

# PLAN ESTRATEGICO PARA EL CONTROL INTEGRADO DE LAS ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES.

2014/2017



**PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS  
ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES**



**PLAN ESTRATEGICO  
PARA EL CONTROL  
INTEGRADO DE LAS  
ENFERMEDADES  
CRONICAS NO  
TRANSMISIBLES.**

**2014/2017**

## PRESENTACIÓN

La República Dominicana, en el marco de su desarrollo socio económico, ha identificado la imperiosa necesidad de trabajar intersectorialmente y con participación de toda la sociedad, para lograr prevenir y controlar las enfermedades crónicas no transmisibles-ECNT y los factores de riesgo que las propician y que afectan a las personas durante todo el ciclo de vida; especialmente aquella población con menos instrucción y de escasos recursos económicos que, para mitigar sus dolencias se ven en la necesidad de comprar medicamentos que les son necesarios de por vida, y que además de la enfermedad, ven deteriorarse su escasa economía en perjuicio de su familia y repercutiendo en el desarrollo del país.

Por ello se considera, que es responsabilidad de todos/as trabajar aunadamente para una respuesta multisectorial, léase: industria alimenticia, los medios de comunicación, los municipios, las escuelas, la agricultura, el comercio y demás actores que forman parte de un contexto sumamente complejo que contribuyen a aumentar la incidencia de estas enfermedades.

El Plan Estratégico Nacional para el Control Integrado de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) que se presenta, es una herramienta fundamental que permitirá trabajar conjuntamente, en el marco de la Estrategia Regional de las Américas para la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas, la reducción de la carga de la enfermedad cardiovascular (enfermedad cerebro vascular, enfermedad isquémica del corazón, hipertensión arterial), el cáncer, la diabetes y la enfermedad renal entre otras y sus factores de riesgo, con énfasis en la reducción de la mortalidad temprana, para lo cual se deberán implementar convenios marcos para el control del tabaco, la estrategia mundial para el régimen alimentario, entre las cuales la ingesta excesiva de sal juega un rol primordial, el incremento de la actividad física, la estrategia para reducir el uso nocivo del alcohol y otras.

El Ministerio de Salud Pública, ente rector nacional para la realización del presente Plan y sus líneas de acción, ha realizado actividades participativas consultivas con los actores del Sistema Nacional de Salud, incluyendo universidades, sociedad civil y otros ministerios además con la cooperación Regional y Nacional de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

  
Dr. Lorenzo Wilfredo Hidalgo Núñez  
Ministro de Salud Pública

1ra. Edición  
1.000 Ejemplares  
Diciembre 2013  
ISBN 987-9945-436-90-7

Alexander Gráficos  
C/ 29 Oeste, No. 24  
Ensanche Luperón, Santo Domingo.  
Tel.: 809-756-3418  
Email: alexgrafic87@hotmail.com



## CONTENIDO

Presentación.....	3
Colaboradores.....	6
Introducción.....	7
Justificación.....	8
Estructura del Sistema de Salud.....	9
Antecedentes internacionales. Lecciones aprendidas en el control de las ECNT. ....	13
Situación mundial de las ECNT.....	17
Situación de las ECNT en Las Américas.....	20
Situación de las ECNT en República Dominicana.....	19
Programa Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles (PRONCEC): Plan estratégico 2013–2016. ....	25
Visión.....	26
Misión.....	26
Objetivos Estratégicos.....	26
I. Políticas públicas e intersectorialidad.....	27
II. Movilización de recursos.....	28
III. Vigilancia.....	29
Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT). ....	32
IV. Promoción y prevención de la salud.....	35
V. Manejo integral de las enfermedades crónicas y los factores de riesgo.....	35

## Autoridades del Ministerio de Salud

**Dr. Lorenzo Wilfredo Hidalgo**, Ministro de Salud  
**Dr. Rafael Schiffino Peralta**, Viceministro de Salud Colectiva  
**Dr. Nelson Rodríguez Monegro**, Viceministro de DDFSRS  
**Lic. María Villa de Pina**, Viceministra de Garantía de la Calidad  
**Dr. Virgilio Cedano**, Viceministro de Planificación

### Responsables de la Elaboración

#### Equipo Técnico Responsable

**Dra. Tomiris Estepan Herrera**, Coordinadora Nacional del Programa de Crónicas, MSP  
**Dra. Susana Santos**, Directora general de Nutrición MSP  
**Dra. Emilia Guzmán**, Directora Investigaciones MSP  
**Dr. Rolando Ramírez**, Consultor responsable del PEN  
**Lic. Anselmo Aburto**, Consultor INCAP  
**Lic. Yenni Medina**, Dirección de Nutrición, MSP  
**Dra. Carolina García**, Dirección Nacional de Hospitales, MSP  
**Dra. Judith Astacio**, DIGPRESS, MSP  
**Dra. Sarah Acosta**, DIGPRESS, MSP  
**Lic. Lillian Peña**, DIES, MSP  
**Dra. Biarís Rodríguez Abad**, Dirección Salud Mental, MSP  
**Dra. Edna Nadal**, DDEI, MSP  
**Dra. María Antonia Matos**, PRONCEC, MSP  
**Dr. Daniel Mola**, PRONCEC, MSP

#### Equipo técnico revisor Intersectorial

**Dr. Bolívar Matos Pérez**, Gerente de Meta presidencial ECNT  
**Dr. Ernesto Díaz Álvarez**, Director Instituto Cardiología  
**Dra. Aura Estela Mota Pout**, Encargada de Enseñanza del INDEN  
**Dra. Damaris Viñas de Ramírez**, Ministerio de Deportes  
**Dr. Félix Martínez**, Viceministerio de Salud Colectiva  
**Dra. Emiliana Peña**, Directora de Información y estadísticas en salud, MSP  
**Dr. Luis E. Pichardo**, Director PREMAT, MSP  
**Dra. María Solano**, Dirección de planificación, MSP  
**Dra. Ruth Santana**, CAID, MSP  
**Dra. Berónica de la Rosa**, Subdirectora Programa CACU/Mama  
**Dra. Liliana Reynoso**, PRONCEC SRS I, MSP  
**Dra. Amarillis German**, Dirección de nutrición  
**Dra. Andrea Cabral**, Dirección de Nutrición  
**Sr. Eddis Castillo**, Presidente Asociación de pacientes renales  
**Dra. Teodoxía Ramirez**, Area II de salud, MSP  
**Lic. Henry Peña**, PREMAT, MSP  
**Dra. María Magdalena Moreno**, PRONCEC, Area II, MSP  
**Dra. Ana María Figuereo**, MSP  
**Dr. Miguel Cuevas**, Area VII de salud, MSP  
**Dr. Vicente Peña**, DPS Puerto Plata, MSP  
**Dra. Rafaela Obispo**, DPS Espaillat, MSP  
**Dr. José Moya**, Consultor OPS-RD

Las Enfermedades Crónicas No transmisibles (ECNT), fundamentalmente las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas— constituyen la principal causa de muerte en la Región de las Américas, donde el 2007 se registraron unos 4,45 millones de defunciones por estas enfermedades, de las cuales un 37% se produjeron en menores de 70 años.<sup>1</sup> Las ECNT son además la causa de la mayor parte de los costos evitables de la atención sanitaria. Están causadas principalmente por un conjunto de factores de riesgo comunes como el tabaquismo y la exposición pasiva al humo de tabaco en el ambiente, un régimen alimentario poco saludable, la inactividad física, la obesidad y el consumo nocivo de alcohol, entre otros. La epidemia de las ECNT está impulsada por la globalización, la urbanización, la situación económica y demográfica, y los cambios del modo de vida. También ejercen una enorme influencia los determinantes sociales de la salud, como los ingresos, la educación, el empleo y las condiciones de trabajo, el grupo étnico y el género. Las fuerzas culturales y del sector privado también desempeñan un papel importante. Por lo tanto, las ECNT (también conocidas como “enfermedades crónicas o “enfermedades crónicas no transmisibles”) constituyen un complejo problema de salud pública y un reto para el desarrollo económico. Requieren intervenciones del sector de la salud, así como de otros sectores del gobierno, la sociedad civil y el sector privado.

La Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas realizada en Nueva York, en setiembre del 2011, también reconoce que solo se puede tener éxito en la prevención y el control de las ECNT si se forjan vínculos y alianzas con otros sectores fuera de la salud, en particular la educación, la agricultura, la ganadería, el comercio, el desarrollo, las finanzas, el trabajo, la planificación urbana y el transporte, el agua y el saneamiento, entre otros. Las alianzas intersectoriales, que combinan recursos, competencias y alcance de múltiples sectores, son una parte esencial de la solución. Esas alianzas deben incluir no solo al sector público, sino también a las organizaciones no gubernamentales, las asociaciones profesionales, el sector académico, el sector privado y las organizaciones internacionales.

Con este propósito, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) puso en marcha el Foro Panamericano de Acción contra las ECNT, una plataforma regional para facilitar este tipo de alianzas multisectoriales y servir de modelo para las plataformas de asociación a nivel nacional. Varios países, entre ellos Argentina, Brasil, Canadá, México y Trinidad y Tobago, han establecido mecanismos nacionales de asociación multisectorial. La Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo<sup>2</sup> es otro mecanismo que permite poner en marcha programas intersectoriales para

1 28. a Conferencia Sanitaria Panamericana, 64. a sesión del Comité Regional Washington, D. C., EUA, del 17 al 21 de septiembre del 2012.

2 Reunión de Directores Regionales de las Agencias de Naciones Unidas 24 y 25 de julio 2009 en la sede de la OPS, en Washington D. C., se aprobó la conformación de la “Alianza Panamericana por la Nutrición, la Salud y el Desarrollo”, la cual tiene como propósito proponer e implementar programas integrales, intersectoriales, coordinados, y sostenibles dentro del marco de los derechos, del enfoque de género y del enfoque de la interculturalidad, para acelerar el proceso hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.



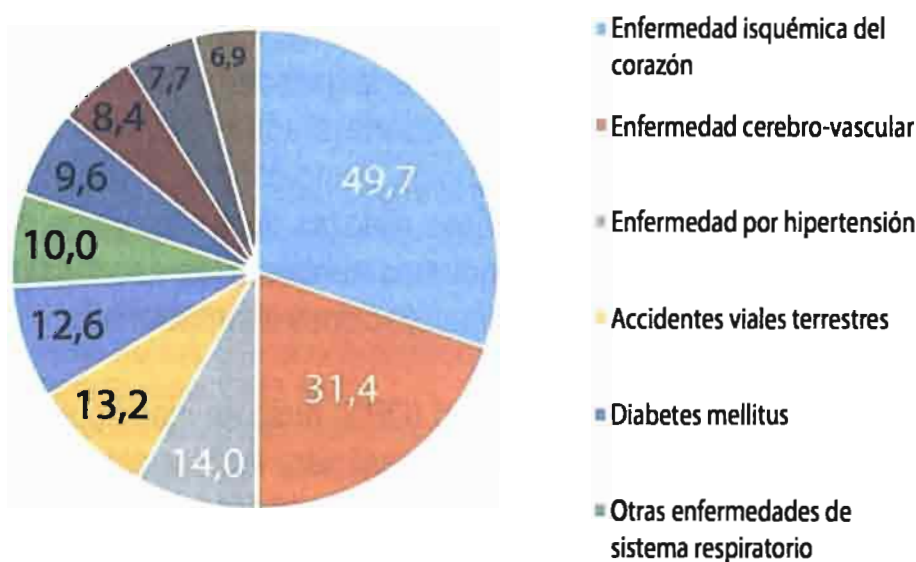
abordar el problema de la obesidad y las ECNT. También se han intensificado los movimientos de la sociedad civil sobre las ECNT y los estilos de vida saludables, como la creación de la Coalición Caribe Saludable en el 2008 y la Coalición Latinoamérica Saludable en el 2011. (1). Este tipo de movilización social será necesaria para lograr el éxito en el abordaje de las ECNT en República Dominicana.

## Justificación

De los 57 millones de defunciones que se produjeron en todo el mundo en 2008, 36 millones -casi las dos terceras partes- se debieron a ECNT, principalmente enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas. El mayor ritmo de aumento de la carga combinada de estas enfermedades corresponde a los países, poblaciones y comunidades de ingresos bajos, en los que imponen enormes costos evitables en términos humanos, sociales y económicos. Alrededor de una cuarta parte de la mortalidad mundial relacionada con las ECNT afecta a personas menores de 60 años.<sup>3</sup>

En República Dominicana, tal como refleja el gráfico, las ECNT están entre las 10 primeras causas de muerte al cierre del 2010 representando las enfermedades isquémicas del corazón el 49.7% del total de las muertes registradas según informe de la Dirección de Información y Estadística del MSP. La carga de morbilidad no se ha establecido con certeza debido a que el país no cuenta con un sistema de morbilidad establecido, y a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica no se reportaban este tipo de enfermedades pero en el estudio de factores de riesgo cardiovasculares (EFRICARD II) realizado

10 principales causas de Mortalidad en República Dominicana 2011 (Tasa x 100,000 habitantes)



Fuente: Dirección nacional estadísticas en salud MSP

en el 2010-2011, la prevalencia de HTA fue de 34.7% para la población general, obviamente porcentajes muy altos que deben cambiar toda la política de salud en materia de prevención cardiovascular en estos momentos. Sólo el 52.5 por ciento de los hipertensos conoce su condición y se trata, 39% no la conocían y el 11% la conoce, pero se trata ocasionalmente o no se trata.

3 Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. WHO/NMH/CHP/11. 1, © Organización Mundial de la Salud, 2011.



Las cifras de sobrepeso y obesidad detectadas en este estudio son preocupantes, especialmente al ver que se presentan en personas jóvenes y la diabetes mellitus tipo 2, pasó de 5.5% en 1999 a 9.9%, -en 2010, prácticamente se duplicó en 10 años- con lo cual podemos inferir que cerca de un millón de dominicanos serían diabéticos, la mitad de los cuales no lo sabe.<sup>4</sup>

Todos los países, independientemente del nivel de sus recursos, pueden lograr mejoras considerables en la prevención y el control de las enfermedades crónicas. Se conocen las principales causas de las enfermedades crónicas y, si se eliminaran esos factores de riesgo, se prevendrían al menos 80% de las cardiopatías, de los accidentes cerebrovasculares y la diabetes del tipo 2 y se evitarían más del 40% de los casos de cáncer.

En gran parte del mundo en desarrollo, estas enfermedades crónicas se detectan tarde, cuando los pacientes necesitan atención hospitalaria extensa y costosa para enfrentar las complicaciones graves o eventos agudos, lo que lleva a gastos médicos catastróficos. Estas enfermedades son en gran parte prevenibles a través de medidas costo-efectivas.

La sal en los alimentos procesados es una razón importante por la que la ingesta diaria de sal en la mayoría de los países supera el nivel recomendado por la OMS. Su reducción es una de las intervenciones de salud más costo-efectivas, factibles y asequible a los servicios públicos.

En ausencia de una acción urgente, los crecientes costos financieros y económicos de estas enfermedades alcanzarán niveles que van más allá de la capacidad de control, incluso de los países más ricos del mundo (2).

Por todo lo anterior, la República Dominicana ha otorgado la más alta prioridad para el abordaje de las ECNT, facilitando los recursos humanos y materiales necesarios para las acciones comunitarias e interinstitucionales que permitirán reducir la carga de morbilidad, mortalidad y financiera de estas enfermedades a corto y mediano plazo.

## **Estructura del Sistema de Salud**

En las últimas décadas, República Dominicana ha experimentado enormes transformaciones en el orden económico y social como resultado de los cambios globales y de su propia dinámica interna. En el área de la salud, estos cambios han sido impulsados por la aprobación, en el año 2001, de Las Leyes 42-01 (Ley General de Salud), promulgada el 8 de marzo del año 2001 y 87-01 (Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social).

Estas leyes sientan las bases para la conformación del Sistema Nacional de Salud (SNS) y del Sistema Dominicano de Seguridad Social, respectivamente. La Ley 42-01 regula todas las acciones que permiten al Estado hacer efectivo el derecho a la salud y la Ley 87-01 establece

---

<sup>4</sup> Estudio de los factores de riesgo cardiovascular y síndrome metabólico en la República Dominicana (EFRICARDI). Rafael Pichardo, Ángel R. González et als. Revista "Archivos Dominicanos de CARDIOLOGIA" Edición Especial-Abril 2012.

los fundamentos para el desarrollo de un sistema de protección social con cobertura universal, promoviendo el aumento del aseguramiento vía cotizaciones sociales, con los aportes del Estado, de empleadores y del trabajador.

Así mismo, este nuevo marco legal ordena realizar las transformaciones necesarias para que las funciones del Sistema Nacional de Salud –rectoría, provisión, aseguramiento y financiamiento–, se separen y sean asumidas por las diferentes instituciones que le conforman. Entre estas instituciones se encuentran la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), el Seguro Nacional de Salud (SeNaSa), y la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA), las cuales iniciaron sus labores a partir de año 2002.

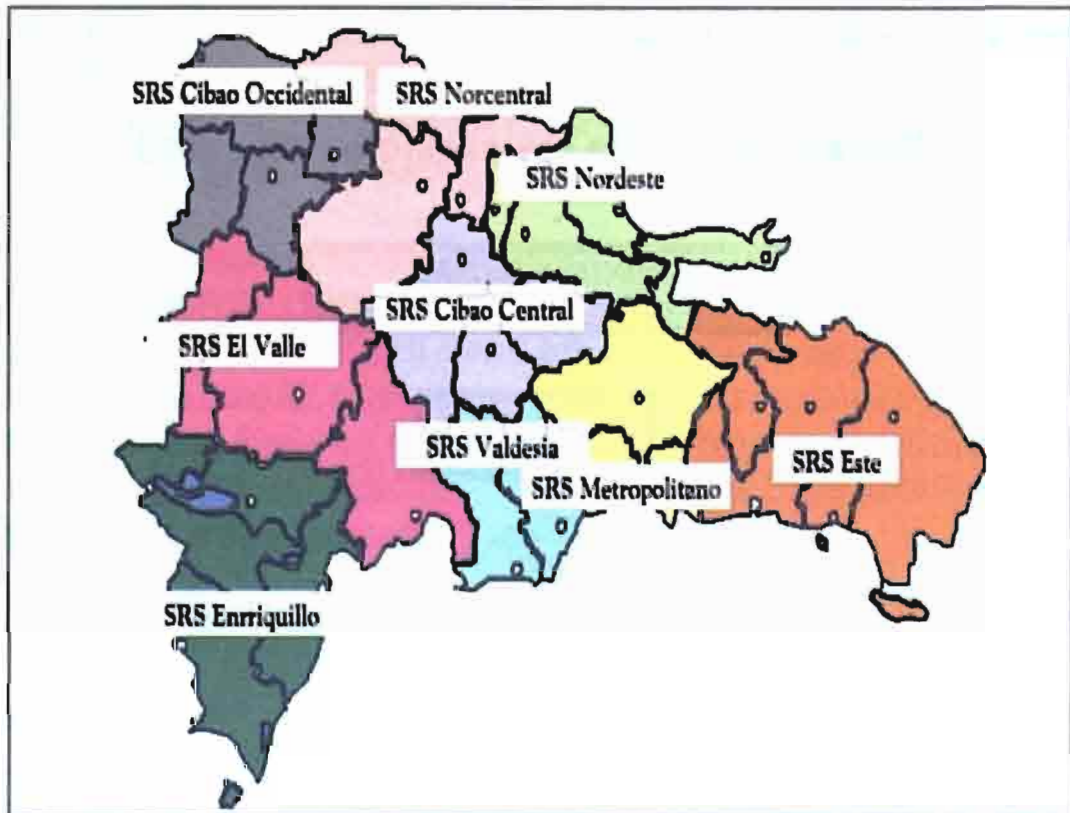
La ley 87-01 dio lugar a la creación de las Administradoras de Riesgo de Salud (ARS), entidades públicas, privadas o mixtas, descentralizadas, con patrimonio propio y personería jurídica, autorizadas por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales a asumir y administrar el riesgo de la provisión del Plan Básico de Salud a una determinada cantidad de beneficiarios.

Con la finalidad de cumplir las ordenanza y mandatos establecidos en el marco legal, en cuanto a la reestructuración institucional y fortalecimiento de acciones y actividades que permitan cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la Política Nacional de Salud se orienta al aumento del acceso de la población a los servicios y a la reorganización de los servicios por niveles de atención, priorizando el primer nivel con base en la estrategia de atención primaria.

Otro de los aspectos del marco de políticas es la mejora del acceso a medicamentos de bajo costo y calidad y el aumento de las coberturas de aseguramiento en salud. Como ejes transversales de ese marco de políticas se establecen la transformación de los Recursos Humanos a través de sistemas de capacitación, incentivos y nuevas formas de contratación y el fortalecimiento de los sistemas de información que contribuyan a transparentar las acciones del sector.

El nuevo marco legal y sus reglamentos complementarios, también generaron cambios en la prestación de servicios. Producto de esto surge la aprobación del Modelo de Red de los Servicios Regionales de Salud (SRS) en República Dominicana, según la disposición interna 24-05. Mediante los SRS la autoridad sanitaria promueve que los diferentes niveles de atención se articulen en red, en lo que a prestación de servicios de salud se refiere y estén vinculados al desarrollo del Seguro Familiar de Salud, abarca atenciones en salud:

## Servicios Regionales de Salud, República Dominicana



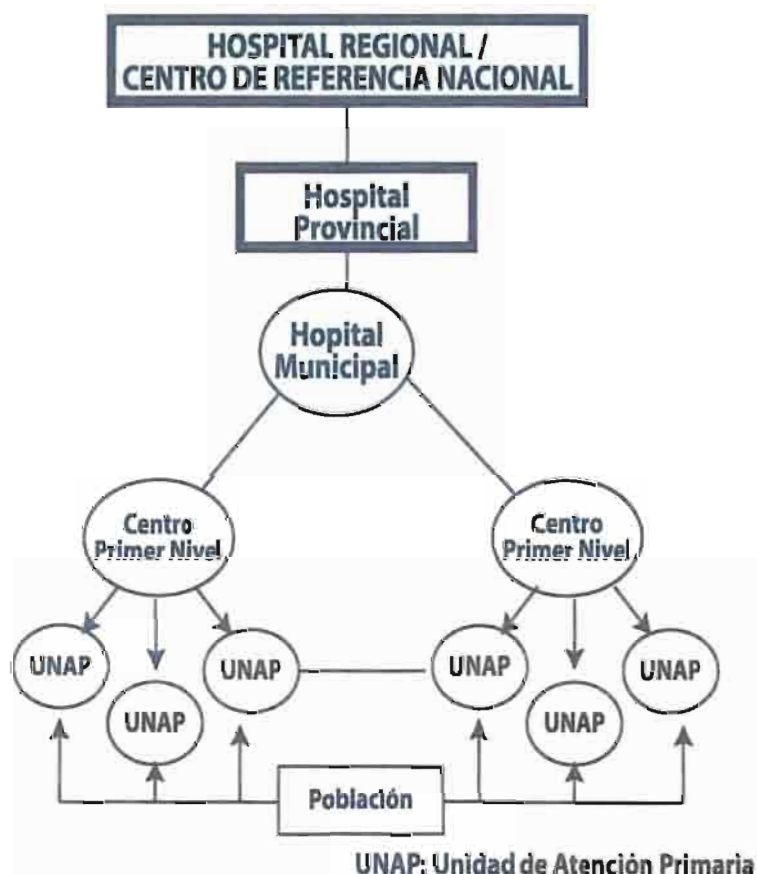
Los SRS prestan servicios de salud a las poblaciones que les correspondan, según distribución geográfica, en establecimientos y servicios ordenados por niveles de complejidad o niveles de atención. Para tales fines, los SRS estarán conformados, al menos, por tres (3) niveles de atención:

1. La estructura funcional del primer nivel de atención son las Unidades de Atención Primaria (UNAP), que garantizan la atención sin internamiento de menor complejidad, mediante la estrategia de atención primaria en salud.
2. Las estructuras de nivel especializado básico que corresponden al segundo nivel de atención, en donde se incluyen los hospitales generales (municipales o provinciales), que han de garantizar la atención en salud especializada de menor complejidad con régimen de internamiento según el caso.
3. La tercera estructura corresponde a Hospitales Regionales y especializados o de tercer nivel de atención, cuya cartera de servicios cubre todas las contingencias en régimen de internamiento para la prestación de servicios en los casos de mayor complejidad, incluyendo los que se han definido como de referencia nacional, los centros especializados de atención y los centros diagnósticos.



El MSP tiene una red de 1,853 establecimientos que incluyen 1,703 Unidades de Atención Primaria de Salud (UNAP) y 150 centros de atención especializada de segundo y tercer nivel, entre los cuales hay 15 hospitales especializados, 11 hospitales regionales, 20 hospitales provinciales y 104 hospitales municipales

### Modelo de red de los servicios de salud



Fuente: Ministerio de Salud Pública, República Dominicana

La disposición No. 19 del 27 de julio de 2010, plantea que es una prioridad el desarrollo e implementación del Sistema Único de Gestión de Suministro de Medicamentos e Insumos-SUGEML, debido a que es función del Estado velar por el acceso a medicamentos seguros, eficaces, y de calidad para la población, mediante la adopción de medidas sanitarias reguladoras de las actividades realizadas por los establecimientos farmacéuticos.

Dispone además, que todas las compras de medicamentos e insumos de las instituciones del sector público deberán efectuarse a través de la Central de Apoyo Logístico PROMESE/CAL, la cual deberá garantizar la creación de un sistema único y global de suministros, a fin de asegurar un mejor acceso a la población a medicamentos de calidad y precios bajos, considerando además, que existe una marcada fragmentación en la cadena de gestión de suministros y con las diversas modalidades de compras en el Sector Público y los diferentes mecanismos de distribución que aumentan el gasto de medicamentos y del presupuesto del Ministerio de Salud.

El programa de medicamentos esenciales (PROMESE-CAL), es el responsable de todas las compras de suministros (insumos farmacológicos y no farmacológicos) de las instituciones del sector público de salud en la República Dominicana, incluyendo IDSS, FF. AA y PN. A su vez deberá garantizar la creación de un sistema único y global de suministros, a fin de asegurar un mejor acceso a la población a medicamentos de calidad y precios bajos. Será la instancia que proveerá de los medicamentos e insumos que contenga en su catálogo de prestaciones a la red de servicios de salud, a través del SUGEMI.

La Unidad Regional de Gestión de Medicamentos (URGM) es la unidad perteneciente a los Servicios Regionales de Salud (SRS) es responsable de conducir, gerenciar, controlar, supervisar y evaluar el funcionamiento del SUGEMI dentro de cada región de salud. El establecimiento de salud es responsable de conducir, gerenciar, controlar, supervisar y evaluar el funcionamiento del SUGEMI en su institución. Registra y remite mensualmente datos de existencias y movimientos de los productos a los SRS. La Unidad de Atención Primaria de Salud (UNAP) es responsable del requerimiento, custodia y dispensación y uso de los productos

## **Antecedentes internacionales. Lecciones aprendidas en el control de las ECNT.**

Inicialmente, las intervenciones de prevención de las ECNT se dirigieron a los individuos con la finalidad de modificar su comportamiento de riesgo. El bajo impacto de estas intervenciones aisladas condujeron a un nuevo modelo de ellas. A comienzos de los años setenta, los programas de prevención de las enfermedades cardiovasculares (ECV), empezaron a convertirse en proyectos de intervención comunitaria destinados a la población entera, en lugar de concentrarse exclusivamente en las personas de alto riesgo. Por su parte, los años ochenta se caracterizaron por la ampliación de las iniciativas de intervenciones de base comunitaria. Este nuevo modelo consiste en examinar los posibles beneficios de los recursos de la comunidad, y analiza el impacto de los problemas asociados a factores sociales y económicos. Iniciativas reconocidas de este tipo de intervención son:

### **El Proyecto de Karelia del Norte: un pionero en la prevención de las ENT.**

La primera intervención de salud comunitaria –el Proyecto de Karelia del Norte (PKN) – se lanzó en 1972, en Finlandia. El gobierno apoyaba medidas urgentes y efectivas para reducir la carga de la mortalidad por las ECV, extremadamente elevadas en el área. En aquella época, la población relativamente homogénea de Karelia del Norte tenía la mortalidad más alta del mundo por ECV, y el nivel socioeconómico más bajo de cualquier provincia finlandesa en los últimos 20 años.

En su comienzo, el objetivo principal del PKN fue reducir la mortalidad por ECV, en particular en los hombres de edad madura, con atención a alta mortalidad por ECV en este grupo. Para conseguir este objetivo, se reducirían los principales factores de riesgo de las ECV mediante cambios en el estilo de vida y la promoción de la prevención secundaria. Más adelante, el



PKN incluyó en sus metas la disminución de la mortalidad causada por las principales ENT. El Proyecto logró alcanzar sus objetivos de manera sumamente satisfactoria. Después de sus primeros 25 años en curso, la mortalidad en hombres de 35 a 64 años de edad en Karelia del Norte descendió significativamente: la mortalidad por ECV disminuyó 68%; la mortalidad por cardiopatía coronaria, 73%, y las defunciones por todas las causas se redujo en 49%. También descendieron las tasas de tabaquismo y de colesterol sérico, así como los niveles de la tensión arterial, y se produjeron cambios alimentarios generalizados.

Un método aplicado a la población y una estrategia de reducción de los factores de riesgo de acuerdo con el contexto social y conductual fueron esenciales para el éxito del PKN. Los componentes claves del proyecto fueron:

- Las actividades innovadoras de comunicación social.
- La participación de numerosas organizaciones comunitarias y de los residentes.
- La participación sistemática de los proveedores de atención primaria de salud y de otros servicios.
- Los programas de capacitación, que comprenden a proveedores no tradicionales (es decir, al personal no profesional).
- Los cambios ambientales mediante colaboración entre socios, incluyendo la colaboración con la industria alimentaria.
- Las actividades de cambio en las políticas, entre otras la colaboración estrecha con los encargados de formular las políticas sanitarias nacionales.
- La vigilancia y la retroalimentación constantes para mejorar los procesos de intervención.

El liderazgo determinado y el apoyo institucional amplio al PKN contribuyeron a su sostenibilidad de largo plazo. El Instituto Nacional de Salud Pública del Ministerio de Asuntos Sociales y Salud coordinó la expansión del proyecto piloto a toda la nación. Los resultados del programa nacional de intervención han sido análogos a los resultados positivos que se midieron en Karelia del Norte. La evolución del PKN de un proyecto comunitario para la prevención de enfermedades no transmisibles en una comunidad de nivel socioeconómico bajo homogéneo, a un programa nacional a gran escala, ha contribuido con lecciones valiosas a la prevención integrada de las ENT.

**Cambios de los Indices de Mortalidad en Karelia del Norte según sexo masculino de 35 a 64 años por 100,000 habitantes, 1969-2006.**

	1969-1971	2006	Cambio
Cualquier causa	1509	572	-62%
Cualquier causa cardiovascular	855	182	-79%
Enfermedad coronaria cardiaca	672	103	-85%
Cualquier tipo de cáncer	271	96	-65%
Cáncer de pulmón	147	30	-80%

Fuente: Puska, P, Tuomilehto, J, Nissinen, A y Vartiainen, E. The North Karelia Project: 20 year results and experiences. The National Public Health Institute (KTTL), Helsinki; 1995.



## CINDI: Programa Nacional Integrado de Intervención contra ENT

Siguiendo el ejemplo del Proyecto de Karelia del Norte y otros programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades en América del Norte y Europa, la Oficina Regional de la OMS para Europa inició el Programa Nacional Integrado de Intervención contra Enfermedades No transmisibles (CINDI) –en inglés, según sus siglas: Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme– que comenzó con programas nacionales de demostración de 1985 a 1992. El CINDI, representa un proyecto importante de colaboración entre países con diferentes grados de desarrollo y poblaciones diversas, a diferencia del PKN que comenzó en una región pequeña dentro de un país.

El objetivo principal del CINDI era reducir los factores de riesgo comunes y simultáneamente lograr el mejoramiento de la salud, mediante la reducción de la morbilidad y la mortalidad causada por las ECNT. Las áreas de intervención incluyen el tabaquismo, la hipertensión arterial, la nutrición, el colesterol elevado en la sangre y los programas dirigidos a la juventud.

El CINDI persigue sus metas valiéndose de mecanismos similares a los del PKN y utiliza:

- Actividades integradas para las que aprovecha la infraestructura sanitaria y los recursos esenciales para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y los servicios de atención básica del área.
- Extensión comunitaria por los medios de comunicación social, y educación pública.
- Educación profesional, participación y cooperación intersectorial del sector sanitario y de los demás sectores de servicios.
- Colaboración internacional para intercambiar experiencias en materia de ejecución, resultados y otros estudios.
- Evaluación y métodos de investigación rigurosos.
- Instrumentos adecuados para divulgar los resultados de las evaluaciones y lograr venderlos a los encargados de formular políticas locales y nacionales con el fin de lograr consenso y apoyo seguro.

Los programas CINDI aplican el mismo protocolo y normas comunes para su elaboración, ejecución, vigilancia y evaluación a medida que los programas, a partir de proyectos pilotos pequeños, lleguen a formar parte de una intervención nacional. El CINDI también ha establecido varios grupos de trabajo para reevaluar continuamente sus actividades y mejorarlas a fin de lograr el éxito en los ámbitos propuestos.

En el 2002, el CINDI tenía proyectos piloto en 105 zonas, en 29 países de Europa y Canadá. El CINDI no es solamente una labor de colaboración trascendental para prevenir las ENT en la Región de Europa, sino que también se ha convertido en un modelo para la elaboración de otros programas regionales de la OMS. Las estructuras de ejecución del CINDI se parecen a las que ha usado provechosamente el PKN, pero el CINDI ha avanzado un poco más. Sus amplios instrumentos de evaluación pueden proporcionar un análisis muy detallado y uniforme de los resultados, integrados en un plan maestro para la medición crítica de las iniciativas de prevención de las ENT en la comunidad. (7).

### **Conjunto de Acciones para la Reducción de las Enfermedades No transmisibles (CARMEN).**

Es una red de países, organizaciones e instituciones que comparten el objetivo común de reducir la carga de enfermedades crónicas y sus factores de riesgo a través de un enfoque multidimensional, centrándose en la prevención y manejo de enfermedades no transmisibles (ENT).

En los planos regionales y subregionales, la iniciativa de CARMEN pretende:

- Apoyar la implementación de la Estrategia Regional y el Plan de acción para la prevención y Control de las ENT;
- Servir como el principal agente para recopilar, analizar y difundir información y para compartir conocimiento sobre el problema de las ENT y las estrategias exitosas para la formulación, ejecución y evaluación de las políticas de las ENT y sus programas;
- Promover las mejores prácticas en la promoción de la salud y la prevención y control de las ENT;
- Promover y apoyar la participación de las comunidades en la prevención y el control de ENT;
- Estimular y facilitar la colaboración y el establecimiento de redes entre los Estados Miembros, organizaciones e instituciones;
- Coordinar acciones relacionadas con otras iniciativas y redes de la OMS y la OPS como por ejemplo los municipios y las escuelas saludables o el Foro Mundial y otras iniciativas similares en otras regiones como por ejemplo, IMAN, MOANA, CINDI y SEANET.

A nivel de país, la iniciativa de CARMEN pretende:

- Aumentar el apoyo político y demostrar su compromiso para la prevención de las ENT y los factores de riesgo como una prioridad nacional de salud pública.
- Fomentar acciones interinstitucionales e intersectoriales y crear equipos multidisciplinarios para llevar a cabo las estrategias para la promoción de la salud y la prevención y control de las ENT.
- Llevar a cabo un análisis de situación de las ENT y de los factores de riesgo asociados y realizar una vigilancia periódica, de acuerdo a las capacidades de cada país.
- Establecer lugares de demostración de las intervenciones para la prevención y control de enfermedades crónicas.



- Implementar las recomendaciones para los Estados Miembros que figuran en la Estrategia Regional y el Plan de acción sobre un enfoque integrado para la prevención y control de las ENT.
- Apoyar el establecimiento de diversas redes (como nutrición, actividad física, diabetes, etc.) para compartir experiencias y colaboración dentro de los países. (8)

## Situación mundial de las ECNT

Las Enfermedades Crónicas No transmisibles (ECNT) son la principal causa de mortalidad en todo el mundo, pues se cobran más vidas que todas las otras causas combinadas (36 millones en 2008). Contrariamente a la opinión popular, los datos disponibles demuestran que casi el 80% de las muertes por ECNT se dan en los países de ingresos bajos y medios. A pesar de su rápido crecimiento y su distribución no equitativa, la mayor parte del impacto humano y social que causan cada año las defunciones relacionadas con las ECNT podría evitarse mediante intervenciones bien conocidas, costos eficaces y viables.

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles también matan en edades intermedias de la vida en los países de ingresos bajos y medios, en los que el 29% de las muertes causadas por esas enfermedades tienen lugar entre personas menores de 60 años, frente al 13% en los países de ingresos altos. El aumento del porcentaje estimado en la incidencia de cáncer hacia 2030, comparado con 2008, será mayor en los países de ingresos bajos (82%) y medios bajos (70%), en comparación los países de ingresos medios altos (58%) y altos (40%).

**Probabilidad de morir en una ENT entre los 30 y los 70 años (%), 2008**





Un alto porcentaje de ECNT puede prevenirse mediante la reducción de sus cuatro factores de riesgo comportamentales más importantes: el tabaquismo, el sedentarismo, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas. La influencia de estas conductas de riesgo y de otras causas metabólicas y fisiológicas de la epidemia mundial de ECNT abarca lo siguiente:

**El tabaquismo:** alrededor de 6 millones de personas mueren a causa del tabaco cada año, tanto por el consumo directo como por el pasivo. Hacia 2030 esa cifra aumentará hasta los 7,5 millones, lo que representará el 10% del total de muertes. Se estima que el tabaquismo causa aproximadamente el 71% de los casos de cáncer de pulmón, el 42% de las enfermedades respiratorias crónicas y alrededor del 10% de las enfermedades cardiovasculares.

La mayor incidencia de tabaquismo entre los hombres, se da en los países de ingresos medios bajos; para el total de la población, la prevalencia de tabaquismo es más elevada en los países de ingresos medios altos.

**El sedentarismo:** aproximadamente 3,2 millones de personas mueren a causa del sedentarismo cada año. Las personas con poca actividad física corren un riesgo entre un 20% y un 30% mayor que las otras de morir por cualquier causa. La actividad física regular reduce el riesgo de padecer depresión, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes y cáncer de mama o colon. El sedentarismo es más frecuente en los países de ingresos altos, pero actualmente también se detectan niveles muy altos del problema en algunos países de ingresos medios, sobre todo entre las mujeres.

**El uso nocivo del alcohol:** aproximadamente 2,3 millones de personas mueren a causa del uso nocivo del alcohol cada año, lo que representa alrededor del 3,8% de todas las muertes que tienen lugar en el mundo. Más de la mitad de dichas muertes son provocadas por ECNT como cáncer, enfermedades cardiovasculares y cirrosis hepática. Si bien el consumo per cápita entre la población adulta es mayor en los países de ingresos altos, alcanza un nivel similar en los países de ingresos medios altos muy poblados.

**La dieta no saludable:** el consumo de fruta y verdura en cantidades suficientes reduce el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, cáncer de estómago y cáncer colorrectal. La mayoría de las poblaciones consumen niveles de sal mucho más elevados que los recomendados por la OMS para prevenir enfermedades; un consumo elevado de sal es un factor determinante que aumenta el riesgo de padecer hipertensión y enfermedades cardiovasculares. Las cardiopatías están relacionadas con un consumo elevado de grasas saturadas y ácidos grasos trans. El consumo de alimentos malsanos está creciendo rápidamente en entornos con escasos recursos. Los datos disponibles sugieren que la ingesta de grasas ha aumentado rápidamente en los países de ingresos medios bajos desde la década de los ochenta.

**La hipertensión:** se estima que la hipertensión causa 7,5 millones de muertes, lo que representa alrededor del 12,8% del total. Es un factor de riesgo muy importante de las enfermedades

cardiovasculares. La prevalencia de hipertensión es similar en todos los grupos, aunque en general es menor en las poblaciones de ingresos altos.

**El sobrepeso y la obesidad:** al menos 2,8 millones de personas mueren cada año por sobrepeso u obesidad. El riesgo de padecer cardiopatías, accidentes cerebrovasculares y diabetes crece paralelamente al aumento del índice de masa corporal (IMC). Un IMC elevado aumenta asimismo el riesgo de padecer ciertos tipos de cáncer. La prevalencia de sobrepeso es mayor en los países de ingresos medios altos, pero también se detectan niveles muy elevados en algunos países de ingresos medios bajos. En la Región de Europa, la Región del Mediterráneo Oriental y la Región de las Américas de la OMS, más de la mitad de las mujeres presentan sobrepeso. La mayor prevalencia del sobrepeso entre lactantes y niños pequeños se observa en las poblaciones de ingresos medios altos, mientras que el mayor aumento del sobrepeso se detecta en el grupo de ingresos medios bajos.

**La hipercolesterolemia:** se estima que la hipercolesterolemia causa 2,6 millones de muertes cada año; aumenta el riesgo de padecer cardiopatías y accidentes vasculares cerebrales. La hipercolesterolemia es más frecuente en los países de ingresos altos.

**Las infecciones relacionadas con el cáncer:** al menos 2 millones de casos de cáncer anuales, el 18% de la carga mundial de cáncer, pueden atribuirse a ciertas infecciones crónicas; y esa proporción es sustancialmente mayor en los países de ingresos bajos. Los principales agentes infecciosos son el virus del papiloma humano, el virus de la hepatitis B, el virus de la hepatitis C y *Helicobacter pylori*. Dichas infecciones pueden prevenirse en gran medida con vacunas y medidas para evitar la transmisión, o bien pueden tratarse. Por ejemplo, la transmisión del virus de la hepatitis C se ha frenado mucho entre las poblaciones de ingresos altos, pero no en muchos países con escasos recursos.

Los costos para los sistemas sanitarios a causa de las ECNT son elevados, y se prevé que aumentarán. Los altos costes para las personas, las familias, las empresas, los gobiernos y los sistemas sanitarios tienen gran repercusión en la macroeconomía. Cada año las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes causan pérdidas de miles de millones de dólares en la renta nacional de la mayoría de los países más poblados del mundo. Los análisis económicos sugieren que cada aumento del 10% de las ECNT se asocia a una disminución del 0,5% del crecimiento anual de la economía.

El impacto socioeconómico de las ECNT está retrasando el avance hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de las Naciones Unidas. La creciente epidemia de ECNT y de sus factores de riesgo están frustrando los ODM que apuntan a los determinantes sanitarios y sociales, como la educación y la pobreza(9).

## Situación de las ECNT en Las Américas

Se calcula que, en la Región, el número de personas con alguna ECNT asciende a más de 200 millones. Muchas de ellas padecen varias ECNT, lo que complica aún más la prevención, el tratamiento y la atención eficaces. Muchos millones más tienen un alto riesgo de contraer alguna ECNT en un futuro próximo debido a que se han generalizado los riesgos de estas enfermedades.



Las ECNT siguen causando tres de cada cuatro defunciones en el continente americano: las enfermedades cardiovasculares provocan al año 1,9 millones de muertes; el cáncer, 1,1 millones; la diabetes, 260.000; y las enfermedades respiratorias crónicas, 240.000. La carga de muertes prematuras por ENT es especialmente preocupante: 1,5 millones de personas mueren al año antes de los 70 años de edad, lo cual plantea graves consecuencias para el desarrollo social y económico. Los años vividos con discapacidad y la disminución de la actividad que a menudo preceden a la muerte prematura por ECNT suponen una mayor carga social y económica para las familias, las comunidades y los países. Además, la población en situación de pobreza se ve afectada desproporcionadamente por estas enfermedades; por ejemplo, casi un 30% de las muertes prematuras por enfermedades cerebrovasculares en la Región se concentran en el 20% más pobre de la población, mientras que sólo un 13% de esas muertes prematuras se producen en el 20% más rico.

En la Región de las Américas hay aproximadamente 145 millones de fumadores de más de 15 años de edad. La prevalencia actual del tabaquismo en los adultos varía mucho en toda la Región, de 38% en Chile a 9% en Panamá. Si bien la mayoría de los fumadores de la Región son



hombres, el tabaquismo está aumentando en las mujeres, especialmente en las más jóvenes. De todas las regiones de la OMS, la menor diferencia entre el tabaquismo masculino y el femenino se registra en la Región de las Américas, donde fumar es solo cerca de 1,5 veces más frecuente entre los hombres que entre las mujeres.

La obesidad, especialmente en la niñez, es un problema importante en la Región, en la que en el 2005 había aproximadamente 139 millones de personas con sobrepeso u obesidad (un total de 25% de la población del continente americano). Se prevé que esta cifra aumentará rápidamente y alcanzará los 289 millones para el 2015 (o 39% de la población total de la Región). El problema es más marcado en las mujeres en casi todos los países. En los niños en edad escolar (de 5 a 12 años de edad), las tasas de obesidad y sobrepeso han aumentado vertiginosamente en las últimas tres décadas y, por ejemplo, han llegado al 30% en Colombia, Ecuador y Perú, y han superado el 40% en los Estados Unidos y México (1). Han contribuido a este problema distintos factores como la alta prevalencia de la inactividad física, la disponibilidad y el consumo cada vez mayores de los alimentos procesados con gran cantidad de grasas saturadas, ácidos grasos trans, azúcares y sal (por ejemplo, la comodidad de la “comida rápida”, las papas fritas y los aperitivos salados, y las bebidas azucaradas) y el mayor tamaño de las porciones. Ante esta situación, varios países de la Región, como Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, México y Perú, han elaborado o están en proceso de elaborar políticas o leyes para proteger a los niños de la comercialización y publicidad de los alimentos, y mejorar la alimentación en el ámbito escolar.

La enfermedad renal crónica, causada principalmente por complicaciones producto de la diabetes y la hipertensión, es otro problema que ha aumentado en la Región. Además, en muchos países centroamericanos se reconoce la necesidad urgente de entender mejor la magnitud, las causas y las estrategias para prevenir y controlar un tipo grave de enfermedad renal crónica —que no está asociado a la diabetes ni a la hipertensión— que afecta principalmente a hombres jóvenes que trabajan en las comunidades rurales. Este tipo grave de enfermedad renal crónica está teniendo un impacto enorme en la situación social y económica de las familias y en los servicios de salud

## **Situación de las ECNT en República Dominicana**

En el país existen pocos estudios consistentes relacionados con las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), sin embargo, los existentes y el perfil de mortalidad en el país, sugieren que es un problema de salud creciente, poco relevado por las autoridades de salud, la comunidad médica, de salubristas y por la propia sociedad civil, probablemente debido a la alta magnitud aun existente de problemas de salud no resueltos que ocupan las prioridades en salud; entre ellos la aún alta mortalidad materna e infantil, la carga del VIH-SIDA, de la Tuberculosis y de las enfermedades de transmisión vectorial; el Dengue y la Malaria que evolucionan con epidemias que crean impactos negativos en la salud y en la economía de la nación.

## Mortalidad

Según la información registrada por la Dirección general de estadísticas e información en salud del Ministerio de salud las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen las primeras causas de muertes desde el año 2009 al 2011. Para el 2011 la Enfermedad Isquémica del corazón constituye las primeras causas de mortalidad general en el país, representando el 49.7% del total de las muertes para ese año. Seguidas de las Enfermedades cardiovasculares (31.4%) y la Enfermedad por Hipertensión (14%), Al cierre del año 2011, se habían registrado un total de 26,802 fallecimientos. La diabetes se encuentra como 5ta causa de muerte en el país para ese año 2011, lo que visualiza porque es considerada un importante problema de morbilidad y mortalidad en el país. Las ECNT representan el 54% de las mortalidad general en la Republica Dominicana (Ver tabla).

<b>10 PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD, REPUBLICA DOMINICANA, 2009/2011</b>				
No.	CAUSA DE MORTALIDAD	Tasa x 100,000 habitantes		
		2009	2010	2011
1	Enfermedad isquémica del corazón	44,5	49,7	49,7
2	Enfermedad cerebro-vascular	29,9	33,5	33,1
3	Accidentes viales terrestres	13,7	15,4	13,2
4	Diabetes mellitus	12,1	13,3	12,6
5	Enfermedad hipertensiva	11,9	14,5	14,0
6	Tumor maligno de la próstata	8,6	8,3	7,7
7	Infecciones respiratorias agudas	8,2	10,7	9,6
8	Otras enfermedades de sistema respiratorio	8,2	9,2	10,0
9	Agresiones (homicidios)	7,9	8,3	8,4
10	Enfermedades crónicas de las vía respiratorias inferiores	5,9	7,2	5,5

Fuente: Base de datos del registro del certificado de defunción, Dirección General de Información y Estadísticas en Salud, Ministerio de Salud Pública

## Razon de AVPP por 100,000 hab. según 10 primeras causas de mortalidad República Dominicana 2010



República Dominicana

- Infecciones respiratoria agudas
- Enfermedades por VIH / SIDA
- Enfermedad cerebro-vascular
- Eventos de intención no determinada
- Sepsis bacteriana del recién nacido
- Malformidades congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
- Enfermedad isquémica del corazón
- Agresiones (homicidios)
- Trastornos respiratorios específicos durante el período perinatal

Fuente: Base de datos del registro del certificado de defuncion, Dirección General de Información y Estadísticas en Salud, Ministerio de Salud Pública

### Morbilidad y factores de riesgo

El estudio de factores de riesgo cardiovasculares (EFRICARD I) realizado entre 1998 y 2000, indicó que el 31% de la población, era hipertenso. Este mismo estudio fue repetido el 2010-2011 (EFRICARD II) con una muestra de 3,878 personas entre los 18 y 75 años, siendo la prevalencia de HTA de 34. 7% para la población general, con valores diferentes entre hombres y mujeres de 38. 7% y 32. 8% respectivamente. Llama la atención que en los menores de 20 años se encontró que el 5. 5% ya era hipertenso. En el grupo de edad de 40 a 49 años el valor fue de 43. 7%, obviamente porcentajes muy altos que deben cambiar toda la política de salud en materia de prevención cardiovascular en estos momentos si nos atenemos a los nuevos criterios para el manejo de las ECNT de la Organización Mundial de la Salud. Sólo el 52. 5 por ciento de los hipertensos conoce su condición y se trata, 39 no la conocían y el 11 por ciento la conoce, pero se trata ocasionalmente o no se trata.

Las cifras de la prevalencia de hipertensión ha ido aumentando paulatinamente, posiblemente por el aumento de la población y la creciente emigración del campo a la ciudad y lógicamente también ha ido en aumento la prevalencia en los grupos más jóvenes y en esta encuesta cuando

se analiza por décadas, se encuentra un porcentaje muy alto: 11% entre los 20-30 años y 23% entre los 30-40 años; o sea que hay un 44% de hipertensión entre los 20 y los 40 años.

A pesar de que en la población de EFRICARD II, se encontró prácticamente un 50% de pacientes que tenían alguna forma de Seguro Familiar de Salud, solamente el 19% tenía claramente conciencia de su padecimiento o podían identificar un tratamiento adecuado para su enfermedad hipertensiva.

El mismo estudio EFRICARD I y II presenta cambios en los valores encontrados para el sobrepeso que pasó de 29.2% a 31.7% y de obesidad que pasó de 16.0% a 26.6% en la población adulta. La EFRICARD II, muestra algunas diferencias por sexo, pues el sobrepeso es mayor en hombres (34.3%) respecto a mujeres (30.3%); mientras que la obesidad es mayor en mujeres (29.0%) frente a los hombres (21.7%). La misma obesidad visceral demuestra un comportamiento sorprendente con cifras también alarmantes: 64% globalmente pero diferencias muy grandes entre el hombre y la mujer, concretamente 72% versus 49% en el hombre. Ligados a estos datos se encuentran los datos pertinentes al síndrome metabólico, (es la primera vez que se establecen en una investigación y publicación en la República Dominicana), cuya frecuencia varió de acuerdo a las combinaciones utilizadas, siendo la frecuencia más alta (19.3%), aquella referida a la obesidad visceral ligada a la hipertensión y el porcentaje de HDL por debajo de los niveles correspondientes para hombres y para mujeres, según la clasificación de la Asociación Mundial de Diabetes. Estos últimos datos sobre la obesidad visceral y el síndrome metabólico, plantean más datos para las controversias ligadas al "cut-off" óptimo (corte-referencial de la cintura), como expresión principal en la ecuación principal para el diagnóstico de la propia obesidad visceral y en consecuencia del Síndrome Metabólico.

En el primer estudio de EFRICARD aunque no fue un punto final duro, se hicieron análisis de glucosa en ayunas en más de 4,000 pacientes y la frecuencia de la hiperglicemia a 126 mg/dl fue de 5.3% y un adicional de hiperglicemia inicial de 1.5% en base a glucosa en ayunas entre 110-125 mg/ dl, criterio que se usaba en ese momento para este diagnóstico. Con los datos de EFRICARD II, se observan cambios importantes en la prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2, pues pasó de 5.5% a 9.9%, -prácticamente se duplicó en 10 años- con lo cual cerca de un millón de dominicanos serían diabéticos, la mitad de los cuales no lo sabe.

El promedio de colesterol total fue de 178 mg/dl y de colesterol LDL 141 mg/dl y en EFRICARD I, el promedio de colesterol fue de 172 mg/dl y de colesterol LDL 99 mg/dl. En este estudio la media de colesterol total fue de 186.4 mg/dl y 115.5 mg/dl de colesterol de baja densidad o sea que hubo aumentos de 8% y 16% respectivamente. Estos promedios debían determinar porcentajes más elevados de hipercolesterolemia mayor de 200 mg/dl y justamente eso pasó al igual que el LDL, lo cual indica que el dominicano está comiendo más carnes, mas grasas saturadas que hace 12 años. El promedio de triglicéridos fue de 126 mg/ dl, muy similar el encontrado anteriormente e igual comportamiento se encontró con el colesterol de alta densidad, sin embargo se debe resaltar que hubo diferencias con el sexo en estas dos fracciones lipídicas a favor de la mujer,



lo cual fue estadísticamente significativo: menos porcentajes con HDL por debajo de 40 mg y menos porcentajes con promedios de triglicéridos por encima de 150 mg/dl.

La urbanización rápida y el desarrollo deformado de grandes aglomeraciones, es clave en entender las nuevas estadísticas de las dos epidemias "paralelas" como algunos llaman a la obesidad y a la diabetes. Lógicamente estos cambios obedecen a largos periodos de tiempo.

En EFRICARD II, a todas las personas se hizo determinación de glucosa en ayunas y aunque fue la intención original de hacer análisis de hemoglobina glicosilada por tener en la actualidad firmeza de criterio diagnóstico, los costos no permitieron estas libertades. En todo caso, en base a los niveles de glucosa en ayunas iguales o mayores a 126 mg/dl más la adición de pacientes diabéticos conocidos y tratamientos también bien ubicables, la frecuencia de diabetes fue en la población encuestada del 9.9%, siendo discretamente mayor en el hombre que en la mujer o sea que prácticamente duplicamos estas cifras en 12 años y todavía más impactante es la consideración importante de un 15% de hiperglicemia por encima de 100 mg/dl.

Tanto la hipertensión como la diabetes usualmente son más frecuentes sobre los 40 años, principalmente en las mujeres, y como tal sucedió en EFRICARD según lo mostrado en la distribución por edades, con el 80% de la población diabética entre los 40 y 70 años.

Una de las grandes sorpresas de este segundo estudio de EFRICARD la deparó el hábito de fumar, el cual fue de 8% en la población general, muy lejos del 21% de EFRICARD I. Las diferencias en el sexo fueron significativas ( $P < 0.004$ ) tanto para fumadores como para exfumadores.

En los países desarrollados el hábito de caminar y hacer ejercicios está relativamente bien expandido si comparamos con los países menos desarrollados y todos los estudios apoyan este concepto que además forma parte de las guías de tratamiento de las enfermedades cardiovasculares y en la modificación de los hábitos de vida. En EFRICARD se demostró esta regla inexorable y paradójica de América Latina que plantea que en nuestros países no se camina y muchos menos las grandes mayorías no se incorporan ni toman conciencia de esta práctica. Solamente el 15% de la población se demostró que iba al trabajo caminando, coyuntura que puede aprovecharse, implicando menos gasto en transporte y desde luego ni hablar de prácticas deportivas recreativas y dirigidas.

# **Programa Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles (PRONCEC): Plan estratégico 2014–2017.**

## **Visión**

La población dominicana, -de manera especial los niños y las niñas- han modificado sus estilos de vida con prácticas de alimentación saludables y mayor actividad física; que permitirá durante el ciclo de vida, una reducción de las enfermedades crónicas no transmisibles.

## **Misión**

Liderar desde el MSP, el trabajo intersectorial que permita incidir en políticas y legislaciones que influyan favorablemente sobre los factores de riesgo de las ECNT, y promuevan estilos de vida saludables; así como la atención, prevención secundaria y rehabilitación en el sistema nacional de salud, de todas las personas que padecen una ECNT.

## **Objetivos Estratégicos**

1. Promover la interinstitucionalidad y la intersectorialidad en las estrategias e intervenciones de prevención de las Enfermedades No Transmisibles y sus factores de riesgo relacionados.
2. Integrar con la Dirección Nacional de Epidemiología, y la Dirección Nacional de estadísticas en salud en la definición de los sistemas de información, vigilancia epidemiológica, monitoreo y evaluación que permitan ofrecer a las autoridades de salud, la información oportuna y de calidad necesarias para una adecuada toma de decisiones.
3. Elaborar las Estrategias de Promoción de la Salud necesarias para ser aplicadas por todas las instituciones de salud, públicas o privadas y organizaciones comunitarias, gubernamentales y no gubernamentales.
4. Establecer y monitorear las Normas de Calidad que garanticen que todo establecimiento de salud, brinden la atención integral a las personas con Enfermedades Crónicas según los diferentes niveles de complejidad.

## **Metas**

- Reducir la mortalidad prematura por las principales ECNT en un 10%.
- Reducir la morbilidad por diabetes en un 10%.
- Detener el aumento de la prevalencia de obesidad.
- Reducción relativa del 15% de la prevalencia de la hipertensión.
- Reducción relativa del 10% de la mortalidad total por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes.

## **Líneas de Acción**

Reconociendo la necesidad de contar con una estrategia actualizada e interprogramática en relación con las ECNT, y complementando la Estrategia y Plan de Acción Regional de la OPS, se proponen las siguientes líneas de acción que servirán como base programática para este Plan:

- I. Políticas públicas e intersectorialidad.
- II. Movilización de recursos.
- III. Sistema de información, vigilancia epidemiológica e investigaciones.
- IV. Promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- V. Manejo integrado de las ENT y factores de riesgo relacionados.

Las cinco 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 Regional, que son las de prevenir y reducir la carga de las enfermedades crónicas y los factores de riesgo relacionados.

### **I. Políticas públicas e intersectorialidad**

Entendiendo como Política: "Conjunto de objetivos y reglas que guían las acciones de un gobierno, organización o administración y proveen la autoridad para la asignación de recursos"<sup>5</sup>. Esta definición es útil, porque no solo abarca las políticas públicas sino aquellas definidas por y colaboradores como políticas organizacionales, que hacen referencia a las decisiones que se toman a nivel de organizaciones como centros educativos, empresas, entre otros, las cuales afectan a los colectivos adscritos a ellas.

De acuerdo con los lineamientos propuestos en este Plan Estratégico, las políticas que se formulen e implementen deberán caracterizarse por ser:

- a. **Concertadas.**
- b. **Incluyentes.**
- c. **Respetuosa de lo público.**

Para la implementación se desarrollarán las siguientes acciones:

- a. **Socialización y abogacía:** comprende las acciones dirigidas a la difusión y apropiación del Plan por parte de todos los actores sociales y el posicionamiento en la agenda pública y

<sup>5</sup> Informe sobre la salud en el mundo. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: Organización Mundial de la Salud: 2002).



política. Estas acciones se deben apoyar en el desarrollo de una estrategia que incluya la identificación y participación de líderes de opinión, el uso de medios masivos y alternativos de comunicación, la movilización y veeduría social del Plan.

- b. Conformación de un Comité coordinador técnico para concertación de políticas: constituye la instancia técnica intersectorial, que apoya los procesos de toma de decisiones a partir de la evidencia disponible, de la cual hacen partes representantes de los tres actores involucrados (gobierno, comunidad y academia).
- c. Priorización, formulación y aprobación de políticas: considerando que los recursos son finitos y que algunas acciones resultan más costo-efectivas que otras, se hace necesario priorizar las políticas y ambientes que deben ser abordados, con base en la información obtenida durante el desarrollo del Plan. Los ejes principales de estas políticas públicas se propone sean los siguientes:
  - Transporte, movilidad y espacio público.
  - Alimentación y nutrición.
  - Actividad física.
  - Estrategia de no consumo de Tabaco.
  - Políticas organizacionales
  - Proyectos Educativos Institucionales

Se plantea como una necesidad ~~el~~ trabajar intersectorialmente y con participación de toda la sociedad, para lograr prevenir y controlar ~~las enfermedades~~ las enfermedades crónicas no transmisibles-ECNT y sus factores de riesgo. Por ello se considera, que es responsabilidad de todos, trabajar aunadamente para dar una respuesta multisectorial, léase: educación, industria alimenticia, los medios de comunicación, los ~~municipios~~, ~~las escuelas~~, la agricultura, el comercio y demás actores que forman parte de un contexto sumamente complejo que pueden contribuir a disminuir el impacto negativo de estas enfermedades.

Experiencias internacionales han demostrado ~~que el~~ enfoque intersectorial y multidisciplinario, donde el sector salud es un actor más y ni siquiera el principal, han dado resultados satisfactorios en lograr cambios conductuales de las poblaciones, que a mediano plazo impactarán positivamente en la reducción de riesgos y enfermedad.

Ejemplos de estas ~~iniciativas~~ son:

- Municipios saludables.
- Escuelas saludables.
- Mercados saludables.
- Kioscos saludables.
- Ciclovías.

## Recursos necesarios

**Humanos:** miembros de la mesa intersectorial, tomadores de decisiones, periodistas y comunidad en general.

**Normativos:** leyes o decretos u otras normas nacionales, ordenanzas departamentales, acuerdos u otras normas locales.

**Medios de comunicación:** emisoras, canales de televisión nacional y local, prensa, medios alternativos.

## Indicadores

- a. Nivel de cobertura de la socialización del Plan.
- b. Veeduría del Plan reglamentada e implementada.
- c. Comité técnico de concertación de políticas conformado.
- d. Lineamientos de la política concertados y documentados.
- e. Políticas de transporte, movilidad y espacio público; alimentación, nutrición y actividad física.
- f. Políticas de transporte, movilidad y espacio público; alimentación y nutrición, recreación, aprovechamiento del tiempo libre y regulación de consumo de cigarrillo en lugares abiertos al público implementadas.

## II. Movilización de recursos

Las repercusiones económicas de las ECNT, pueden conocerse en un estudio conjunto realizado por la Universidad de Harvard y el Foro Económico Mundial donde se calculó que las enfermedades no transmisibles costarán a los países de ingresos bajos y medianos casi US\$ 500. 000 millones por año, lo que equivale a 4% de su producción anual actual, si no se toma ninguna medida. En ese estudio, los costos para el año 2010 para las Américas de las enfermedades cardiovasculares se calcularon en 176 millones de dólares. Se calcula que tan solo la diabetes tuvo un costo de US\$ 65. 000 millones en América Latina y el Caribe en el año 2001.

La situación económica mundial y la del país, reclaman procesos eficientes de asignación de recursos y gastos. Por esta razón, la movilización estratégica de recursos para la prevención de las ECNT precisa de un marco conceptual y operativo definido, conocimientos técnicos, y

suficiente apoyo de los decisores de políticas de salud, así como instrumentos de evaluación que garanticen el progreso y satisfagan las exigencias de los posibles donantes.

Por lo anterior, se deberá considerar como una inversión y no como un gasto, el financiamiento de una política de prevención, control y tratamiento oportuno y/o paliativo de los pacientes con una ECNT dado que, en la medida que se logre disminuir la morbilidad, las complicaciones, las incapacidades y la muerte, serán recursos que el país y el Sistema de Salud podrán dedicar a otros problemas de salud emergentes.

Los profesionales y técnicos de la salud que se relacionen con estas enfermedades, deberán desarrollar una ardua labor de abogacía a nivel de Gobierno, del sistema empresarial nacional e internacional, incluyendo el Sistema de Naciones Unidas como posibles aliados en la búsqueda de apoyo financiero para el abordaje integral de estas enfermedades.

#### Acciones a desarrollar

1. Mapeo de actores y posibles socios
2. Foro de aliados y elaboración de convenios

### III. Vigilancia

Los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y de Salud de la mayoría de los países de la Región de las Américas, han sido diseñados para el monitoreo y la toma de decisiones de las Enfermedades Transmisibles, que, dada sus formas de presentación (epidemias explosivas, endemias prolongadas, gran número de muertes en poco tiempo etc), han recibido siempre la mayor atención y prioridad de las autoridades de salud y de gobierno.

En estos momentos esa situación ha ido modificándose y se ha conformado un marco mundial de vigilancia integral para las ENT, incluidos un conjunto de indicadores y un conjunto de metas mundiales de aplicación voluntaria por los países para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles.<sup>6</sup>

Teniendo en cuenta las recomendaciones emanadas de esa reunión, la vigilancia de los indicadores para el monitoreo de las ENT en República Dominicana, debería hacerse con arreglo a dimensiones claves de la equidad, incluidos el género, la edad, el estatus socioeconómico, y a determinantes sociales tales como el nivel de ingresos, la educación y otros estratificadores pertinentes.

#### Descripción del sistema de vigilancia epidemiológica.

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) es el conjunto de normas, procedimientos, recursos y usuarios estructurados para la recopilación, procesamiento,

6 Reunión oficial de Estados Miembros para el marco mundial de vigilancia integral, 5 al 7 de noviembre de 2012 en Ginebra.



análisis, interpretación y divulgación sistemática y oportuna de información de calidad sobre enfermedades y eventos para la toma de decisiones en salud pública.

La operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) comprende un ciclo completo de funciones específicas e interrelacionadas, desarrolladas de modo continuo, permitiendo conocer, en cada momento, el comportamiento epidemiológico de enfermedades, factores condicionantes y daños, facilitando la puesta en marcha de intervenciones oportunas y eficaces.

Funciona como un sistema productivo abierto, que genera y se alimenta de diversas fuentes, articulando una red de diferentes subsistemas que capturan, integran y procesan datos para la difusión de la información que generan y para el análisis de la situación de salud.

Tiene como objetivos fundamentales los siguientes:

- a) Medir y estimar la frecuencia de eventos de importancia para la salud pública, en diferentes niveles de desagregación de espacios de población.
- b) Detectar e investigar oportunamente epidemias y aplicar medidas de control individuales y colectivas.
- c) Promover e implementar la investigación epidemiológica, clínica y de laboratorio.
- d) Facilitar la adopción de medidas de prevención y control.
- e) Evaluar las intervenciones en salud.
- f) Identificar cambios en la circulación de agentes infecciosos y en la exposición de los no infecciosos.
- g) Detectar cambios en la distribución y dinámica de transmisión de eventos de importancia para la salud pública y analizar sus tendencias.
- h) Detectar cambios en las prácticas en salud.
- i) Promover la formulación de políticas de salud en todos sus componentes, basadas en los perfiles epidemiológicos de la población.
- j) Promover y apoyar la instalación y funcionamiento del Instituto Nacional de Epidemiología, creado mediante el Artículo 62, de la Ley General de Salud No. 42-01, como ente del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE). (13).

## Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT).

El Subsistema de vigilancia de enfermedades crónicas es un componente del Programa de Prevención de Enfermedades Crónicas y Degenerativas del subsistema de salud colectiva del Ministerio de Salud Pública, cuya finalidad es apoyar el desarrollo de las actividades de vigilancia, estrategias de prevención e intervenciones para el control de las ECNT.

A estos efectos, se han priorizando las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, enfermedad renal crónica, así, como factores de riesgo conductuales ( consumo de tabaco, alcohol, actividad física, dieta saludable (consumo de frutas y vegetales) y factores de riesgo biológicos (el sobrepeso y obesidad, hipertensión arterial, hiperlipidemias, hipercolesterolemia y glucosa sanguínea elevada).

Se establecen los objetivos y estrategias operativas del subsistema de vigilancia a las que deberán adherirse con carácter normativo el personal de salud en los diferentes niveles de atención de las Redes de Servicios de Salud tanto públicas como privadas, así como, los Servicios de Epidemiología en todos los niveles de gestión del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

El propósito es proveer al personal de salud, de procedimientos estandarizados de las acciones de vigilancia para estas enfermedades.

### Objetivos del Subsistema de Vigilancia de las ECTN

- Estimar la morbimortalidad generada por las enfermedades crónicas no transmisibles.
- Analizar la tendencia de los factores de riesgo y protectores relacionados con ECNT.
- Caracterizar los perfiles de los sub-grupos de población con riesgo elevado.
- Proporcionar la base para el diseño y ejecución de intervenciones

### Eventos bajo vigilancia:

- Cáncer (cervicouterino, mama, próstata, colon, pulmón)
- Diabetes
- Enfermedades Cardiovasculares (Hipertensión arterial, Infarto agudo del miocardio, Accidentes cerebro vasculares).
- Enfermedad Renal Crónica

### Factores de riesgo Conductuales:

- Consumo de tabaco
- Consumo de alcohol
- Actividad física
- Dieta saludable (consumo de frutas y vegetales)

### Factores de riesgo biológicos:

- Sobrepeso y obesidad
- Hipertensión arterial
- Hiperlipidemias/Hipercolesterolemia
- Glucosa sanguínea elevada

### Procedimientos de vigilancia

- **Alerta temprana**
  - Infarto agudo de miocardio (incidencia)
  - Accidente cerebro vascular (incidencia)
  - Diabetes descompensada (incidencia)
  - Insuficiencia Renal (incidencia)
- **Vigilancia Especial**
  - Cáncer por tipo de localización (incidencia)
  - Insuficiencia renal estadio 5 (incidencia)

### Modulo sobre comportamientos y estilos de vida (Encuestas poblacionales e institucionales)

- Sobrepeso y Obesidad
- Actividad física.
- Consumo de Tabaco
- Consumo de Alcohol
- Hiperlipidemias/Hipercolesterolemia
- Dieta saludable

Teniendo en cuenta las recomendaciones de la OMS en el marco mundial de vigilancia integral de las enfermedades no transmisibles, se propone contemplar los siguientes indicadores de vigilancia para el país. Algunos de ellos, se podrán obtener con fuentes secundarias del Sistema de Vigilancia ya establecido y otros requerirán fuentes primarias e investigaciones epidemiológicas con periodicidad a establecer.

### Indicadores

#### *Mortalidad y morbilidad:*

1. Probabilidad incondicional de muerte entre los 30 y los 70 años de edad por enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes o enfermedad renal crónica.<sup>7</sup>
2. Incidencia de cáncer, por tipo de cáncer por 100 000 habitantes.

<sup>7</sup> Este indicador se calcula en base a la tasa de mortalidad correspondiente a las cuatro categorías combinadas por grupos de edad (habitualmente se establecen grupos de edad en una horquilla de cinco años; por ejemplo, de 30 a 34, ..., de 65 a 69). Se aplica un método de tabla de vida que permite calcular el riesgo de muerte entre exactamente los 30 y 70 años, debido a esas enfermedades y en ausencia de otras causas.



**3. Factores de riesgo:**

- o Prevalencia normalizada por edades de personas de 18 o más años con sobrepeso u obesidad (definidos por un índice de masa corporal superior a, respectivamente, 25 kg/m<sup>2</sup> y 30 kg/m<sup>2</sup>).
- o Prevalencia normalizada por edades de adolescentes con sobrepeso u obesidad (definidos respectivamente, con arreglo al patrón de crecimiento de la OMS, como una desviación estándar y dos desviaciones estándar respecto del IMC para la edad y el sexo).
- o Prevalencia normalizada por edades de personas de 18 o más años con un nivel insuficiente de actividad física (definido como menos de 150 minutos de ejercicio de intensidad moderada a la semana, o su equivalente).
- o Prevalencia de adolescentes con un nivel insuficiente de actividad física (definido como menos de 60 minutos de ejercicio de intensidad moderada a elevada al día).
- o Prevalencia normalizada por edades de personas de 18 o más años con hiperglucemia/diabetes (definida por valores de glucosa plasmática en ayunas  $\geq 7.0$  mmol/L (126 mg/dl) o que toman medicación contra ella).
- o Prevalencia normalizada por edades de personas de 18 o más años con hipertensión arterial (definida como tensión arterial sistólica  $\geq 140$  mmHg y/o tensión arterial diastólica  $\geq 90$  mmHg).
- o Prevalencia normalizada por edades de personas de 18 o más años con hipercolesterolemia (definida por un valor de colesterol total  $\geq 5,0$  mmol/L o 200 mg/dl) y colesterol total promedio.
- o Consumo total de alcohol per cápita (registrado o no registrado) en la población de 15 o más años en un año civil, expresado en litros de alcohol puro, según proceda en el contexto del país.

**4. Morbilidad y mortalidad relacionadas con el alcohol entre los adolescentes y adultos, según proceda en el contexto del país.**

- Prevalencia normalizada por edades del consumo de tabaco entre las personas de 18 o más años.
- Prevalencia del consumo de tabaco entre los adolescentes.

**Respuesta del sistema nacional:**

1. Disponibilidad y asequibilidad de los medicamentos esenciales de calidad, seguros y eficaces, incluidos genéricos, necesarios para tratar las principales ECNT, en los centros públicos de salud.

2. Adopción de políticas para reducir el impacto que tiene en los niños la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo trans, azúcares libres o sal.
3. Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 30 y los 49 años que hayan sido examinadas para detectar cáncer cervicouterino al menos una vez o más a menudo, y para grupos de edad menor o mayor de conformidad con los programas o políticas nacionales.
4. Cobertura de vacunación contra el virus de la hepatitis B controlada por el número de terceras dosis de vacuna Hep-B (HepB3) administradas a los lactantes.

## **IV. Promoción y prevención de la salud**

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. 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.
- Realizar esfuerzos concertados con múltiples socios de los sectores de la salud y sectores externos(14).

El ámbito para el desarrollo de esta estrategia es comunitario, y por lo tanto, conllevaría al siguiente curso de acción:

**Sensibilización y movilización de actores clave:** Con un primer acercamiento a la realidad de los grupos prioritarios, se pueden identificar actores clave -personas y organizaciones para

movilizar al resto de la población. Distingue a los actores clave su capacidad de liderazgo, iniciativa, movilización de recursos, convocatoria, creatividad, capacidad crítica y de trabajo en equipo. Desde esta fase del proceso se inicia el empoderamiento de la población, al reconocer los grupos como actores con capacidad para acercarse al problema y concertar las acciones colectivas que se deben implementar.

La sensibilización de estos actores, que a su vez sensibilizarán y movilizarán al resto de la población objetivo, se puede lograr acudiendo a actividades estratégicas de alfabetización en salud, para la dinamización de las redes de soporte social de la población objetivo. Estas actividades deben fomentar la capacidad de los actores clave, para el liderazgo, la gestión, la crítica y proposición de alternativas; es decir, actividades para promover la acción social, institucional y comunitaria frente a la problemática de las ECNT y sus posibles soluciones.

**Diagnóstico participativo:** Este diagnóstico tiene dos elementos fundamentales:

a) Necesidades y expectativas de la población

b) Recursos y oportunidades para el desarrollo de las acciones en los ámbitos comunitarios y educativos.

La importancia de la naturaleza participativa de estas acciones radica en la oportunidad de validación de los conocimientos técnicos, de aprovechar y construir nuevos conocimientos y de concertar una concepción de las acciones factibles de desarrollar, que las haga posibles en la vida cotidiana de las personas.

Para esta fase, es preciso utilizar la información cuantitativa y cualitativa disponible, con el fin de conocer acerca de la morbilidad, mortalidad, factores asociados a las ECNT, al igual que sobre las creencias, valores, actitudes, conocimientos, habilidades, experiencias, motivaciones, condiciones ambientales y organizacionales relacionadas con estas enfermedades. El propósito de un diagnóstico participativo es fomentar la apropiación de la problemática por parte de la población con la que se trabaja, para que se comprenda la complejidad de la misma y se identifiquen las alternativas de abordaje más apropiadas a su realidad. Por ello, no es suficiente con la "enseñanza" de una concepción del fenómeno de las ECNT, sino que se debe abrir la oportunidad de validar, reevaluar o adaptar los conocimientos técnicos, y lograr un posicionamiento del problema y sus soluciones, en el marco de los contextos locales y las representaciones colectivas, de los grupos con los que se trabaja.

**Planeación e implementación de acciones demostrativas:** Posterior al diagnóstico participativo es pertinente avanzar hacia la toma de decisiones para la acción. Si bien la evidencia científica propone determinadas orientaciones frente a las ECNT, es importante revisar críticamente estas alternativas para ajustarlas a las particularidades del contexto de nuestro país. Dada la escasez de recursos como variable económica independiente en cualquier proceso social, las acciones



demostrativas se convierten en una opción para validar a pequeña escala las acciones planeadas, para luego implementarlas a un nivel mucho mayor de cobertura, basados en la certeza de su efectividad. Estas acciones demostrativas pueden expresarse en programas o proyectos, y deben planearse con base en lo identificado en el diagnóstico participativo -teniendo en cuenta las necesidades fundamentales asociadas al problema en términos del ser, tener, hacer y estar, formulando concertadamente los objetivos, métodos, técnicas, responsables, cronogramas, indicadores y recursos para la acción.

Las acciones que se desarrollarán en el ámbito comunitario se caracterizan por el abordaje de las siguientes áreas:<sup>8</sup>

- Fomento del cambio social
- Desarrollo, organización y empoderamiento comunitario
- Educación
- Información y comunicación
- Dinamización de redes de soporte social

**Reajuste de acciones demostrativas:** Después de un tiempo de implementación de las acciones colectivas demostrativas y de acuerdo con los hallazgos del monitoreo constante que hará la vigilancia de las ECNT, es preciso determinar los alcances y limitaciones de estas acciones para orientar su ajuste y contemplar la posibilidad de aumento de cobertura e impacto, con una perspectiva de más largo plazo. Para evaluar las acciones demostrativas, se hace necesario diseñar y aplicar un modelo de evaluación que dé cuenta de la implementación -evaluación formativa del desempeño - provisión, utilización, cobertura- o el impacto de las acciones.

## **V. Manejo integral de las enfermedades crónicas y los factores de riesgo.**

Los conceptos del modelo de cuidados crónicos se incorporan al objetivo de control de las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo, y tienen como finalidad mejorar los resultados en cinco esferas:

- Elaboración de un método coherente de perfeccionamiento de sistemas.
- Formulación de directrices y adhesión a ellas.
- Apoyo al autocontrol por parte de las personas afectadas por enfermedades crónicas.
- Mejoramiento de los sistemas de información clínica.
- Combinación apropiada de las aptitudes y mejoramiento de la competencia técnica de la fuerza laboral de salud, que incluye la competencia cultural y la sensibilidad.

Existe consenso en la comunidad internacional de la salud pública sobre las intervenciones más eficaces en función de los costos para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, que se resumen en la publicación de la OMS sobre las enfermedades no transmisibles como las "opciones más ventajosas" y se muestran en el cuadro siguiente:

8 Modelo de Planificación de Enfoque Multinivel para la Salud Comunitaria (MATCH).

**Intervenciones eficaces en función de los costos para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. OMS.**

Tema	Intervenciones
Control del tabaco	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de los impuestos al tabaco</li> <li>• Prohibición de fumar en lugares públicos</li> <li>• Advertencias en las etiquetas</li> <li>• Prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco</li> </ul>
Control del consumo de alcohol	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de los impuestos a las bebidas alcohólicas</li> <li>• Restricción del acceso a las bebidas alcohólicas al menor de edad.</li> <li>• Prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio de las bebidas alcohólicas</li> </ul>
Alimentación sana y vida activa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concientización del público</li> <li>• Reemplazo de las grasas trans en alimentos por grasas poliinsaturadas</li> <li>• Reducción del contenido de sal en los alimentos</li> </ul>
Detección sistemática del cáncer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección sistemática del cáncer cervicouterino, seguida de tratamiento apropiado</li> <li>• Detección del cáncer de mama con mamografía cada dos años en las mujeres de 50 a 70 años de edad, seguida de tratamiento.</li> <li>• Detección temprana de los cánceres colorrectales y de la cavidad bucal</li> </ul>
Manejo clínico de las enfermedades no transmisibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento multimedicamentoso para personas que presentan un riesgo alto de enfermedades cardiovasculares</li> <li>• Tratamiento con ácido acetilsalicílico (aspirina) para el infarto de miocardio</li> <li>• Control glucémico para la diabetes</li> <li>• Tratamiento del asma persistente</li> </ul>

Muchas otras intervenciones también son eficaces y, si los recursos lo permiten, se puede considerar su aplicación. Entre estas se encuentran por ejemplo, las intervenciones de atención primaria de salud como la orientación para abandonar el tabaquismo, la detección y las intervenciones breves del consumo nocivo de alcohol y el cuidado de los pies para las personas diabéticas, al igual que medidas de política como la incorporación del etiquetado de los alimentos, la restricción a la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a los niños; la promoción de la actividad física en la comunidad, en el lugar de trabajo y en las escuelas; el mejoramiento de las condiciones de trabajo; y la asistencia domiciliaria para las personas que tienen alguna ENT. En las políticas públicas para abordar las ENT, también se deben tener en cuenta los determinantes sociales de esas enfermedades, como la equidad, el género, la educación, los derechos humanos y la protección social

Para la instalación progresiva del Plan, se propone el siguiente curso operativo de las acciones a cumplimentar:



Objetivos Estratégicos	Productos	Indicadores	Actividades pre-supuestables	Medios de verificación	Supuestos	Responsables
Promover la divulgación y capacitación en el Plan Estratégico Nacional de Prevención y control de ECNT, en todos los niveles involucrados en el manejo de las ECNT.						
<b>Fin:</b> Prevenir y reducir la carga de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo relacionados en la Poblacion Dominicana.						
<b>Propósito:</b> Promover el desarrollo y las implementación de intervenciones eficaces para la prevención y control de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo relacionados.						
<p><b>Componentes :</b></p> <p><b>1.Políticas Públicas e intersectorialidad:</b>                      Promover la formulación de políticas públicas eficaces, integradas, sostenibles y basadas en evidencias sobre las enfermedades crónicas, sus factores de riesgo (FR) y factores determinantes.</p>	Comisión Nacional Intersectorial de ECNT fortalecida a través de la definición de un plan de trabajo conjunto.	Mesa técnica de concertación de políticas con lineamientos de políticas establecidos al 2014	Disposición Ministerial que avala la Comisión Nacional de ECNT Resolutada	Documento de la disposición ministerial	Hay decisión política para el abordaje de las ECNT a todo nivel	PRONCEC, Departamento Jurídico
			Elaboración y puesto en funcionamiento del plan de trabajo de Comisión Nacional de ECNT	Plan de trabajo e informes de reuniones de la comisión		



	Políticas de reducción del consumo de las grasas TRANS, azúcar y sal concertadas en la Comisión Nacional de ECNT	No de Políticas públicas sobre disminución de consumo concertadas al 2016	Promover en la comisión nacional de ECNT la organización de un subcomité de desarrollo de políticas públicas con las partes interesadas en la temática.			PRONCEC
			Elaboración de un plan de acción con metas específicas de la formulación de políticas públicas por el subcomité de desarrollo de políticas.			
			Gestión de aprobación de las políticas por las autoridades superiores del MSP y del gobierno nacional.			
			Implementación, supervisión y monitoreo de la política.			
	Política nacional de alimentación y nutrición con grupo programático diseñada y consensuada	No de Políticas públicas sobre alimentación y nutrición concertadas al 2016	Desarrollo de un plan de trabajo interprogramático			
			Diseño, Elaboración e implementación de la política nacional de alimentación y nutrición por el grupo interprogramático.			

	Política nacional de actividad física diseñada y consensuada	No de políticas públicas sobre actividad física concertadas al 2016	Integración al programa de salud y deporte del Ministerio de Deporte de las actividades del plan estratégico nacional de nutrición y del PRONCEC vinculados al tema			
			Elaboración de un plan conjunto de salud, nutrición y deporte en las 22 provincias de desarrollo del programa de salud y deporte del Ministerio de Deportes.			
			Desarrollo de estrategia y mecanismo de implementación del plan conjunto de salud, nutrición y deportes			
			Elaboración y desarrollo de un proceso de monitoreo y evaluación del plan conjunto y su extensión a las 10 provincias para una cobertura total del país			
	Estrategias y mecanismos de regulación de la ley de prohibición de fumar en lugares públicos establecidos	No. De estrategias de no consumo de tabaco fortalecidas al 2016	Ampliar la cobertura de la prohibición de fumar en lugares públicos			

			Monitorear y controlar la aplicación de la prohibición de venta de cigarrillo a menores.			
			Fomentar la educación antitabaquismo en escuelas básicas y liceos			
			Desarrollo de programas de capacitación sobre daños del cigarrillo a la salud de embarazadas y niños			
	Plan Estratégico Nacional de Prevención y control de ECNT, socializado e implementado.	No. De DPS/DAS que incorporan en sus planes operativos anuales los lineamientos del Plan Estratégico Nacional para el 2015.	Acompañamiento técnico a las DPS y DAS para la incorporación de acciones del plan estratégico	Planes operativos de las DPS/DAS	Actitud e interés para el abordaje de las ECNT de personal de salud en los niveles locales de los SS del MSP	PRONCEC. DAS y DPS
	Convenios de gestión con los actores involucrados (Ministerio de deportes, Universidades, Instituto de Diabetes, Instituto de Cardiología, Sociedad de Nefrología Establecidos	No. Convenios de Gestión para prevención y control de las ECNT con actores claves elaborados y firmados al 2014	Elaboración y firma de convenios de gestión con los actores involucrados (Ministerio de Deportes, Universidades, Instituto de Diabetes, Instituto de Cardiología, Sociedad de Nefrología)	Convenios oficializados	Condiciones favorables para las acciones intersectoriales a todo nivel	PRONCEC. INSTITUCIONES ALIADAS
	Política nacional de alimentación y nutrición diseñada.	Documento de política de alimentación y nutrición diseñada al 2014	Elaboración de la política en coordinación con las direcciones de nutrición y normas del MSP	Documento de política editado y diseminado	Clima institucional propicio para enriquecer marco jurídico de las ECNT	PRONCEC. INSTITUCIONES ALIADAS
	Política nacional sobre alimentación y nutrición implementada.	No. De DPS/DAS que implementan Política de alimentación y nutrición al 2015	implementación de la Política nacional de alimentación y nutrición en 8 provincias cabeceras de región y área 6 del gran Santo Domingo	Planes operativos de las 8 DRS y el área 6 del gran Santo Domingo	El MSP requiere de fortalecimiento de su papel rector en el marco jurídico del país	



	Política nacional de alimentación saludable y actividad física diseñada.	No. De documento de política de alimentación saludable y actividad física diseñado al 2015	Diseño de Programa Nacional Salud y Deportes y Resolución ministerial que lo sustente.	Política editada	El MSP requiere de fortalecimiento de su papel rector en el marco jurídico del país	PRONCEC. INSTITUCIONES ALIADAS
	Política nacional de alimentación saludable y actividad física implementada.	No. DPS/ DAS que implementan la política de alimentación saludable y actividad física al 2016	Coordinación con las DPS y activadores físicos del Ministerio de Deportes	Política editada, diseminada y en implementación		
Gestión de promotores comunitarios						
Adquisición de equipos e insumos						
Capacitaciones de personal involucrado						
	Estrategia de regulación de consumo de cigarrillo en lugares abiertos al público fortalecida.	No. De estrategias de no consumo de tabaco fortalecidas al 2016	identificación de estrategias de no consumo existentes y que se aplican en el país	Documentadas las estrategias y publicaciones de investigaciones		
Seguimiento a resultados de investigaciones relacionadas con el consumo de tabaco						
	Documento de Normas elaborado y publicada a través de un proceso participativo.	Norma nacional de prevención y control de las ECNT elaborada y publicada al 2014	Elaboración y publicación de normas través de un proceso participativo.	Documento de normas	Respaldo institucional para sostenimiento del PRONCEC	PRONCEC Departamento jurídico ,

<p><b>2: Movllización de recursos: Fomentar asociaciones con organizaciones que compartan nuestras metas, para emprender actividades conjuntas y movilizar recursos, incluida la formulación de propuestas de proyectos conjuntos</b></p>	<p>Mapeo de actores y posibles socios nacionales realizado</p>	<p>No. De Mapeo de actores y posibles socios realizado al 2014</p>	<p>Recolección de información sobre programas, proyectos e instituciones posibles socios en el combate de las ECNT</p>	<p>Mapa de actores de ECNT</p>	<p>Reconoci- miento na- cional de la importancia de las ECNT en la calidad de vida de la población</p>	<p>PRONCEC</p>
			<p>Convocatoria y desarrollo de una mesa de socios de las ECNT</p>			
			<p>Elaboración de un plan conjunto de socios movilizados de recursos en apoyo a las ECNT</p>			
	<p>Foro de aliados realizado</p>	<p>No. Foro de aliados realizado al 2016</p>	<p>Reunión de alto nivel de aliados para prevención y control de ECNT</p>	<p>Documento de foros</p>	<p>Reconoci- miento na- cional de la importancia de las ECNT en la calidad de vida de la población</p>	<p>PRONCEC</p>
	<p>Alianzas estrategicas y compromisos con aliados, establecidas</p>	<p>No. De alianzas y compromisos con posibles socios establecidas al 2016</p>	<p>Diseño de alianzas estrategicas</p>	<p>Documentos de acuerdos alcanzados</p>		
	<p>Propuestas de proyectos conjunto con organizaciones vinculadas con las ECNTs elaboradas</p>	<p>No. De Propuestas de proyectos conjuntos elaborados al 2016</p>	<p>Diseño de Proyectos conjuntos para movilizacion de recursos para ECNT</p>	<p>Perfiles o protocolos de proyectos conjuntos</p>		

<p><b>3: Sistema de información, Vigilancia e investigación</b> : Promover el desarrollo y el fortalecimiento de la vigilancia de las enfermedades crónicas, como parte de la estrategia integrada de prevención.</p>	<p>Sistema de información de morbilidad de enfermedades crónicas priorizadas diseñado</p>	<p>No. De informes anuales que genera el sistema realizados</p>	<p>Consultoría técnica para diseño de la aplicación y plan de implementación</p>	<p>Informes anuales generados por el sistema</p>	<p>Autoridades requieren Y demandan información actualizada para toma de decisiones</p>	<p>PRONCECP, DIES, DN</p>
			<p>Elaborar e implementar plan de capacitación y supervisión a las unidades de atención en 9 SRS</p>			
			<p>Monitoreo y evaluación del uso de la plataforma; elaboración de al menos un informe anual.</p>			
			<p>Socialización de las informaciones generadas por el sistema de información (boletines trimestrales, informes gerenciales recomendaciones, reuniones con tomadores de decisiones)</p>			
	<p>Sistema de información de mortalidad de las ECNT implementado</p>	<p>No. De informes generados a través del sistema de mortalidad al 2016</p>	<p>Coordinación con la DIES para definición de variables de interés del programa en los anuarios estadísticos de mortalidad</p>	<p>Anuario estadístico</p>	<p>Factibilidad de inclusión de variables en el anuario estadístico</p>	
			<p>Gestión de informes de mortalidad de las ECNT</p>	<p>Informes de mortalidad de las ECNT</p>	<p>Importancia en la toma de decisiones de salud a muy alto nivel</p>	<p>PRONCEC, DIES.</p>
			<p>Socialización de las informaciones generadas por el sistema de información (boletín, informes gerenciales recomendaciones, reuniones con tomadores de decisiones)</p>	<p>Informes gerenciales. Boletines. Intervenciones en salud</p>		



	Investigaciones operativas sobre enfermedades crónicas no transmisibles realizadas	No. De informes de investigaciones operativas realizadas al 2016	Diseño protocolo de investigación operativa sobre determinación de factores causales de diabetes descompensada	Informes de investigación	Existe interés en información oportuna y confiable de parte de los tomadores de decisiones	PRONCEC/ DIGEPI/DINISA/ DIES/ REDES
			Diseñar y realizar estudio de carga de enfermedad de las ECNT	Informe del estudio	Es una necesidad conocer la carga de enfermedad de las ECNT	PRONCEC/ DIGEPI/DINISA/ DIES/ REDES
	Encuesta de Factores de riesgo de ECNT realizada	Encuesta de factores de riesgo para ECNT (al menos uno en el periodo. 2013-2016)	Realizar Encuesta de Factores de riesgo de ECNT que sirva de línea de base para seguimiento de las intervenciones programáticas	Línea de base analizada y publicada	Para formular intervenciones hay que crear evidencias	PRONCEC/ DIGEPI/DINISA/ DIES/ REDES
	Análisis de la oferta de servicios para la atención de las ECNT diseñado y realizado al 2016	Análisis de la oferta de servicios para la atención de ECNT.(al menos uno en el periodo 2013-2016)	Consultoría para el diseño del análisis.	Algoritmo sobre oferta de servicios para usuarios de ECNT según estadio de la enfermedad	El avance de las ECNT requiere mejorar la oferta de servicios para promover alimentación saludable y prevenir las enfermedades	PRONCEC/ DIGEPI/DINISA/ DIES/ REDES
Conformar un equipo nacional para el análisis de la oferta de servicios.			Listado de participación		PRONCEC	
Realizar el análisis y elaborar informes						
	Protocolos, instrumentos y formularios de recolección de información en cada nivel del subsistema de vigilancia de ECNT diseñados	Sistema de vigilancia de ECNT diseñado y funcionando al 2015	Elaborar procedimientos, protocolos de vigilancia.	Productos del sistema. Información oportuna	Sistema de información funcionando	DIGEPI/ PRONCEC
			Monitoreo y evaluación de la implementación del sistema			

<p><b>4: Promoción de la Salud y Prevención de la Causa:</b> Promover las condiciones sociales que traten los factores determinantes de las enfermedades crónicas y faculten a las personas para que aumenten el control de su salud.</p>	<p>Diagnóstico participativo nacional con representatividad regional de la percepción de la comunidad en relación a las ECNT realizado</p>	<p>Diagnóstico participativo realizado al 2014</p>	<p>Desarrollo, publicación y toma de decisiones sobre el diagnóstico participativo</p>	<p>Documentos diagnósticos</p>	<p>Se cuenta con financiamiento</p>	<p>PRONCEC</p>
	<p>Estrategias IEC de promoción de estilos de vida saludable y prevención de factores de riesgos de ECNT diseñada y aplicada</p>	<p>No. De DPS/DAS que implementan la estrategia de promoción de estilos de vida saludable y prevención de factores de riesgos de ECNT al 2015</p>	<p>Diseño, validación y transferencia de las estrategias a los niveles locales de los SS y la comunidad</p>	<p>Informes de implementación de las estrategias</p>	<p>Política institucional de abordaje de las ECNT</p>	<p>PRONCEC, DPS, DAS, SRS</p>

<p><b>5: Manejo Integral: Fortalecer la capacidad del sistema de salud para la prevención y control en la atención integrada de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo.</b></p>	<p>Modelo de atención integral de las ECNT monitoreada su implementación</p>	<p>Porcentaje de establecimiento de 1er nivel del país que implementan el modelo de atención integral de ECNT según las normas establecidas al 2016</p>	<p>Implementación del modelo</p>	<p>Informes</p>		<p>DFSRS/ DFDPS/DAS/ PRONCEC</p>
		<p>No. de establecimiento de 2do nivel del país que implementan acciones del modelo de atención integral de ECNT según las normas establecidas al 2016</p>	<p>Implementación del modelo</p>	<p>Informes</p>		
	<p>En colaboración con las universidades, sociedades profesionales desarrollar programas de capacitación en servicio de manejo integral de las enfermedades crónicas no transmisibles.</p>	<p>No. De instituciones que han desarrollado programas de capacitación en manejo integral de las ECNT para el personal de salud en servicio en coordinación con el PRONCEC al 2016</p>	<p>Reunión técnica de coordinación con las universidades para analizar la problemática de las ECNT en el país.</p>	<p>Memoria de reuniones y toma de decisiones</p>	<p>Las universidades tienen interés en abordar el manejo integral de las ECNT en las escuelas de medicina y enfermería</p>	<p>PRONCEC, UNIVERSIDADES</p>
			<p>Revisión de curricula de las universidades</p>			
		<p>No. Personal de salud (médicos generales y enfermeras) capacitados en manejo integral de las ECNT 2016</p>	<p>Talleres de formación de médicos en manejo integral de las ECNT</p>	<p>Programa, participantes y egresados de los talleres</p>	<p>Necesidad institucional de mejorar la calidad de la atención en los SS</p>	<p>PRONCEC</p>
	<p>Edición y publicación de las guías de prácticas clínicas de diabetes, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica</p>	<p>No. de guías de practicas clínicas editadas y publicadas al 2014</p>	<p>Elaboración de guías</p>	<p>Guías editadas</p>	<p>Interés institucional en la producción de herramientas útiles para mejorar la atención en salud</p>	<p>PRONCEC</p>



## **Referencias Bibliográficas**

1. 28. a Conferencia Sanitaria Panamericana, 64. a sesión del Comité Regional Washington, D. C., EUA, del 17 al 21 de septiembre del 2012.
2. Chan M. Director General de la Organización Mundial de la Salud. Reunión de alto nivel sobre las enfermedades no transmisibles, Asamblea General de Naciones Unidas, Nueva York, Estados Unidos de América, 19 de septiembre 2011.
3. Perfil del Sistema de Salud de la República Dominicana. Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social-OPS/OMS, abril de 2007.
4. Implementación del Sistema Único de Gestión de Suministro de Medicamentos e Insumos-SUGEML. Disposición No. 19 del 27 de julio de 2010.
5. Puska, P. Tuomilehto J, Nissinen A and Vartiainen, E. The North Karelia Project: 20-year results and experiences. Helsinki: Helsinki University Printing House; 1995.
6. Puska, P. and Uutela A. Community Intervention in Cardiovascular Health Promotion: North Karelia, 1972-1999. In: Ed. Scheiderman, N, Speers, MA, Silva, JM, Tomes, H and Gentry JH. Integrated. Behavioral and Social Sciences with Public Health. Washington. DC: American Psychological Association; 2001.
7. Iniciativa CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No transmisibles). Reunión del Comité Directivo de CARMEN, la Habana, Cuba. abril del 2002.
8. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación. WHO/NMH/CHP/11. 1, © Organización Mundial de la Salud, 2011.
9. Pan American Health Organization. Non-communicable Diseases in the Americas: Basic Indicators 2011 [Internet]. Washington, DC: OPS, 2011 .
10. DIGEPI SESPAS. - Análisis de Situación de Salud 2003. Santo Domingo, 2005. Estudio de los factores de riesgo cardiovascular y síndrome metabólico en la República Dominicana (EFRICARDI). Rafael Pichardo, Investigador Principal, Ángel R. González et als. Revista "Archivos Dominicanos de CARDIOLOGIA" Edición Especial-Abril 2012.
12. Dec. No. 309-07 que establece el Reglamento del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, República dominicana. LEONEL FERNANDEZ Presidente de la República Dominicana

13. Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas. Washington, D. C: OPS, © 2007. ISBN 978 92 7 532826 2.
14. Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2012-2025. CSP28/9, Rev. 1, 18 de septiembre del 2012.