

## **Ministerio de Salud**

### **SALUD PUBLICA**

#### **Resolución 1083/2009**

#### **Apruébanse la Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles y el Plan Nacional Argentina Saludable.**

Bs. As., 29/12/2009

VISTO el Expediente N° 2002-8211-09/6 del registro de este Ministerio, y

#### CONSIDERANDO:

Que las enfermedades no transmisibles, incluidas las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la obesidad, ciertos tipos de cáncer y las causas externas, son las que originan más del SESENTA POR CIENTO (60%) de las muertes en el mundo.

Que en nuestro país las enfermedades no transmisibles son la principal causa de muerte y discapacidad.

Que entre las enfermedades que más muertes producen en la Argentina, podemos mencionar las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas.

Que las enfermedades crónicas no transmisibles son la resultante de factores condicionantes y determinantes estructurales.

Que los factores condicionantes son los factores biológicos de riesgo (sobrepeso, hipertensión arterial, colesterol elevado y diabetes), los determinantes son los factores de comportamiento o estilos de vida (alimentación no equilibrada, inactividad física, consumo de tabaco y alcohol) y finalmente determinantes sociales (relacionados con el entorno social, problemas regulatorios, representaciones sociales, sistema productivo, condiciones de acceso, etc.).

Que en la actualidad existe un amplio conocimiento sobre la evitabilidad de estas patologías y sus daños a través de estrategias preventivas.

Que las intervenciones de promoción de la salud incorporan niveles nacionales/ comunitarios, campañas de comunicación masiva, educación, modificaciones impositivas y regulatorias y programas específicos, articulados con prevención primaria. Sus tres principales áreas de acción son el tabaco, la alimentación saludable y la actividad física, dado que estos TRES (3) factores determinan en gran parte a los demás factores de Riesgo de las Enfermedades No Transmisibles.

Que el avance en la prevención de las enfermedades crónicas se ha visto limitado por varios factores, que deben ser combatidos mediante la implementación de una Estrategia integral Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas, que incluya promoción de la salud, reorientación de los servicios de salud y vigilancia de las Enfermedades No Transmisibles y Factores de Riesgo.

Que la promoción de la salud es una parte esencial de un enfoque integrado para la prevención y el control de las enfermedades crónicas, ya que otorga poder a los individuos y comunidades para que ejerzan un mayor control sobre su estado de salud y los factores sociales determinantes.

Que para atender las necesidades de promoción de la salud y en especial alentar la adopción de regímenes alimentarios saludables, la realización de actividades físicas y el control del tabaco, se propone la aprobación de un Plan Nacional que a través de los TRES (3) grandes ejes de acción que modifique los determinantes sociales, mediante la promoción de hábitos saludables, regulación de productos y servicios, promoción de entornos saludables, que prevengan y a la vez reduzcan un conjunto de factores de riesgo comunes modificables.

Que el control de las enfermedades crónicas requiere una integración de los servicios mediante el fortalecimiento de los sistemas de derivación de casos y la relación entre los niveles primarios, secundarios y terciarios de atención. Un control apropiado también debe abarcar la prevención, la detección temprana, así como el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.

Que la DIRECCION DE PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD tiene a su cargo entre otras las acciones de promoción, prevención y control de enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente medida se dicta en ejercicio de la competencia atribuida por la Ley de Ministerios N° 26.338.

Por ello,

EL MINISTRO DE SALUD

RESUELVE:

**Artículo 1°** — Apruébase la "ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES", de acuerdo al ANEXO I que forma parte de la presente, tendiente a reducir la prevalencia de factores de riesgo y muerte por enfermedades crónicas no transmisibles en la población en general, mediante la promoción de la salud, reorientación de los servicios de salud y vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y Factores de Riesgo, cuyas acciones serán coordinadas desde la SUBSECRETARIA DE PREVENCION Y CONTROL DE RIESGO a través de la DIRECCION DE PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD.

**Art. 2°** — Apruébase el "PLAN NACIONAL ARGENTINA SALUDABLE", de acuerdo al ANEXO II que forma parte de la presente, dentro de la órbita de la DIRECCION DE PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD, destinado a coordinar acciones de base poblacional dirigidas a combatir en forma integral los principales factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles, tales como la inactividad física, la mala alimentación y el consumo de tabaco.

**Art. 3°** — Créase en el ámbito del MINISTERIO DE SALUD la COMISION NACIONAL DE PREVENCION Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES, que tendrá como objetivo asesorar a las autoridades sobre las acciones intersectoriales destinadas a la prevención y control de estas enfermedades y sus factores de riesgo.

Dicha Comisión será presidida por el Subsecretario de Prevención y Control de Riesgos, desempeñándose como Secretario de la misma el Director de Promoción y Protección de la Salud.

Serán invitados a integrarla, funcionarios de los Ministerios de Educación, Desarrollo Social, Economía y Finanzas Públicas, del INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS, de la Superintendencia de Servicios de Salud, de las Universidades, Sociedades y otras Instituciones y actores vinculados con la problemática.

**Art. 4°** — Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Juan L. Manzur.

ANEXO I

Estrategia Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles.

Introducción  
 Análisis Situacional  
 Fundamentación  
 Propósito y objetivos  
 Líneas de acción:  
 -Promoción de la salud  
 -Manejo integral de las ECNT en el sistema de salud  
 -Vigilancia

## Introducción

Las enfermedades no transmisibles, incluidas las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la obesidad, ciertos tipos de cáncer y las causas externas, son las que originan más del 60% de las muertes en el mundo. El 80% de las muertes por enfermedades crónicas se producen en países de ingresos bajos y medianos. El 80% de las enfermedades cardíacas, ataques, diabetes tipo II y el 40% de los cánceres pueden prevenirse mediante intervenciones sin un costo elevado y una adecuada relación costo-efecto.

Se ha proyectado que para el 2020, las ENT explicarán el 75% de todas las muertes en el mundo, y que el 71% de las muertes por enfermedad coronaria, 75% por enfermedad cerebrovascular y 70% de las muertes por diabetes se producirán en el mundo en desarrollo<sup>1</sup>.

En nuestro país las enfermedades no transmisibles son la principal causa de muerte y discapacidad. Sólo dos grupos de causas (cardiovasculares y cáncer) son responsables de la mitad de todas las muertes y del 27% de los años de vida potencialmente perdidos. Si le sumamos las lesiones, llegamos al 58% de las muertes y al 47% de los AVPP (años de vida potencialmente perdidos). De modo que en conjunto tienen un enorme peso en las muertes prematuras.

Causas	Nº muertes	AVPP
Cardiovasculares	32%	13%
Tumorales	19%	14%
Lesiones	7%	20%
Infecciones	9%	10%
Todas las demás	33%	43%

## Indicadores Básicos 2005

A esto debe sumársele los años vividos con discapacidad, así como los enormes costos para el sistema de salud y para el país en su conjunto.

Entre las enfermedades específicas que más muertes producen en la Argentina, podemos mencionar la enfermedad cardíaca, enfermedad cerebrovascular, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas y entre los tipos de cáncer, el de pulmón, el colo-rectal, el de mama, el de próstata, páncreas, estómago y el de cuello de útero.

La mayoría de los factores explicativos de estas enfermedades son biológicos (dislipidemia, hipertensión, sobrepeso), conductuales (alimentación no equilibrada, inactividad física, consumo de tabaco y alcohol),

y finalmente determinantes sociales (relacionados con el entorno social, sistema productivo, representaciones sociales, valores, etc.).

En la actualidad existe un amplio conocimiento sobre la evitabilidad de estas patologías y sus daños a través de estrategias preventivas<sup>1</sup>.

La evolución de los determinantes y condiciones de la aparición de las ENT pronostican un aumento de la incidencia y prevalencia de estas enfermedades: envejecimiento poblacional, alimentación no saludable, sedentarismo, consumo de tabaco. Este aumento de la incidencia y prevalencia, además de condicionar mayor mortalidad y carga de enfermedad, genera una creciente necesidad de uso de recursos del sistema de salud para la atención de estas enfermedades. Los recursos necesarios además suelen requerir de una mediana a alta complejidad asistencial (unidades de cuidados críticos, etc.).

Las ECNT requieren seguimiento prolongado, generando la problemática en la asistencia de enfermedades crónicas: uso de recursos, calidad de vida, falta de adherencia a tratamientos, etc.

Las ENT son prevenibles y contamos con evidencia consistente sobre la efectividad de intervenciones tanto de promoción, prevención y tratamiento, que justifican llevar a cabo acciones de política pública. Una estrategia poblacional de promoción y prevención primaria es considerada la estrategia más costoefectiva, sostenible y financiable para afrontar esta epidemia. La adopción de una estrategia basada en factores de riesgo (FR) para la prevención de ENT es un desarrollo importante en la concepción que orienta las intervenciones de política sanitaria<sup>2</sup>. Los factores de riesgo de las enfermedades crónicas también se asocian con una elevada carga de enfermedad y utilización de recursos.

Las intervenciones de promoción de la salud (es decir acciones sobre el total de la población) han sido efectivas en diferentes países<sup>3</sup>. Estas intervenciones de promoción incorporan niveles nacionales/comunitarios, campañas de comunicación masiva, educación, modificaciones impositivas y regulatorias y programas específicos, articulados con prevención primaria (Figura 2). Sus tres principales áreas de acción son el tabaco, la alimentación saludable y la actividad física, dado que estos 3 factores determinan en gran parte a los demás FR de las ENT.

Estas estrategias resultan más costoefectivas en su impacto sobre la salud pública que las intervenciones de prevención primaria y secundaria, ya que constituyen intervenciones sobre toda la población (no sólo sobre la población de alto riesgo)<sup>4</sup>. Paradójicamente, es en la población de bajo riesgo a partir de la cual se desarrollan la mayoría de los casos de ENT. Pequeñas modificaciones del nivel de los FR a nivel poblacional producen grandes cambios en la salud pública<sup>5</sup>. Algunos de los programas que han logrado reducir la prevalencia y niveles de FR incluyen a los proyectos de Karelia del Norte (Finlandia)<sup>6</sup>, el proyecto comunitario de Stanford y los "5 city Project" (Estados Unidos)<sup>7</sup>, los proyectos CINDI en Europa y CARMEN en América Latina<sup>8</sup>, entre otros.

La experiencia acumulada en Finlandia y otros lugares confirman que las intervenciones poblacionales son eficaces, y que pueden producirse modificaciones apreciables de los indicadores sanitarios.<sup>9</sup> En Karelia del Norte, las tasas de mortalidad por cardiopatía coronaria ajustadas por edad descendieron extraordinariamente entre principios de los años setenta y 1995 (16).

La experiencia de la República de Corea es también notable, ya que la comunidad ha mantenido en gran parte su dieta tradicional, basada principalmente en alimentos de origen vegetal, a pesar de los importantes cambios sociales y económicos (17). Corea presenta tasas de enfermedades crónicas y niveles de consumo de grasas y de prevalencia de obesidad inferiores a los de otros países industrializados con un desarrollo económico similar (18).

El avance en la prevención de las enfermedades crónicas se ha visto limitado por varios factores, entre los que cabe citar la infravaloración de la eficacia de las intervenciones, la creencia de que se tarda mucho en lograr un impacto cuantificable, las presiones comerciales, la inercia institucional y la insuficiencia de los recursos. Estos problemas se deben tener seriamente en cuenta y deben ser combatidos mediante la implementación de una Estrategia integral Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas que incluya intervenciones a nivel de políticas públicas y promoción de la salud y reorientación de los servicios de salud para la detección y manejo integral de los factores de riesgo de estas entidades.

## ANALISIS DE SITUACION EN ARGENTINA

Determinantes:

Las enfermedades crónicas no transmisibles en la población son las resultantes de una compleja red de factores condicionantes y determinantes estructurales.

1. Los más inmediatos, tradicionalmente incorporados a las acciones de control de los servicios de salud, son los factores que se manifiestan a nivel biológico: peso corporal, tensión arterial, valores de lípidos y de glucosa en sangre.

2. Por encima de dichos factores se encuentran otros que los determinan y que se manifiestan como estilos de vida. Los más importantes son el consumo de tabaco, la alimentación y la actividad física.

### Causas de las enfermedades crónicas

OMS, 2005



	Inactividad física	Elevada glucosa en sangre	ACV
	Consumo de tabaco	Inadecuados valores de lípidos en sangre	Cáncer
Globalización	Factores de riesgo no modificables	Sobrepeso y obesidad	Enfermedades Respiratorias crónicas
Urbanización	Edad		Diabetes
Envejecimiento poblacional	Herencia		

3. En un tercer nivel se ubican los determinantes sociales de esos comportamientos, que se refieren a condiciones de vida y elementos del entorno físico y social que se manifiestan como fenoestructuras o causas estructurales inmediatas. Entre estas tenemos la posición y capacidad de los actores sociales, el marco regulatorio, las representaciones sociales, la oferta de productos y recursos, las condiciones de acceso de la población, etc.

4. Por último tenemos determinantes más amplios o genoestructuras, como la globalización, la urbanización y otros que determinan los entornos y procesos generadores del consumo de productos y de otros comportamientos sociales.

De los primeros dos grupos de factores, los más relevantes han sido incorporados a la vigilancia sanitaria a través de una línea de base establecida por la Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) y la Encuesta Mundial de Salud Escolar (GSHS).

Falta de detección temprana en el primer nivel de atención

Los resultados de la ENFR aplicada a adultos han arrojado valores significativos de falta de mediciones en el tema oncológico.

El cáncer de cuello uterino es una de las causas de muerte por cáncer más frecuente en las mujeres de la Argentina. Es conocido el efecto favorable que tiene en la reducción de la mortalidad por esta causa la detección precoz a partir de la realización del PAP cada 1 a 3 años en todas las mujeres mayores de 18 años (o 3 años de relaciones sexuales) hasta los 65 años. En el país se observa que la mitad de las mujeres entre 18 y 65 años no se han realizado un PAP en los últimos dos años.

Lo mismo puede decirse del cáncer de mama y de la falta de realización de mamografías. La realización sistemática de mamografía en mujeres mayores de 40 años disminuye las muertes por cáncer en un 16%. En las mujeres de más de 50 años reduce la muerte entre un 20% y un 30%.<sup>>10 11</sup>

El cáncer de mama en Argentina provoca unas 5.400 muertes anuales y es la principal causa de muerte por enfermedades malignas en la mujer con una tasa de 25 por cien mil valor que supera el promedio mundial, que es de 14. Entre los factores de riesgo de cáncer de mama se mencionan obesidad<sup>12</sup>, consumo excesivo de alcohol<sup>13</sup> e inactividad física.<sup>14 15 16</sup>

Prevalencia de factores de riesgo

También la ENFR mostró la alta prevalencia de factores biológicos de riesgo cardiovascular: la mitad de la población tiene exceso de peso, un tercio tiene hipertensión arterial, 28% colesterol elevado y 12% diabetes.

El sobrepeso y la obesidad, relacionados con la alimentación no saludable y el sedentarismo, son muy prevalentes en nuestro país. El sobrepeso explica el 58% de la diabetes, 21% de la enfermedad coronaria y entre 8 a 42% de diversos cánceres como endometrio, mama, próstata y colon. Además se asocia con mayor uso de recursos del sistema de salud y fuera de él (por ejemplo ausentismo laboral)<sup>17</sup>.

La hipertensión arterial es uno de los principales motivos de consulta y tratamiento en nuestro país<sup>18</sup> y causa el 17% de las muertes totales. Explica el 62% de la enfermedad cerebrovascular y el 49% de la enfermedad coronaria. La presión arterial, aun dentro de niveles considerados normales, presenta una relación continua con los eventos cardiovasculares<sup>19</sup>. Las dificultades de accesibilidad al sistema de salud, subdiagnóstico de presión arterial elevada, y aún en las personas identificadas la dificultad en el control de la presión arterial hacen más importante la implementación de intervenciones poblacionales para su prevención y control.

El colesterol es un importante factor de riesgo cardiovascular que explica el 59% de las enfermedades coronarias, el 18% de la enfermedad cerebrovascular y el 8% de todas las muertes.

La diabetes es responsable del 15% de los eventos coronarios y el 13% de las diálisis crónicas. Predice de manera importante la mortalidad prematura, que ocurre principalmente por enfermedad cardiovascular e insuficiencia renal.

De igual modo los principales factores de comportamiento determinantes de los anteriores: un tercio son fumadores, la mitad están expuestos habitualmente al humo de tabaco ambiental, poco menos de la mitad agregan sal en sus comidas y tienen bajo nivel de actividad física.

El tabaquismo es la primera causa de muerte evitable que produce más de 40.000 muertes anuales en la Argentina, 800.000 años de vida saludables perdidos y un costo de atención médica estimado en \$ 6.900 millones anuales. A nivel mundial el tabaco causa 12% de las enfermedades cardiovasculares, 70% de cánceres de tráquea, bronquios y pulmón y 38% de la enfermedad respiratoria crónica.

En cuanto a la alimentación, la ingesta inadecuada de frutas y verduras se estima que ocasiona el 19% de los cánceres del tubo digestivo, 31% de la enfermedad coronaria y 11% de la enfermedad cerebrovascular. El incremento del consumo de grasas poliinsaturadas puede prevenirlos. La ingesta de sodio constituye uno de los principales determinantes del aumento de los valores de la presión arterial a nivel poblacional y relacionados a la edad. Existen diversos estudios que relacionan la ingesta de sodio con eventos cardiovasculares a nivel poblacional.

El consumo de alcohol es una de las principales causas de carga de enfermedad en nuestro país. Las consecuencias del consumo pueden ser agudas: accidentes violencia domestica; o crónicas: enfermedad hepática, enfermedad cardiovascular, cáncer, problemas psicosociales. En Argentina se estima que el 37% de los accidentes de tránsito en hombres y el 47% de los homicidios y agresiones son atribuibles al alcohol.

Finalmente, la actividad física regular reduce la morbimortalidad en personas sanas disminuyendo la incidencia de enfermedad cardiovascular, diabetes, hipertensión, obesidad, depresión, osteoporosis y la incidencia de algunos cánceres como colon y mama. También mejora la evolución de algunas enfermedades, como enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca y diabetes. La falta de actividad física adecuada se estima que causa entre 10 y 16% de los casos de diferentes cánceres, diabetes, y cerca del 22% de la enfermedad cardiovascular.

Tipo de factor	Indicador	Prevalencia
Detecciones en el sistema de atención	Realización de Papanicolau últimos 2 años	51.6%
	Realización de mamografía (>40 años) últimos 2 años	42.5%
	Medición de la presión arterial el último año	68.4%
	Medición de colesterol (mayores de 35 años)	70.7%
	Medición de glucemia	69.3%
Factores biológicos	Sobrepeso y obesidad	49.1%
	Obesidad	14.6%
	Presión arterial elevada (una o más veces)	34.4%
	Colesterol elevado	27.8%
	Diabetes o glucemia elevada	11.9%
Estilos de vida	Baja actividad física	46.2%
	Consumo de tabaco (18 a 64 años)	33.4%
	Bajo consumo de frutas y verduras	35.3%
	Agrega sal a las comidas	45.2%
	Consumo habitual de riesgo de alcohol	9.6%
	Consumo ocasional excesivo de alcohol	10.1%

Las prevalencias de los factores de riesgo presentan diferencias provinciales, lo cual permite efectuar un mapeo de los riesgos en la población adulta y proponer metas basadas en estimaciones confiables.



Las desigualdades según nivel socioeconómico se expresan también en prevalencias más elevadas de casi todos los factores de riesgo en la población de menores ingresos y de menor nivel educativo. Es decir que se concentra en mayor proporción la obesidad, hipertensión, tabaquismo y otros factores, al igual que disminuye la frecuencia de los controles de salud.

En el caso de los adolescentes escolarizados, las principales prevalencias de factores de riesgo relacionadas con las enfermedades crónicas fueron el consumo de alcohol y tabaco y el sedentarismo, según un relevamiento de nivel nacional efectuado a fines de 2007.

Factores de riesgo en alumnos de 13 a 15 años, por sexo. Argentina 2007.

Preguntas	Total	Sexo	
		Hombres	Mujeres
En riesgo de sobrepeso <sup>1</sup>	16.9	21.5	12.4
Sobrepeso <sup>2</sup>	2.4	3.0	1.9
Comieron fruta habitualmente, una o más veces al día, en los últimos 30 días	60.7	58.0	62.6
Comieron verduras habitualmente, una o más veces			

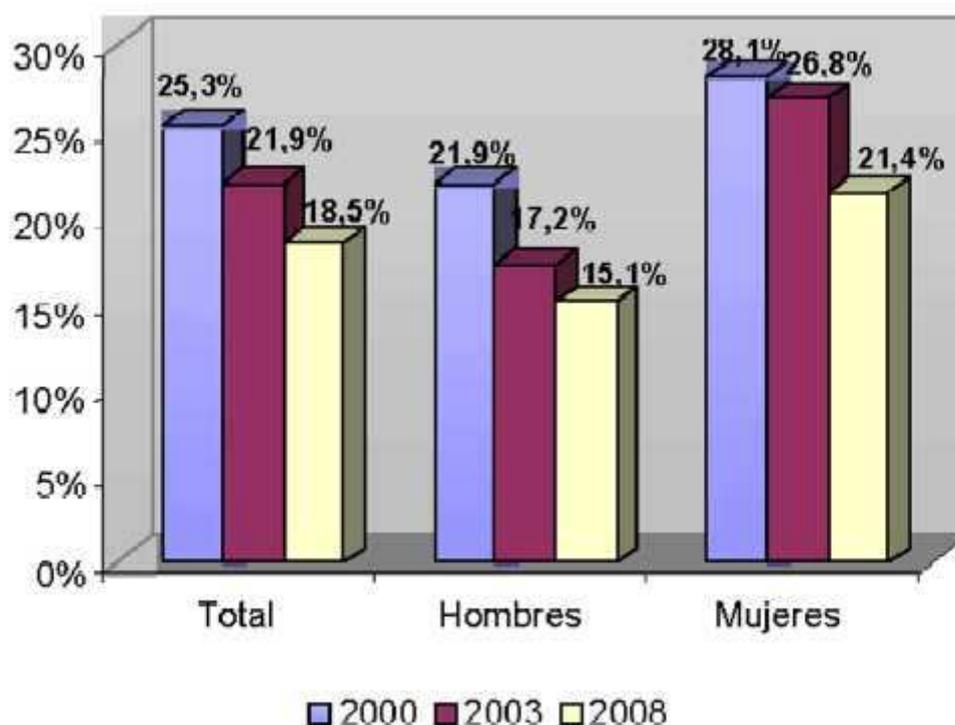
Preguntas:	Total	Sexo	
		Hombres	Mujeres
Personas que fumaron en su presencia en uno o más días de los últimos 7 días	78.0	77.9	78.5
Activos físicamente los siete días de la semana por lo menos sesenta minutos al día de una semana típica o usual	10.4	14.4	6.7
Pasaron tres o más horas al día realizando actividades sedentarias durante una semana típica o usual	47.5	44.7	51.0

<sup>†</sup> Alumnos con un índice de masa corporal del 85% o por encima, pero por debajo del 95%. Basado en datos de referencia de Cole, Bellizzi, Flegal, y Dietz, BMJ, Mayo 2000.

<sup>‡</sup> Alumnos con un índice de masa corporal del 95% o superior por edad y sexo, basado en los datos de referencia de Alumnos con un índice de masa corporal del 85% o por encima, pero por debajo del 95%. Basado en datos de referencia de Cole, Bellizzi, Flegal, y Dietz, BMJ, Mayo 2000.

En el caso de tabaquismo, la repetición de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adolescentes (GYTS) en Ciudad y Provincia de Buenos Aires, permitió observar una tendencia decreciente en el porcentaje de fumadores de 13 a 15 años.

Prevalencia de tabaquismo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Comparación encuestas 2000, 2003 y 2007.



#### Determinantes fenoestructurales

Con respecto a los determinantes de los factores mencionados anteriormente, podemos mencionar:

- Las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo tienen poca presencia en la agenda de salud pública de los distintos niveles de gobierno. Los actores que deben intervenir para promover mejores condiciones de salud y mayor control de los factores de riesgo a menudo carecen de entrenamiento y motivación

suficiente, o tienen escasa comunicación e integración. Por otra parte algunos actores vinculados a los sectores productivos se oponen a las políticas de salud por defender intereses económicos de su sector.

- Problemas regulatorios: Ausencia de legislación nacional de control del tabaco. Sólo algunas provincias tienen leyes de ambientes libres de humo y de restricciones a la publicidad. Argentina no ratificó aún el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, firmado en el 2003 y ratificado por casi todos los países del mundo. También es insuficiente la regulación de los productos alimentarios y bebidas, aunque se ha avanzado en acuerdos voluntarios con la industria alimentaria y acuerdos de MERCOSUR. Falta la reglamentación de la ley de bebidas con alcohol.

- Las representaciones sociales relacionadas con el consumo de tabaco, alimentos y bebidas son promovidas por la publicidad de las empresas la cual carece prácticamente de regulación y control en términos de salud. La normativa existente en ese aspecto resulta insuficiente. Es escasa la presencia de mensajes de contra-publicidad y de comunicación o educación sobre estilos de vida saludables en los medios y en el ámbito escolar.

- La oferta de productos de consumo presenta en algunos casos deficiencias de información al consumidor, excesos o déficit de contenidos en los alimentos procesados como es el exceso de sodio, azúcares y grasas trans o déficit de algunos nutrientes. Debe estudiarse en cada caso la disponibilidad de insumos y tecnologías que permitan mejorar la calidad de esos productos para hacerlos más saludables.

- Respecto a las condiciones de acceso, los precios relativos se mantienen bajos para productos a los cuales debe reducirse el consumo, como es el caso de tabaco y alcohol, mientras que frutas y verduras tienen generalmente precios que limitan la demanda. Ello favorece el consumo de productos nocivos o poco saludables en la población de menores ingresos y en los más jóvenes y desestimula el consumo de productos más sanos.

#### OBJETIVOS:

La Estrategia Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades no transmisibles persigue los siguientes objetivos generales:

- Reducir la prevalencia de factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles en la población general.
- Reducir la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles
- Mejorar el acceso y la calidad de la atención, tanto en la detección como en el tratamiento de las personas en riesgo y afectadas por enfermedad crónica

#### LINEAS DE ACCION:

La estrategia de intervención para el control de las enfermedades crónicas contempla tres líneas de acción:

1. Promoción de la salud y control de factores de riesgo de ENT en la población en su conjunto. Abordaje poblacional.
2. Reorientación de los servicios de salud. Manejo integrado de enfermedades crónicas en el sistema de atención.
3. Vigilancia de ENT y FR.

Las líneas de acción son esencialmente interdependientes, en la medida en que la aplicación de una de ellas sin las otras genera profundas desigualdades en cuanto a su aplicación en todos los sectores de la población y en el logro de las metas de la Estrategia, que son las de prevenir y reducir la carga de las enfermedades crónicas y los factores de riesgo relacionados.

Estas líneas deben atravesar, integrar y articular una serie de iniciativas y programas preexistentes, como los siguientes:

- Programa Nacional De Prevención Y Control De Diabetes Mellitus.
- Programa Nacional De Control De Tabaco.
- Programa Nacional De Control De Cáncer Génito-Mamario.
- Programa Nacional de Control de Lesiones.

Además se necesita Desarrollar e implementar un programa nacional de "Salud Cardiovascular" que contemple e integre el manejo integrado de todos los factores de riesgo cardiovasculares (hipertensión, diabetes, dislipemia, tabaquismo, obesidad) en el sistema de atención de la salud.

Estrategias de apoyo:

El desarrollo de la propuesta de prevención y control de las enfermedades no transmisibles requiere de una serie de acciones estratégicas de apoyo:

Fortalecimiento de la capacidad provincial

En primer término la formación y capacitación de equipos provinciales. En la actualidad funcionan equipos en casi todas las provincias en control del tabaco, programas de diabetes, educación para la salud y, en algunos casos, programas de salud cardiovascular o de no transmisibles. A menudo son las mismas personas las que trabajan en dos o más de estas iniciativas. La capacitación para un abordaje integral de la problemática contribuirá a sostener equipos integrados y profundizar el desarrollo de la estrategia en todo el territorio del país.

De igual modo será necesario reforzar el primer nivel de atención de las provincias para el control de las enfermedades no transmisibles a través de estrategias de capacitación y otros incentivos con participación de diversas instituciones.

Participación comunitaria, intersectorial e intergubernamental

El desarrollo de este plan requiere de un adecuado consenso y soporte participativo en tres niveles:

1. Participación de la sociedad civil. A nivel nacional puede configurarse a través de la creación de la Comisión Nacional de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles. Esta Comisión tuvo un funcionamiento positivo pero efímero en el 2003-2005. Actualmente existen Comisiones Nacionales de importante labor, como la de Prevención y Control del Tabaquismo, la de Diabetes, y otras, que pueden integrarse en una de carácter más amplio sin perder su identidad, composición y funcionamiento específico. La participación de las sociedades científicas e instituciones académicas son claves para la elaboración y consenso necesario.
2. Participación intersectorial. La articulación con distintas áreas del gobierno es fundamental para el logro de los objetivos. Las comisiones mencionadas anteriormente incluyen la presencia de distintos ministerios y secretarías. Por ejemplo la de tabaco incluye Agricultura, Comercio, Ambiente, Educación, Relaciones Exteriores, Justicia y SEDRONAR. Estas formas participativas deben proyectarse a nivel provincial y local para el desarrollo de la estrategia en esos niveles.
3. Participación intergubernamental. A nivel internacional, a través del CMCT y estrategias regionales sobre alimentación saludable y vida activa. A nivel de MERCOSUR a través de las comisiones correspondientes como la Comisión Intergubernamental de Control del Tabaco (CICT). A nivel federal, a través de acuerdos o encuentros de los programas provinciales.

Estudios e investigaciones

El diseño de intervenciones requiere apoyo de estudios específicos, especialmente en el área de alimentación saludable, a efectos de identificar opciones de alto impacto sanitario y que sean viables desde la perspectiva técnica, económica y cultural.

#### Promoción de proyectos locales

La aplicación de iniciativas de políticas saludables en el nivel local requiere de la aplicación de medidas e instrumentos de gestión local con apoyo técnico y financiero del nivel nacional.

## ANEXO II

### PROMOCION DE LA SALUD. ABORDAJE POBLACIONAL.

#### PLAN NACIONAL ARGENTINA SALUDABLE

La promoción de la salud es una parte esencial de un enfoque integrado para la prevención y el control de las enfermedades crónicas. Esta estrategia incorpora algunos de los conceptos y temas de la promoción de la salud: logros y enseñanzas extraídas desde Ottawa a Bangkok (CE138/16).

Apoya el llamamiento de la Carta de Ottawa a dar prioridad a la promoción de la salud y otorgar poder a los individuos y comunidades para que ejerzan un mayor control sobre su estado de salud y los factores sociales determinantes. Para atender las necesidades de promoción de la salud, y en especial para alentar la adopción de regímenes alimentarios saludables, la realización de actividades físicas y el control del tabaco, en este Plan se propone lo siguiente:

- Promover y adoptar hábitos alimentarios saludables, modos de vida activos y controlar la obesidad y las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición;
- Formular políticas públicas y directrices, realizar cambios institucionales, adoptar estrategias de comunicación y llevar a cabo investigaciones relacionadas con los regímenes alimentarios y la actividad física;
- Aplicar estrategias de promoción de la salud y prevención de las enfermedades;
- Adoptar una perspectiva para el ciclo de vida en la que se considere que la salud comienza con el desarrollo del feto y continúa hasta la vejez; y
- Realizar esfuerzos concertados con múltiples socios de los sectores de la salud y sectores conexos.

Las principales líneas de intervención poblacional sobre control de enfermedades crónicas se plasmaron en dos grandes estrategias mundiales basadas en la mejor evidencia científica internacional: El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, aprobadas durante la Asamblea Mundial de la Salud de 2003 y 2004 respectivamente.

La primera está plasmada en el Programa Nacional de Control del Tabaco (PNCT) que persigue como objetivos:

- prevenir y disminuir el consumo,
- proteger a las personas del humo ambiental de tabaco y
- promover el abandono de la adicción al tabaco.

Las cuatro líneas de acción del PNCT son:

1. promoción de estilos de vida sin tabaco, comprende prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio de tabaco, medidas educativas, advertencias sanitarias y campañas de prevención;
2. reducción de la accesibilidad a los productos de tabaco, que contempla medidas fiscales y de regulación del comercio de los productos,
3. promoción de ambientes libres de humo, a través de medidas legislativas y comunicacionales, de promoción y capacitación y el registro de empresas libres de humo.
4. cesación tabáquica, que incluye las campañas para promover el abandono del tabaquismo y la línea telefónica para dejar de fumar, así como la formación de recursos humanos y la incorporación del tratamiento del tabaquismo en los servicios de salud.

La estrategia de alimentación saludable y vida activa tiene como objetivos:

- Promover en la población hábitos alimentarios y de actividad física saludables.
- Promover una oferta asequible de productos alimentarios saludables y de facilidades o apoyos para una vida activa.
- Reducir el consumo de alimentos que presentan riesgos a la salud e incrementar el consumo de productos con efectos protectores.

Reuniendo ambas iniciativas (tabaco y alimentación/actividad física) en una sola estrategia tenemos 3 grandes ejes de acción relacionados con la modificación de los determinantes fenoestructurales, el primero enfocado a la demanda, el segundo a la regulación de la oferta y el tercero a los entornos, quedando la cuarta línea integrada al capítulo de reorientación de los servicios de salud.

1. Promoción de hábitos saludables. Incluye acciones de educación, comunicación y concientización de la población, prohibición (en el caso de tabaco) y regulación (en el caso de alimentos y bebidas) de la publicidad, patrocinio y promoción de productos, información al consumidor y normas de etiquetado.
2. Regulación de productos y servicios. Incluye la regulación de la producción, comercio, servicios y consumo, a través de medidas legislativas, fiscales, acuerdos, incentivos y capacitación.
3. Promoción de entornos saludables. Incluye la promoción de ambientes libres de humo, entornos favorecedores de actividad física incluyendo infraestructura urbana y de transporte, instituciones y empresas saludables, municipios saludables, etc.

Las actividades y metas en cada línea de acción son las siguientes:

1. Promoción de hábitos saludables:

Acciones:

- Realización de campañas de comunicación sobre control del tabaquismo, alimentación saludable y vida activa. Metas:

o Presencia continua en los medios a lo largo del 2009 con énfasis en las fechas claves: Día Mundial Contra el Cáncer, DM Sin Tabaco, DM del Corazón, DM de la Diabetes, DM de la Alimentación, DI del Aire Puro, etc.

- Desarrollo de página web sobre promoción de alimentación saludable y vida activa y control de enfermedades no transmisibles.
- Realización de proyectos educativos en distintos niveles de enseñanza.

- o Concursos de actividades escolares.
- o Incorporación de actividades en la agenda escolar.
- o Formación de líderes juveniles.
- Promoción legislativa:
  - o Campaña para la ratificación del CMCT.
  - o Asesoramiento para desarrollo de legislación de prohibición de publicidad, promoción y patrocinio de tabaco.
  - o Estudio y asesoramiento legislativo sobre publicidad, promoción y patrocinio de alimentos y bebidas y etiquetado de productos.

## 2. Regulación de productos y servicios.

### Acciones:

- Estudios de factibilidad de reducción/sustitución de sodio, azúcares y grasas saturadas y trans en alimentos procesados de alto consumo.
- Acuerdos con el sector de alimentos y bebidas.
  - o Con la industria de alimentos para la reducción de los contenidos de sodio, azúcares y eliminación de las grasas trans.
  - o Con los distribuidores y servicios de comida para la promoción de dietas saludables y mejorar la preparación de alimentos.
- Promoción de proyectos legislativos sobre impuestos y comercio de productos de tabaco, alimentos y bebidas.
  - o Estudio sobre régimen impositivo de alimentos y bebidas.
  - o Proyectos de regulación de la venta de cigarrillos y bebidas alcohólicas.

## 3. Promoción de entornos saludables.

### Acciones:

- Promoción de ambientes libres de humo de tabaco y favorecedores de la salud.
  - o Campaña de comunicación sobre hogares y ambientes públicos libres de humo.
  - o Promoción de proyectos legislativos de ambientes públicos y laborales 100% libres de humo.
- Promoción de Instituciones y Empresas Saludables.
  - o Capacitación, registro y certificación de instituciones y empresas.
  - o Certificación de centros educativos y de salud con apoyo de FESP/ASP45.
  - o Ministerio de Salud Saludable.

- Proyectos CARMEN a nivel municipal

o Apoyo técnico y financiero a proyectos de intervención/evaluación en relación a la temática.

## REORIENTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD. MANEJO INTEGRADO DE ENFERMEDADES CRONICAS EN EL SISTEMA DE ATENCION

Objetivo: Facilitar y apoyar las capacidades y las competencias del sistema de salud para el manejo integrado de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo.

Esta Estrategia reconoce que la prevención y el control de las enfermedades crónicas exigen un contacto a largo plazo de los pacientes con servicios accesibles de atención primaria de salud, que funcionen conforme a estrictas normas de atención y prácticas óptimas. La prevención integrada incluye las intervenciones que prevengan y a la vez reduzcan un conjunto de factores de riesgo comunes modificables. Además, el control de las enfermedades crónicas requiere una integración de los servicios mediante el fortalecimiento de los sistemas de derivación de casos y la relación entre los niveles primarios, secundarios y terciarios de atención.

Un control apropiado también debe abarcar la prevención, el tamizaje y la detección temprana, así como el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.

Esto significa poder acceder a servicios de salud de calidad, con inclusión de los servicios de diagnóstico y la posibilidad de obtener los medicamentos esenciales. Se concebirán y probarán modelos innovadores de atención de calidad de las enfermedades crónicas.

La prevención y control de las enfermedades cardiovasculares en el primer nivel de atención debe ser orientada de acuerdo al nivel de riesgo de cada individuo. En personas sin factores de riesgo cardiovasculares, las acciones de promoción de hábitos saludables son moderadamente efectivas, pero sin embargo no son ampliamente implementadas por profesionales de la salud. Aquellos pacientes con presencia de factores de riesgo, la intensidad del tratamiento y las metas a alcanzar varían de acuerdo a la chance de presentar eventos cardiovasculares. Un enfoque en el riesgo cardiovascular global en lugar del tratamiento de cada factor de riesgo en forma aislada redundará en mayores beneficios, no sólo para el paciente, sino que hace más eficiente la prestación de servicios.

A pesar de la relevancia de la prevención cardiovascular, contamos con información sobre la variabilidad inadecuada que existe en el cuidado de la salud en el área de los factores de riesgo. Por ejemplo, existe gran variabilidad en el diagnóstico de hipertensión arterial en las consultas en los centros de atención primaria de la salud (CAPS) de acuerdo a la provincia (de 19% en Capital Federal a 5% en Jujuy), gran variabilidad en el uso de antihipertensivos. En la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, cerca de la cuarta parte de las personas adultas no se había controlado la presión arterial. De aquellas personas que hipertensión arterial, solamente el 60% estaban tratados. Similares resultados se observaron para otros factores de riesgo.

A través de éstos y otros datos podríamos concluir que existe variabilidad inapropiada tanto en el diagnóstico y estratificación de riesgo de pacientes como en su manejo terapéutico. La evaluación adecuada y la subsiguiente estratificación de riesgo de pacientes de acuerdo a su riesgo de eventos vasculares constituye una estrategia útil para la adecuada identificación de individuos vulnerables, y a su vez constituye una herramienta para asignar los recursos en una forma costo efectiva<sup>20</sup>.

Además, en el sistema de obras sociales y privado, existen también oportunidades para mejoras, y la difusión, diseminación e implementación de guías de práctica clínica y capacitación de profesionales de la salud puede generar cambios favorables en este sector.

En este contexto proponemos sistematizar la evaluación y manejo de pacientes que consultan al primer nivel de atención basándonos en la propuesta de la Organización Mundial de la Salud "WHO CVD-Risk Management Package"<sup>21</sup>, que propone diferentes niveles de complejidad de atención en un contexto de recursos limitados. Además propondremos capacitaciones para profesionales de la salud en el manejo de FR en el primer nivel de atención.

Priorizar acciones de prevención se sustenta en que estas intervenciones resultan en una mayor ganancia de años de vida saludables que las intervenciones sobre las enfermedades, como lo expresa un reciente análisis en el Reino Unido, donde se estimó que las acciones sobre la hipertensión arterial, tabaco y colesterol explicaron mayor impacto poblacional que la prevención secundaria o el tratamiento de enfermedades cardiovasculares<sup>22</sup>.

La articulación de una política efectiva en el área de la prevención cardiovascular requerirá no sólo la participación del área de promoción de la salud, sino la articulación efectiva con otros programas funcionantes, como Programa REMEDIAR, Programa Médicos Comunitarios, y Programa Nacional de Garantía de Calidad, Pronadia etc. Muchos países, en lugar de sostener programas independientes, han reorientado sus programas al riesgo global cardiovascular, permitiendo la atención integral de pacientes, optimizando recursos humanos y financieros a través de una gestión más eficiente, y permitiendo la evaluación continua de la calidad de atención.

Los exámenes preventivos periódicos de salud en los entornos de atención primaria son un enfoque recomendado para la prevención de las enfermedades crónicas (17). Las evaluaciones esenciales incluyen: la medición de la presión arterial; el cálculo del índice de masa corporal; el perfil de lípidos; la determinación del nivel de glucemia; el tamizaje del cáncer cervicouterino (prueba de Papanicolaou) y del cáncer de mama (examen de la mama y mamografía clínica) para las mujeres; y el tamizaje del cáncer colorrectal. Además, según la información actualmente disponible debe realizarse un tamizaje oportunista para detectar estados de prediabetes en las personas excedidas de peso de 45 años de edad o más.

La Estrategia incluye la formulación, puesta a prueba y difusión de los enfoques, las Guías de Práctica Clínica y las herramientas eficaces (Historia Clínica orientada a problema, Hoja de Monitoreo de pacientes crónicos, sistemas recordatorios) para el control de las enfermedades crónicas.

#### Ejes de acción

- Desarrollar e implementar un "Programa de Salud Cardiovascular y Diabetes" (que readecue, integre e incorpore al programa Nacional de Diabetes) Basado en un abordaje integral de los factores de riesgo CV en el primer nivel de atención (HTA, DBT, Obesidad, tabaquismo, hiperlipemia etc.) y la utilización de la sistemática de prevención CV basada en el riesgo cardiovascular global.
- Promoción del "Control periódico de salud del Adulto." Fortalecimiento de las acciones de prevención, detección y tratamiento de FR y ECNT en el PNA. Esto incluye sistematizar las prácticas evidenciadas de promoción de hábitos saludables en los servicios (Promoción de AF y alimentación saludable), la detección de FR (Colesterol, glucemia, HTA, tabaquismo, Obesidad) y de enfermedades en fases tempranas mediante técnicas apropiadas (PAP, Mamografía, SOMF etc.).
- Desarrollo e implementación de un registro para la evaluación y mejora continua de la calidad de atención de FRCV.
- Desarrollo/ adaptación e implementación de GPC de riesgo CV global.
- Desarrollo/ adaptación e implementación de GPC de CPS del adulto.
- Desarrollo e implementación de instrumentos para el PNA (HCOP, hoja de monitoreo de pacientes con FRCV, tabla de acciones preventivas).
- Promover la reorientación del sistema de atención hacia Enfermedades crónicas. (Turnos programados, registros, perfiles profesionales, sistemas de pagos e incentivos, sistemas de población a cargo, citación activa, visitas domiciliarias).

#### Actores involucrados

- FEAPS.

- REMEDIAR.
- Programa de Salud Familiar.
- PRONADIA.
- Dirección Nacional de Garantía de Calidad.
- Responsables provinciales de programas de crónicos.
- Universidades.
- Sociedades Científicas.

#### PROGRAMA INTEGRAL DE SALUD CV Y DIABETES PARA EL PNA.

##### Objetivo general

- Mejorar la evaluación y manejo de pacientes con FRCV en el primer nivel de atención.

##### Objetivos específicos.

- Implementar una "Sistemática Nacional de Prevención Cardiovascular" basados en guías de práctica clínica sobre rastreo, evaluación y manejo de factores de riesgo, de acuerdo a categorías de riesgo
- Fortalecimiento y/o apoyo a la organización de programas provinciales integrados.
- Capacitar a profesionales de la salud en rastreo, evaluación y manejo de factores de riesgo.
- Monitorizar la calidad de atención e iniciar procesos de mejora continua de la misma.

##### Actividades del objetivo 1

###### 1.1) Desarrollo de guías de práctica clínica nacionales para prevención cardiovascular.

No contamos a nivel nacional de lineamientos básicos, consensuados por todos los actores del sistema, que guíen el diagnóstico y tratamiento de los factores de riesgo. Y aunque exista un cuerpo de conocimientos y evidencia sobre la temática, estos contenidos no están siendo utilizados para mejorar el desempeño de los profesionales de la salud. En este sentido, contar con guías de práctica clínica no sólo adaptadas a nivel nacional, consensuadas por los principales actores, y abarcado también una propuesta de implementación concreta son un insumo básico para el desarrollo de una "Sistemática Nacional de Prevención Cardiovascular".

##### Objetivos.

- Contar con Guías de Práctica Clínica que abarquen: Estratificación de Riesgo, Consejería de alimentación saludable y actividad física, Diagnóstico y tratamiento de hipertensión, dislipidemias, sobrepeso y obesidad.
- Contar con herramientas para su implementación exitosa en la atención primaria.

##### Antecedentes.

- A pesar que existen recomendaciones de sociedades científicas y material de educación médica continua, no se han realizado nivel nacional guías de práctica clínica en el contexto de un programa nacional.

- Tampoco existen suficientes antecedentes sobre implementación exitosa de recomendaciones y cambios en patrones de atención.

Evidencia: el desarrollo de guías de práctica clínica siguiendo una metodología estandarizada favorece la adopción e implementación de las mismas, aumentando la chance de mejoras en la calidad de atención. Contar con herramientas adecuadas para facilitar la difusión, diseminación y adopción de las guías favorece mejoras en el desempeño, teniendo en cuenta las barreras a la implementación de las mismas.

Actores involucrados: referentes nacionales de cada una de las áreas, Programa Nacional de Garantías de Calidad, otras instituciones académicas.

Factibilidad: Guías de práctica clínica se han desarrollado en el Ministerio de Salud con la Guía de Cesación Tabáquica, Guía de anemia en la infancia y DBT2.

Plan de acción

- Definición de áreas temáticas prioritarias.
- Convocatoria a sociedades científicas y académicas y formación de grupo de trabajo.
- Revisión sistemática de literatura.
- Consenso formal sobre recomendaciones.
- Redacción de recomendaciones y evaluación de calidad de las guías.
- Desarrollo de estrategias de implementación.

Plazo: corto plazo para el desarrollo del inicio del desarrollo de las guías, 12 meses para contar con el set de guías completo.

Indicadores: número de guías completas, calidad de las guías realizadas (AGREE).

## 1.2) Desarrollo de una "Sistemática Nacional de Prevención Cardiovascular".

Existe evidencia sobre el beneficio de diferentes acciones de prevención están relacionadas con el nivel de riesgo de cada paciente. En forma independiente a qué factores de riesgo presente un individuo, su evolución será similar si presenta un nivel de riesgo cardiovascular similar. Con los recursos disponibles en la mayoría de los puntos de atención primaria de nuestro país es posible clasificar a los individuos, en forma relativamente sencilla, de acuerdo a su riesgo cardiovascular (es decir a su chance de eventos en el futuro) y de esa manera ajustar la intensidad del tratamiento a cada nivel de riesgo.

Los principales componentes entonces de una sistemática de prevención cardiovascular deben abarcar:

- Adecuada estratificación de riesgo.
- Gestión clínica y administrativas apropiadas.
- Procesos estandarizados de atención, basados en guías de práctica clínica.
- Niveles de atención y tipo de tratamiento de acuerdo a nivel de riesgo.

- Capacitación profesional.
- Participación de profesionales de la salud de distintas áreas.
- Articulación con acciones comunitarias.
- Articulación con programas existentes.
- Evaluación del desempeño.

Aunque los contenidos de la Sistemática se desarrollarán en extenso en otro documento, que además será consensuado con los actores involucrados, deberán tenerse en cuenta niveles de complejidad y niveles de riesgo cardiovascular.

Niveles de complejidad de atención (propuesta de OMS para prevención cardiovascular según disponibilidad de recursos en cada entorno).

Primer nivel de atención (sin profesionales médicos).

- Procedimientos: Estratificación de riesgo, Consejería e intervención breve sobre tabaco, actividad física, alimentación saludable Derivación según criterios preestablecidos.

Primer nivel de atención (profesionales médicos).

- Procedimientos: Estratificación de riesgo, Consejería e intervención breve sobre tabaco, actividad física, alimentación, Manejo de factores de riesgo, Derivación según criterios preestablecidos.

Mayor complejidad (profesionales médicos).

- Procedimientos: Estratificación de riesgo, Consejería e intervención breve sobre tabaco, actividad física, alimentación, Manejo de factores de riesgo (incluyendo obesidad), Métodos complementarios, Derivación según criterios preestablecidos.

Estratificación de riesgo.

- Factores de riesgo mayores:

- hombre mayor de 45 años o mujer postmenopáusica.
- antecedentes personales o familiares de enfermedad cardiovascular.
- Consumo de tabaco.
- Hipertensión arterial.
- Diabetes.
- Dislipidemia.

- Grupos de riesgo.

- Muy Bajo riesgo: sin FR mayores.
- Bajo riesgo: 1 FR mayor (excluyendo antecedente personal de enfermedad CV o diabetes).

- Moderado: 2 o más FR mayores (excluyendo antecedente personal de enfermedad CV o diabetes).
- Alto: 3 o más FR mayores, o antecedente personal de enfermedad CV o diabetes.

En cada nivel de complejidad y grupo de riesgo se recomendará una sistemática de atención y seguimiento específicos.

Objetivos:

- Desarrollar una "Sistemática Nacional de Prevención Cardiovascular" para su adaptación a cada nivel geográfico o sistema de cobertura.
- Implementar una experiencia piloto para su posterior generalización.

Antecedentes

- Existen experiencias a nivel local de programas de prevención (Grupo ALAS), como así también en algunas obras sociales.
- La mayoría de los programas provinciales existentes cuentan con programas independientes (cardiovasculares, diabetes), aunque en algunas provincias han comenzado a articularse (Corrientes).

Evidencia.

- Los programas orientados al riesgo global han reducido la incidencia de eventos cardiovasculares. En una evaluación económica realizada por la OMS y reproducida para la Ciudad de Bs. As. con datos locales, la estrategia de riesgo global resultó una de las estrategias más costo efectivas en prevención cardiovascular, en comparación con programas individuales o la atención a demanda.

Actores involucrados: programas nacionales (REMEDIAR, Pronadia, Médico Comunitarios, PROMAPS), gobiernos provinciales, organizaciones médicas y científicas de atención primaria.

Plan de acción.

- Convocatoria a representantes de áreas mencionadas y conformación del grupo de trabajo.
- Redacción inicial de la sistemática utilizando como insumo las Guías de Práctica Clínica.
- Desarrollo de materiales: guías, recordatorios, manuales, información para pacientes.
- Experiencia piloto de implementación de la sistemática considerando procesos de atención y barreras del área a seleccionar.
- Evaluación y elaboración de recomendaciones.
- Extensión a nivel nacional.

Indicadores.

- Documentos finalizados.
- Indicadores de desempeño de experiencia piloto e
- Informe final experiencia piloto y recomendaciones

Objetivo 2: Fortalecimiento institucional.

### 2.1) Jornada Nacional de lanzamiento de Sistemática de Prevención Cardiovascular

Objetivos:

- Lanzamiento a nivel nacional de la iniciativa.
- Mejorar la articulación de niveles provinciales y regionales.
- Conformar una red de trabajo nacional para intercambio de experiencias.

Actores involucrados:

- Representantes provinciales: Direcciones de epidemiología, áreas de promoción, prevención y/o enfermedades crónicas.
- Representantes de áreas de atención primaria provinciales.

Plan de acción.

- Convocatoria a participantes.
- Organización de Jornada.

Indicadores: Asistencia de participantes, experiencias presentadas

### 2.2) Asistencia técnica a programas provinciales.

Objetivos:

- Promover el desarrollo de programas provinciales integrados de prevención de enfermedades cardiovasculares.

Antecedentes: Algunas de las barreras para el desarrollo de programas de prevención a nivel provincial son la falta de recursos humanos, materiales de capacitación y la necesidad de contar con propuestas estructuradas que puedan ser adaptadas a cada provincia. En este contexto, contar con un facilitador en cada provincia y con el apoyo de un equipo técnico a nivel nacional pueden favorecer el desarrollo de estos programas.

Actores involucrados: facilitadores a nivel provincial, equipo técnico a nivel nacional

Plan de acción.

- Designación de facilitador en cada provincia.
- Análisis de situación de programas de prevención en cada provincia.
- Capacitación de facilitador (ver en capacitación profesional).
- Asistencia técnica para conformación de programas provinciales.
- Desarrollo de capacitaciones a nivel provincial por facilitadores.

- Envío de materiales necesarios para programas provinciales: guías impresas, recordatorios, formularios de registro.

Plazo: selección de facilitadores 3 meses. Capacitación facilitadores 4 meses. Revisión de estado de situación en provincias 6 meses.

Indicadores.

- Número de facilitadores capacitados.
- Número de provincias evaluadas.
- Número de provincias con programas en funciones.

Objetivo 3: Capacitación profesional.

3.1) Talleres regionales sobre implementación del "paquete de intervenciones" y de las guías clínicas de acuerdo a cada rol dentro del sistema (médicos, enfermeros, administrativos, etc.).

Objetivos: capacitar al recurso humano involucrado en la implementación de la Sistemática de Prevención Cardiovascular.

Antecedentes.

- Muchas de las propuestas de capacitación disponibles son formatos verticales de transmisión de contenidos (cursos, material impreso).
- La adopción de guías de práctica clínica requerirá el desarrollo de estrategias de capacitación específicas.

Evidencia: no existe evidencia sobre el efecto de la educación médica continua y las clases magistrales en mejorar el desempeño profesional. Sin embargo, otras estrategias como la capacitación de líderes de opinión, capacitación en lugares de trabajo, auditoría y feedback y recordatorios han demostrado mayor efecto en el desempeño, aunque el impacto de cada acción depende de las barreras halladas en cada situación.

Actores: instituciones académicas, gobiernos provinciales, representantes de centros de salud

Plan de acción.

- Desarrollo de una herramienta para evaluar las principales barreras en la adopción de la sistemática a nivel de cada entorno.
- Realización de módulos de capacitación.
- Capacitación de facilitadores a nivel provincial.
- Realización de capacitaciones a nivel provincial por facilitadores.
- Distribución de materiales a provincias.

Propuesta para cambios curriculares en Universidades de medicina y otros profesionales de la salud

Objetivos: reforzar contenidos de promoción de la salud y prevención de factores de riesgo en Universidades de Medicina.

Antecedentes: ya se han realizado acercamientos entre organizaciones que representan a universidades (AFACIMERA) y representantes del Ministerio de Salud para fortalecer la capacitación en cesación tabáquica.

Actores involucrados: universidades nacionales y privadas, sociedades científicas.

Plan de acción:

- Convocatoria a principales universidades, sociedades científicas y organizaciones relacionadas.
- Revisión de contenidos de pregrado y post-grado en especialidades relacionadas sobre contenidos de promoción de la salud y manejo de factores de riesgo.
- Propuestas de modificaciones a currículas y realización de convenios.

Indicadores.

- Número de universidades y sociedades participantes.
- Número de currículas revisadas.
- Número de propuestas de modificaciones.
- Evaluaciones cualitativas de implementación de nuevas currículas.

Objetivo 4 Calidad de atención

4.1) Registro de calidad de atención en pacientes de alto riesgo cardiovascular

Objetivo.

- Desarrollar e implementar un sistema de registro de indicadores de calidad de atención en prevención cardiovascular.

Antecedentes: dado que no existen sistemas de información desarrollados que permitan el continuo control de calidad y la evaluación de impacto de las acciones llevadas a cabo, es necesario el desarrollo de un sistema de información para cumplir con estos objetivos. En nuestro país se utiliza en algunos efectores de salud el sistema QUALIDIAB, que implica el registro en pacientes diabéticos incluidos en los programas indicadores seleccionados de calidad de atención con una periodicidad anual. Dado que la propuesta es unificar muchos de los procesos de los programas de enfermedades crónicas, contar con un único sistema de registro que involucre a todos los pacientes incluidos en programas de prevención (cardiovascular y diabetes) sería una estrategia más eficiente. En el caso de pacientes incluidos solamente en prevención cardiovascular, deberían incluirse al sistema aquellos con alto riesgo cardiovascular.

Actores involucrados: responsables de QUALIDIAB, áreas de informática, Direcciones de Epidemiología, Programa Nacional de Garantías de Calidad, FEAPS.

Plan de acción.

- Revisión de indicadores incluidos en QUALIDIAB.
- Propuesta de nuevos indicadores agregados de relevancia para pacientes de alto riesgo cardiovascular.
- Revisión del software y modificaciones.

- Desarrollo de software.
- Relevamiento previo a la implementación.
- Prueba piloto de implementación.

Indicadores.

- Evaluación del relevamiento y prueba piloto.

## VIGILANCIA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y FACTORES DE RIESGO.

Se define a la vigilancia epidemiológica como a la recolección sistemática y continua de información para ser utilizada para el diseño, monitoreo y evaluación de intervenciones en salud pública (información para la acción). A diferencia de la investigación clínica, la vigilancia epidemiológica recurre a métodos de relevamiento quizá con menor cantidad y detalle de información, pero maximizando la validez, confiabilidad y sustentabilidad, ya que su objetivo no es probar hipótesis, sino ser útil para la toma de decisiones.

Es necesario, por lo tanto, contar con un sistema de vigilancia eficiente que permita determinar prioridades y evaluar las intervenciones realizadas en el área de promoción de la salud y prevención de ENT y FR.

En un sistema de vigilancia se deben priorizar aquellos FR que al momento actual del conocimiento han demostrado estar asociados con mayor riesgo de padecer ENT. La relevancia de cada FR dependerá no sólo del grado de asociación con el daño de salud, sino también de la frecuencia del daño (magnitud), de su gravedad (complicaciones, letalidad) y de la posibilidad de prevenirlo (vulnerabilidad) actuando sobre el FR.

En el informe de la Organización Mundial de la Salud "World Health Report 2002" se evaluaron 26 FR seleccionados por su relevancia. Argentina pertenece a la zona de América con mortalidad intermedia (B), donde los principales FR registrados para mortalidad fueron la presión arterial elevada, el índice de masa corporal elevado, el alcohol y el tabaco.

Cómo vigilar las ENT.

Para la vigilancia de las ENT existen diversas fuentes de información. La vigilancia de morbilidad y mortalidad (por ejemplo egresos hospitalarios y estadísticas vitales) es insuficiente dado que para implementar estrategias efectivas de prevención y promoción es necesario conocer los FR de las ENT años antes de su aparición. En este contexto, las encuestas periódicas de FR se constituyen en el sistema de vigilancia más adecuado para el monitoreo de conductas de riesgo<sup>23</sup> (Tabla 1). La repetición en el tiempo de estas encuestas siguiendo metodología reproducible es vital para su utilidad en este contexto.

¿Por qué vigilar FR?

Un número reducido de FR contribuye de manera sustancial con la morbimortalidad de las ENT. Se estima que el 75% de las enfermedades cardiovasculares y un porcentaje elevado de algunos cánceres se deben a dieta inadecuada, inactividad física y tabaco<sup>24</sup>. La mayoría de los FR impacta en diversas ENT y esto genera una oportunidad de controlar diferentes ENT a través del control de un FR. Además, un grupo reducido de FR (para nuestra región: tabaco, alcohol, hipertensión y sobrepeso) explican la mayor parte de la morbimortalidad.

Contar con un sistema de información válido y confiable sobre la prevalencia y tendencias de FR es vital para el diseño y monitoreo de políticas de promoción de la salud y prevención orientadas a su control.

Múltiples dimensiones en la Vigilancia de FR.

El desarrollo de políticas como las que se desprenden de los acuerdos internacionales en tabaco, alimentación y vida activa, requiere la vigilancia de aspectos tales como: incidencia y prevalencia de FR, actitudes y percepciones relacionadas al consumo, accesibilidad, mercado interno y externo, publicidad, mercado ilícito, impuestos, legislación, estrategias de los actores sociales, etc. Ello implica el seguimiento de dichas variables a través de fuentes primarias y secundarias de datos (Tabla 1) de distinta periodicidad y origen, ajustados a la evolución de las estrategias de control.

Tabla 1 Fuentes de información para vigilancia de ENT y FR.

Vigilancia de ENT	
Datos secundarios	Datos primarios
Estadísticas vitales	Registros
Egresos hospitalarios	Vigilancia centinela
Datos administrativos	ENCUESTAS PERIODICAS
Estudios epidemiológicos	
Datos de consumo agregados	

Vigilancia de ENT: situación en nuestro país.

A pesar que la vigilancia de la mortalidad está desarrollada en nuestro país, aún la información sobre morbilidad se encuentra muy dispersa. En los últimos años se ha mejorado el sistema de reporte de egresos hospitalarios, pero la codificación diagnóstica en atención ambulatoria, y las bases de datos secundarias disponibles no son de fácil acceso.

Hasta la realización de la 1° ENFR no contábamos con información válida y confiable que nos permita tomar decisiones en el ámbito de la salud pública en el control integral de los principales FR a nivel poblacional. Afortunadamente a partir de la realización de la misma contamos con la primera línea de base de los principales factores de riesgo para las ENT, con representatividad provincial.

Considerando la dinámica de las intervenciones en nuestro país, se programa la realización de la ENFR cada 4 (cuatro) años. La primera Encuesta se llevó a cabo en el 2005, de modo que la segunda se proyecta para el 2009.

En cuanto a la población de adolescentes, el Ministerio de Salud realizó una primera medición de FR en adolescentes escolarizados a través de la Encuesta Mundial de Salud Escolar (GSHS) con representatividad únicamente nacional. Para la planificación de metas provinciales sería deseable incorporarla en el sistema de vigilancia con representatividad provincial.

Otras encuestas se integran al sistema de vigilancia de enfermedades no transmisibles y sus FR. En particular podemos mencionar la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adolescentes (GYTS) aplicada en Ciudad de Buenos Aires (2000, 2003 y 2007) y Provincia de Buenos Aires (2003 y 2007) y a nivel nacional (2007) por el Ministerio de Salud. Además la Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas que lleva a cabo SEDRONAR con el INDEC que tuvo varias aplicaciones en nuestro país, y que se ha tratado de homogeneizar con la ENFR en los temas de tabaquismo.

Fundamentos de la vigilancia de ENT y FR.

La vigilancia de las ENT y FR reúne un conjunto de acciones que permiten conocer la distribución, magnitud y tendencia de estas enfermedades y sus causas. Para lograr este objetivo son necesarias diferentes fuentes de información, y esta información ser de utilidad en la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de acciones de prevención y control.

La vigilancia de las ENT y FR supone un flujo sistemático de datos primarios y secundarios.

¿Qué beneficios aporta la vigilancia de ENT y FR?

- Nos permite conocer la distribución y tendencias de determinantes de las ENT y resultados de las intervenciones.
- Permite identificar de poblaciones vulnerables.
- Permite conocer la carga de enfermedad: uso de servicios, asignación de recursos, evaluación efectividad de acciones.
- Brinda una guía para respuestas adecuadas: necesidad de campañas de rastreo, implementación de campañas comunicacionales, implementación y evaluación de guías de práctica clínica, monitoreo de indicadores de desempeño, identificación puntos óptimos de intervención, orientar investigaciones.
- Aporta información para planificación y control de calidad.

¿Qué tipos de datos son necesarios?

En la tabla se presentan algunos ejemplos de tipos de datos y la fuente de información a partir de la cual podrían obtenerse:

	Pre-clínico	Clínico	Resultados
<b>Determinantes</b>			
<b>Genética:</b> Genes de Ca mama Enfermedades familiares	<b>Rastreo:</b> PAP, Mama, HTA	<b>Diagnóstico:</b> Forma y tiempo	<b>Mortalidad:</b> Muertes por causas
<b>Factores de riesgo:</b> Tabaco Alimentación	<b>Reducción de riesgo:</b> Cesación tabáquica Programas	<b>Tratamiento y procedimientos:</b> Cirugías, prácticas	<b>Morbilidad:</b> Complicaciones, discapacidad, calidad de vida
<b>Ambientales</b> Exposición laboral		<b>Uso de servicios:</b> Ambulatorios e internación	

Funciones del área nacional en vigilancia de ENT.

- Desarrollar e implementar estrategias de vigilancia.
- Liderazgo en vigilancia a nivel nacional.
- Articulación con actividades de vigilancia y control a nivel nacional y provincial.
- Generar reportes periódicos para usuarios específicos dentro del Ministerio con periodicidad y metodología preestablecida.
- Intercambio de información con diferentes áreas del Ministerio.
- Desarrollar alianzas estratégicas: otros organismos gubernamentales, sociedades científicas, etc.
- Identificar potenciales participantes dentro de la sociedad civil.
- Coordinar actividades de capacitación.

Esquema de estrategias de vigilancia disponibles y propuestas\* en Argentina



Indicadores de vigilancia básicos propuestos.

A Partir de estas estrategias y de las diferentes fuentes de información se proponen confeccionar periódicamente la serie de indicadores que se listan a continuación:

<p>Mortalidad (Años potenciales de vida perdidos y tasas ajustadas)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Mortalidad por enfermedad coronaria ICD-10 I20-I25.</li><li>○ Mortalidad por accidente cerebrovascular isquémico ICD10 I60 –I69</li><li>○ Mortalidad por neoplasmas total ICD10 C00-D48</li><li>○ Mortalidad por cervical cáncer ICD 10 C53</li><li>○ Mortalidad por por cáncer de traquea, bronquios y pulmones ICD 10 C33,34</li><li>○ Mortalidad femenina por cáncer de mama ICD 10 C50</li><li>○ Mortalidad por cáncer del sistema digestivo ICD 10 C15-C26,C48</li><li>○ Mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores ICD 10 J40-47</li><li>○ Causas externas E800- E 999</li><li>○ Accidentes de tránsito ICD 10 E800- E 829</li><li>○ Homicidios ICD 10E960-969, 970-978, 999</li></ul> <p>Prevalencia de factores de riesgo y protectores:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Hipertensión arterial. Por autorreporte</li><li>-Obesidad y sobrepeso Por autorreporte</li><li>-Tabaquismo . Edad de inicio. Exposición a humo de tabaco ajeno. Por autorreporte</li><li>-Diabetes Por autorreporte</li><li>-Actividad física Por autorreporte</li><li>-Consumo de frutas y verduras Por autorreporte.</li><li>Alcoholismo. Por autorreporte.</li></ul> <p>Indicadores del sistema de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Cobertura.</li><li>-Acceso</li><li>-PAP realizado al menos una vez en la vida.</li><li>-Mamografía realizada al menos una vez en la vida en mujeres de 50 a 69 años.</li><li>-Altas hospitalarias por infarto.</li><li>-Altas hospitalarias por accidente cerebrovascular.</li><li>-Altas hospitalarias por EPOC.</li><li>-Altas hospitalarias con diagnóstico de diabetes.</li></ul>
--