

Incorporación como Académica Honoraria

Dra. Mirta Roses Periago

Presidente: AN Dr. Eduardo A. Pretell Zárate

Estrategia regional y plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles

Dra. Mirta Roses Periago¹

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) tienen efectos devastadores para las personas, las familias y las comunidades, en especial entre las poblaciones pobres, y constituyen un obstáculo creciente para el desarrollo económico. Se estima que en las próximas dos décadas se triplicará la incidencia de cardiopatías isquémicas y accidentes cerebro-vasculares en América Latina y el Caribe. Los estratos pobres de la población son los más vulnerables, no sólo porque tienen un mayor riesgo de enfermarse, sino porque estas enfermedades suelen ocasionar en ellos gastos catastróficos.

En 2002, la 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana identificó a las ECNT como la principal causa de morbilidad y muerte prematura en América Latina y el Caribe, y aprobó su Resolución CSP26.R15, que urge a la OPS a intensificar y coordinar la cooperación técnica para el diseño y ejecución de una estrategia para enfrentarlas.

En respuesta a dicha resolución, la OPS/OMS ha elaborado una «Estrategia y Plan de Acción Regional» basada en cuatro líneas de acción.

La presente ponencia, que fue objeto de una presentación en el acto solemne de investidura como Académica Honoraria en la reunión del 23 de noviembre de la Academia Nacional de Medicina, tuvo por objeto esbozar las bases y antecedentes de la estrategia regional y delinear sus principios rectores y sus principales líneas de acción.

¹ Directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

DESARROLLO

1. Evidencias

La alta carga de morbilidad de las ECNT en la región es muestra elocuente de que éstas no han recibido la atención prioritaria que merecen en las políticas y programas de salud pública. No obstante, hay experiencias exitosas que demuestren que existen intervenciones eficaces y costo-eficientes para evitar las defunciones prematuras por ECNT¹. Estas experiencias dan fundamento a un optimismo objetivo en una estrategia sostenible y de largo plazo para reducir la carga de ECNT y sus factores de riesgo asociados en nuestro continente.

Un ejemplo elocuente es que en el transcurso de medio siglo, y particularmente en las últimas cuatro décadas, naciones desarrolladas como Estados Unidos, Australia, Reino Unido y Canadá han logrado reducir a menos de la mitad las tasas de mortalidad por cardiopatías en hombres mayores de 30 años. Se estima que sería posible prevenir 80% de las enfermedades cardiovasculares y cerebro-vasculares en su conjunto y hasta 40% de las neoplasias malignas.

2. Hechos y cifras

Los datos que siguen a continuación constituyen apenas un apretado resumen del panorama que

muestra el problema de la ECNT en el mundo, y particularmente en nuestra región (todas las cifras, salvo en los casos en que se haga una referencia explícita, se refieren a la región):

- En 2005, 35 millones de personas en todo el mundo murieron a causa de enfermedades crónicas no transmisibles¹.
- Ciento ochenta millones de personas en el mundo padecen diabetes mellitus tipo II (de ellos casi una quinta parte en América Latina y el Caribe) y se estima que esa cifra se habrá duplicado en 2010.
- Las ECNT son la principal causa de muerte y discapacidad en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. En 2002 fueron responsables de dos tercios de todas las defunciones en la población total (44% en los menores de 70 años)².
- La hipertensión arterial, reconocida como uno de los factores de riesgo más importante para las cardiopatías, afecta entre 8% y 30% de la población³.
- Los distintos tipos de cáncer son causa de 20% de las enfermedades crónicas y en 2002 causaron alrededor de 459000 defunciones, lo cual representa un 33% de incremento en la región con respecto a 1990⁴.
- A partir de estimados provenientes de las encuestas de población, se calcula que en 2002, entre 50% y 60% de los adultos y entre 7% y 12% de los niños menores de cinco años de edad exhibían sobrepeso y obesidad³.
- Entre 30% y 60% de la población se encuentra por debajo de los niveles mínimos de actividad física recomendados⁵. Este hecho tiene entre sus causas los procesos no planificados de superpoblación de las periferias urbanas, el aumento incontrolado del transporte automotor, la falta de espacios seguros y saludables para el desarrollo de actividad física y la profusión de dispositivos que ahorran el trabajo en el ámbito doméstico, entre otras⁶.
- El consumo de tabaco provoca más de un millón de defunciones anuales y constituye la principal causa de todas las muertes evitables³.
- Los pobres carecen de acceso a servicios de salud integrales y de calidad, por sus altos costos

de la atención, y debido a las estructuras débiles y fragmentadas de los sistemas y servicios.

3. Enfoque técnico

En el orden técnico, para el abordaje del problema de las ECNT se ha adoptado el modelo de determinantes de la salud, propuesto por Dahlgren y Whitehead en 1991, que aunque es aplicable a la salud en general, lo es también para el caso de las ECNT y concibe a los factores determinantes de la salud y enfermedad en la población instalados en diferentes niveles de organización, desde el nivel microcelular hasta el macropolítico⁷. La característica fundamental es la interacción entre diferentes niveles jerárquicos: el daño a la salud poblacional se atribuye a la compleja interacción entre determinantes que se encuentran en distintos niveles. La epidemiología se encuentra en franca expansión en los dos «polos extremos» del modelo; en sus determinantes proximales o micro la epidemiología molecular (v.g., el genoma humano); y en sus determinantes distales o macro la epidemiología social (v.g., la fragmentación y exclusión sociales).

También se suscribe el enfoque de salud basado en el curso de vida, según el cual en el origen de las ECNT se superponen dos mecanismos. Uno que actúa mediante cambios adaptativos que ocurren desde las primeras etapas de la vida prenatal y que hacen al feto más capaz para resistir condiciones de deficiencias, pero a su vez producen cambios estables que generan una mayor susceptibilidad a los factores de riesgo que operan en la vida postnatal. Y otro, que resulta de la acumulación de riesgos biológicos y sociales, y depende del tiempo de exposición y magnitud de la dosis.

Todos estos factores determinan un repertorio de acciones diferentes a lo largo de todo el curso de la vida. Cada etapa de la vida se distingue entonces por diferentes factores que contribuyen mediante mecanismos de yuxtaposición y sinergia al origen de las ECNT. En la etapa fetal, el crecimiento fetal retardado, el deficiente estado de nutrición materno y la situación socioeconómico desfavorable al nacimiento. Durante la primera infancia, el abandono de la lactancia materna, la baja tasa de crecimiento, los regímenes alimentarios inadecuados, la situación socioeconómica desfavorable y la educación deficiente de la madre. Durante la adolescencia, los

regímenes alimentarios inadecuados, principalmente los que se basan en un elevado aporte energético, la inactividad física y el consumo de tabaco, alcohol y otros hábitos tóxicos. Finalmente durante la adultez, los estilos de vida no saludables (consumo elevado de grasas saturadas, ácidos grasos monoinsaturados «trans» y cloruro de sodio), el consumo reducido de frutas y vegetales, el tabaco y el alcohol, la falta de actividad física y otros factores de riesgo biológico.

Los niveles de exposición a todos estos factores se asocian a la situación socioeconómica e imponen una reorientación de las políticas y programas⁹. Esta reorientación implica dar prioridad a los grupos más vulnerables y la atención especial a las etapas críticas de la vida, en las que, por un lado se establecen los cambios biológicos adaptativos que incrementan la susceptibilidad, y por otro, se arraigan los hábitos y conductas que favorecen la aparición posterior de las ECNT.

4. Principios orientadores

Se han identificado tres principios básicos:

1. La integración de las estrategias de promoción de la salud, atención primaria, y protección social basada en un enfoque de derechos.
2. El marco de cooperación técnica centrado en la agenda inconclusa, la protección de los logros y el enfrentamiento a los nuevos retos.
3. La estrategia de gestión de los recursos enfocada a las necesidades de los países y dirigida a los grupos de población más vulnerables.

5. Bases para la acción

Se enumeran sintéticamente los elementos que constituyen las bases para la acción:

1. El enfoque de curso de vida, determinantes sociales y factores de riesgo.
2. La abogacía para la formulación de políticas públicas.
3. El apoyo a las acciones gubernamentales y la promoción del enfoque multisectorial e intersectorial.
4. El fortalecimiento de la capacidad de acción a nivel comunitario.
5. La reorientación de los servicios de salud.

6. El desarrollo de las competencias de los recursos humanos profesionales y no profesionales para la prevención y el control de las ECNT.
7. La creación de alianzas y redes multisectoriales.
8. El fortalecimiento de la capacidad para generar información y para la gestión del conocimiento.

6. Líneas de acción

Toda la estrategia se articula en torno a cuatro líneas de acción.

1. *Políticas públicas y abogacía.* El propósito es promover y garantizar la formulación y ejecución de políticas eficaces, integradas, sostenibles y con sólido arraigo en la evidencia científica para enfrentar las ECNT, sus factores de riesgo y sus determinantes sociales. Se reconoce la necesidad de un marco unificado y sistemático para el diseño y ejecución de estas políticas públicas. Ello supone la definición de prioridades, el establecimiento de mecanismos para el monitoreo y evaluación de los programas, la incorporación de todos los sectores de la sociedad y el desarrollo de la cooperación técnica.
2. *La vigilancia.* Tiene el objetivo de apoyar el fortalecimiento de la capacidad de los países para establecer sistemas de vigilancia y monitoreo de las enfermedades crónicas, sus factores de riesgo y sus consecuencias, y para evaluar el impacto de las intervenciones de salud pública. No hay una capacidad homogénea en los países para establecer sistemas de vigilancia de las ECNT. En ocasiones se trata de simples sistemas de información que carecen del respaldo de un repertorio de acciones previsible y factibles de la identificación de los actores responsables de ejecutarla. El presente plan de acción hace énfasis en la necesidad de fortalecer y consolidar las capacidades de los países para disponer de datos fiables, para realizar análisis de la información, y hacer que sus resultados se traduzcan en la formulación de políticas y programas.
3. *Promoción de la salud y prevención de las enfermedades.* Tiene el propósito de fortalecer, apoyar y promover condiciones sociales y económicas relacionados con los determinantes de las ECNT y empoderar a la población para aumentar el control sobre su salud y desarrollar

estilos de vida saludables. Esta línea de acción parte del reconocimiento de que la promoción de salud es la piedra angular de un enfoque integral para prevenir y controlar las ECNT.

4. *Manejo integrado de las ECNT y sus factores de riesgo.* Su objetivo es facilitar y apoyar el fortalecimiento de la capacidad del sistema de salud y las competencias de los trabajadores de la salud para la prevención y el control de atención se ha debido a la falta de intersectorialidad y a una orientación indebida de los servicios de salud. Es imperioso mejorar la accesibilidad y disponibilidad de los servicios y las posibilidades de obtener medicamentos esenciales, así como contar con equipos de salud multidisciplinarios con la competencia técnica suficiente para ejercer dichos servicios. Un principio esencial del presente plan de acción consiste en mejorar la articulación de los niveles primario, secundario y terciario con el fin de cubrir todo el ciclo para el control de las enfermedades: la prevención, el tamizaje, la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

CONCLUSIONES

La conjunción de hechos, evidencias, fundamentos técnicos, bases estratégicas y líneas de acción se han concretado en un pliego de resoluciones del Comité Ejecutivo de la OPS, que se sintetizan en los siguientes puntos:

Por parte de los Estados miembros:

1. Conceder prioridad a la prevención y control integrado de las principales ECNT y sus factores de riesgo, mediante el fortalecimiento de los programas nacionales y la asignación de recursos en función de las cargas de morbilidad.
2. Ejecutar el plan de Acción en el contexto de un sistema integrado cuya piedra angular sea la atención primaria, con articulación intersectorial y con un componente de vigilancia y evaluación de la eficacia de los programas y la asignación de los recursos.

Por parte de la Dirección de OPS:

1. Fortalecer el desarrollo de un enfoque integrado para la prevención y en control de las ECNT, con atención especial a los países de bajos ingresos y a las poblacionales vulnerables.
2. Apoyar a los Estados miembros para que fortalezcan sus sistemas de información y sus capacidades analíticas, haciéndolos pertinentes para la vigilancia de las ECNT y sus factores de riesgo, y para la evaluación del impacto y repercusión de las intervenciones.
3. Establecer nuevas alianzas y fortalecer las existentes a escala internacional para movilizar recursos y promover investigaciones relacionadas con la ejecución del plan de Acción Regional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de Salud, Informe Mundial de la OMS. Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital. Ginebra. OMS; 2005.
2. Robles SC. A public health framework for chronic disease prevention and control. *Food and Nutrition Bulletin.* 2004;25:194-9.
3. Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. Volumen I. Washington DC OPS; 2002.
4. Organización Mundial de la Salud y Unión Internacional contra el Cáncer. Global Action Against Cancer. Versión actualizada. Ginebra OMS; 2005.
5. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia Mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Plan de ejecución para América Latina y el Caribe, 2006-2007. (Documento inédito).
6. Organización Mundial de la Salud. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Disease. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Ginebra. OMS 2003. Informes técnicos de la OMS N° 916.
7. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Equity in Health. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. 1991.
8. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: OMS 2002.

Correspondencia:

Académica Honoraria Dra. Mirta Roses Periago
Directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Teléfono: 441-3938 / 421-3030