desarrollar y poner en práctica estrategias operativas de intervención en las áreas específicas que se seleccionen en cada país.

**7.2.3** Desarrollar el sistema de información y los indicadores para el monitoreo y la evaluación de las actividades que se programen.

**7.2.4** Reorientar los servicios de atención de la salud, mediante su transformación para que involucre actividades de promoción de la salud y de prevención de las ANT.

**7.2.5** Crear métodos y tecnología innovativos para una apropiada comunicación social en el área de las ANT.

**7.2.6** Promover la colaboración entre las distintas iniciativas existentes en la Región para facilitar el intercambio de experiencias y desarrollar actividades de interés común.

## **8. DISEÑO GENERAL**

La intención de los lineamientos presentes es la orientación de un conjunto colaborativo y armónico de iniciativas destinadas a desarrollar, ejecutar y evaluar intervenciones comunitarias integradas. Se espera que estas experiencias, como tales, se enriquezcan con la marcha y la implementación de las líneas de acción que se seleccionen. Igualmente se espera que teniendo un efecto demostrativo, se puedan extender a otras comunidades del país o puedan ser repetidas y adaptados en otros países. Deberá



propiciarse un ágil, frecuente y honesto intercambio de experiencias que permita el mejoramiento de las intervenciones, basadas en el aprovechamiento de los éxitos y los fracasos de otros programas.

Las intervenciones deberán someterse, indispensablemente, a un proceso de monitoreo y evaluación de los indicadores seleccionados, tanto de los cambios de comportamientos como de la prevalencia de los factores de riesgo, de la morbilidad y de la mortalidad de las ANT se se hayan definido. Esta medición, con un "antes" y un "después" tradicionales, deberá acompañarse de un monitoreo adecuado tratando de utilizar algunos procedimientos bioestadísticos y epidemiológicos de reciente aparición, tales como el proceso de "captura y recaptura" (para estimar incidencia o prevalencia de enfermedades), o los llamados "procedimientos rápidos de evaluación" (RAP).

Se ha discutido mucho sobre la conveniencia de tener un grupo de control clásico, con el objeto de definir más claramente la relación entre causas y efectos de la intervención. Sin embargo, ya se ha comentado como premisa fundamental que estas experiencias deberán desarrollarse con los recursos presupuestarios existentes y el tener un grupo control tiene costos elevados. La otra alternativa plausible es la de obtener un grupo de comparación o, más simplemente, medidas de comparación simultáneamente obtenidas desde diferentes fuentes de información ya existentes.

El diseño básico será entonces, el de un grupo sometido a intervenciones, con una medición inicial (de las variables más importantes), un seguimiento longitudinal, durante las intervenciones, un monitoreo permanente con mediciones intermedias que permitan el ajuste, y una evaluación final.

## **9. MONITORERO Y EVALUACION DE LA INTERVENCION**

El desarrollo de estas experiencias de intervención comunitaria integrada busca que las estrategias operacionalizadas puedan ser repetidas en el mismo país o en otros países. Por ello, es imprescindible que estas experiencias cumplan al menos con tres condiciones:

### **9.1 Que las intervenciones sean reproducibles;**

9.2 Que los efectos (impacto terminal) sean medibles; y,

9.3 Que los recursos disponibles sean los que existen normalmente en los servicios de salud, aún cuando se busquen algunos recursos extrapresupuestales para el desarrollo de algunas tareas especiales.

El monitoreo de las intervenciones se considera fundamental, basado en el sistema de información y el de vigilancia que se establezcan.

La evaluación estará basada en la comparación de cuatro tipos de parámetros, a saber:

- a. de estructura, medida a través del grado de compromiso y de participación de las autoridades de salud, de otros sectores de la comunidad organizada, de las organizaciones no gubernamentales, etc.;
- b. de cumplimiento del programa que determinará el grado en que las actividades planeadas han sido puestas en práctica;
- c. del proceso (eficiencia), que determina el progreso alcanzado en las acciones destinadas a cumplir los objetivos;
- d. del impacto (efectividad) que determina el efecto a mediano o largo plazo alcanzado sobre la magnitud del problema, medido sobre la comunidad. Este impacto puede ser medido ya sea en términos de cambios de actitudes de la prevalencia de los factores de riesgo morbilidad o de mortalidad de las ANT.

Sin embargo, puesto que las modificaciones de la mortalidad demoran varios años en ocurrir (15-20 años) y las de la prevalencia de factores de riesgo requieren por lo menos 5 años para hacerse manifiestas, se sugiere que el énfasis de la evaluación se ponga en los indicadores de proceso. Estos últimos pueden experimentar cambios significativos en períodos más cortos (1 o 2 años) y satisfacer de esa manera las aprehensiones del nivel político que está interesado en mostrar progresos en plazos mas reducidos.

A manera de ilustración se plantea el uso de medidas de cambios de las actitudes y del comportamiento, o del proceso de cumplimiento de los programas (ejemplo: porcentajes de hipertensos diagnosticados o en tratamiento).

## 10. ORGANIZACION Y MANEJO

Para facilitar el desarrollo y manejo de las iniciativas propuestas se hace necesario el establecimiento de una estructura organizativa mínima. Debe recordarse nuevamente que no se trata de crear una superestructura acompañada de la verticalización de estas acciones.

Se sugiere considerar los siguiente componentes:

1. Director (o secretario ejecutivo), quien será el responsable de la conducción gerencial de las experiencias. Deberá contar con algún personal de apoyo para el desarrollo y el manejo de las intervenciones y se encargará de ejecutar las decisiones de su grupo técnico coordinador.
2. Grupo técnico coordinador, conformado por los representantes de los distintos sectores vinculados. Su función será la de determinar las políticas y estrategias relacionadas con las intervenciones, así como la de garantizar los recursos necesarios para el desarrollo armónico de éstas.
3. Grupos asesores: Cada vez que sea necesario se deberá contar con la asistencia de grupos de asesores que aportan conocimientos específicos para el desarrollo de las intervenciones.

## 11. PLAN DE ACCION

La OPS a través de su Programa de Promoción de la Salud (HPA) tanto en el nivel central como en el las Representaciones en los países, ofrece actuar como el organismo facilitador y coordinador de estas experiencias y, en la medida que sus recursos lo permitan, tendrá las siguientes responsabilidades:

1. Proporcionar asesoría técnica directa, a través de sus funcionarios o de consultores para la solución de problemas específicos.
2. Apoyar en la búsqueda de fondos necesarios para la realización de proyectos específicos que potencien el programa o para el inicio de algunas actividades



fundamentales.

3. Coordinar el intercambio de las experiencias a través de difusión de publicaciones y material técnico especializado, desarrollo de talleres y seminarios, fomento de la interrelación de las diferentes experiencias, etc.

Para la incorporación de un determinado grupo nacional como participante de estas experiencias, se deben considerar las siguientes etapas:

- a. Decisión política para participar;
- b. Definición del contexto poblacional y geográfico donde se ejecutarán las experiencias;
- c. Designación del Director y definición en la organización;
- d. Análisis de la situación preexistente, en términos de morbilidad, mortalidad de las ANT, de la prevalencia de los factores de riesgo, de los recursos sectoriales de salud y otros sectores, de la capacidad de respuesta de la comunidad, etc.;
- e. Definición de las intervenciones y estrategias a seguir;
- f. Formación de los grupos técnicos e intersectoriales de trabajo;
- g. Desarrollo de normas, técnicas y procedimientos para las estrategias de intervención;
- h. Desarrollo de talleres de inducción, coordinación y capacitación;
- i. Ejecución;
- j. Evaluación.

Es recomendable establecer, a través de la Representación de la OPS en el país, un sistema de intercambio de información que le permita al grupo local recibir, pero al mismo tiempo dar a conocer, experiencias tanto positivas como negativas, que posibiliten el mejoramiento y actualización de los programas.

## 12. BIBLIOGRAFIA

1. Canada. Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association, World Health Organization. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. En: Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ottawa, Noviembre 1986
2. Canada. Health and Welfare Canada, British Columbia Ministry of Health, Heart and Stroke Foundation. La Declaración de Victoria. Declaración de la Junta Asesora. En: Conferencia Internacional de Salud Cardiovascular. Victoria, Mayo 1992.
3. Cardiovascular disease risk factors from birth to seven years of age: the bogalusa heart study. Paediatrics 80:767-816, 1987.
4. Dawber, T. The Framingham study: an epidemiological investigation of atherosclerotic disease. Oxford, Oxford University Press, 1980.
5. Farquhar, J., Fortmann, S., Flora, J. et al. Effects of community education on cardiovascular disease risk factors. JAMA; 264:359-365, 1990.
6. Gortmaker, S., Dietz, W., Sobol, A. et al. Increasing paediatric obesity in the United States. AJDC 141:535-539, 1987.
7. Kannel, W. An overview of the risk factors for cardiovascular disease. Prevention of coronary heart disease: practical management of the risk factors. Saunders, Kaplan and Stamler, 1983.
8. Lalonde, Marc. A new perspective on the health of Canadians. Health and Welfare Canada. Ottawa, 1974.
9. Lauer, R., Lee, J., Clarke, W. Factors affecting the relationship between childhood and adult cholesterol levels: the muscatine study. Paediatrics 82:309-318, 1988.
10. Leparski, E., Nussel, E. (Ed). Countrywide integrated non-communicable diseases intervention program, (CINDI). In: Regional Office for Europe, World Health Organization. Protocol and Guidelines for Monitoring and Evaluation Procedures. Berlin, Springer-Verlag, 1987.
11. Litvak, J., Ruiz, L., Restrepo, H., McAlister, A. El problema creciente de las enfermedades no transmisibles, un desafío para las Américas. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 103:433-449, 1987.

12. Organización Panamericana de la Salud. Las Condiciones de Salud en las Américas. Publicación Científica No. 524, 1990.
13. Perry, C., Klepp, K., Sillers, C. Community -wide strategies for cardiovascular health: the Minnesota heart health youth program. Health Education Research 4:87-101, 1989.
14. Preston, S., Elo, I. Effects of early-life conditions on adult mortality: a review. Presented in: Seminar on Causes and Prevention of Adult Mortality in Developing Countries. Santiago de Chile, October 1991.
15. Puska, P., Nissinen, A., Tuomilehto, J. The community based strategy to prevent coronary heart disease: conclusion from 10 years of the North Karelia Project. Annu Rev Public Health 6:147-193, 1985.
16. Rothenberg, R., Koplan, J. Chronic disease in the 1990s. Annu Rev Public Health 2:267-96, 1990.
17. The pooling project research group. Relationship of blood pressure, serum cholesterol, smoking, relative weight and ECG abnormalities to incidence of major coronary events: final report of the pooling project. Journal of Chronic Diseases 31 (4), April 1978.
18. Uemura, K., Pisa, Z. Trends in cardiovascular disease mortality in industrialized countries since 1950. World Health Statistics Quarterly 41:155-178, 1988.
19. U.S. Department of Health and Human Services. Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress. The 1989 Report of the Surgeon General. DHHS Publication No (CDC) 89-8411, 1989.
20. Vartiainen, E., Tossavainen, L., Niskanen, E., Puska, P. The North Karelia Youth Programs. Annals of New York Academy of Sciences 623:332-349, 1991.
21. Vartiainen, E., Puska, P., Pietinen, P., Nissinen, A., Leino, U., Usitalo, U. Acta Paediatr Scand; 75:396-401, 1986.
22. World Health Organization. INTERHEALTH Demonstration Project. WHO/DBO/IP/90. Geneva, 1990.



ANEXO A

PROPUESTA PARA EL DESARROLLO DE ESTRATEGIAS OPERATIVAS DE INTERVENCION

ESTRATEGIA	ESTRATEGIA DE PROMOCION DE SALUD (Riesgo poblacional)						ESTRATEGIA PREVENCIÓN SECUNDARIA (Riesgo Individual)			ESTRATEGIA ADECUACION SERVICIOS		
FACTORES DE RIESGO	COMUNICACION SOCIAL	SECTOR EDUCATIVO	POLITICAS DE SALUD Y LEGISLACION	PARTICIPACION COMUNITARIA	RECREACION Y DEPORTES	OTROS	ADECUACION DE NORMAS	TAMIZAJE Y VIGILANCIA	MONITORIA Y SUPERVISION	ORGANIZACION Y ADMINISTRACION	INSUMOS	CAPACITACION
TABAQUISMO												
HIPERTENSION												
ALCOHOLISMO												
DIETA Y NUTRICION (Cont. calórico, lípidos, fibra, sal, azúcar y otros)												
EJERCICIO FISICO RECREACION												
OTROS												

PROPUESTA PARA EL DESARROLLO DE ESTRATEGIAS OPERATIVAS DE INTERVENCION

ESTRATEGIA	ESTRATEGIA DE PROMOCION DE SALUD (Riesgo poblacional)						ESTRATEGIA PREVENCION SECUNDARIA (Riesgo Individual)				ESTRATEGIA ADECUACION SERVICIOS		
	COMUNICACION SOCIAL	SECTOR EDUCATIVO	POLITICAS DE SALUD Y LEGISLACION	PARTICIPACION COMUNITARIA	RECREACION Y DEPORTES	OTROS	ADECUACION DE NORMAS	TAMIZAJE Y VIGILANCIA	MONITORIA Y SUPERVISION	ORGANIZACION Y ADMINISTRACION	INSUMOS	CAPACITACION	
FACTORES DE RIESGO													
TABAQUISMO	Mensajes educativos/informativos por medios masivos.	Programa intervencion escolar (junto con otros factores de riesgo)	Restricciones: ■ Publicidad ■ Venta a menores ■ Consumo en lugares publicos y transporte. ■ Impuestos.	Movilización de grupos para crear "ambientes libre de humo" (hospitales, escuelas, fábricas).	Actividades deportivas, recreacionales, sustitutivas.	Estímulos a cambio de cultivos alternativos.	Normas de manejo del fumador (y del obeso, alcohólico, hipertenso).	Identificación de fumadores interesados en cesación.	Indicadores de cambio.	Clinicas de cesación.	Equipos y personal entrenado.	Readecuamiento (reciclaje de clínicos).	

INSTITUTO DE NUTRICION DE  
CENTRO AMERICA Y PANAMA

Este libro debe ser devuelto a la  
Biblioteca en la última fecha indicada

[illegible]

P-1695



Esp	
OPS	OPS
W	Promoción de la
84.5	salud y prevención y
L791	control de las afec-
1992	ciones no transmissi-

Esp	
OPS	OPS
W	Promoción de la
84.5	salud y prevención y
L791	control de las afec-
1992	ciones no transmissi-
	bles : Lineamientos
	generales.