

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XXVII Reunión

Washington, D.C.
Septiembre-October 1980

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD

XXXII Reunión



INDEXED

Tema 14 del programa provisional

CD27/17 (Esp.)
24 julio 1980
ORIGINAL: ESPAÑOL

PROGRAMA DE CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

El Consejo Directivo, en su XXVI Reunión, aprobó la Resolución XVIII sobre el Programa de Control de las Enfermedades No Transmisibles de la OPS, indicando que este tema sea incluido en la Agenda de la XXVII Reunión del Consejo Directivo, con el fin de discutir las políticas, estrategias y planes de acción de los programas de cooperación técnica de la Organización en esta área programática.

El Director presentó en la 84a Reunión del Comité Ejecutivo el Documento CE84/12 (Anexo I), en el cual se señalan los aspectos más relevantes del programa.

El Comité Ejecutivo, después de discutir el documento, aprobó la Resolución V, que se adjunta para la consideración del Consejo Directivo (Anexo II).

Las enfermedades no transmisibles están convirtiéndose, tanto en términos relativos como absolutos, en un problema creciente de salud pública en los países de la Región.

El principal objetivo del programa de la Organización es promover actividades de prevención y control como parte de los servicios generales

de salud de los países. En un comienzo, el programa se está desarrollando en comunidades limitadas y abarca enfermedades como la hipertensión, la fiebre y la cardiopatía reumáticas, el cáncer del cuello uterino y la diabetes mellitus, en lo que se disponen de medios eficaces de control.

Se han diseñado, en este sentido, estudios interpaíses para comprobar la factibilidad y la eficacia de las medidas preventivas y de control y adquirir la experiencia necesaria para organizar programas de mayor cobertura. Como consecuencia, se están preparando normas para determinar la función que corresponde a cada nivel operativo, lo que permitirá incorporar las actividades en dichas áreas del programa a otros programas de salud en los servicios generales de salud, con especial énfasis en la atención primaria.

El programa ha obtenido logros importantes en diversos aspectos de investigación epidemiológica clínica y operativa, a través, especialmente, del apoyo obtenido con recursos extrapresupuestarios.

El Programa de Control de las Enfermedades No Transmisibles de la Organización proseguirá la colaboración con los Gobiernos Miembros conforme a las modalidades cambiantes de morbilidad y mortalidad asociadas con el proceso de desarrollo socioeconómico de los países, y a la proporción cada vez mayor de personas de edad que necesitan atención.

Anexos

comité ejecutivo del
consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

grupo de trabajo del
comité regional

CD27/17 (Esp.)
ANEXO I

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



84a Reunión
Washington, D.C.
Junio 1980

Tema 9 del programa

CE84/12, Rev. 1 (Esp.)
15 julio 1980
ORIGINAL: INGLES

PROGRAMA DE CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

	<u>Página</u>
1. Base constitucional y resoluciones relativas al programa	1
2. Definición del problema	1
3. Objetivos y metas	3
4. Descripción del programa	4
4.1 Cáncer	4
4.2 Enfermedades cardiovasculares	8
4.3 Otras enfermedades no transmisibles	12
4.3.1 Diabetes mellitus	12
4.3.2 Enfermedades reumáticas crónicas	13
4.3.3 Enfermedades alérgicas crónicas	14
4.4 Atención sanitaria a las personas de edad	14
5. Resumen y conclusiones	15
6. Cuadros	16

PROGRAMA DE CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

1. Base constitucional y resoluciones relativas al programa
 - 1.1 Resoluciones de los Cuerpos Directivos de la OMS
 - 1.2 Sexto Programa General de Trabajo de la OMS (1978-1983)
 - 1.3 Plan Decenal de Salud para las Américas: Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, Organización Panamericana de la Salud, Documento Oficial 118, 1973.
 - 1.4 Resoluciones de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud:
 - 1.4.1 CSP12.18, Prevención de la fiebre reumática, 1947
 - 1.4.2 CSP15.24, Control de la diabetes mellitus, 1958
 - 1.4.3 CD19.34, Control del hábito de fumar cigarrillos, 1969
 - 1.4.4 CD23.24, Enfermedades no transmisibles, 1975
 - 1.4.5 CE80.R6, Hipertensión arterial, 1978
 - 1.4.6 CD31.18, Enfermedades no transmisibles, 1979
2. Definición del problema

Los avances en el control de las enfermedades transmisibles y el aumento de la expectativa de vida, junto con los cambios culturales y ambientales derivados de la urbanización y la industrialización, son factores que contribuyen al aumento de las enfermedades no transmisibles en la mayoría de los países de la Región de las Américas.

Los datos sobre la prevalencia de dichas enfermedades son escasos y gran parte de la información disponible no es fidedigna y carece de un denominador común para poder comparar las cifras. En la mayoría de los países se dispone de datos sobre mortalidad que pueden utilizarse para estimar la importancia de las enfermedades no transmisibles, pero la calidad de los certificados de defunción varía considerablemente y está en función de la disponibilidad de servicios médicos.

El estudio emprendido por la Organización Panamericana de la Salud sobre las características de la mortalidad urbana en el grupo de edad de

15-74 años en 10 ciudades de América Latina, San Francisco (Estados Unidos de América) y Bristol (Reino Unido) indicó que las enfermedades no transmisibles representaban alrededor de dos tercios de las causas totales de defunción.¹

La información obtenida de la Región en general (1971-1977) revela que la magnitud del problema varía considerablemente de un país a otro. La tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares por 100,000 habitantes fluctúa de 47.7 en El Salvador a más de 300 en Argentina, Barbados, Canadá, Estados Unidos de América y Uruguay. En cuanto a los tumores malignos, la tasa varía de 13.5 en Honduras a más de 150 por 100,000 habitantes en Canadá, Estados Unidos de América y Uruguay (Cuadros I y II).²

Todos los datos disponibles indican que el problema de la diabetes seguirá intensificándose en los años futuros. Gracias a la mejor comprensión de la enfermedad y al progreso logrado en el tratamiento de sus complicaciones metabólicas, la atención se ha orientado hacia las complicaciones vasculares crónicas y microvasculares de la enfermedad. Los casos de diabetes dados de alta en los hospitales han aumentado de 15 a 20 veces en los últimos 50 años, mientras que el promedio general de altas solamente se ha duplicado. Las tasas de mortalidad en la región del Caribe figuran entre las más altas del mundo.³

Las enfermedades reumáticas crónicas y algunos trastornos alérgicos crónicos son causas frecuentes de morbilidad e incapacidad prolongada que limitan la vida activa de gran número de personas y representan una carga considerable para los servicios de atención médica.

En el grupo de enfermedades no transmisibles, algunas, como la cardiopatía isquémica, son más importantes en cuanto a prevalencia y como causas de mortalidad, morbilidad e incapacidad. Otras son importantes como problemas de salud pública ya que se dispone de medios para controlarlas. Por ejemplo, la fiebre reumática se puede controlar mediante prevención y tratamiento adecuados de las infecciones estreptocócicas,

¹R. R. Puffer y G. W. Griffith. Características de la mortalidad urbana: Informe de la Investigación Interamericana de Mortalidad. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Publicación Científica No. 151, 1967.

²OSP Unidad de Estadísticas de Salud. Datos inéditos, 1980.

³J. Litvak. La diabetes mellitus: Un desafío para los países de la Región. Boletín de la OSP 79 (4):281, 1975.

con lo que disminuye el riesgo de la cardiopatía. La hipertensión arterial, un importante factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales, también se puede combatir con tratamiento adecuado. La prevención secundaria de la diabetes mellitus es posible mediante el establecimiento de un sistema integral de atención de salud. El carcinoma del cuello uterino, causa principal de mortalidad por cáncer entre las mujeres en la mayoría de los países de la Región, es uno de los tipos de cáncer curables, siempre que se puedan aplicar las medidas existentes de diagnóstico y tratamiento tempranos.

En resumen, cabe afirmar que las enfermedades no transmisibles se están convirtiendo, tanto en términos relativos como absolutos, en un problema de salud pública en toda la Región; sin embargo, la distribución todavía es heterogénea, reflejando los distintos perfiles de los países según las variables conocidas que influyen en la incidencia de estas enfermedades. También es posible prever que esta distribución cambiante de la morbilidad y la mortalidad se hará más patente en los próximos años, a medida del desarrollo socioeconómico. Las enfermedades infecciosas y parasitarias perderán progresivamente importancia en cuanto a riesgo en relación a las enfermedades crónicas; la estructura de la población por edades indicará una proporción creciente de grupos de edad más avanzada, que son los más expuestos a enfermedades crónicas y, por último, se ha demostrado la creciente vinculación de estas enfermedades con los hábitos inadecuados y con la exposición a contaminantes del medio.

3. Objetivos y metas

El objetivo principal del programa es promover la prevención y el tratamiento de las enfermedades no transmisibles, teniendo en cuenta los criterios de prioridad, y dentro de las estructuras de los servicios nacionales de salud. Si las directrices del programa definen la función de cada nivel operativo dentro de los niveles existentes de atención, las autoridades de salud podrán incorporar las actividades correspondientes a las de otros programas, dentro de los servicios generales de salud. La atención integral y la extensión de la cobertura dependerán, en tal caso, del fortalecimiento de la atención primaria y de la participación de la comunidad.¹ En este sentido, y como se indicó en las recomendaciones del Plan Decenal de Salud para las Américas, es preciso que, cuando la magnitud del problema justifique tal acción, los países organicen servicios técnicos encargados del programa de enfermedades crónicas en los ministerios de salud respectivos.

¹IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Documento Oficial 155, 1978.

Definido en estos términos, los objetivos del programa abarcan los siguientes componentes:

- mejor conocimiento de la magnitud y las características del problema;
- reducción de la incidencia de las enfermedades prevenibles;
- promoción del diagnóstico y tratamiento tempranos, así como de la atención progresiva y continua de pacientes;
- cobertura de la demanda espontánea de atención, tanto en las zonas urbanas como en las rurales;
- adiestramiento de personal de todas las categorías;
- realización de investigaciones epidemiológicas, clínicas y operacionales;
- fomento del intercambio de información, e
- intensificación de la educación y participación de la comunidad.

4. Descripción del Programa

La Unidad de Enfermedades No Transmisibles de la División de Prevención y Control de Enfermedades se ocupa de los sectores de programa relativos a enfermedades crónicas, salud mental, salud dental, radiaciones y salud, y prevención de los accidentes de tráfico. En este documento se trata solamente del programa de enfermedades crónicas, según lo solicitado en la Resolución XVIII de la XXVI Reunión del Consejo Directivo (1979).

4.1 Cáncer

En 1975 las neoplasias malignas se clasificaron 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.¹ Además, figuraron entre las cinco primeras causas de muerte, excluyendo "senilidad, causas mal definidas y desconocidas", en 30 de 37 países. Argentina, Canadá, Chile y Uruguay presentaron las tasas más altas

¹Las condiciones de salud en las Américas, 1973-1976. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Publicación Científica No. 364, 1978.

combinadas para ambos sexos, mientras que en El Salvador, Honduras, Nicaragua y República Dominicana se registraron las tasas más bajas. Los datos sobre incidencia de cáncer son escasos porque se exigen registros de la enfermedad con un sistema fidedigno de informe de casos y además han de tener un carácter muy completo.

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

- a) Diferencias en la nomenclatura de la patología de las enfermedades malignas;
- b) Diferencias en la clasificación de las enfermedades malignas;
- c) Diferencias en el criterio de determinación del estadio del cáncer, y
- d) Diferencias en la evaluación y presentación de los resultados.

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 fomentando el establecimiento de registros de la enfermedad en los hospitales, como medida inicial para los países en desarrollo interesados en mantener un registro de cáncer en la población.

Se ha preparado un curso modular para médicos y encargados de registro en el que se utiliza el Manual para la estandarización de registros de cáncer de hospital¹ y otro material estandarizado, tal como la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-0)² y el Sistema TNM de la Unión Internacional Contra el Cáncer para el estadio del cáncer.³

¹Manual para la estandarización de registros de cáncer de hospital. Publicación Científica de la OPS No. 349, 1977 (español y portugués). (Disponible en inglés como Publicación en Offset No. 25 de la OMS, Ginebra, 1976).

²Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología. Publicación Científica de la OPS No. 345, 1977 (español y portugués). (Disponible en inglés como publicación de la OMS, Ginebra, 1976).

³Clasificación de tumores malignos por el sistema TNM. Unión Internacional Contra el Cáncer, Ginebra, 1974.

El primer curso se dio en 1978 en Costa Rica y está previsto otro en el presente año para los países de habla inglesa de la región del Caribe, a fin de dar cumplimiento a una recomendación formulada en la última Conferencia de Ministros de Salud.

La organización de programas eficaces de lucha contra el cáncer del cuello uterino ha sido objeto de atención preferente en los proyectos nacionales de cáncer realizados con apoyo de la OPS. La Investigación Interamericana de Mortalidad, llevada a cabo por la Organización Panamericana de la Salud a principios del decenio de 1960, puso de manifiesto la importancia del cáncer del cuello uterino como problema de salud.¹ Los datos correspondientes a nueve ciudades latinoamericanas revelaron que esa neoplasia maligna representaba casi una cuarta parte de todas las defunciones por cáncer en mujeres de 15 a 74 años. Además, indicaron que la mortalidad por este tipo de cáncer en mujeres jóvenes era diez veces mayor en esas ciudades que en las zonas urbanas que gozaban de un nivel de vida más alto. Estos resultados corroboraron el conocido gradiente socioeconómico que señala un riesgo mucho mayor de la enfermedad en los estratos sociales menos privilegiados. Es posible que gran parte de esta variación se deba a diferencias en la higiene sexual y en la atención ginecológica y obstétrica. Pero sea cual fuere la explicación definitiva, la realidad es que nuestra Región sigue enfrentándose, en extensos sectores en que persisten condiciones deficientes de desarrollo, con el problema de un tipo de cáncer que causa anualmente la muerte de millares de mujeres, siendo así que la incidencia y la mortalidad se podrían reducir considerablemente mediante la detección y el tratamiento de estados preneoplásicos y lesiones invasivas incipientes.

Las anteriores observaciones indujeron a la Organización a constituir un grupo de expertos para preparar el Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer del cuello uterino,² que está siendo actualmente actualizado por un segundo grupo de consultores. Su uso ha contribuido mucho a mejorar la ejecución de los programas a nivel clínico, de laboratorio, y en los servicios de diagnóstico y seguimiento, así como también los métodos administrativos y sistemas de coordinación de los programas de control. Debido al elevado costo y a la escasa eficacia de las actividades aisladas de detección de casos como parte de los programas de planificación familiar, la OPS coopera con varios países en la incorporación de los recursos disponibles a los programas nacionales de lucha contra el cáncer.

¹R. R. Puffer y G. W. Griffith. Op. cit.

²Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer del cuello uterino. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Publicación Científica No. 248, 1972.

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 íntegramente 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 por conducto del Proyecto de Información e Investigaciones en Cáncer en Latinoamérica (LACRIP). Este proyecto conjunto de la OPS y el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos de América está financiado en gran parte con recursos extrapresupuestarios.

Con el fin de fortalecer los centros oncológicos, LACRIP facilita información sobre los últimos adelantos en la materia y desarrolla programas colaborativos de investigaciones clínicas y epidemiológicas.

En 1979 LACRIP facilitó alrededor de 900 series bibliográficas del banco de datos CANCERLINE a especialistas en oncología de toda la Región, usando al efecto una terminal instalada en la Sede de la OPS. El servicio de difusión selectiva de información de LACRIP, en el que colaboran la Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud (BIREME) de São Paulo y dos subcentros de México y Venezuela, se ha extendido a 2,800 suscriptores en la Región.

Otra actividad de LACRIP, el Programa Colaborativo de Investigaciones sobre Tratamiento del Cáncer (CCTRP) se lleva a cabo por conducto de nueve centros de Latinoamérica y seis de los Estados Unidos de América. Los países que participan son: Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Estados Unidos de América, Perú y Uruguay. A fines de 1979, 36 instituciones de oncología participaban activamente en 27 protocolos sobre cáncer de la mama, de cabeza y del cuello, tumores malignos ginecológicos, melanomas, sarcomas, linfomas, leucemia y cáncer del estómago. El programa comprende asimismo estadías de tres meses para médicos jóvenes y enfermeras en las instituciones participantes de los Estados Unidos de América, y el intercambio de investigadores principales. Además de drogas, los centros reciben subvenciones para investigación, lo que contribuye a aliviar sus gastos locales.

En la Región es distinta la distribución epidemiológica de ciertos tumores, como el cáncer del cuello uterino, de la mama, del estómago, de la vesícula biliar y otros. Las investigaciones colaborativas en preparación bajo los auspicios de LACRIP permitirán comprender mejor la historia natural de algunas neoplasias malignas.

A principios de 1981, la OPS proyecta celebrar, en colaboración con el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos de América, una reunión regional para examinar el estado de los conocimientos sobre epidemiología del cáncer en la Región y planificar otros proyectos en colaboración entre epidemiólogos interesados en áreas similares de investigación.

4.2 Enfermedades cardiovasculares

La Organización colabora con los Gobiernos de la Región en la formulación de políticas para el control de las enfermedades cardiovasculares basadas en datos epidemiológicos, factibilidad de la prevención primaria y secundaria, y disponibilidad de los recursos necesarios para los programas. La estrategia básica ha consistido en apoyar la organización, dentro de los ministerios de salud, de unidades técnicas responsables de formular normas y políticas en el control de las enfermedades no transmisibles, incluyendo las enfermedades cardiovasculares. Ello permitirá la integración de estos programas a los sistemas generales de salud.

Cada país debe determinar su propio orden de prioridad según el problema particular con que se enfrente. El aumento progresivo de la prevalencia e incidencia de las enfermedades cardiovasculares, sin embargo, hace necesario determinar las características y los factores del medio ambiente y otros factores de riesgo relacionados con este problema. De esta manera, el objetivo del programa a largo plazo de la OMS en materia de enfermedades cardiovasculares se vincula al compromiso de "salud para todos en el año 2000". En otras palabras, se trata de abrir posibilidades de acceso a la protección y prevención para mantener la salud cardiovascular. A tal efecto, la OMS y las Oficinas Regionales han previsto varias conferencias para 1980-1981, como parte de las actividades del programa global de mediano plazo, con el fin de definir estrategias de prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares, incluso intervenciones contra los hábitos que entrañan el riesgo de contraerlas (hábito de fumar, dieta inadecuada), orientadas hacia la comunidad y aplicadas mediante la atención primaria de salud.

En los países en desarrollo, donde las enfermedades cardiovasculares todavía no constituyen un problema importante de salud pública, las investigaciones e intervenciones apropiadas permitirían evitar las tendencias adversas para la salud que hoy experimentan las sociedades industrializadas.

En 1975, las enfermedades cardiovasculares (cardiopatías y trastornos cerebrovasculares) constituyeron la primera causa de defunción para todas las edades en 21 de 29 países de las Américas¹. Las tasas de defunción, sin embargo, difieren de un país a otro, como puede observarse en el Cuadro 3, en el que pueden identificarse seis grupos de países. Dichas tasas de defunción varían desde menos de 50 por 100,000 habitantes en El Salvador y Guatemala hasta más de 400 por 100,000 en los Estados Unidos de América y el Uruguay.

Según las estadísticas disponibles, en muchos países industrializados ha disminuido la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares.² Además, una de las tendencias recientes más importantes para la enfermedad coronaria en los Estados Unidos de América es la reducción acelerada de las tasas de mortalidad desde fines del decenio de 1960.³ Esas tendencias demuestran que las enfermedades cardiovasculares son controlables, siempre que sea posible intervenir en los factores principales de riesgo, por ejemplo dieta elevada en grasas, hipercolesterolemia, hipertensión y hábito de fumar.

Son bien conocidos los métodos de prevención y control de la cardiopatía reumática y, en realidad, en los últimos decenios se ha logrado un descenso espectacular de la enfermedad en muchos países. Sin embargo, las estimaciones de la magnitud del problema de la fiebre reumática y la cardiopatía reumática, basadas en los porcentajes de altas de hospital por todas las causas en varios países latinoamericanos no acusan tendencia a disminuir, según se informó en la VI Conferencia Panamericana de Estudio y Prevención de la Fiebre Reumática, celebrada en Lima, Perú, en 1977.⁴

¹Las condiciones de salud en las Américas, 1973-1976. Op. cit.

²S. Hatano. The Worldwide Problem of Hypertension and Stroke. En: Hypertension and Stroke Control in the Community. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1976.

³Grupo de Trabajo sobre Epidemiología de las Cardiopatías. Informe del Instituto Nacional del Corazón, Pulmones y Sangre. Publicación NIH No. 79-1667, 1979.

⁴A. Mispireta. Informe de países: VI Conferencia Panamericana de Estudio y Prevención de la Fiebre Reumática. Lima, Perú, noviembre, 1977.

La prevalencia de la hipertensión en varios lugares de América Latina ha sido dada a conocer por los participantes en las Reuniones Anuales de la OPS sobre el Control de la Hipertensión que se celebraron por primera vez en 1976.¹ En diversas muestras de población se ha observado que la hipertensión sobrepasa el 15% en los grupos mayores de 20 años, cifra similar a la de los países industrialmente desarrollados.²

La prevención de la fiebre reumática y la cardiopatía reumática, así como de la hipertensión, factores principales de riesgo de enfermedades cardiovasculares controlables, constituye, por consiguiente, un área prioritaria dentro del programa de control de estas enfermedades de la Organización. Además, la necesidad de reforzar las actividades de lucha contra la hipertensión fue señalada recientemente en una resolución del Comité Ejecutivo.³

Como numerosos países de la Región todavía no han incluido en sus programas de salud la lucha contra las enfermedades cardiovasculares, la OPS está promoviendo y coordinando estudios interpaíses en escala limitada en comunidades seleccionadas, con objeto de mostrar la factibilidad y la eficacia de las medidas terapéuticas preventivas y adquirir la experiencia necesaria para organizar programas de lucha permanentes de mayor cobertura.

Ocho países (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela) colaboran en un programa de prevención de la fiebre reumática, y diez (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, México, Perú y Venezuela) en otro de lucha contra la hipertensión arterial, basado en un protocolo de la OPS que aprobaron los países participantes.

La prevención secundaria en la comunidad constituye el aspecto principal del proyecto piloto interpaíses sobre fiebre reumática. Si este tiene éxito, debería servir de modelo para la extensión progresiva de la cobertura de los servicios. El plan es sencillo: todos los pacientes conocidos de fiebre reumática se anotan en un registro para verificar, mediante la oportuna vigilancia, si están cumpliendo el régimen profiláctico prescrito. Luego se identifican y analizan los factores determinantes del incumplimiento.

¹Organización Panamericana de la Salud. Informe Final, Segunda Reunión del Grupo de Trabajo sobre Control de la Hipertensión. Washington, D.C., 1977.

²J. Litvak, H. Boffi, Z. Pisa, y T. Strasser. International Programs in Blood Pressure Control. Bull. PAHO 13(4):354, 1979.

³CE80.R6, Hipertensión arterial, 1978.

Un análisis preliminar de los datos de los países latinoamericanos participantes parece indicar ciertas tendencias generales. Los programas que revelan la tasa más baja de abandono son aquellos que están incorporados a los servicios de salud y que comprenden la participación activa de centros locales de salud y personal auxiliar, así como componentes de educación sanitaria y participación de la comunidad. En el otro extremo, parece ser que el incumplimiento máximo se registra en centros donde los programas son verticales y carecen de apoyo logístico en la comunidad.

El precitado grupo de trabajo de la OPS está preparando un manual de normas operacionales para un programa de lucha contra la fiebre y la cardiopatía reumáticas en los servicios de salud, que estará a la disposición de todos los Gobiernos en los seis meses próximos.¹ Si las directrices para esos programas determinan la función de cada sector operativo dentro de los niveles existentes de atención de salud, las autoridades sanitarias de cada país podrán incorporarlas a otros programas de salud de la comunidad como parte de los servicios generales de salud.²

La hipertensión es el factor principal de riesgo asociado a enfermedades cardiovasculares, pero se puede eliminar con tratamiento adecuado si este se cumple debidamente.³ El estudio colaborativo interpaíses de la OPS ha revelado que todo programa satisfactorio habrá de estar orientado hacia la comunidad y que los servicios de salud tienen que haber llegado a un cierto nivel de estructura para que pueda tener éxito un programa comunitario de lucha contra la hipertensión. Se encuentran además en fase preparatoria otros programas de intervención contra factores de riesgo, tales como el hábito de fumar y la dieta inadecuada, que se consideran relacionados con enfermedades cardiovasculares del tipo de las coronariopatías.

¹Prevención 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. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. Publicación prevista, 1980.

²J. Litvak, y H. R. Acuña. Prevention and Control of Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease. Actas del VIII Congreso Mundial de Cardiología, Tokio, 1978. Serie Congreso Internacional, No. 470. Excerpta Médica, Amsterdam.

³Hipertensión arterial. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Serie de Informes Técnicos No. 628, 1978.

4.3 Otras enfermedades no transmisibles

4.3.1 Diabetes mellitus

Según los datos disponibles sobre morbilidad y mortalidad, cabe suponer que el problema específico de la diabetes mellitus se intensificará en los próximos 10 ó 15 años, tanto en lo que respecta a la incidencia como a la frecuencia de las complicaciones. Actualmente la gravedad del problema se refleja en el gran número de diabéticos que sufren, mueren o quedan incapacitados por la enfermedad, cuya naturaleza crónica exige a menudo largos períodos de atención y supervisión médicas. Las consiguientes pérdidas humanas y económicas son importantes, aún cuando la enfermedad es susceptible de prevención o tratamiento en la mayoría de los casos.

La Investigación Interamericana de Mortalidad reveló índices elevados de mortalidad por diabetes mellitus y cardiopatía arteriosclerótica en pacientes de diabetes, consideradas en gran parte prevenibles puesto que cuentan con medios eficaces de tratamiento.¹

Dichas consideraciones llevaron a una recomendación que figura en el Plan Decenal de Salud para las Américas en el sentido de que debe reducirse la actual tendencia al aumento de la prevalencia de la diabetes mellitus dentro del contexto de los programas de control orientados hacia esta y otras enfermedades crónicas asociadas con el peso excesivo, tales como la obesidad y la aterosclerosis.²

En consecuencia, la Organización Panamericana de la Salud reunió a un comité de expertos de la Región para destacar la importancia de la diabetes mellitus como problema sanitario y formular recomendaciones conducentes a la preparación y la ejecución de programas de control de la enfermedad.³

Los datos disponibles sobre la prevalencia de la diabetes mellitus en distintos países no son comparables porque las muestras de la población no siempre son representativas y los criterios de diagnóstico varían. En 10 países las cifras de prevalencia se sitúan entre 1.2 y 6.9%.⁴

¹R. R. Puffer y G. W. Griffith. Op. cit.

²Plan Decenal de Salud para las Américas. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Documento Oficial 118, 1973.

³Grupo de Estudio sobre Diabetes Mellitus, Washington, D.C. (Publicación Científica No. 312, OPS).

⁴J. Litvak. Op. cit.

La mortalidad por diabetes revela solo parte del problema, debido en gran parte a las dificultades de registro de casos. Sin embargo, las cifras disponibles indican que la situación es muy grave en varios países del Caribe: Barbados, Trinidad y Tabago y Jamaica ocupan el primer, segundo y tercer lugar, respectivamente, entre 22 países de la región.¹

La lucha contra la diabetes exige una acción sistemática en todos los países de la Región. De momento es difícil organizar la prevención primaria, salvo la relacionada con la obesidad. En cambio, la prevención secundaria es factible y se debería intensificar por los siguientes medios: campañas de educación en masa para diabéticos y sus familias, profesionales de salud y público en general; detección precoz de casos en grupos muy expuestos; registro y vigilancia ulterior de casos, y establecimiento de un sistema de atención médica integral.

El grupo de estudio de la OPS ha destacado la necesidad de organizar programas de atención integral para diabéticos, de acuerdo con los sistemas de salud ya establecidos en cada país. Dichos programas deben orientarse al aumento de la cobertura mediante el envío de pacientes de los centros especializados a los niveles de atención secundaria y primaria. A tal efecto, la Organización, en colaboración con la Asociación Latinoamericana de Diabetes, está preparando un manual de normas y prácticas para facilitar la planificación y ejecución de un programa de control integrado en los servicios generales de salud.²

Las mencionadas normas, junto con las que están en preparación en otros sectores del programa, como son las de fiebre reumática e hipertensión, definen el cometido de los distintos niveles de atención, y así permiten integrar las actividades del programa de enfermedades no transmisibles, destacando en particular las necesidades al nivel de atención primaria y la participación de personal auxiliar en los programas.

4.3.2 Enfermedades reumáticas crónicas

Las enfermedades reumáticas crónicas son una causa frecuente de morbilidad e incapacidad prolongadas, limitando la vida activa de un gran número de personas. Las enfermedades artríticas figuran entre los padecimientos más comunes que exigen atención médica; la hospitalización de los casos graves es por lo general más prolongada que el promedio por todas las otras causas.

¹Las condiciones de salud en las Américas, 1973-1976. Op. cit.

²Manual de normas técnicas y administrativas. Programa de control de diabetes. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. En preparación.

Para determinar las consecuencias de estas enfermedades, según parámetros tales como el grado de incapacitación y dependencia, y la demanda de servicios médicos, la Organización coordina un estudio en colaboración con centros de Argentina, Brasil, Chile, México y Uruguay. La información obtenida servirá de base para planificar mejor los recursos de prevención secundaria y terciaria de dichas enfermedades.

4.3.3 Enfermedades alérgicas crónicas

Las enfermedades alérgicas crónicas ocasionan una gran demanda de atención médica. El asma bronquial y la rinitis alérgica ocupan el segundo lugar como causas de ausentismo laboral y escolar, cuyo costo es considerable en días de trabajo y atención médica. Aunque no existen medios comprobados de prevención primaria de estas enfermedades, podrían identificarse algunos factores de riesgo. Está en marcha un estudio en colaboración entre centros de ocho países para investigar las características de los pacientes alérgicos y su exposición a factores del ambiente potencialmente dañinos.

4.4 Atención a las personas de edad

Tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo está suscitando interés la atención a las personas de edad, como lo testimonia la resolución aprobada recientemente por la Asamblea Mundial de la Salud¹ y la convocación por las Naciones Unidas de una Asamblea Mundial sobre las Personas de Edad a celebrarse en 1982.²

En la mayoría de los países industrializados, las personas de edad figuran como los principales beneficiarios de servicios de salud y asistencia social, y los problemas que entraña la futura expansión de dichos servicios es motivo de gran inquietud para los Gobiernos. En los países en desarrollo, la proporción de personas de 65 años en adelante aumentará a ritmo acelerado en los próximos años. Asimismo, debido a la creciente urbanización y a la migración de poblaciones de trabajadores jóvenes, cada vez son más evidentes los problemas de las personas de edad, que viven aisladas socialmente y a menudo incapacitadas y carecen de medios económicos.

¹WHA32.25, Asistencia sanitaria a las personas de edad, 1979.

²UNA33.52, Asamblea Mundial sobre las Personas de Edad, 1979.

Aunque la proporción de personas de más de 65 años es todavía relativamente baja en América Latina, es de esperar que este grupo pase de 12 millones en 1975 a 28 millones en el año 2000.¹ En el período de 1960-1965, la expectativa de vida al nacer era de más de 65 años en 12 países de la Región pero, según las proyecciones para 1980-1985, 26 países alcanzarán esa misma cifra.

Conforme a la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud y a lo dispuesto por la Asamblea General de las Naciones Unidas, la OMS y las Oficinas Regionales están preparando un plan de acción para el programa de asistencia a las personas de edad, así como el aporte de la OMS a la Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre las Personas de Edad. En diciembre de 1980 se celebrará en México una conferencia preparatoria para estudiar los temas que la OMS y los Gobiernos Miembros deseen incorporar al programa. La OPS proyecta establecer un sistema regional de cooperación con los países que deseen evaluar el perfil de la población de edad avanzada e identificar las consecuencias del aumento de esta. Actualmente se está considerando un proyecto en colaboración con el "National Institute on Aging", de los Estados Unidos de América.

5. Resumen y conclusiones

Las enfermedades no transmisibles están convirtiéndose, tanto en términos relativos como absolutos, en un problema creciente de salud pública en toda la Región.

El principal objetivo del programa de la OPS es promover actividades de prevención y control, como parte de los servicios generales de salud de los países. En un comienzo, el programa debe limitarse a comunidades limitadas y abarcar enfermedades como la hipertensión, la fiebre y la cardiopatía reumáticas, el cáncer del cuello uterino y la diabetes mellitus, que disponen de medios eficaces de control.

Se han diseñado estudios interpaíses, en este sentido, para comprobar la factibilidad y la eficacia de las medidas preventivas y de control, y para adquirir la experiencia necesaria para organizar programas de mayor cobertura. Como consecuencia, se están preparando normas para determinar la función que corresponde a cada nivel operativo, lo que permitirá incorporar las actividades de las precitadas áreas del programa a otros programas de salud en los servicios generales de salud, con especial énfasis en el nivel de atención primaria.

El Programa OPS de Control de las Enfermedades No Transmisibles proseguirá la colaboración con los Gobiernos Miembros para hacer frente a las modalidades cambiantes de morbilidad y mortalidad asociadas con el proceso de desarrollo socioeconómico, y a la proporción cada vez mayor de personas de edad que necesitan atención.

¹Las condiciones de salud en las Américas, 1973-1976. Op. cit.

Cuadro 1

MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

(Tasas por 100,000 habitantes)

Pafs o territorio	Año	Tasa bruta	Tasa reajustada por edad
Argentina	1977	379.0	193.6
Bahamas	1975	130.4	129.6
Barbados	1977	370.1	165.5
Belice	1975	112.1	95.6
Canada	1977	350.0	126.7
Costa Rica	1977	95.1	96.6
Cuba	1977	247.4	153.3
Chile	1977	153.4	112.6
Ecuador	1974	93.1	107.2
El Salvador	1974	47.7	51.7
Estados Unidos de América	1977	452.2	166.0
Guadalupe	1974	175.1	136.6
Guatemala	1976	48.4	56.0
Honduras	1976	63.7	72.6
Jamaica	1971	263.8	225.7
Martinica	1975	174.4	128.3
México	1974	108.0	115.7
Nicaragua	1976	91.2	102.7
Panamá	1974	118.5	112.4
Paraguay	1977	183.2	163.4
Perú	1973	62.1	69.8
Puerto Rico	1975	252.3	143.1
República Dominicana	1976	69.6	77.3
Santa Lucía	1975	247.2	176.9
Trinidad y Tabago	1976	267.3	250.8
Uruguay	1976	418.6	166.9
Venezuela	1977	119.9	139.6

Fuente: Formulario A, OPS/OMS, Informe anual de los países, Unidad de Estadísticas de Salud (datos más recientes disponibles)

Cuadro 2

MORTALIDAD POR NEOPLASIAS MALIGNAS

(Tasas por 100,000 habitantes)

País o territorio	Año	Tasa bruta	Tasa reajustada por edad
Argentina	1977	148.7	80.3
Bahamas	1975	61.8	61.9
Barbados	1977	125.3	63.8
Belice	1975	39.3	34.2
Canada	1977	154.9	71.8
Costa Rica	1977	68.3	69.9
Cuba	1977	104.4	68.8
Chile	1977	99.2	76.1
Ecuador	1974	35.4	41.7
El Salvador	1974	18.9	20.5
Estados Unidos de América	1977	178.7	78.1
Guadalupe	1974	73.4	60.4
Guatemala	1976	25.8	30.1
Honduras	1976	13.5	16.0
Jamaica	1971	83.3	74.3
Martinica	1975	81.0	60.9
México	1974	36.0	40.4
Nicaragua	1976	16.0	19.0
Panamá	1974	43.3	42.6
Paraguay	1977	66.5	65.2
Perú	1973	35.6	39.2
Puerto Rico	1975	91.4	58.0
República Dominicana	1976	22.4	25.3
Santa Lucía	1975	77.8	63.8
Trinidad y Tabago	1976	58.8	54.3
Uruguay	1976	205.4	94.0
Venezuela	1977	53.1	60.3

Fuente: Formulario A, OPS/OMS, Informe anual de los países, Unidad de Servicios de Salud (datos más recientes disponibles)

Cuadro 3

MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN LOS
 PAISES DE LAS AMERICAS

(Tasas brutas por 100,000 habitantes)

Tasa de mortalidad por 100,000 habitantes		Número de países o territorios	País o territorio
Menos de	50	2	El Salvador Guatemala
	50-99	6	Costa Rica Ecuador Honduras Nicaragua Perú República Dominicana
	100-199	9	Bahamas Belice Chile Guadalupe Martinica México Panamá Paraguay Venezuela
	200-299	5	Cuba Jamaica Puerto Rico Santa Lucía Trinidad y Tabago
	300-399	3	Argentina Barbados Canadá
	400 en adelante	2	Estados Unidos de América Uruguay

Fuente: Formulario A, OPS/OMS, Informe anual de los países, Unidad de Estadísticas de Salud (datos más recientes disponibles)



COMITE EJECUTIVO DEL
CONSEJO DIRECTIVO

ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

84a Reunión

GRUPO DE TRABAJO DEL
COMITE REGIONAL

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



84a Reunión

CD27/17 (Esp.)
ANEXO II

RESOLUCION V

PROGRAMA DE CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

EL COMITE EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe del Director sobre el Programa de Control de las Enfermedades No Transmisibles (Documento CE84/12),

RESUELVE:

Recomendar al Consejo Directivo que, en su XXVII Reunión, apruebe una resolución concebida en los siguientes términos:

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Teniendo presentes la Resolución XXIV de la XXIII Reunión del Consejo Directivo y la Resolución XVIII de la XXVI Reunión del Consejo Directivo;

Habiendo examinado el informe del Director sobre el Programa de Control de las Enfermedades No Transmisibles;

Reconociendo que el problema de las enfermedades crónicas no transmisibles está adquiriendo una importancia creciente en los países de la Región, lo cual conlleva cambios importantes en la estructura de la morbilidad y mortalidad y en la demanda de servicios, y

Tomando nota de que el programa presentado pone especial énfasis en la prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud en el contexto de los servicios generales de salud e identifica las áreas prioritarias de acuerdo con la magnitud del problema y la disponibilidad de medidas eficaces de control,

RESUELVE:

1. Instar a los Gobiernos Miembros para que, en sus planes y programas nacionales de salud, y en las estrategias para lograr la salud para todos en el año 2000, identifiquen acciones orientadas a la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles y a la intervención sobre los factores de riesgo que están determinando un aumento de la morbilidad y mortalidad relacionadas con esas enfermedades.

2. Recomendar a los países que, de acuerdo con sus prioridades, promuevan actividades de control de estas enfermedades integradas en los servicios generales de salud, con especial énfasis en aquellas para las que se cuenta con medidas efectivas de control, como la hipertensión, la fiebre reumática y la cardiopatía reumática, la diabetes mellitus y el cáncer del cuello uterino.

3. Expresar al Director su satisfacción por la estrategia que está desarrollando para dar orientación y apoyo a los programas de control de las enfermedades no transmisibles en los países de la Región.

4. Pedir al Director que continúe apoyando los programas de control de las enfermedades no transmisibles de los Países Miembros y siga promoviendo actividades colaborativas interpaíses, con el fin de favorecer el intercambio de conocimientos y de tecnología.

5. Solicitar al Director que continúe sus esfuerzos para conseguir recursos extrapresupuestarios para el apoyo a estos programas.

(Aprobada en la quinta sesión plenaria,
celebrada el 25 de junio de 1980)