

La prevención de las enfermedades cardiovasculares: Declaración de Cataluña¹

DECLARACIÓN DE CATALUÑA

El Consejo Asesor de la Segunda Conferencia Internacional sobre la Salud Cardiovascular, en reconocimiento de que la inversión en la salud del corazón puede prevenir las enfermedades cardiovasculares, reducir el sufrimiento y la discapacidad de millones de personas, ahorrar una enorme cantidad de recursos e incrementar la productividad mediante la contribución al bienestar y al desarrollo económico, hace un llamado a:

- los profesionales de la salud, de los medios de comunicación, de la educación y de las ciencias sociales, y a sus asociaciones correspondientes;
- la comunidad científica;
- las dependencias oficiales que trabajan en las áreas de salud, educación, comercio y agricultura;
- las agencias y organizaciones internacionales dedicadas a la salud y al desarrollo económico;
- las coaliciones comunitarias en pro de la salud;
- los organismos de asistencia voluntaria;
- los empresarios y sus respectivas organizaciones,

para que se unan en un esfuerzo común por motivar al público y a la sociedad en general a invertir en la salud cardiovascular y a usar los recursos disponibles con mayor eficiencia.

Barcelona, España, 1995

La reforma del sistema sanitario y el financiamiento de los servicios que lo integran son dos metas imposterables en la Región de las Américas. La capacidad de afrontar con éxito ambos de-

saños dependerá, entre otros factores, de la eficacia con que los servicios de salud puedan combatir aquellos problemas que, en virtud de su mayor frecuencia, absorben la mayor parte del gasto sanitario. Se puede afirmar sin vacilación que las enfermedades no transmisibles y los accidentes representan más de dos terceras partes de la morbilidad y mortalidad de los países de América Latina y el Caribe. Estos problemas afectan a todos los estratos de la sociedad y redundan en dos tipos de costos: la reducción de la productividad del individuo y de su capacidad

de generar ingresos y un uso más intenso de servicios de salud muy especializados.

Dentro de las enfermedades no transmisibles destacan las de origen cardiovascular, tanto por la magnitud del problema epidemiológico que representan como por su capacidad de menoscabar la calidad de vida de las personas y por su impacto sobre los servicios. Estas enfermedades constituyen 13% de la carga total de pacientes atendidos en los servicios de salud de América Latina y el Caribe y su porcentaje va en aumento.

¹ Se refiere a *The Catalonia Declaration: investing in heart health*, fruto de la labor del Consejo Asesor de la Segunda Conferencia Internacional sobre la Salud Cardiovascular celebrada en Barcelona, Cataluña, España, del 28 de mayo al 1 de junio de 1995. En este número de la *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health* se publican en español los tres primeros capítulos y en el próximo número, los tres capítulos restantes.

Afortunadamente, se conocen los medios para reducir la incidencia de cardiopatía coronaria y de accidentes cerebrovasculares. Por consiguiente, ningún recurso destinado a su prevención o a la promoción de la salud debe considerarse un desperdicio, sino más bien una inversión de suma rentabilidad.

El propósito de la *Declaración de Cataluña* es ofrecer pruebas nuevas y convincentes de la importancia de invertir en políticas y programas para la promoción de la salud cardiovascular, como medida para salvar vidas y ahorrar recursos financieros. Por otra parte, la *Declaración* demuestra, con ejemplos

tomados de situaciones concretas, que los objetivos trazados se pueden alcanzar. En ella también se analiza la distribución desigual de los problemas cardiovasculares, resultado de diferencias sociales y culturales, y se recomiendan medidas para atenuar estas diferencias. Dos conceptos dominan la temática central de la *Declaración*: la inversión en la salud cardiovascular y el estudio de los factores económicos que inciden en esa inversión, ya que estos son los únicos medios disponibles para frenar la epidemia de trastornos cardiovasculares y tomar medidas frente a los factores que determinan las diferencias observadas en su distribución.

La necesidad de actuar es imperiosa y ya contamos con los medios para combatir las enfermedades cardiovasculares. Esperamos que la *Declaración de Cataluña* proporcione las herramientas básicas, conceptuales y pragmáticas para lograr que las políticas sanitarias se ajusten lo más estrechamente posible a las necesidades existentes y que contribuya, al mismo tiempo, a que todos luchemos juntos por una causa común: la salud y el bienestar económico y social de la población de todos los países.

Sir George Alleyne
Director de la OSP

CONTENIDO

| | |
|--|----|
| Prefacio | 79 |
| Capítulo 1 | |
| Inversión mundial en la salud cardiovascular: un desafío | 80 |
| La prevención del incremento de la carga de enfermedades cardiovasculares | 80 |
| La desigualdad entre países y dentro de un mismo país | 81 |
| Salud, economía y políticas | 82 |
| Capítulo 2 | |
| Los activos | 83 |
| El conocimiento científico como activo | 84 |
| La infraestructura como activo | 84 |
| Las alianzas como activos | 86 |
| Las políticas públicas y de salud como activos | 86 |
| La comunidad científica como activo | 87 |
| Capítulo 3 | |
| El uso de los activos disponibles | 87 |
| La utilización de los activos pertenecientes a organizaciones, redes y programas internacionales | 88 |
| La colaboración en el ámbito regional | 89 |
| La utilización de los activos pertenecientes a organizaciones nacionales | 89 |
| La colaboración con los gobiernos provinciales y estatales | 90 |
| El uso de los activos pertenecientes a la comunidad | 90 |
| La colaboración con entidades de trabajo voluntario | 93 |
| El uso de organizaciones cívicas y religiosas | 95 |
| La reorientación del sistema sanitario hacia la prevención | 95 |
| El uso del sistema educativo | 96 |
| El contacto con las personas en el lugar de trabajo | 97 |
| La creación de alianzas con el sector privado | 97 |
| El uso de los medios de comunicación | 98 |
| La difusión | 99 |
| Referencias | 99 |

PREFACIO

Todos los años mueren en el mundo por enfermedades cardiovasculares alrededor de 10 millones de personas. Aunque las medidas para prevenir estas enfermedades son bien conocidas, se estima que para el año 2005 esta cifra podría ascender a 20 millones, de los cuales 13 corresponderían a los países en desarrollo y Europa Oriental.

Ante tan alarmante situación, la Segunda Conferencia Internacional sobre la Salud Cardiovascular fue convocada en Barcelona el 28 de mayo de 1995 con el propósito de hacer frente al incremento de la incidencia de enfermedades cardiovasculares y al sufrimiento innecesario que estas ocasionan a la humanidad y, sobre todo, de examinar las desigualdades existentes en las tasas, tendencias y causas de estas enfermedades, así como en los recursos disponibles para emprender medidas de control.

Un resultado de la Conferencia ha sido el presente documento —la *Declaración de Cataluña*—, cuyo propósito es demostrar cómo la inversión en la salud cardiovascular reduce la frecuencia de ataques al corazón y de accidentes cerebrovasculares, así como la resultante carga de discapacidad y la pérdida de vidas humanas. El mejoramiento de la salud y la reducción de costos en atención médica que se producen cuando disminuyen las enfermedades cardiovasculares redundarán en beneficios económicos ostensibles.

En la Primera Conferencia Internacional sobre la Salud Cardiovascular, que se llevó a cabo en 1992 en Victoria, Columbia Británica, Canadá, se adoptó el lema “Cerrar la brecha: ciencia y política en acción” para abordar el problema de la desigualdad en el mundo y de la necesidad de invertir recursos para atenuarla. El objetivo de esa conferencia fue explorar formas de llevar nuestros conocimientos actuales sobre las enfermedades cardiovasculares al campo de la prevención en el ámbito mundial. Con tal fin, el Consejo Asesor emitió la *Declaración de Victoria sobre la Salud Cardiovascular (Victoria Declaration on Heart Health, 1992)*, documento que se publicó en 13 idiomas y que fue

distribuido en el mundo entero. Esta declaración hizo un llamado a los gobiernos, al sector privado y a las organizaciones internacionales para que adoptaran ciertos lineamientos, formularan políticas basadas en ellos y crearan alianzas que facilitarían la aplicación de dichas políticas en todo el mundo. El Comité para la Implementación de la *Declaración de Victoria* se formó en ese momento y sigue siendo la entidad responsable de poner en práctica las políticas descritas en los informes y declaraciones de esta conferencia y de las que se celebrarán en el futuro.

El reto que plantea la *Declaración de Victoria* consiste no solo en poder sostener la tendencia decreciente de las enfermedades cardiovasculares observada en algunos países, sino en orientar las políticas de los países donde la incidencia de dichas enfermedades está aumentando y en proporcionarles asistencia cuando la soliciten. El documento abarca las siguientes cinco áreas de acción:

- la educación de la población y la estimulación de la demanda de educación de los consumidores;
- la aplicación oportuna del conocimiento científico;
- la generación de la voluntad política para promover la salud pública;
- la creación de coaliciones para conseguir los recursos necesarios;
- la promoción de una nueva forma de trabajo mediante la coordinación de las iniciativas de grupos ubicados dentro de cada país y en distintas partes del mundo.

Centrándose en el tema de la salud en el mundo, la *Declaración de Victoria* reforzó los llamados de otros organismos para aplicar una estrategia conjunta y universal de prevención. Asimismo, el Banco Mundial, en su *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud (1993)*, recomendó una estrategia tripartita para afrontar el problema: fomentar un ambiente que permita a la propia población mejorar su estado de salud mediante la reorientación de los gastos dedicados a ella y la promoción de diversidad y compe-

tencia en el campo del financiamiento. La participación del Banco Mundial es significativa porque subraya la importancia de la economía en todo asunto relacionado con la salud, incluida la prevención de las enfermedades cardiovasculares.

En la *Declaración de Cataluña*, cuando se examina el tema central de la inversión en la salud cardiovascular y en sus beneficios sanitarios acompañantes, se reconoce que las restricciones presupuestarias constituyen el reto más importante al que se enfrenta el mundo en lo que respecta al control de las enfermedades cardiovasculares. Si no se tiene en cuenta el aspecto económico, difícilmente se logrará cerrar las brechas temporales entre los conocimientos científicos disponibles sobre esas enfermedades y su aplicación para efectuar cambios políticos en el mundo.

Esta declaración sigue en gran parte las recomendaciones estratégicas de la *Declaración de Victoria* y describirá diversos ejemplos tomados de distintas partes del mundo que demuestran cómo el invertir en la salud del sistema cardiovascular no solamente reduce la incidencia de las enfermedades que lo afectan, sino que también redundan en beneficios económicos. Su principal objetivo es dar a conocer estos buenos resultados a los responsables de gobiernos, industrias, grupos comunitarios, medios de comunicación, sistemas educativos y sistemas sanitarios en todo el mundo y sugerir medidas eficaces para la prevención de las enfermedades cardiovasculares.

Naturalmente, las “medidas eficaces” no siempre serán las mismas. Diferencias de situación económica y de estado de salud, educación y cultura entre distintos países y dentro de un mismo país desaconsejan la recomendación de una política uniforme. Las enfermedades cardiovasculares muestran distinto patrón epidemiológico en cada territorio; por lo tanto, es de esperar que las medidas también difieran en función de los factores de riesgo más comunes en cada población y de las costumbres que puedan facilitar o frustrar los esfuerzos por modificarlos.

Cada política se diseñará, en última instancia, de acuerdo con las costumbres y necesidades imperantes en cada lugar. Por tal motivo, en esta declaración no solo se analiza el proceso de formular y aplicar las políticas en vigor, sino que se incluyen ejemplos tomados de diversas partes del mundo para ilustrar las diferentes formas que una política puede adoptar.

Después de examinar la interacción entre la economía y la salud, este documento presenta lo siguiente:

- un análisis de los recursos y activos disponibles y de la mejor manera de aprovecharlos;
- una descripción de los obstáculos que hay que superar y de las técnicas necesarias para lograrlo;
- ejemplos de la obtención de buenos resultados, junto con un plan de acción pormenorizado para ayudar a los países a identificar sus problemas y a planificar, implementar y evaluar programas adecuados.

Los conceptos más importantes que contiene este documento se ilustran mediante ejemplos de estudios, políticas y programas que ya se han aplicado en diversos países. Se espera que estos ejemplos no solo demuestren lo que se puede lograr, sino que sirvan de inspiración para que otros traten de aplicar programas y políticas afines para prevenir y controlar las enfermedades cardiovasculares de una vez por todas.

CAPÍTULO 1

INVERSIÓN MUNDIAL EN LA SALUD CARDIOVASCULAR: UN DESAFÍO

En muchos países, la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares está disminuyendo marcadamente. De hecho, en la actualidad se conocen las medidas necesarias para evitar que la cardiopatía coronaria y los accidentes cerebrovasculares alcancen proporciones epidémicas en zonas del mundo que hasta ahora no han sido gravemente afectadas. Los países del mundo

en desarrollo y los que están en proceso de incorporarse a las economías de mercado pueden evitar los errores que cometieron hace varias décadas muchos países industrializados.

El objetivo fundamental de la *Declaración de Cataluña* es demostrar que una iniciativa de alcance mundial puede reducir la frecuencia de las enfermedades cardiovasculares en los países donde constituyen un problema y evitar que dichas enfermedades se conviertan en un grave problema de salud en países que aún no se han visto afectados. También se examinan las disparidades observadas en el mundo en el campo de la salud cardiovascular y algunos métodos para tratar de aminorarlas. Creemos firmemente en el concepto de invertir en la salud cardiovascular; una estrategia económica oportuna puede frenar la epidemia de enfermedades cardiovasculares y mitigar el sufrimiento innecesario que estas provocan en el mundo entero.

La prevención del incremento de la carga de enfermedades cardiovasculares

La carga constituida por las enfermedades cardiovasculares que afectó a tantos países desarrollados en décadas previas del presente siglo, está disminuyendo en muchos lugares. No obstante, se observan signos alarmantes de un aumento inusitado precisamente en aquellos países cuyas economías se muestran menos preparadas para hacerles frente. Por ejemplo, en varios países del Mediterráneo Oriental, como Chipre, Egipto, Irán, Iraq y Jordania, se ha documentado un gran incremento de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares después de un período de desarrollo socioeconómico y urbanización (Alwan, 1993). Asimismo, en los países de Europa Central y Oriental la frecuencia de estas enfermedades asciende a un ritmo inusitadamente rápido. Sería verdaderamente trágico que continuara la tendencia, habida cuenta de que las enfermedades cardiovasculares se pueden prevenir.

Los datos que hoy existen sobre la frecuencia actual de las enfermedades cardiovasculares son los siguientes:

- De los 10 millones de personas que mueren cada año de cardiopatía coronaria y accidentes cerebrovasculares, 40% viven en países en desarrollo y Europa Oriental, pese a que actualmente las tasas de morbilidad en gran parte del mundo en desarrollo son mucho más bajas que en países desarrollados.
- Se calcula que para el año 2005 el número total de defunciones por enfermedades cardiovasculares en el mundo se habrá duplicado y que el porcentaje procedente de países en desarrollo y Europa Oriental ascenderá a 65%, a medida que sigan aumentando las tasas de morbilidad en esos países (*Cardiovascular disease mortality in the developing countries*, 1993; Murray y López, 1994).

Además de ser tan importante causa de mortalidad en el mundo, las cardiopatías coronarias y los accidentes cerebrovasculares son responsables de gran parte del deterioro de la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. Por lo tanto, el costo social en términos de mortalidad y morbilidad es enorme.

No es difícil explicar el incremento de las enfermedades cardiovasculares en ciertas partes del mundo. Aunque toda una serie de normas sociales y culturales ejercen gran influencia sobre las causas de dichas enfermedades en distintos países, los principales factores de riesgo son las dietas ricas en sodio y grasas saturadas, el tabaquismo, el estilo de vida sedentario y el consumo excesivo de alcohol. En algunos países, la elevada prevalencia de hipertensión, hipercolesterolemia y diabetes no tratadas —afecciones asociadas con el nivel económico— se ve agravada por la falta de acceso a los servicios de atención primaria de salud. Entre los factores contribuyentes a menudo figuran el deterioro general de las condiciones de vida y el profundo estrés psicosocial ocasionado por los acelerados cambios sociales y económicos. De todos estos facto-

res de riesgo, la creciente popularidad del cigarrillo será indudablemente una de las principales causas de enfermedad cardiovascular en el mundo en desarrollo. Se estimó en 1992 que 10% de las personas que están vivas actualmente, es decir, cerca de 450 millones de individuos, sufrirán y morirán prematuramente a causa de los efectos perjudiciales del consumo de tabaco (Peto, et al., 1992). Por lo tanto, el control del tabaquismo es un buen punto de partida para la prevención de los trastornos cardiovasculares.

De todas las desigualdades que se pronostican y examinan en este informe, la peor es la inminente disparidad de la mortalidad asociada con el tabaquismo en países desarrollados y en desarrollo, habida cuenta de que se trata de una disparidad intencionada, al menos parcialmente. A medida que las ganancias de las empresas tabacaleras han disminuido en los países desarrollados, gracias al éxito que en ellos han tenido las iniciativas destinadas al control del tabaquismo, esas empresas han lanzado campañas mundiales agresivas para penetrar en los mercados de países en desarrollo. Un ejemplo, como se explica en el capítulo 6, es el aumento de 33% en las ventas de tabaco en la Región del Pacífico Asiático durante la década de 1990.

Los países desarrollados tienen una gran responsabilidad en lo referente a la transferencia de tecnologías capaces de reducir la carga de morbilidad en los países en desarrollo. La "transferencia" del hábito de fumar constituye, sin embargo, un atentado contra la salud futura de millones de habitantes del mundo y menoscaba el resultado beneficioso de la transferencia de tecnologías y otros recursos más inocuos.

A pesar de que en muchas partes del mundo la diseminación del tabaquismo, el aumento del colesterol y de la tensión arterial y otros factores que inciden en la salud del sistema cardiovascular están agravando la creciente carga de enfermedades que lo afectan, en ciertos lugares la mortalidad por trastornos cardiovasculares ha disminuido en los últimos años. Estos lugares ofrecen la oportunidad de apreciar el número de vidas que se pueden sal-

var cuando se reduce el riesgo al que se expone una población. Tomemos como ejemplo el caso del Canadá, que es uno de los países donde se ha observado una reducción notable de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares. De haberse mantenido uniforme durante otras dos décadas las tasas de mortalidad desglosadas por edad correspondientes a 1970, se hubieran producido alrededor de medio millón de muertes adicionales por trastornos cardiovasculares entre 1970 y 1992 (figura 1). Cuando se considera que por cada defunción de origen cardiovascular se producen, como mínimo, tres casos que no son mortales, se concluye que en el Canadá, cuya población asciende a 30 millones de habitantes, se han prevenido entre 1970 y 1992 aproximadamente dos millones de episodios de enfermedad de origen cardiovascular.

La reducción de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares observada en países como Canadá obedece principalmente a una disminución de la incidencia, más que a una mejoría en el tratamiento del enfermo. El descenso de la mortalidad por estas enfermedades se ha debido en gran parte a

una disminución de la prevalencia de los factores de riesgo en el conjunto de la población. Sin embargo, no hay que descuidarse, ya que nada garantiza que la disminución se mantenga en un futuro si no se toman las medidas adecuadas.

El Canadá montó un intenso programa multifactorial de reducción de riesgos, pero la epidemia cardiovascular ya se había manifestado en toda su magnitud. Justamente, uno de los propósitos fundamentales de la *Declaración de Cataluña* es subrayar la importancia de que tanto en los países en desarrollo como en los que se incorporan actualmente a la economía de mercado se adopten las medidas adecuadas para reducir los niveles de riesgo de sus poblaciones antes de que los trastornos cardiovasculares alcancen proporciones alarmantes.

La desigualdad entre países y dentro de un mismo país

El segundo de los temas centrales de este capítulo es la disparidad de la frecuencia de mortalidad y discapacidad observadas en distintos países y den-

FIGURA 1. Defunciones proyectadas y observadas por enfermedades cardiovasculares. Canadá, 1970 a 1992

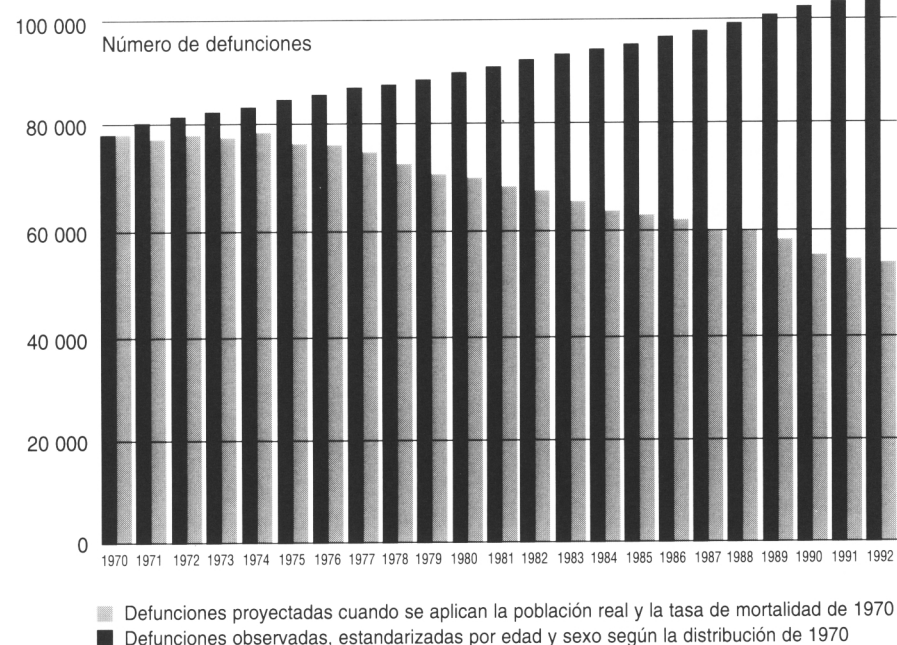
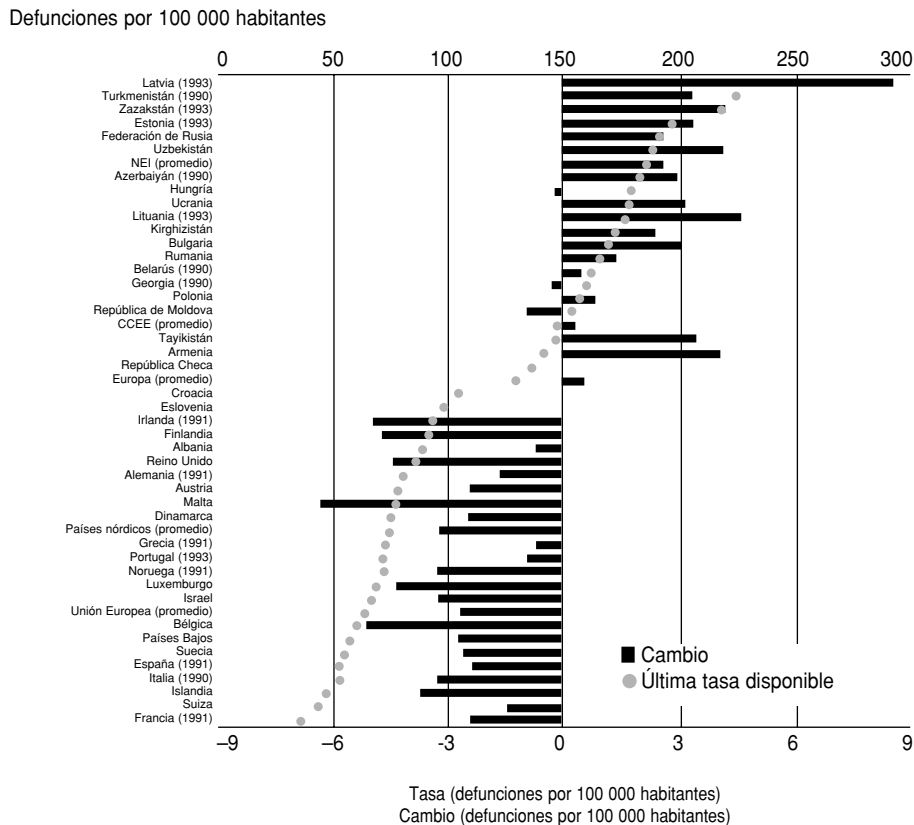


FIGURA 2. Cambio anual promedio de la mortalidad estandarizada por enfermedades cardiovasculares en personas de 0 a 64 años. Países europeos y Nuevos Estados Independientes (NEI), 1985 al último año disponible^a



Fuente: Datos de la Oficina Regional de la OMS para Europa.

^a Las tasas corresponden a 1992, a no ser que se indique otra cosa.

tro de un mismo territorio nacional, y la desigual distribución de los recursos disponibles para prevenir o reducir las enfermedades cardiovasculares.

Se identifican, como mínimo, tres tipos de desigualdad. La primera es de carácter *intranacional* y se refiere a la presencia en todos los países de ciertos grupos de población con una mayor carga de morbilidad, especialmente por enfermedades cardiovasculares. Las diferencias de nivel socioeconómico y el limitado acceso a actividades de educación para la salud figuran entre los factores que contribuyen a distintos tipos de enfermedad y a la gravedad de cada una de ellas (Kaplan y Keil, 1993). La reducción de este tipo de desigualdad constituye el desafío sanitario más importante que enfrentan los países desarrollados del mundo occidental.

Existen, en segundo lugar, diferencias *entre países*. En Europa Central y Oriental, por poner un ejemplo, estas diferencias se reflejan en el reciente incremento del número de defunciones por enfermedades cardiovasculares (figura 2), a las que se atribuye más de 50% de la diferencia en la esperanza de vida observada en esos países (WHO Regional Office for Europe, 1994a).

Esta desigualdad entre un país y otro puede deberse en parte a su diferente grado de desarrollo, ya que los países desarrollados suelen tener una mayor carga de enfermedades crónicas —especialmente de origen cardiovascular—, mientras que los países en desarrollo presentan una mayor incidencia de enfermedades infecciosas, como la enfermedad reumática del corazón (Farquhar, 1982). La peor situación se produce, sin embargo,

durante la transición epidemiológica entre estas dos etapas. Por ejemplo, Indonesia está en una fase de desarrollo caracterizada por la convergencia de dos problemas importantes: el país ha presenciado recientemente un incremento notable de cardiopatía coronaria y accidentes cerebrovasculares, pero a la vez siguen existiendo los problemas producidos por las enfermedades transmisibles.

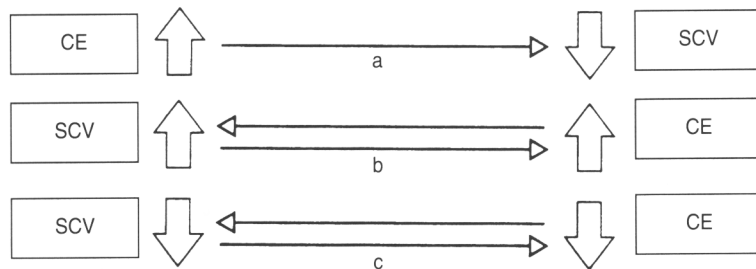
La última forma de desigualdad, y quizá la más grave de las tres, se refiere a diferencias en la capacidad de los países para hacer frente a las enfermedades cardiovasculares, y especialmente en los recursos disponibles y conocimientos necesarios para no repetir los errores cometidos por los países desarrollados.

Salud, economía y políticas

En general se acepta que un buen estado de salud mejora la productividad de una población y disminuye el gasto improductivo de los escasos recursos sociales; en cambio, un estado de salud deficiente tiene efectos adversos sobre la productividad y acrecienta el gasto de recursos. Pero no todos coinciden en creer que gastar en la salud sea necesario o que la buena salud aporte beneficios económicos importantes (figura 3).

La figura 3a ilustra la situación que comúnmente se presenta en una población a los pocos años de haber experimentado un crecimiento económico. El mejoramiento general de las condiciones de vida y el logro de un acceso, al menos limitado, a los servicios de salud pueden traducirse en una enorme reducción de las enfermedades transmisibles. Pero cuando una población fuma más, adopta una vida sedentaria y consume más grasas saturadas, la salud cardiovascular sufre un deterioro. Además, los beneficios aportados en un inicio por el desarrollo económico quedan anulados por el costo de la creciente morbilidad por trastornos cardiovasculares y otras afecciones crónicas, como la diabetes, ciertas enfermedades pulmonares y el cáncer de pulmón.

FIGURA 3. Salud cardiovascular (SCV) y crecimiento económico (CE)



^a Las fases iniciales del crecimiento económico se acompañan de un deterioro de la salud cardiovascular (países en desarrollo).

^b La inversión en la salud cardiovascular contribuye al crecimiento económico (países industrializados con economías de mercado).

^c La falta de inversión en la salud cardiovascular aumenta el gasto en atención de salud y menoscaba el crecimiento económico (países industrializados en transición hacia economías de mercado).

Hace décadas, cuando había pocos conocimientos científicos sobre la prevención de las enfermedades cardiovasculares, parecía inevitable que la epidemia se agravara como consecuencia del desarrollo económico. Hoy en día, sin embargo, las medidas preventivas se conocen bien y su aplicación no exige el uso de tecnologías avanzadas. La aceptación pasiva de las prácticas populares en épocas anteriores llevará a una tragedia innecesaria en términos humanos y económicos.

En la figura 3b se ilustra lo que puede suceder cuando en un país desarrollado se han alcanzado tasas elevadas de enfermedades cardiovasculares, como sucedió en muchos países en los años sesenta. Gracias a la aplicación de políticas sanitarias adecuadas y a la inversión de recursos, países como Australia, Canadá y Estados Unidos han conseguido reducir notablemente la mortalidad por enfermedades cardiovasculares (Rose, 1989) y con ello liberar recursos que pueden contribuir al desarrollo económico.

Lamentablemente, ciertos factores económicos también pueden tener el efecto contrario, como ha sucedido en los países de Europa Central y Oriental y en los estados recientemente creados en Asia Central. Cuando los cambios sociales acelerados que han tenido lugar, entre ellos el aumento del consumo de grasas saturadas y del tabaquismo, se suman al deterioro económico y al acceso desigual a los servicios sanitarios, dichos cambios contribuyen a empeorar la situación de salud. En

muchos de estos países no se adoptan políticas sanitarias y la inversión en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades suele ser muy reducida, en el mejor de los casos.

La figura 3c ilustra lo que puede llegar a suceder si no se invierten recursos suficientes en la prevención de las enfermedades cardiovasculares o si se pone fin a la inversión. La salud cardiovascular empeora y, al reducirse simultáneamente la productividad y aumentar la demanda de servicios de salud, se producirá un efecto adverso sobre las condiciones económicas.

El informe sobre el desarrollo mundial de 1993, titulado *Invertir en salud* (Jamison, 1993), describe claramente muchos de los conceptos que explican estas relaciones y presenta datos adicionales que respaldan la premisa central de esta *Declaración* (presentada en la figura 3) en torno a las enfermedades crónicas en los países en desarrollo. En él se afirma, por ejemplo, que cuando se fomenta la atención primaria y se adoptan medidas para mejorar la escolaridad y el ingreso familiar, no solo se evita la desviación de fondos hacia la atención secundaria y terciaria, sino que se impulsa el desarrollo económico y se estimula la aplicación de políticas sociales que llevan a un aumento de los ingresos familiares. En *Invertir en salud* también se resalta la importancia de considerar la efectividad en función del costo a la hora de elegir intervenciones clínicas y preventivas y de llevar a cabo estudios encaminados a idear intervenciones

adecuadas para diferentes contextos socioeconómicos.

El concepto es sencillo: los fondos ahorrados cuando se suprimen gastos innecesarios relacionados con las enfermedades cardiovasculares podrían destinarse más provechosamente al desarrollo general de todos los países. La reducción de los costos innecesarios ayudará a aminorar las desigualdades entre países y dentro de cada país y a evitarlas en el futuro. Estos conceptos se examinaron en la *Declaración de Victoria*:

Muchas enfermedades cardiovasculares pueden prevenirse. Poseemos los conocimientos científicos necesarios para crear un mundo prácticamente libre de cardiopatía coronaria y de accidentes cerebrovasculares (p. 3)

Incluso reducciones mínimas de los principales factores de riesgo pueden tener un gran impacto sobre la mortalidad y morbilidad. Por ejemplo, una reducción de 1% de la concentración media de colesterol de toda la población o una disminución de 1 mm Hg de la tensión arterial diastólica media puede hacer que disminuya de 2 a 3% el riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular. Por otro lado, las personas que abandonan el hábito de fumar pueden reducir en 50% o más su riesgo de sufrir un ataque al corazón.

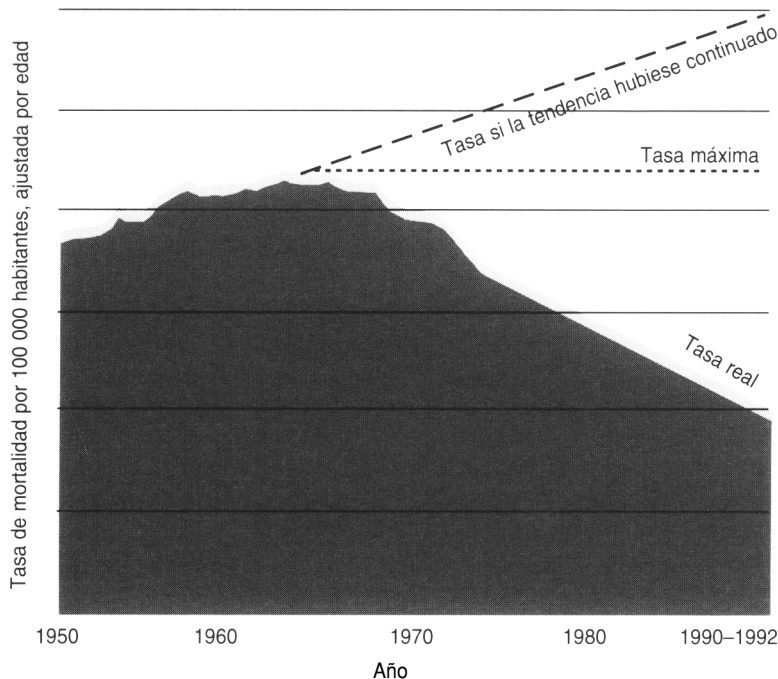
En los Estados Unidos estas medidas han ayudado a salvar muchas vidas. La puesta en marcha simultánea de distintas estrategias de salud pública —entre otras, el monitoreo del problema en la población y la educación y movilización de los profesionales de la salud pública— ha producido reducciones marcadas de la mayor parte de los factores de riesgo, y estas han contribuido notablemente a la disminución de la mortalidad por cardiopatía coronaria que se ha observado en los últimos 30 años (figura 4).

CAPÍTULO 2

LOS ACTIVOS

En este capítulo se analiza en su sentido práctico el concepto de inversión en la salud. ¿Qué activos existen

FIGURA 4. Tasas observadas y proyectadas de mortalidad por cardiopatía coronaria. Estados Unidos, 1950 a 1992



Fuente: U.S. Public Health Service, 1994.

actualmente en términos de políticas sanitarias y recursos humanos y cuáles son los métodos o medios disponibles para intervenir (invertir) en la salud cardiovascular? ¿Qué aplicación tiene la inversión en el marco específico de las políticas destinadas a promover la salud y prevenir las enfermedades? ¿Cómo pueden los países asignar de la manera más provechosa los recursos sociales disponibles —siempre escasos— para la promoción de la salud?

A la hora de acoplar los medios a los fines, corresponde a las autoridades electas y a menudo a las no electas, como son los científicos del campo de la medicina, la tarea de definir las prioridades y adjudicar los recursos, y no a la población cuya salud se busca mejorar. Se sabe que estos funcionarios suelen destinar más fondos a la investigación básica y a la medicina asistencial que a los servicios preventivos.

Uno de los objetivos de la *Declaración de Cataluña* es proporcionar a las personas dedicadas a todos los niveles de prevención de las enfermedades cardiovasculares la confianza necesaria

para que busquen recursos y formulen sus propias políticas. En algunos casos se puede lograr la asignación de recursos por las autoridades u otras entidades dotadas de los medios para financiar los programas, si se demuestra ante ellas que dichos programas son efectivos en función del costo. En otros casos, la propia población puede generar el apoyo necesario, sin contar con recursos provenientes de niveles superiores, por medio de la programación y ejecución de políticas en la comunidad, los lugares de trabajo y las escuelas.

Quienes participen en actividades de prevención han de tener en cuenta los activos disponibles y conocer su propio potencial, para sobre esa base decidir la mejor manera de establecer prioridades. En este capítulo se analizan los siguientes activos:

- los extensos conocimientos que existen sobre la prevención de las enfermedades cardiovasculares;
- la infraestructura que permite poner en práctica esos conocimientos;

- las alianzas y coaliciones existentes o las que se pueden establecer;
- las políticas de salud pública aplicables.

El conocimiento científico como activo

El activo más subestimado en el área de la salud cardiovascular es quizá el conocimiento acumulado durante largas décadas de investigación y experiencia. Actualmente *se sabe* cómo prevenir el desarrollo de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares (como la hipertensión arterial y la dislipemia). *Se conocen* las medidas para prevenir no solo un primer ataque al corazón o accidente cerebrovascular, sino también una gran proporción de los episodios recurrentes en individuos que sobreviven el primero. *Se sabe*, asimismo, cómo aplicar los frutos de esos conocimientos para beneficio de poblaciones enteras. Como se afirmara en la *Declaración de Victoria*, si estos conocimientos se aplicaran en todo el mundo,

... las prácticas preventivas se convertirían en hábitos en etapa temprana de la vida de forma natural. Toda persona tendría acceso a una vida sana, un ambiente libre de humo, buena nutrición, actividad física regular, y ambientes domésticos y laborales favorables (p. 3)

En la propia *Declaración de Victoria* se recopilaron los conocimientos acumulados durante décadas mediante estudios en millones de personas y en muy variadas situaciones. Aun los estudios que no han dado buenos resultados han aportado valiosas lecciones y enriquecido el campo de la promoción de la salud y de la prevención de las enfermedades.

La infraestructura como activo

Algunos grupos pueden sentirse desalentados a la hora de emprender programas para la prevención de la cardiopatía coronaria porque consideran que la infraestructura de su país,

región o comunidad es inadecuada. De hecho, en muchas partes del mundo la infraestructura es insuficiente para apoyar iniciativas de prevención organizadas en el ámbito de la atención primaria, o para lanzar campañas complejas diseñadas según los postulados clásicos para proyectos de investigación basados en intervenciones comunitarias. A diferencia de algunos de los países más desarrollados, los que aún se encuentran en fase temprana de desarrollo pueden abrigar dudas sobre el alcance de sus sistemas de información pública y el nivel de alfabetización de sus poblaciones, o sobre la complejidad de sus sistemas de educación o de salud y la capacidad de los mismos para movilizar los recursos de organizaciones en otros sectores.

En muchos casos, sin embargo, diversos elementos de una infraestructura que parecen inexistentes pueden ser identificados y activados. Casi todas las sociedades disponen de servicios que pueden ser componentes infraestructurales. Un país que dispone de un sistema de atención primaria o de centros de salud comunitaria que operan adecuadamente posee una infraestructura; las unidades sanitarias o los servicios comunitarios de un hospital pueden servir de base para organizar a las comunidades en torno a objetivos concretos de salud o para llevar a cabo programas educativos o actividades de consejería y servicios colectivos que sirvan de apoyo a la atención primaria. Si ya se han obtenido buenos resultados con programas de planificación familiar o de inmunización, puede que ello también genere confianza en el éxito de las campañas para la prevención de las enfermedades cardiovasculares. Las escuelas, organizaciones asistenciales de voluntarios, iglesias, asociaciones de profesionales y lugares de trabajo forman parte de la infraestructura de una comunidad y han de considerarse recursos aprovechables que pueden ser movilizados o servir para catalizar la movilización de otros recursos.

En vista de su posible utilidad para la promoción de la salud comunitaria, cabe resaltar la creciente disponibilidad de instalaciones deportivas públicas y

privadas, cuyo personal a menudo se compone de expertos en el monitoreo del ejercicio y de maestros que conocen los beneficios de la actividad física para la salud. Ellos pueden, a su vez, instruir a la comunidad. Si a personas de todas las edades deseosas de practicar un ejercicio no competitivo en su tiempo libre se les recomienda que usen estas instalaciones, se fomenta el inicio de una actividad sana que a menudo conduce a otros hábitos importantes. De hecho, las personas que hacen ejercicio con regularidad suelen fumar menos, observar una dieta más equilibrada y manejar mejor el estrés.

No obstante todo lo antedicho, ni las instalaciones e instituciones más avanzadas del mundo conseguirán mejorar la salud cardiovascular de una comunidad si no disponen de personal debidamente dispuesto y capacitado. Como se señalara en la *Declaración de Victoria*, con frecuencia se torna necesario desarrollar un "nuevo estilo de trabajo" en capacitación para enseñar al personal a desempeñar las funciones que se necesitan. La infraestructura se

verá enriquecida a medida que los centros formadores de profesionales de la salud capaciten a personas en la provisión de programas preventivos y educativos que sean efectivos en función de su costo. Para lograr este objetivo, será necesario incluir en el currículo los nuevos métodos de promoción de la salud, tales como el mercadeo social y las técnicas de organización comunitaria (Farquhar, et al., 1991).

En lo que respecta a infraestructura, las personas constituyen el recurso más valioso. Una barraca puede proveer una infraestructura adecuada si está en manos de personas dedicadas y capacitadas para convertirla en un centro docente o de atención de salud. El aprendizaje no tiene que ser formal. En el nivel comunitario, individuos relativamente poco preparados pueden resultar más efectivos (por ser los líderes "naturales" de la opinión pública) que los que han tenido una larga formación. Por ejemplo, un proyecto de demostración en una comunidad determinada puede inspirar a los líderes de opinión de una comunidad

RECUADRO 1. Programa de intervención comunitaria de Pawtucket, Rhode Island

El Programa de Salud Cardiovascular de Pawtucket (*Pawtucket Heart Health Program*, PHHP), establecido en el estado de Rhode Island, Estados Unidos, se inició en 1980 con el objetivo de modificar los patrones de comportamiento de la población y de tratar de prevenir y controlar las enfermedades cardiovasculares. El programa se originó en el hospital comunitario tras la decisión de la junta directiva de luchar activamente por reducir la alta tasa de enfermedades cardiovasculares observada en la ciudad. Como paso inicial se contrató a un director experto en medicina preventiva para que ayudara a diseñar los programas preventivos del PHHP, que se destinaron a toda la población. El PHHP se creó con el propósito de limitar el costo del programa de reducción de riesgos mediante la eliminación de consultas individuales entre profesionales y usuarios y la incorporación de actividades educativas y asistenciales dentro de la estructura comunitaria ya establecida. Para llevar a cabo el plan, el programa aprovechó los recursos comunitarios existentes: organizaciones sociales, gobierno local, bibliotecas, escuelas públicas y privadas, universidades, organizaciones religiosas, medios de comunicación en masa, y comercios, supermercados, abarroterías pequeñas, restaurantes y centros médicos de la localidad. Además, el Departamento de Parques y Recreación diseñó senderos para actividades de beneficio para la salud cardiovascular y remodeló una pista con una longitud de un cuarto de milla.

Los voluntarios constituyeron el recurso más importante del programa de Pawtucket. Durante 7 años, más de 3 600 habitantes de la comunidad y sus zonas circundantes ofrecieron voluntariamente sus servicios, contribuyendo con un mínimo de 200 000 horas de dedicación al proyecto. Cuarenta por ciento de los habitantes (42 000) y más de 500 organizaciones de la comunidad estudiada participaron en los programas orientados a conseguir cambios de conducta. Los estudios efectuados como parte del PHHP demuestran que prácticamente cualquier grupo comunitario puede participar en actividades de prevención primaria y que las iniciativas emprendidas, cuando ya han cobrado ímpetu, pueden servir de modelo para su aplicación en otras áreas.

Fuente: T. Lasater, et al., 1984.

cercana a montar un programa similar. El programa de intervención de Pawtucket (recuadro 1) ilustra cómo un pequeño grupo de líderes motivados puede reunir a voluntarios de la comunidad y cómo estos pueden, a su vez, poner en marcha el programa y extenderlo a otros destinatarios.

Las alianzas como activos

Si dispone de alianzas, ninguna comunidad carece de los medios necesarios para crear programas eficaces de salud cardiovascular. Independientemente del sistema de gobierno local y nacional, en cualquier país, comunidad o zona rural se encuentran organizaciones de distinto tipo —escuelas, lugares de trabajo, instituciones religiosas, clubes sociales y deportivos, centros de recreo y una variedad de hospitales, clínicas, agencias asistenciales de voluntarios y unidades de salud pública— que, junto con otras organizaciones, pueden tomar parte en el desarrollo de alianzas en pro de la salud cardiovascular.

Por escasos que sean los recursos de una organización o unidad administrativa, las alianzas con otras entidades pueden, mediante redes informales o coaliciones oficiales, ampliar los recursos y dar a cualquier tarea mucho más ímpetu del que tendría si la organización obrara aisladamente. El campo de la salud cardiovascular ha sido uno de los primeros en usar alianzas como vehículos para llevar a cabo actividades integradas para la prevención de las enfermedades no transmisibles. En el Canadá, estas alianzas han servido para crear toda una red nacional dedicada a fomentar la salud cardiovascular (recuadro 2).

Las políticas públicas y de salud como activos

Según la OMS, una política es sencillamente un consenso sobre las medidas que deben adoptarse para hacer frente a un problema determinado (WHO Regional Office for Europe, 1994b). Nadie niega que establecer una

RECUADRO 2. Iniciativa canadiense en pro de la salud cardiovascular

En 1987, un grupo de trabajo del gobierno federal viajó por todo el Canadá en cumplimiento del mandato de idear una estrategia nacional para la prevención de las enfermedades cardiovasculares. El grupo recomendó que dichas enfermedades fueran tratadas como problema de salud pública y creó la Iniciativa Canadiense de Salud Cardiovascular (*Canadian Heart Health Initiative*, CHHI). Asimismo, recomendó que los ministerios provinciales de salud pública dieran prioridad a las intervenciones preventivas mediante encuestas basales sobre factores de riesgo y la implementación de programas de demostración en la comunidad.

El Departamento Federal de Salud proporcionó el apoyo técnico y los fondos necesarios para llevar a cabo encuestas y demostraciones. Un diario de Nueva Escocia publicó los resultados de la encuesta basal, según los cuales dos de cada tres adultos tenían uno o más de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Esta cobertura por los medios de comunicación despertó el interés del público por el problema y confirmó que la estrategia de salud pública era necesaria.

Durante los 15 años que han transcurrido desde el inicio de la CHHI se ha creado una red nacional de iniciativas de salud pública. Los principales investigadores, que pertenecen al departamento de salud de cada provincia, y grupos de evaluación afiliados con universidades son ahora los responsables de desarrollar una base de datos nacional sobre factores de riesgo, de establecer alianzas entre provincias, y de llevar a cabo y evaluar proyectos de demostración en la comunidad. La CHHI vincula al Departamento Federal de Salud con los 10 departamentos de salud provinciales y con las comunidades en que se llevan a cabo dichos proyectos. Por consiguiente, aproximadamente 300 organizaciones públicas, voluntarias, profesionales y del sector privado están trabajando conjuntamente.

La gestión de la CHHI cuenta con organismos, redes y coaliciones dedicadas a asegurar la aplicación de la política en torno a la salud cardiovascular (que está inspirada en los lineamientos de la *Declaración de Victoria*). Los proyectos de demostración ya han comenzado a difundir los programas de intervención en todo el país.

Fuente: Health and Welfare Canada, 1992.

política puede requerir tiempo y esfuerzo, pero de ser buena, independientemente de su sencillez o complejidad, sus beneficios justificarán el tiempo y esfuerzo invertidos.

De los documentos sobre políticas de salud que existen actualmente, muchos han sido elaborados durante los últimos 20 años bajo la dirección de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por asociaciones científicas, organismos de asistencia y los ministerios de salud de distintos países. Estos documentos pueden usarse para dar a diversos grupos nacionales, regionales o locales un rumbo bien definido que a su vez los ayude a generar el compromiso de otros grupos y a obtener ayuda política y financiera a largo plazo. Por ejemplo, un informe de un Comité de Expertos de la OMS titulado *Prevención de la cardiopatía coronaria* (1982); el documento de trabajo canadiense *A new perspective on the health of Canadians* (Lalonde, 1974); y el planteamiento de los objetivos sanitarios de los Estados Unidos en *Healthy*

People 2000 (U.S. Public Health Service, 1991, 1995) han tenido una influencia decisiva sobre la definición de las políticas públicas. La propia *Declaración de Victoria* provee un marco político importante que puede adaptarse y aplicarse libremente en cualquier parte del mundo. A manera de ejemplo puede citarse un plan recientemente elaborado en los Estados Unidos para reducir la frecuencia de enfermedades cardiovasculares en los 50 estados (recuadro 3).

En ciertos casos, las políticas establecidas por sectores ajenos al de la salud pueden ser tan útiles como las políticas de este sector. Puede ser importante, por ejemplo, tratar de modificar las políticas vigentes sobre agricultura y tabaco, impuestos, educación sanitaria escolar, comercio y regulación de alimentos (un buen ejemplo es la participación del gobierno en la promoción de la dieta mediterránea en varios países de Europa). A veces es necesario adoptar nuevas políticas con respecto a la pobreza, la falta de educación y la

RECUADRO 3. Plan de acción en el ámbito estatal

En los Estados Unidos, las entidades que están a la cabeza de la prevención de las enfermedades crónicas, de la promoción de la salud y de la nutrición en los gobiernos de los 50 estados han creado juntos un plan estatal para el control de las enfermedades cardiovasculares. Impulsados por el llamado a la acción que se hiciera en la Primera Conferencia Internacional sobre la Salud Cardiovascular, celebrada en 1994 en Victoria, Columbia Británica, Canadá, estos líderes estatales han colaborado con numerosas organizaciones nacionales en la producción del plan denominado "La prevención de la muerte y discapacidad por enfermedades cardiovasculares: plan de acción estatal". Este plan, que dibuja la estructura básica de las funciones esenciales de los programas estatales de prevención y control de enfermedades cardiovasculares, hace hincapié en las estrategias poblacionales, particularmente las que se dirigen a poblaciones subatendidas.

El plan no pretende ser prescriptivo; más bien, delega el poder a los estados al abogar por la flexibilidad en la conducción general de las actividades de prevención y control. El plan también discute la función de otros socios clave, tales como organismos federales y estatales y organizaciones nacionales comunitarias y de miembros voluntarios. Estos grupos pueden desempeñar un papel fundamental en la estimulación y apoyo de actividades para la prevención y control de las enfermedades cardiovasculares.

Fuente: Association of State and Territorial Health Officers, 1994.

RECUADRO 4. Intervención nacional en Portugal

Un programa de salud portugués patrocinado por la OMS se limitaba en un principio a una zona del país, pero posteriormente el Ministerio de Salud empezó a interesarse en los resultados y decidió extenderlo a todo Portugal. Desde entonces, los territorios autónomos de Madeira y las Islas Azores se han unido al proyecto.

Se creó una red de profesionales de salud con la participación de profesores universitarios especializados en cardiología, oncología, nutrición, reumatología, oftalmología, epidemiología y otros campos. Estos expertos tomaron parte decisiva en la dirección del programa y participaron en el consejo coordinador y comité directivo. Con objeto de reforzar el enfoque multidisciplinario, el Director General de Salud Pública y el Director del Instituto de Cardiología Preventiva fueron designados codirectores del programa.

El enfoque intersectorial constituyó el eje central del programa; organizaciones gubernamentales, educativas y administrativas, los medios de comunicación y la comunidad tomaron parte en la iniciativa. En este contexto, los escolares compiten por montar las mejores representaciones teatrales y carteles sobre la salud; los semanarios y estaciones locales de televisión difunden mensajes sobre el tema; los restaurantes y abastecedores de alimentos a domicilio se esfuerzan por mejorar la calidad nutricional de sus productos, mientras que los ministerios del trabajo y de la seguridad social proporcionan el financiamiento.

Fuente: F. de Padua, comunicación personal, 1995.

La comunidad científica como activo

Como ilustran muchos de los ejemplos que contiene este documento, científicos de varias disciplinas —medicina académica, salud pública, quinesiología, ciencias de la conducta, sociología, educación y ciencias de la comunicación— se han destacado como formuladores o diseñadores de proyectos comunitarios o han participado en aspectos particulares de los mismos (por ejemplo, la selección de mensajes sobre la salud cardiovascular para la comunidad profesional o el público, o la evaluación de la efectividad de una campaña). El alcance científico de cada disciplina es aun mayor gracias a que los científicos han examinado todo el cuerpo de conocimientos disponible y resumido las medidas que de ellos se desprenden.

En conclusión, la comunidad de científicos afiliados a universidades, centros de investigación o asociaciones de profesionales constituye un activo importante para los grupos ciudadanos, como ilustra un programa de intervención nacional contra las enfermedades no transmisibles que se ha llevado a cabo en Portugal (recuadro 4). A medida que movilizan a la comunidad, dichos grupos pueden actuar con el respaldo de los conocimientos, la aprobación y la colaboración de los profesionales de la salud con experiencia en este campo.

CAPÍTULO 3

EL USO DE LOS ACTIVOS DISPONIBLES

En este capítulo se examinan algunos aspectos de los activos descritos en el capítulo 2 y el uso que se les puede dar.

No siempre es necesario comenzar un proyecto desde el principio. En muchos países se han planificado, establecido, evaluado y documentado centenares o incluso miles de programas y campañas exitosos. Se aprende de los ejemplos que han dado resultado y la *Declaración de Cataluña* recoge muchos de ellos. Cabe advertir que los

participación social de las mujeres. La población puede adoptar estilos de vida saludables y reducir la prevalencia de los factores de riesgo en la sociedad solo cuando se han abordado estos problemas desde una perspectiva de políticas de salud.

Huelga decir que las políticas son un reflejo de la calidad de los individuos que las llevan a cabo. Si no se aplica,

una política carece de utilidad; solo surten efecto las políticas que se traducen en acción. Al principio hacen falta mucha insistencia y poder de persuasión para que una política determinada se lleve a la práctica. Pero una vez que ello ha ocurrido, la política puede adquirir vida propia y servir para catalizar acciones que se extienden mucho más allá de su propósito original.

estudios de caso que aquí se incluyen no son exhaustivos; existen muchos otros ejemplos excelentes en el mundo.

La utilización de los activos pertenecientes a organizaciones, redes y programas internacionales

Por medio de sus oficinas regionales, la OMS puede fortalecer por muchos medios las campañas para el fomento de la salud. Lo mismo se aplica a otras organizaciones de profesionales y organismos internacionales de asistencia voluntaria, como la *European Heart Network*, la Asociación Americana del Corazón, la Sociedad y Federación Internacional de Cardiología, la Red Francófona para la Salud Cardiovascular y la Unión de Sociedades de Cardiología de América del Sur. Como se señalara en la *Declaración de Victoria*, todas estas organizaciones pueden aportar el liderazgo necesario para incidir en las políticas de países individuales mediante el uso de métodos de persuasión y el desarrollo de proyectos de demostración cuyo éxito los haga dignos de emulación en todo el mundo.

Un ejemplo de esa colaboración internacional es el Proyecto Multinacional para la Vigilancia de Tendencias y Factores Determinantes de las Enfermedades Cardiovasculares (*Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease*, más conocido por sus siglas en inglés, MONICA), que se inició en 1984 y que desde entonces se ha aplicado en varios países. Este mandato de la OMS ha proporcionado por primera vez información confiable sobre los factores de riesgo y patrones de morbilidad y mortalidad asociados con las enfermedades cardiovasculares (junto con sus tendencias en las últimas décadas) en países de las diferentes regiones de la OMS. El proyecto MONICA ha servido para la formación de muchos epidemiólogos en diversos países y para dar apoyo a los grupos de epidemiólogos ya establecidos en ellos. Asimismo, ha llevado a muchos países a redoblar sus esfuerzos para prevenir las enfermedades cardiovasculares, ya que sus resultados han revelado patrones de

morbilidad ignorados previamente. La información también se puede aprovechar para evaluar los programas preventivos y monitorear los avances obtenidos (Tunstall-Pedoe, et al., 1994).

Una segunda iniciativa internacional es el programa *InterHealth*, establecido por la OMS en 1987. Este programa (recuadro 5) ha generado en 13 países de distintas regiones del mundo proyectos de demostración de intervenciones contra las enfermedades cardiovasculares.

Un tercer ejemplo de una campaña internacional está dado por el pro-

grama de Intervención Integrada de Alcance Nacional contra las Enfermedades No Transmisibles (*Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention*, CINDI). Este programa de la OMS (recuadro 6) se lleva a cabo en la Región de Europa y tiene su sede en Copenhage. Al igual que *InterHealth*, el programa CINDI tiene proyectos de demostración de intervenciones para prevenir las enfermedades crónicas, especialmente las de origen cardiovascular. Actualmente, estos proyectos están en marcha en países europeos y en el Canadá.

RECUADRO 5. Programa *InterHealth*

En 1987 la OMS en Ginebra, aprovechando la gran cantidad de conocimientos teóricos que existían en aquel momento, inició este importante y exitoso programa comunitario como iniciativa integral para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. *InterHealth*, que es de alcance mundial y se orienta hacia la acción, ya tiene la participación de 13 países y 16 zonas de demostración. Su función más importante es proporcionar asistencia técnica a los países en desarrollo mediante proyectos de demostración en un grupo selecto de países, la creación de modelos y proyecciones, y actividades de educación, capacitación e investigación. El proyecto orienta a sus Estados Miembros en la provisión en la comunidad de una serie de actividades de prevención y promoción de la salud. El desarrollo del programa está auspiciado por los centros colaboradores de la OMS en Australia, Estados Unidos, Finlandia y Reino Unido.

Un dato importante que ha puesto de manifiesto el proyecto *InterHealth* sugiere que el consumo de grasa de origen animal está aumentando en todos los países en desarrollo y que en ellos las prevalencias de los factores de riesgo y de los episodios de enfermedad se aproximan a los que había en décadas previas en los países desarrollados. *InterHealth* ha logrado, entre otras cosas, reunir abundantes pruebas de que los programas de intervención integrales de tipo comunitario pueden disminuir tanto los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares como la mortalidad por enfermedades no transmisibles.

Fuente: N. Khaltaev, comunicación personal, 1995; X. Berrios, et al., 1995.

RECUADRO 6. Intervención Integrada de Alcance Nacional contra las Enfermedades No Transmisibles

Con el auspicio de la OMS, en 1984 varios países europeos crearon un programa basado en una red de colaboradores conocida por Intervención Integrada de Alcance Nacional contra las Enfermedades No Transmisibles (*Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention*, CINDI). Hasta ahora, el programa se compone de una red de 23 países en la Región de Europa y Canadá. El programa CINDI también ha preparado un esquema para la formulación de políticas sobre la prevención de las enfermedades no transmisibles, ha elaborado directrices sobre el papel de la prevención en la atención primaria, ha diseñado un sistema de información y evaluación de carácter científico, y ha publicado el Plan de Acción CINDI-*Eurohealth*.

Con estas herramientas, el programa CINDI ofrece a los países participantes un foro para compartir experiencias en materia de prevención y de promoción de la salud. El enfoque integral fomentado por el programa CINDI aprovecha la infraestructura sanitaria existente y busca hacer frente a los principales factores de riesgo que afectan a los diferentes grupos de población.

Fuente: WHO, 1993; I. Glasunov, comunicación personal, 1995; S. Stachenko, et al., 1995.

Un cuarto ejemplo de un programa internacional es la Red China Internacional para la Salud Cardiovascular (recuadro 7). Otro es el proyecto INTERSALT, estudio en que han participado 21 países y que ha contribuido de manera importante a las bases científicas de las políticas de salud pública dirigidas al control de la hipertensión (INTERSALT Cooperative Research Group, 1988; Stamler, et al., 1989).

La colaboración en el ámbito regional

Algunos países obtienen grandes beneficios cuando se llevan a cabo iniciativas de colaboración de alcance regional. Con el fin de apoyar los objetivos de igualdad en salud y de salud para todos de la OMS, los países que participan en el programa CINDI están desarrollando un plan de colaboración con los países de Europa Central y Oriental y con los nuevos estados independientes.

Otra organización regional —el Comité Latinoamericano Coordinador del Control del Tabaquismo— fue creada recientemente en América Latina (recuadro 8). Esta región es responsabilidad de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), organismo que representa a la OMS en las Américas y que, junto con muchas otras organizaciones latinoamericanas, apoya al Comité Latinoamericano Coordinador del Control del Tabaquismo.

La utilización de los activos pertenecientes a organizaciones nacionales

En el ámbito nacional, las políticas son más eficaces cuando propician una unión, con fines de colaboración, entre coaliciones integradas por los ministerios de salud, educación, trabajo, agricultura y comercio. Estas políticas, cuya prioridad es proteger la salud de la población, tienen que definirse en los niveles superiores del gobierno si se ha de lograr una buena cooperación entre distintos sectores y combinar sus recursos.

¿Cuál es el proceso que conduce a este tipo de acción gubernamental y, por ende, a una colaboración fructífera? En muchos casos, el factor que estimula inicialmente el compromiso

del gobierno nacional es un llamado a la acción por el sector de la salud pública y diversas organizaciones de profesionales de carácter nacional e internacional.

RECUADRO 7. Red China Internacional para la Salud Cardiovascular

La Red China Internacional para la Salud Cardiovascular (ICHHN) fue creada en 1994 en Vancouver, Columbia Británica, Canadá, como parte de un esfuerzo por lograr la mutua colaboración de agencias gubernamentales, profesionales y de voluntarios en iniciativas de salud cardiovascular destinadas a comunidades étnicas en la China. Representantes de este país y de Canadá, Estados Unidos, Hong Kong, Malasia, Singapur, Reino Unido y Taiwán están tratando de 1) compartir y diseminar información sobre la salud cardiovascular, 2) mejorar los conocimientos y habilidades del personal dedicado a la salud cardiovascular, 3) fomentar y promover la investigación en este campo, y 4) colaborar con otras organizaciones con intereses en común.

La red se organizó por iniciativa de un grupo de individuos pertenecientes a la Fundación del Corazón y de Accidentes Cerebrovasculares de Columbia Británica y del Yukón que consiguieron el apoyo de un eminente grupo de canadienses de ascendencia china, y más tarde el de los representantes de los países ya citados. El estímulo para la formación de la red provino de ideas expresadas en la *Declaración de Victoria* (1992). La ICHHN apoyó enteramente los conceptos expuestos en el documento y recomienda que los gobiernos, las organizaciones de salud pública y las agencias privadas hagan cumplir sus políticas. Con este fin, la ICHHN ha patrocinado simposios, en colaboración con el Congreso Científico de la Escuela de Cardiología de Hong Kong, destinados a tratar de implementar la *Declaración de Victoria* en la Región del Pacífico Asiático. La ICHHN también ayudará a sus colegas en Singapur a planificar la Tercera Conferencia Internacional sobre la Salud Cardiovascular, que se celebrará en ese país en 1998.

Fuente: K. Ng, comunicación personal, 1995.

RECUADRO 8. Comité Latinoamericano Coordinador del Control del Tabaquismo

Es muy grato observar cómo una reunión internacional puede estimular acciones en el territorio donde se celebra. El Comité Latinoamericano Coordinador del Control del Tabaquismo (CLACCTA) constituye un excelente ejemplo de una ventajosa secuela a una reunión científica y, a la vez, de una coalición regional extremadamente productiva. La idea de crear este Comité surgió en 1983 durante la Conferencia sobre Salud y Tabaquismo que tuvo lugar en Buenos Aires. Al año siguiente, varios países latinoamericanos se reunieron en Panamá para discutir la creación del CLACCTA y en 1985 se celebró su primera reunión oficial. Profesionales de la salud de Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela se han unido en la lucha contra el tabaquismo. El Comité ha incorporado a otros miembros de organismos internacionales, como la Organización Panamericana de la Salud y la OMS, así como a otros grupos regionales, entre ellos la Asociación Latinoamericana de Mujeres para el Control del Tabaquismo.

Como consecuencia de su participación en este Comité, muchos países latinoamericanos han estado luchando por aprobar reglamentos para el control del hábito de fumar. He aquí algunos ejemplos:

- En 1994 el Ecuador prohibió fumar en lugares públicos cerrados, como teatros, oficinas, salas de espera y ascensores.
- El Consejo Médico Nacional del Colegio de Médicos de Bolivia prohibió fumar en sus salas de conferencias y oficinas en manifestación de apoyo al Día Mundial Sin Tabaco, cuyo lema fue "Los servicios de salud: puerta de acceso a un mundo sin tabaco".
- Panamá ha aprobado leyes que prohíben fumar en oficinas y transportes públicos, teatros, restaurantes, hospitales y farmacias, y también ha dictado reglamentos sobre la promoción del cigarrillo.

Fuente: "Latinoamérica se moviliza frente al tabaquismo", 1994.

RECUADRO 9. Programa nacional de Túnez para el control de las enfermedades cardiovasculares

Durante los 30 años que han transcurrido desde la independencia, en Túnez se han producido cambios importantes en la infraestructura sanitaria, tal como lo demuestran sus indicadores de desarrollo socioeconómico. Hace 30 años, el sistema de salud estaba orientado fundamentalmente hacia las enfermedades infecciosas. Fue la época en que se logró mejorar las condiciones de higiene y las tasas de vacunación. Desde entonces, el nivel de vida y la escolaridad han mejorado y el país se encuentra en un período de transición en cuanto a sus necesidades en atención de salud. Hoy en día el sistema sanitario tiene que hacer frente a las enfermedades infecciosas y también a las enfermedades crónicas, cuya importancia está demostrada por el aumento de la hipertensión y la diabetes.

Conscientes del peligro que representaba para la salud de sus habitantes la creciente incidencia de enfermedades crónicas, en 1988 las autoridades de Túnez decidieron establecer un programa nacional para el control de dichas enfermedades. Funcionarios de la salud pública se reunieron con médicos de atención primaria, profesores universitarios, enfermeras y otros profesionales de la salud para examinar la tendencia observada y crear un comité de acción. La Comisión de Enfermedades Crónicas se organizó en 1992 y empezó a trabajar en el programa con la intención de aplicarlo inicialmente en algunos lugares y más tarde en todo el país.

En su primera fase el programa estandarizará la identificación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las enfermedades crónicas en el ámbito de la atención primaria. En la segunda, realizará campañas educativas a gran escala en las escuelas y por los medios de comunicación para contrarrestar la adopción de estilos de vida que fomenten la aparición de enfermedades cardiovasculares.

Fuente: H. Ghannem, et al., 1992; Ministère de la Santé Publique, 1993.

Veamos un ejemplo. En Túnez (recuadro 9) el Ministerio de Salud brindó su apoyo recientemente a un grupo de profesionales de la salud dedicados a crear pautas para el manejo de las enfermedades crónicas que permitirán impulsar las políticas de promoción de la salud en ese país.

Un ejemplo reciente de colaboración entre sectores se observa en la República Checa (recuadro 10), donde se ha producido una cooperación fructífera entre escuelas, centros de salud y el Instituto Nacional de Salud Pública. La iniciativa canadiense de salud cardiovascular descrita en el capítulo 2 también es ejemplo de una iniciativa nacional.

Un tercer ejemplo es el de Japón (recuadro 11), donde se ha conseguido, gracias a una alianza entre el gobierno, el sistema de salud y las principales industrias alimentarias, una importante reducción de la incidencia de accidentes cerebrovasculares.

La colaboración con los gobiernos provinciales y estatales

El Plan de Salud del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de Cataluña es un notable ejemplo de un

plan de salud provincial que está aportando grandes beneficios. Este plan (recuadro 12) también ha producido un documento de consenso que ha generado muchas actividades para la promoción de la salud cardiovascular. El documento fue preparado y difundido por funcionarios del gobierno y profesionales de la salud.

Muchas intervenciones subnacionales han redundado en beneficios económicos patentes y en una reducción muy notable de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares. Dos casos ilustrarán cómo el sistema estatal de impuestos sobre los cigarrillos ha sido aprovechado para brindar numerosos beneficios a la población de Australia y América del Norte.

En Victoria, Australia, un programa para el control del tabaquismo aplicado en todo el estado y financiado con fondos procedentes de un impuesto sobre los cigarrillos, produjo una disminución del tabaquismo bastante mayor que la observada en el resto del país (recuadro 13).

Después de haberse aprobado en California, Estados Unidos, por pluralidad de voto un plebiscito organizado por los habitantes en que se recogieron más de un millón de firmas, el gobierno

RECUADRO 10. República Checa: una alimentación más sana en las escuelas

En 1993, el Instituto Nacional de Salud Pública inició una campaña para mejorar la calidad estándar de la alimentación escolar. Ya que la mayoría de los alumnos almuerzan en la escuela, las comidas escolares ofrecían una buena oportunidad para introducir cambios de comportamiento tendientes a prevenir los problemas cardiovasculares. El menú tradicional contenía mucha grasa de origen animal y cantidades insuficientes de fibra y vitamina C y E en relación con las cantidades diarias recomendadas. Por medio de los institutos de salud pública y centros de salud regionales, se enseñó a los trabajadores de las cocinas escolares a modificar la preparación de los alimentos a fin de mejorar su calidad nutricional sin sacrificar el sabor. Se editó una monografía titulada *Recetas para menús escolares saludables* y un video con fines didácticos.

Muchas cocinas escolares cambiaron sus procedimientos para ajustarse a lo recomendado en los materiales diseminados. Un cambio importante que ayudó a reducir el consumo de grasas fue la sustitución de grasas sólidas por aceite vegetal. La cantidad de calorías aportada por las grasas disminuyó notablemente y el consumo de vitaminas C y E y de ácido linoleico aumentó de manera importante.

Fuente: L. Komárek, comunicación personal, 1995.

estatal creó un impuesto adicional de US\$ 0,25 por cajetilla de cigarrillos, del cual 20% estaba destinado a un programa tripartito contra el consumo de tabaco. Al igual que el ejemplo australiano, la iniciativa antitabáquica emprendida en California (recuadro 14) nació del pueblo, no del gobierno. Los resultados mostraron una marcada reducción del tabaquismo.

El uso de los activos pertenecientes a la comunidad

Muchos proyectos fructíferos se han aplicado en áreas geopolíticas pequeñas, es decir, en comunidades que comparten un mismo sistema político, social y educativo. A continuación se proporcionan algunos ejemplos.

RECUADRO 11. Reducción de la mortalidad por accidentes cerebrovasculares en el Japón

"Si tuviera que darle a mi salud la máxima valoración, probablemente adoptaría una dieta japonesa, ya que los japoneses son los seres humanos más longevos del mundo" (G. Rose, 1992)

Durante la década de 1970, los accidentes cerebrovasculares fueron la primera causa de muerte en el Japón. En las dos décadas más recientes, sin embargo, este país ha tenido la mayor reducción de mortalidad por accidentes cerebrovasculares que se ha observado en el mundo. Esta reducción ha contribuido notablemente a la longevidad de los japoneses.

La identificación de los factores de riesgo de los accidentes cerebrovasculares ha llevado al Japón a reconocer la importancia de la dieta en la prevención de las enfermedades cardiovasculares y a hacer hincapié en los beneficios de reducir el consumo de sodio y de aumentar el de otros nutrientes, como el potasio y el calcio. El sistema de alimentación en las escuelas ha brindado una excelente oportunidad para poner en práctica programas básicos de educación nutricional. Las amas de casa recibieron instrucción por mediación de los organismos regionales de salud pública del gobierno local y del sector privado y los medios de comunicación también se usaron para ejercer influencia sobre la preparación de los alimentos.

Los exámenes físicos anuales practicados gratuitamente en los lugares de trabajo y en las comunidades también han ayudado a reducir la mortalidad por trastornos cardiovasculares mediante la detección de personas en alto riesgo. Por otro lado, el sistema sanitario socializado, que cubre los gastos médicos de cada individuo y por lo tanto lleva a un mayor número de personas a consultar al médico, ha mejorado la detección y el tratamiento temprano de dichas enfermedades. Es probable, sin embargo, que el estilo de vida de la población japonesa, que incluye sus hábitos alimentarios, haya sido el factor que ha contribuido en mayor medida a reducir la mortalidad por accidentes cerebrovasculares.

Fuente: Y. Yamori, et al., 1979; Y. Yamori, et al., 1990; S. Kobayashi, 1992; S. Mizushima y Y. Yamori, 1992.

El primer proyecto comunitario realizado en los Estados Unidos fue el Estudio Stanford en Tres Comunidades (*Three-Community Study*, 1972-1975). En él se compararon dos comu-

RECUADRO 12. Integración de la prevención a la atención primaria

En Cataluña, la preparación y aplicación de un plan de salud respaldado por el Parlamento ha resaltado la importancia de las actividades de prevención y de promoción de la salud como componentes fundamentales de la atención sanitaria. El resultado más importante de esta iniciativa ha sido el documento de consenso "Llibre blanc: bases per a la integració de la prevenció a la pràctica assistencial", que fue preparado en 1993 por la Dirección General de Salud Pública en estrecha colaboración con otros servicios del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, sociedades científicas, y profesionales de la atención primaria.

En el documento se proponen 18 actividades de prevención y de promoción de la salud, entre ellas algunas en el campo de la salud cardiovascular, y se recomienda tamizar a la población mediante la búsqueda de casos de hipertensión, hipercolesterolemia y obesidad. Asimismo, se recomienda instruir a la población en materia de alimentación, ejercicio físico y cesación del hábito de fumar.

Las instituciones que auspiciaron la preparación del documento también participaron en su distribución y difusión, efectuada por medio de un proceso de "capacitación de capacitadores" dirigido a grupos de médicos y enfermeras. Los profesionales de la salud que recibieron la capacitación a su vez tuvieron que adiestrar a sus colegas. El proceso ha tenido su mayor desarrollo en los servicios de atención primaria del sector público y del sector privado, donde las actividades propuestas en el "Llibre blanc" están cubiertas por contratos entre el Servicio Catalán de la Salud y los diversos proveedores, que incluyen a las organizaciones para el mantenimiento de la salud.

Fuente: Ll. Salleras, et al., 1994; Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, 1993.

RECUADRO 13. Fundación de Victoria para la Promoción de la Salud

En 1987 el gobierno de Victoria, Australia, aprobó la Ley del Tabaco y aplicó un impuesto que se destina a la Fundación de Victoria para la Promoción de la Salud, VicHealth. Esta fundación promueve la salud a través de las escuelas, la comunidad, los centros de salud y los lugares de trabajo y para ese fin se vale de los medios de comunicación y de actividades deportivas, artísticas y culturales.

La aprobación de la Ley del Tabaco puede servir de modelo, ya que es ejemplo de una iniciativa que no fue lanzada por el gobierno, sino por el director de la División de Victoria del Consejo de Cáncer de Australia. Este funcionario recibió el apoyo de la comunidad y de muchos colegas, como el arzobispo de Melbourne, que ejerció presión ante la legislatura para lograr que se aprobara la Ley del Tabaco.

El objetivo de la Ley es reducir el número de individuos que se inician en el hábito de fumar mediante la regulación de la publicidad, la prohibición de la distribución gratuita de productos del tabaco, la imposición de multas "instantáneas" a los comerciantes que los venden a menores de edad y la restricción del patrocinio de las actividades deportivas por las empresas tabacaleras.

Desde que se aprobó la Ley, VicHealth ha logrado crear una red de más de 5 000 organizaciones y colaboradores en toda Australia. Asimismo, los médicos y estudiantes de medicina han empezado a participar en la lucha contra el tabaquismo. El Ministro de Salud ha dado su respaldo a los objetivos de la fundación y es, por consiguiente, el responsable de ponerla en práctica.

Fuente: Victorian Health Promotion Foundation, 1994.

nidades agrícolas del norte de California, cuya población conjunta era de 27 000 habitantes, con una población de 15 000 habitantes que sirvió de control. Para la intervención (recuadro 15) se usaron los periódicos, la televisión, la radio, y abundantes materiales impresos de circulación general como

parte de una campaña educativa orientada a reducir la prevalencia de numerosos factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Se observó una disminución notable de obesidad, tabaquismo, colesterolemia, tensión arterial y otros factores después de la intervención (Farquhar, et al., 1977).

RECUADRO 14. Impuesto sobre los productos de tabaco en California

En California, los ciudadanos que reúnan suficientes firmas pueden presentar una iniciativa de ley y someterla a la aprobación del público votante. En el caso de la iniciativa destinada a la creación de un impuesto sobre los cigarrillos, demoró más de 2 años el proceso de formar el núcleo de la coalición, redactar la iniciativa, recolectar más de un millón de firmas en la solicitud y llevar a cabo la campaña electoral. En las elecciones estatales de 1988 el impuesto sobre los cigarrillos (Proposición 99) fue aprobado con un buen margen y aumentó de US\$ 0,10 a 0,35 por cajetilla. Del monto total recaudado, 20% (más de US\$ 10 millones anuales) se destinó a programas de educación sanitaria.

Los grupos destinatarios de esta intervención educativa fueron los escolares, las mujeres y los fumadores. Se han llevado a cabo cuatro programas para 1) ofrecer apoyo y orientación en la creación de programas comunitarios locales contra el tabaquismo; 2) proporcionar recursos financieros mediante becas por oposición para proyectos estatales y regionales destinados a prevenir el consumo de tabaco y a ayudar a las personas a abandonar el hábito de fumar; 3) lanzar una campaña antitabáquica por los medios de comunicación y 4) evaluar las estrategias de intervención y recomendar métodos para mejorar el programa en general.

En los primeros meses (entre septiembre de 1988 y mayo de 1989) el aumento de precio de los cigarrillos ayudó a reducir en 13,7% el consumo de tabaco. A medida que fueron dando resultado los programas educativos, la reducción se produjo a un ritmo tres veces superior al observado en todo el país. Si la disminución de la prevalencia de tabaquismo observada en California entre 1988 y 1993 continúa durante toda la década de 1990, la prevalencia de tabaquismo se habrá reducido en 61%.

Fuente: J. Pierce, et al., 1994.

RECUADRO 15. Proyectos comunitarios en Stanford

El origen de los proyectos establecidos en Stanford se remonta a la década de 1960, cuando los científicos y expertos en salud pública repararon en la necesidad de idear estrategias de atención primaria para contrarrestar el incremento progresivo de la incidencia de enfermedades cardiovasculares después de la Segunda Guerra Mundial. Con la ayuda del Gobierno federal, los proyectos de Stanford fueron iniciados por profesores de la universidad, entre ellos un cardiólogo, un sociopsicólogo y un químico especializado en lípidos. Este grupo fue el primero de Estados Unidos en montar un programa educativo general de carácter colectivo para la prevención de las enfermedades no transmisibles.

En el Estudio Stanford en Tres Comunidades (*Stanford Three-Community Study*) realizado entre 1972 y 1975, los resultados revelaron una reducción de 24% del riesgo de futuros accidentes cerebrovasculares y cardiopatía coronaria. Una comunidad sirvió de control mientras las otras recibían mensajes educativos dirigidos a grupos en alto riesgo. La lección más importante que se aprendió como resultado de esta experiencia fue que el uso exclusivo de los medios de comunicación puede producir una notable mejoría.

En el Proyecto Stanford en Cinco Ciudades (*Stanford Five-City Project*), realizado de 1978 a 1996, se logró adaptar los métodos usados en el estudio anterior para aplicarlos en comunidades mucho más grandes. Mejoraron todos los factores de riesgo con la única excepción del peso corporal, y el resultado fue una reducción de alrededor de 15% del riesgo de cardiopatía coronaria futura. Los gastos de la campaña, si se excluye el costo de evaluar la investigación, fueron de aproximadamente US\$ 2 000 anuales por persona, procedentes de fuentes ajenas a la comunidad. Esta cifra representa alrededor de 1% del costo de los cigarrillos adquiridos por los habitantes que fumaban. Un beneficio muy importante fue el haber continuado ofreciendo, aun después de la intervención de Stanford de 1986, un programa para la prevención de los trastornos cardiovasculares que fue establecido principalmente por iniciativa del departamento de salud pública del condado con la colaboración de los hospitales y profesionales de salud de la localidad y el apoyo de los políticos locales.

Fuente: J. Farquhar, et al., 1977; 1990.

Las lecciones aprendidas en estas comunidades pequeñas se aplicaron más tarde en el Proyecto Stanford en Cinco Ciudades (*Five-City Project*).

Este proyecto (recuadro 15) se llevó a cabo de 1978 a 1986 (con seguimientos de 1987 a 1996) en ciudades relativamente grandes con una población total

de 360 000 habitantes. Los recursos disponibles en la comunidad fueron, entre otros, la cooperación de los medios de comunicación en masa, las escuelas, los hospitales, los médicos locales, las agencias de salud de tipo voluntario y el departamento de salud local. Al igual que en el estudio anterior, se produjo una disminución importante de la prevalencia de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Las organizaciones comunitarias locales y los medios de comunicación han continuado muchos de los programas y han usado la metodología aplicada en el Proyecto Stanford en Cinco Ciudades para resolver otros problemas de salud. Los proyectos de Stanford también han servido de modelo para intervenciones comunitarias en diversas partes del mundo y los materiales educativos elaborados en ellos se utilizan en todo el mundo.

Otro ejemplo de un programa comunitario se produjo en el condado de Carelia del Norte (300 000 habitantes), Finlandia (recuadro 16). Este proyecto de demostración, que es notable no solo dentro de Finlandia sino fuera de su territorio, se inició al mismo tiempo que el programa de Stanford. Los científicos de ambos estudios han trabajado en estrecha colaboración durante muchos años. El estudio, que se inició en 1972, tuvo un origen singular: un grupo de habitantes había pedido al gobierno que tomara medidas frente a los resultados de un estudio internacional según el cual Finlandia, y especialmente Carelia del Norte, tenían la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares más alta del mundo. Durante 15 años se llevaron a cabo intervenciones planificadas y gracias al proyecto la mortalidad y morbilidad mostraron una reducción mayor que la observada en un condado vecino. Como consecuencia de esta iniciativa, en Finlandia se han efectuado cambios en las políticas nacionales en torno a la agricultura y la industria tabacalera.

Otro caso ilustra la creación de una campaña nacional eficaz por iniciativa de un grupo de médicos, con el apoyo de estudiantes de medicina, enfermeras jubiladas, maestros y líderes de la

RECUADRO 16. Carelia del Norte, Finlandia: programa de intervención comunitaria

En el proyecto finlandés de Carelia del Norte para la prevención de las enfermedades cardiovasculares, que se inició en 1972, se aplicaron simultáneamente intervenciones educativas, ambientales y políticas para combatir dichas enfermedades. El proyecto tuvo el respaldo de colaboradores de la OMS, de autoridades nacionales y locales y de numerosos expertos. Fue relativamente fácil conseguir el apoyo del gobierno, gracias a la solicitud de acción de un grupo de ciudadanos alarmados ante la noticia de que Carelia del Norte tenía la tasa más alta de enfermedades cardiovasculares en el mundo. El proyecto abarcó, además de los programas para el tamizaje de factores de riesgo, varias medidas educativas, desde la capacitación del personal profesional hasta métodos innovadores para modificar los hábitos de la comunidad. Consistió uno de ellos en dar clases sobre la preparación de alimentos con poca grasa. La estrecha colaboración con la asociación de amas de casa ayudó a definir los hábitos dietéticos, y la competencia entre distintas poblaciones contribuyó a disminuir la concentración de colesterol.

Se redujeron los principales factores de riesgo en el período que duró el estudio y entre 1970 y 1992 la mortalidad por enfermedades cardiovasculares bajó en 57%, mucho más que en el resto del país. Bajó el consumo total de grasas de la población porque se redujo la adición de grasa al pan (en 1972, cerca de 90% de los habitantes dijeron que comían el pan con mantequilla; en 1992, la cifra se había reducido a 15%), se sustituyó la leche entera por leche descremada o semidescremada, se reemplazaron las grasas de origen animal por grasas de origen vegetal, y se fomentó el consumo de carnes magras. La ingestión de frutas y verduras también aumentó de 20 kg por persona en 1972 a 50 en 1992. El tabaquismo en los hombres se redujo enormemente. Además de estos cambios observados en la comunidad, el proyecto contribuyó a la modificación de las políticas de salud, agricultura y comercio en todo el país.

Fuente: E. Vartiainen, et al., 1994; P. Puska, 1995; P. Puska, et al., 1995.

comunidad (de Padua, 1979). Al cabo de 10 años de una tenaz y minuciosa recolección de pruebas, este grupo logró que las autoridades portuguesas financiaran un plan nacional que, en

RECUADRO 17. La experiencia portuguesa en la prevención de enfermedades cardiovasculares

“La cardiopatía coronaria antes de los 80 años: es culpa del ser humano, y no de la voluntad de Dios o de la naturaleza”. En 1952 estas palabras pronunciadas por Paul Dudley White dejaron una profunda huella en un portugués llamado Fernando de Padua que cursaba estudios de posgrado en Harvard y en el Hospital General de Massachusetts. Cuando volvió a Portugal, trató de emular el ejemplo de White y se dedicó a diseminar por la prensa mensajes sobre la prevención de las enfermedades cardiovasculares, haciendo hincapié en el excesivo contenido de sal característico de la dieta portuguesa. Nunca pudo publicar sus ideas en las revistas médicas porque en aquella época no eran populares en Europa los artículos sobre la promoción de la salud. Cuando lo nombraron profesor en 1972, logró la participación de la comunidad en una batalla nacional contra la hipertensión. Empezó con la difusión de mensajes muy breves: “Reduce el consumo de sal”, “Corre, corre, corazón” y “Abandona el cigarrillo”. Al fin pudo difundir estos mensajes preventivos en revistas científicas y con el tiempo en la radio, los cines y la televisión nacional.

Tuvo gran éxito un programa de televisión en que F. de Padua explicaba los riesgos asociados con la hipertensión y las medidas adecuadas para prevenirla. Mientras el programa cobraba popularidad, trabajadores voluntarios medían la tensión arterial en las estaciones de metro y de ferrocarril, distribuían materiales impresos a todos los interesados y organizaban conferencias y festivales.

En esta campaña, la concienciación del público se efectuó en sentido ascendente desde el nivel comunitario, gracias a la labor de un grupo pequeño de médicos, respaldado por estudiantes de medicina, enfermeras, profesores y líderes locales. Para dar credibilidad a las medidas preventivas, el siguiente paso fue alertar a las autoridades de salud portuguesas sobre la gravedad del problema. Con este objetivo se hicieron mediciones basales de la tensión arterial en miembros de la población y los resultados revelaron que más de 30% de la población era hipertensa.

A fin de convencer a la comunidad científica, finalmente se solicitó la ayuda de tres epidemiólogos cardiovasculares de renombre, que fueron a Portugal, prepararon con de Padua una monografía sobre la prevención de las enfermedades cardiovasculares y dieron una entrevista por la televisión. La visita marcó un momento decisivo en la lucha por infundir credibilidad a los programas para la prevención de las enfermedades cardiovasculares. De ahí en adelante la mortalidad por accidentes cerebrovasculares en el país disminuyó en 30% y la mortalidad por trastornos isquémicos del corazón en 25%. Por añadidura, se establecieron el Centro para el Estudio de la Cardiología Preventiva, la Fundación Portuguesa del Corazón y el Instituto Nacional de Cardiología Preventiva.

Fuente: F. de Padua, 1979.

un período relativamente corto, ha llevado a una reducción importante de la mortalidad por accidentes cerebrovasculares en Portugal (recuadro 17).

Aunque los proyectos de Stanford y Carelia del Norte se iniciaron con el respaldo de fondos externos (particularmente de procedencia gubernamental), no habrían arrojado buenos resultados sin la movilización de ayuda y de recursos dentro de la comunidad. De ahí que, aun después de interrumpida toda intervención externa, los beneficios para la comunidad sigan siendo patentes. Como resultado de la transferencia de tecnologías a organizaciones ya existentes en la comunidad, los programas para la prevención de las enfermedades cardiovasculares se han perpetuado y extendido a otras áreas mediante la

creación de una nueva infraestructura para la promoción de la salud. Por otro lado, el ejemplo de Portugal ilustra la magnitud de la labor que hay que llevar a cabo para emprender actividades de alcance nacional destinadas al control de la hipertensión, así como el proceso de unión y colaboración que ello exige.

La colaboración con entidades de trabajo voluntario

Las comunidades mismas son una fuerte infraestructura que puede aprovecharse para fomentar la salud cardiovascular. Dicha infraestructura está integrada por trabajadores voluntarios y, más aún, por los organismos a los que estos pertenecen. La experiencia

ha demostrado que cuando las comunidades y los ciudadanos conscientes reciben algún apoyo directivo y técnico, pueden llegar a grupos específicos de la población (como los minusválidos), abogar por políticas públicas con fines sanitarios y crear programas para la promoción de la salud.

Los grupos de voluntarios que han recibido una educación de calidad sobre temas de salud pueden generar una gran energía popular, capaz en ocasiones de triunfar sobre los intereses más obstinados. Por ejemplo, en muchos países la influencia política que ejercen los intereses de ciertos sectores de la industria alimentaria o tabacalera —quizá sumada a la inercia de muchos científicos dedicados a la salud— puede atrasar e incluso obstaculizar cualquier acción organizada de origen gubernamental. En el marco de un enfoque “ascendente” en vez de “descendente”, un clamor público, fomentado por grupos comunitarios oficiales y oficiosos, pone de manifiesto la voluntad política de una población bien informada. La opinión pública puede ejercer la presión necesaria para inducir a los gobiernos a emprender acciones y constituye un testimonio de los posibles beneficios de la educación sanitaria.

Los proyectos comunitarios establecidos en los Estados Unidos y Carelia del Norte han dependido en gran medida de organismos de asistencia voluntaria y de asociaciones femeninas. La formación de asociaciones y alianzas ha incrementado enormemente los recursos comunitarios disponibles.

En muchos países desarrollados, las fundaciones para la salud cardiovascular constituyen importantes vehículos para prevenir y reducir las enfermedades cardíacas y cerebrovasculares. Estas fundaciones (recuadro 18) sin fines de lucro, que están dirigidas por voluntarios, unen a los profesionales y a ciudadanos de todos los estratos socioeconómicos en una lucha común contra las enfermedades del corazón y los accidentes cerebrovasculares y pueden establecer programas nacionales por mediación de sus filiales locales. Dos fundaciones en Australia

RECUADRO 18. Fundaciones dedicadas a la salud cardiovascular

La *European Heart Network*, agrupación de 18 países, busca crear en Europa un ambiente propicio para la prevención de las enfermedades cardiovasculares y luchar por la organización de una red internacional más extensa para el fomento de la salud cardiovascular. Esta asociación ha montado una oficina en Bruselas con el fin de ejercer influencia sobre las políticas y leyes de la Unión Europea. Actualmente su prioridad es la promoción de la salud, particularmente en relación con la alimentación.

Recientemente se organizó la Fundación Interamericana del Corazón. Hasta ahora 12 países, representados por 16 fundaciones, han aunado sus esfuerzos a fin de reducir la discapacidad y mortalidad por cardiopatías y trastornos cerebrovasculares en las Américas. La Fundación se propone crear ambientes que fomenten la salud cardiovascular, facilitar el desarrollo y la proliferación de fundaciones para combatir las enfermedades del corazón y favorecer la creación de asociaciones entre profesionales de la salud y otros sectores sociales, como el comercial y el gubernamental. La Fundación publica un documento sobre las enfermedades cardiovasculares en las Américas y lucha por conseguir que los médicos dejen de fumar.

Estas dos fundaciones, que son de alcance continental, ayudan a desarrollar y respaldar iniciativas mundiales encaminadas a reducir la discapacidad y mortalidad por cardiopatía coronaria y trastornos cerebrovasculares.

Fuente: B. Champagne, comunicación personal, 1995.

RECUADRO 19. Certificación de alimentos beneficiosos para la salud cardiovascular

La Fundación Nacional de Australia dirige un programa que ha tenido gran éxito y que se basa en la obtención de un “sello de aprobación” para productos comestibles, siempre que satisfagan requisitos muy estrictos. Tales productos, al ser autorizados, pueden llevar una marca de certificación estándar en la envoltura o rótulo. Los fabricantes de alimentos pagan una cuota por la licencia para cubrir los costos del programa, en los que se incluye el costo de una extensa campaña para la promoción de buenos hábitos alimentarios dirigida al público y a los profesionales de la salud. El programa ha sido aceptado por fabricantes de alimentos de mayor y menor escala e incluye muchas de las principales marcas nacionales.

El programa goza de la aceptación del público en Australia y muchos productos han sido reformulados según sus criterios. Todos los productos se someten a pruebas de laboratorio con objeto de determinar si pueden ser incluidos en el programa, y el acatamiento sostenido de sus normas está garantizado por un proceso continuo de auditoría y comprobación. La marca de certificación, que se ve claramente, sirve para recordar a los consumidores que practiquen los buenos hábitos alimentarios. Tan rotundo ha sido el éxito del programa que ha llevado a la creación de iniciativas similares en otros países, especialmente en Nueva Zelanda y los Estados Unidos, donde recientemente se lanzó el programa *Heart Check* patrocinado por la Asociación Americana del Corazón.

Fuente: R. Rees, comunicación personal, 1995.

lia y Canadá que se dedican a promover la buena nutrición son ejemplos de proyectos que han sido exitosos (recuadros 19 y 20).

Las fundaciones dedicadas a promover la salud cardiovascular reflejan y complementan la estructura de los servicios de atención sanitaria de un país y cumplen varias funciones que están determinadas por cada fundación. Estas son las siguientes: hacer que los resultados de investigaciones científicas

se traduzcan en programas de educación para el público y para profesionales de la salud; financiar proyectos de investigación; sentar normas, entre otras para la atención de afecciones cardiovasculares de urgencia; dar apoyo a los pacientes, y promover los intereses del público y los mecanismos de abogacía para su defensa.

Las fundaciones para la promoción de la salud cardiovascular se financian con fondos aportados por los ciudada-

nos y por corporaciones. Gracias a su control independiente de los fondos y a su estructura no burocrática, estas fundaciones pueden ser innovadoras e imparciales en sus esfuerzos para promover la salud cardiovascular.

El uso de organizaciones cívicas y religiosas

Tanto las organizaciones cívicas como las religiosas pueden desempeñar un papel importante en la creación de campañas educativas mediante la difusión de material didáctico, la provisión de personal voluntario y su función como puntos focales para actividades comunitarias. El personal voluntario no remunerado es la principal fuerza de trabajo de las fundaciones dedicadas a la salud cardiovascular (ya mencionadas en este capítulo) y puede hacer una contribución similar a las organizaciones cívicas y religiosas. Para formar asociaciones con agencias que normalmente se consideran ajenas al sector de la salud, como las organizaciones religiosas y las bibliotecas, es preciso determinar la mejor manera en que el programa de salud puede satisfacer sus necesidades. Puede ser, por ejemplo, que las organizaciones religiosas se sientan ansiosas por atraer nuevos miembros a su congregación mediante la oferta de exámenes de salud. Las bibliotecas agradecen cualquier asesoramiento sobre los libros que deben adquirir y puede que estén dispuestas a servir como distribuidoras de materiales educativos sobre temas de salud. Los funcionarios encargados de los parques y otros sitios de recreo a menudo responden con agrado cuando las entidades promotoras de la salud sugieren actividades que además de ser populares son beneficiosas. Las empresas comerciales frecuentemente publican anuncios y por lo tanto podrían estar dispuestas a pagar el costo de imprimir materiales educativos a cambio de ser mencionadas en ellos. Las estaciones de televisión y radio saben que los programas sobre temas de salud gozan de mucha popularidad.

RECUADRO 20. Programa de alimentos en el Canadá

La Asociación para el Corazón y los Accidentes Cerebrovasculares del Canadá dirige un programa de alimentación que estimula a los restaurantes y otras fuentes de alimentos en los lugares de trabajo y en instituciones a ofrecer opciones saludables. Las recetas de los establecimientos participantes son examinadas y aprobadas según criterios muy estrictos y se hacen resaltar en los menús. Dichas entidades pagan una cuota por el registro y análisis de los alimentos. El programa ha despertado el interés de las cadenas de establecimientos de comida rápida más grandes del país y de restaurantes cuya clientela representa a todos los estratos demográficos.

La fundación tiene un segundo programa en que los proveedores de alimentos ofrecen comidas saludables —algunas son versiones de bajo contenido graso— y ambientes libres de humo. Estos establecimientos son reconocibles por una calcomanía en la puerta y porque colocan en las mesas tarjetas que explican en qué consiste el programa.

Ambos programas han llegado a gozar de un gran apoyo público y han despertado bastante interés por la cocina saludable en el gremio de la industria alimentaria.

Fuente: R. Rees, comunicación personal, 1995.

La reorientación del sistema sanitario hacia la prevención

El uso del sistema sanitario establecido puede ser fuente de recursos valiosos para la promoción de la salud cardiovascular en diferentes niveles. Sin embargo, como se indicara anteriormente, en ocasiones es necesario reorientar a los responsables del funcionamiento del sistema y alentarlos a fomentar actividades de prevención.

En el nivel comunitario, la utilización de la atención primaria es efectiva en función del costo (Pearson, et al., 1993), especialmente cuando se destina a la rehabilitación de pacientes que han sufrido un episodio de enfermedad cardiovascular. Iniciativas clínicas tales como el Proyecto Stanford

de Intervención contra Riesgos Coronarios (recuadro 21) han logrado reducir enormemente la recurrencia de ataques al corazón y accidentes cerebrovasculares y su razón de costo a beneficio es de 1:2 (Haskell, et al., 1994). Dados los enormes gastos que conllevan los episodios recidivantes, los estudios sobre ellos pueden ser un complemento de gran valor a las actividades de atención primaria.

La reorientación de las actividades de los médicos de atención primaria hacia la prevención es parte muy importante de un programa completo para la prevención de las enfermedades cardiovasculares. Esta reorientación es muy necesaria en muchos países, ya que los programas de formación médica raras veces enseñan a

RECUADRO 21. Proyecto Stanford de Intervención contra el Riesgo de Cardiopatía Coronaria

El Proyecto Stanford de Intervención contra el Riesgo de Cardiopatía Coronaria (*Stanford Coronary Risk Intervention Program*), que se inició en 1988, pertenece a un grupo de estudios sobre prevención secundaria cuyos resultados han demostrado los beneficios de un control estricto de los factores predisponentes en individuos en alto riesgo con cardiopatía coronaria documentada. Durante los 4 años que duró el estudio, se redujeron a la mitad las recurrencias de infarto del miocardio y la frecuencia de una segunda intervención quirúrgica (angioplastia o derivación coronaria).

Las intervenciones, que fueron dirigidas por el personal de enfermería que manejó los casos, se destinaron a propiciar cambios radicales del estilo de vida y a reducir la concentración de lípidos por medios farmacológicos. Se obtuvo una razón de costo a beneficio de 1:2 durante el período entero de 4 años y de 1:4 durante los últimos 3 años. Este y otros estudios han generado una ola de optimismo, ya que demuestran que la prevención secundaria de la cardiopatía coronaria puede aportar grandes beneficios insospechados.

Fuente: W. Haskell, et al., 1994.

sus alumnos las técnicas de persuasión necesarias para lograr que los pacientes modifiquen su estilo de vida. En los Estados Unidos se transmiten en todo el país programas educativos que han empezado a estandarizar y mejorar los métodos de control de la hipertensión y del colesterol sérico a un costo relativamente pequeño. Se obtuvieron buenos resultados en Texas durante un programa dirigido por una facultad de medicina local, y también en un programa iniciado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (recuadros 22 y 23).

Cualquiera que pretenda enseñar o ayudar a los demás a modificar su estilo de vida —el hábito de fumar, la dieta, el ejercicio, etc.— debe practicar lo que promulga. De hecho, diversos estudios han confirmado que *para poder curar a otros, primero es necesario que nos curemos a nosotros mismos*, pero es raro encontrar una política al respecto. Este enfoque es de utilidad no solo porque permite sentar el ejemplo, sino porque los educadores, asesores y médicos aprenden los métodos de modificación de la conducta en el proceso de cambiar su propio comportamiento.

El Departamento de Salud y Seguridad Social del gobierno autónomo de Cataluña posee pruebas de la eficacia de programas como el que se describe en esta recomendación (recuadro 24).

El uso del sistema educativo

Muchos estilos de vida y hábitos malsanos que a la larga conducen al desarrollo de enfermedades cardiovasculares se aprenden en la infancia. De ahí que sea esencial educar a los niños desde pequeños y protegerlos por todos los medios posibles de los intereses comerciales que buscan conquistarlos desde temprana edad. Más tarde, cuando los niños se hacen adolescentes, es preciso que el adulto siga señalando el camino hacia la adopción de estilos de vida saludables, ya que de lo contrario se perderán los beneficios de la prevención temprana.

En el ámbito escolar se han producido numerosos ejemplos de la reducción de los factores de riesgo cardio-

RECUADRO 22. El control de la hipertensión en Houston

A mediados de los años setenta, muchos pacientes en Houston, Texas, con hipertensión o en riesgo de padecerla desconocían por completo su estado alterado. De los que recibían tratamiento, solo 33% tenían una tensión arterial menor de 160/95 mmHg. Con la orientación del Centro Nacional de Investigación sobre Cardiopatías y de Demostración de la Facultad de Medicina de la Universidad de Baylor, se creó y puso en práctica un protocolo para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en todas las redes de atención primaria de la ciudad. El protocolo tenía componentes para la educación del paciente, del médico y del farmacéutico.

Al cabo de 5 años, el porcentaje de pacientes hipertensos que desconocían su trastorno había bajado notablemente, puesto que la mayoría habían sido sometidos a un tamizaje y recibido instrucción sobre su afección y sus riesgos. El porcentaje de pacientes cuya tensión arterial se mantuvo en menos de 160/95 mmHg aumentó de 33 a 79%.

El éxito de este proyecto de demostración llevó a la amplia aceptación e implementación del protocolo. Según el análisis reciente de una muestra muy grande de pacientes que recibían tratamiento en centros de salud incluidos en el programa, 80% mantuvieron una tensión arterial menor de 165/90 mmHg y 43% una tensión menor de 140/90 mmHg.

No se puede proyectar el impacto de este tipo de programa a la población general de los Estados Unidos, pero se sabe que los resultados fueron buenos cuando se comparan los grados de concienciación en los ámbitos local y nacional. Una encuesta reciente de 956 personas que viven cerca de las clínicas que adoptaron el protocolo antihipertensivo en Houston reveló que este grupo tenía un mayor grado de concienciación y que la frecuencia del tratamiento y de los exámenes de control eran mayores que en la población del país en su conjunto, según datos de la *National Health and Nutrition Examination Survey*. La experiencia adquirida mediante el programa montado por Baylor y por el Distrito de Hospitales del Condado de Harris es un importante ejemplo de la manera en que los cambios efectuados dentro del sistema de salud pueden mejorar la salud cardiovascular, atacando uno por uno los factores de riesgo.

Fuente: C. Vallbona, et al., 1985; S. Baker, et al., 1993.

RECUADRO 23. Proyecto de Orientación y Evaluación en Materia de Actividad Física

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos y un grupo de investigadores de la Universidad Estatal de San Diego han creado el Proyecto de Orientación y Evaluación en Materia de Actividad Física (*Physical Activity Counseling and Evaluation Project*, PACE), que consiste en un protocolo barato y eficaz para el asesoramiento de médicos y otros proveedores de atención de salud. El PACE ha dirigido con buenos resultados un programa de intervención a base de sesiones de 3 a 5 minutos en que se imparte asesoramiento estructurado sobre la actividad física durante visitas de rutina o por enfermedad. En un estudio realizado para determinar los efectos del programa, los pacientes sometidos a la intervención dijeron haber aumentado el ejercicio 37 minutos a la semana (los pacientes del grupo control lo habían aumentado solo 7 minutos). Este aumento significativo de la actividad física moderada se produjo en personas que habían sido sedentarias y puede, por consiguiente, aportar beneficios importantes para la salud en general y la del sistema cardiovascular en particular.

Fuente: K. Calfas, et al., 1996.

vascular. Las mejoras más notables se han observado en una disminución del hábito de fumar y en un aumento del ejercicio y del consumo de una dieta saludable. A los niños se les puede enseñar no solo los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, sino también algunas técnicas para lograr cambios conductuales

que refuercen su sentido de autoeficacia. Este ejerce, a su vez, un efecto favorable comprobado sobre el cambio de comportamiento (Bandura, 1986). Con estas armas, los estudiantes se resisten con más facilidad a la presión de sus compañeros (que pueden, por ejemplo, insistirles en que fumen o en que consuman alimentos

RECUADRO 24. Reducción del tabaquismo entre los profesionales de la salud en Cataluña

En 1983, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social del gobierno autónomo de Cataluña puso en marcha un plan general para la reducción del tabaquismo basado en medidas legislativas, campañas informativas y actividades especiales para los profesionales de la salud. El plan se destinó a este grupo en particular porque en aquel momento su tasa de tabaquismo era más alta que la del resto de la población. A los médicos, al personal de enfermería y a los farmacéuticos se les sometió a programas antitabáquicos y de educación continuada en estrecha colaboración con los colegios catalanes de médicos, personal de enfermería y farmacéuticos. En estos programas se llevan a cabo actividades educativas para el desarrollo de habilidades aplicables en campañas activas contra el tabaquismo, se redactan informes técnicos basados en los datos científicos más recientes sobre el consumo de tabaco y se elaboran materiales educativos para reforzar el poco asesoramiento antitabáquico que los pacientes han recibido previamente.

Las actividades de apoyo técnico para la cesación del hábito de fumar se han llevado a cabo entre el personal de salud y los estudiantes de medicina con el fin de estimularlos a proveer más asesoramiento contra el tabaquismo y de crear una nueva generación de profesionales libres del hábito de fumar.

La prevalencia de tabaquismo entre los médicos bajó de 53% en 1982 a 38% en 1990 (esto representa un descenso de 28% en 8 años, atribuible en parte a este programa educativo).

Fuente: H. Pardell, et al., 1993; 1995.

de preparación rápida con un alto contenido de grasas saturadas) y a la influencia de los medios publicitarios. Los planes escolares que fomentan el autodominio, la capacidad de acción y la confianza en sí mismo han dado muy buenos resultados, especialmente en estudiantes de mayor edad (Killen, et al., 1988).

Asimismo, los centros educativos pueden usarse extensamente para dar clases sobre nutrición, cesación del hábito de fumar, ejercicio físico y salud cardiovascular en general. El programa guatemalteco de educación

contra el tabaquismo constituye un excelente ejemplo (recuadro 25).

El contacto con las personas en el lugar de trabajo

La promoción de la salud en los lugares de trabajo empezó en la década de 1960 y desde entonces se han producido muchas experiencias fructíferas en todas partes del mundo. Hay pruebas de que las intervenciones en los lugares de trabajo pueden ser efectivas en función del costo. Según un extenso análisis de la relación que existe en los Estados Unidos entre los costos y beneficios de las intervenciones en lugares de trabajo, por cada dólar invertido en la promoción de la salud se ahorraron aproximadamente US\$ 3,00 en costos (Pelletier, 1993). Este ahorro se debió fundamentalmente a un aumento de la productividad, a un descenso del absentismo y a un menor gasto en atención de salud, atribuibles en gran parte a la frecuencia reducida de trastornos cardiovasculares.

Los ejemplos de intervenciones fructíferas en lugares de trabajo confieren validez al postulado central de la *Declaración de Cataluña*, que se presenta en el capítulo 1: Existe una relación recíproca entre el desarrollo económico y la inversión en la salud. En el microcosmos de su ámbito económico sujeto a controles estrictos, las intervenciones en lugares de trabajo ofrecen prueba fehaciente de que la inversión en la salud rinde beneficios económicos, puesto que libera para otros fines una serie de recursos que quizá se hubieran dedicado a sufragar costos en atención de salud. Las intervenciones efectuadas en una empresa automovilística estadounidense y en una instalación del programa CINDI en Rusia (recuadros 26 y 27) son ejemplos de intervenciones ocupacionales que han dado buenos resultados.

La creación de alianzas con el sector privado

El sector privado puede facilitar por muchos medios la consecución de cam-

RECUADRO 25. Guatemala: programa de educación contra el tabaquismo

Como miembro del Comité Latinoamericano Coordinador del Control del Tabaquismo, Guatemala ha desarrollado un programa antitabáquico para escolares. El núcleo del programa está constituido por una guía para maestros titulada *El placer de no fumar*, que está publicada por la Comisión Nacional Guatemalteca contra el Tabaquismo. El libreto examina el problema del consumo de tabaco, particularmente en el contexto guatemalteco; subraya la importancia de prevenir el inicio del hábito de fumar; describe el papel del maestro en la prevención, y presenta un plan educativo específico que debe formar parte del currículo. Cada una de las cinco unidades didácticas contiene metas, actividades e información básica, pero permite que el maestro adapte el programa a las necesidades de sus estudiantes. Las unidades abarcan los siguientes temas: 1) el efecto de los cigarrillos en la salud; 2) las influencias sociales que determinan la decisión de fumar; 3) la influencia de los medios de comunicación, 4) la acción social y el compromiso personal, y 5) la revisión de la información y del proceso de toma de decisiones.

Este folleto se ha diseminado por todo el sistema escolar guatemalteco y su promoción se lleva a cabo en el marco de una campaña antitabáquica internacional.

Fuente: L. Arango, comunicación personal, 1995.

bios favorables en el suministro y mercadeo de alimentos, así como en la promoción del acondicionamiento físico. Los anteriores ejemplos de programas ocupacionales para la promoción de la salud demuestran claramente el valor de las alianzas cuando existe un incentivo económico intrínseco.

En las fases iniciales, las empresas privadas de un país pueden mostrarse renuentes a invertir recursos en proyectos sin ningún beneficio ostensible a corto plazo. No obstante, como demostrarán los ejemplos de diversas corporaciones multinacionales, por lo general en poco tiempo las empresas se unen a movimientos en pro de la salud que ya han sido establecidos, bien sea porque esperan beneficios económicos o simplemente porque buscan darse a

conocer por el público mediante su asociación con una causa popular. Un ejemplo es el de McDonald's, la empresa multinacional de comida rápida, que ha empezado a ofrecer opciones de bajo contenido graso. En Europa, ciertas industrias alimentarias, en estrecha colaboración con los gobiernos, promueven activamente la dieta mediterránea tradicional. Los fabricantes de cereales destinan su presupuesto publicitario a educar a la población sobre los beneficios del consumo de fibra y las compañías de calzado atlético y otros productos patrocinan actividades deportivas. En algunos países, las compañías de seguros están apoyando a los servicios preventivos para poder seguir compitiendo. De hecho, la presencia de incentivos económicos intrínsecos propicia la creación de alianzas entre organizaciones públicas y privadas.

El uso de los medios de comunicación

Los medios de comunicación pueden desempeñar un papel fundamental en la difusión de información sobre la salud. Para los grupos activistas el reto consiste en saber aprovecharlos para prevenir y reducir las enfermedades cardiovasculares. La tarea puede abordarse de dos maneras:

1. Alentando a los medios de comunicación a mostrar ejemplos de comportamientos beneficiosos (mediante la programación de espectáculos y otras formas de entretenimiento) y dejar de mostrar los que sean perjudiciales, como el hábito de fumar;
2. persuadiendo a las agencias de publicidad a que aprovechen su gran influencia para difundir programas y materiales que transmitan mensajes

positivos, destinados a estimular a la población a adoptar estilos de vida saludables. Muchos países han usado con éxito la televisión, la radio, noticieros impresos de circulación general, folletos y la prensa para la promoción de la salud.

En algunos casos, la educación de los directores y productores de los medios de comunicación puede mejorar la calidad de los programas durante muchos años, como sucedió en Salinas, California (Schooler, 1996). En un principio, la estación se mostró renuente a dedicar tiempo gratuito al Proyecto Stanford en Cinco Ciudades, pero cuando se logró que transmitieran programas sobre temas de salud, se descubrió que el público los recibía con enorme entusiasmo. Por tal motivo siguieron incluyéndolos en su programa, aun después de termi-

RECUADRO 26. El control de las enfermedades cardiovasculares en el lugar de trabajo

Muchos estudios han demostrado la ventaja de aprovechar el programa de prestaciones ya establecido en una compañía como marco propicio para llevar a cabo un programa ocupacional para reducir los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares. Esto ha sido corroborado por muchos estudios, entre los que destaca un programa de la Universidad de Michigan que se estableció en las postrimerías de los años ochenta en instalaciones de la gran empresa automotriz estadounidense General Motors. Después de realizar un tamizaje basal en cuatro instalaciones, los investigadores compararon cuatro maneras distintas de tratar de reducir los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, incluidas la hipertensión, la obesidad y el tabaquismo. En la instalación 1 no se celebró ninguna actividad después del tamizaje y por lo tanto sirvió de control. En la instalación 2 se proporcionó información sobre los factores de riesgo, pero no se ofrecieron programas activos para lograr cambios de comportamiento. En la instalación 3 se ofreció la misma instrucción que en la 2, más una serie de medidas de apoyo (tales como asesoramiento y clases individuales) y se hizo un seguimiento activo de los empleados en quienes se habían detectado factores de riesgo en la encuesta basal. La instalación 4 creó, además de los servicios ofrecidos en la 3, una red de comunicaciones sobre la salud constituida por grupos de apoyo entre pares, grupos para la promoción de la salud con intereses especiales y actividades de salud para toda la instalación.

Los dos sitios donde se hicieron intervenciones activas después del tamizaje basal (instalaciones 3 y 4) mostraron los siguientes resultados: 1) disminuciones significativas de la tensión arterial en empleados hipertensos; 2) un mantenimiento de la pérdida de peso en empleados obesos durante el período de 3 años que duró el estudio, y 3) una menor prevalencia de tabaquismo entre los trabajadores de la instalación.

Las intervenciones en estos dos lugares tuvieron mayor efectividad en función del costo que las que se llevaron a cabo en las instalaciones 1 y 2, puesto que en los sitios donde hubo intervenciones activas se produjo un descenso significativo de un mayor número de factores de riesgo, a un costo menor por empleado por cada porcentaje adicional de reducción. De hecho, las instalaciones 3 y 4 tuvieron una efectividad en función del costo cinco a seis veces mayor que las instalaciones 1 y 2 en lo que respecta a la reducción o prevención del riesgo de enfermedades cardiovasculares en empleados con factores de riesgo.

Fuente: J. Erfurt, et al., 1991.

RECUADRO 27. Electrostal, Rusia: intervención en los lugares de trabajo

Un proyecto dirigido por el programa CINDI en la ciudad de Electrostal, Rusia, para la disminución de la tensión arterial dio buenos resultados. El proyecto comenzó en 1987 con la introducción de un programa para el control de la hipertensión en 13 000 empleados de una planta que fabrica la maquinaria con que se hacen los materiales para alcantarillas. En casi todos los departamentos de la compañía se colocaron unidades de atención de salud dirigidas en su mayor parte por personal de enfermería. Este se encargó de montar el programa, que abarcó actividades de detección, asesoramiento sobre estilos de vida, reducción de los factores de riesgo por medios no farmacológicos y el tratamiento medicamentoso. De los casos de hipertensión detectados, 73% tenían un buen control y 54% mantenían una tensión arterial sistólica de menos de 160 mmHg y una tensión diastólica de menos de 90 mmHg. El absentismo ocasionado por la hipertensión y por los problemas asociados con ella se redujo en 30%.

Fuente: R. Potemkina, 1995.

nada la intervención, para beneficio de la comunidad y de la propia estación de televisión. Los profesionales de la salud deben asegurarse de que el mayor número posible de personas escriban o llamen a las emisoras después de los programas para dar retroalimentación positiva a los directores de los medios de comunicación.

La difusión

Hemos venido examinando los beneficios de distintos tipos de proyectos para la población en general y para las organizaciones, comunidades y territorios directamente afectados. Pero el beneficio de los programas y campañas también puede extenderse más allá de su zona geográfica inmediata. Más que nunca en esta época de rápida transferencia de información y tecnologías, cada buen proyecto posee la facultad adicional de servir de modelo para programas similares en otros lugares.

Pongamos un ejemplo. Desde que el proyecto de Carelia del Norte empezó a dar buenos resultados en la década de 1970, muchas políticas sanitarias han sido adoptadas en toda Finlandia. El resultado ha sido la extensa reforma en todo el país de la política agraria, cuya factibilidad se demostró primero en Carelia del Norte (recuadro 28). La disminución más marcada corresponde al factor de riesgo más relevante, que es el tabaquismo.

Cuando en cualquier estado de los Estados Unidos se demuestra la eficacia de un reglamento antitabáquico, otros estados tienden a seguir el mismo ejemplo. Los estados de Massachusetts y Michigan han aprobado leyes simila-

res a las de California sobre la gravación de los productos del tabaco. Por añadidura, muchos condados y municipios en los estados de California y Massachusetts han prohibido la colocación de máquinas vendedoras de cigarrillos en lugares públicos.

Además del movimiento innovador que se difunde lateralmente hacia comunidades, estados y países vecinos, la influencia de una buena intervención puede ser muy perdurable. Así, una intervención que ha tenido éxito puede continuar proporcionando beneficios a la comunidad patrocinadora mucho después de su fin oficial. Dicha comunidad se sentirá capaz de continuar dictando políticas y modificándolas a fin de mejorar el estado de salud.

La transferencia de tecnologías y la difusión de políticas operativas y de

métodos de intervención validados para el control de las enfermedades cardiovasculares no suelen considerarse responsabilidad directa de los profesionales de la salud, ni de los científicos del campo de la medicina o formuladores de políticas sanitarias. No obstante, la participación y colaboración de estos expertos en actividades de este tipo podría ser decisiva.

La falta de participación podría obedecer a la tendencia de muchos científicos a comportarse según el modelo inculcado durante su formación: se inclinan a ser pioneros y a acumular conocimientos sobre áreas que desconocen, en lugar de aplicar, adoptar y difundir estrategias de eficacia demostrada para el control de las enfermedades en general y de las cardiovasculares en particular.

RECUADRO 28. La política agraria en Finlandia

Tras el éxito del programa de Carelia del Norte en la década de 1970 (que ya se ha descrito en este capítulo), se introdujeron nuevos valores de referencia "normales" para el colesterol (menos de 5 mmol/L), lo que significaba que la mayoría de los finlandeses tenían concentraciones "elevadas". Esta información suscitó en el público un gran interés por los alimentos y su producción agrícola y llevó a los agricultores y otras entidades con intereses particulares a buscar productos y métodos de elaboración más sanos.

La industria alimentaria empezó a producir y promover productos bajos en grasa o preparados con aceite vegetal. La política para la fijación del precio de la leche se modificó, tomándose como base el contenido de proteína y no el de grasa. La adición a los fertilizantes de suplementos de selenio, mineral que ayuda a prevenir la formación de placas ateroscleróticas pero que no abunda en el suelo de Finlandia, triplicó la ingestión de selenio. Se iniciaron programas para la conversión de las granjas lecheras en granjas dedicadas al cultivo de bayas. El gobierno creó una industria de productos de consumo inmediato a base de semillas de colza y canola, con la expectativa de reemplazar los puestos perdidos como consecuencia de la reducción de la industria lechera y de obtener aceites muy insaturados a partir de otras fuentes. Por último, a los fabricantes de embutidos se les instó a reducir el contenido de grasa mediante la adición de hongos a la receta. Hoy en día la dieta finlandesa —antes sumamente alta en grasas de origen lácteo— tiene uno de los contenidos grasos más bajos de Europa. El consumo de verduras y de aceites de origen vegetal ha aumentado y se ha producido una reducción paralela de 50% de la mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares.

Fuente: P. Pietinen, et al., 1996.

REFERENCIAS

Alwan AAS. Cardiovascular diseases in the Eastern Mediterranean Region. *World Health Stat Q* 1993;46:97-100.
Association of State and Territorial Health Officers. *Preventing death and disability from cardiovascular diseases: a state-based plan for action.*

Washington, DC: Association of State and Territorial Health Officers; 1994.
Baker S, Vallbona C, Pavlik V, et al. A diabetes control program in a public health care setting. *Public Health Rep* 1993;108:595-605.

Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud.* Washington, DC: Banco Mundial; 1993.
Bandura A. *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory.* Englewood Cliffs (New Jersey): Prentice Hall; 1986.

- Berrios X, Huiguang T, Nissinen A, Puska P. Inter-health Project: risk factors for chronic diseases (on behalf of INTERHEALTH Project Directors). Informe presentado en la Segunda Conferencia Internacional sobre la Salud Cardiovascular, Barcelona, España, 28 de mayo a 1 de junio, 1995.
- Calfas KJ, Long BJ, Sallis JF, Wooten WJ, Pratt M, Patrick K. A controlled trial of physician counseling to promote the adoption of physical activity. *Prev Med* 1996;25:225-233.
- Cardiovascular disease mortality in the developing countries. *World Health Stat Q* 1993;46(2).
- Comité de Expertos de la OMS. *Prevención de la cardiopatía coronaria: informe de un Comité de Expertos de la OMS*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1982. (Informe técnico 678).
- Department de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Llibre blanc: bases per a la integració de la prevenció a la pràctica assistencial. Barcelona: Ediciones Doyma; 1993.
- Erfurt JC, Foote AF, Heirich MA. The cost-effectiveness of work-site wellness programs for hypertension control, weight loss, and smoking cessation. *J Occup Med* 1991;33: 962-970.
- Farquhar JW. A nation's health patterns and economic development. *UMBC Econ Rev* (Malasia) 1982;8:6-15.
- Farquhar JW, Fortmann SP, Flora JA, Maccoby N. Methods of communication to influence behaviour. En: Holland WW, Detels R, Knox G, eds. *Oxford textbook of public health*. New York: Oxford University Press; 1991:331-344.
- Farquhar JW, Fortmann SP, Flora JA, et al. Effects of communitywide education on cardiovascular disease risk factors: the Stanford Five-City Project. *JAMA* 1990;264:359-365.
- Farquhar JW, Wood PD, Breitrose H, et al. Community education for cardiovascular health. *Lancet* 1977;1:1192-1195.
- Ghannem H, Limam K, Ben Abdelaziz A, Mtraoui A, Hadj Fredj J, Marzouki M. Facteurs de risque des maladies cardiovasculaires dans une communauté semi-urbaine du Sahel tunisien. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1992;40:108-112.
- Haskell WL, Alderman EL, Fair JM, et al. Effects of intensive multiple risk factor reduction on coronary atherosclerosis and clinical cardiac events in men and women with coronary artery disease: the Stanford Coronary Risk Intervention Project (SCRIP). *Circulation* 1994;89: 975-990.
- Health and Welfare Canada. *Canadian Heart Health Initiative: a policy action*. Health Promotion Directorate, Health Services and Promotion Branch. Ottawa: Health and Welfare Canada; 1992.
- INTERSALT Cooperative Research Group. INTERSALT: an international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24 hour urinary sodium and potassium excretion. *Br Med J* 1988;297:319-328.
- Jamison DT. Investing in health. *Financ Dev* 1993;September:2-5.
- Kaplan GA, Keil JE. Socioeconomic factors and cardiovascular diseases: a review of the literature. AHA Medical/Scientific Statement. A special report. *Circulation* 1993;88:1973-1988.
- Killen JD, Telch MJ, Robinson TN, Maccoby N, Taylor CB, Farquhar JW. Cardiovascular disease risk reduction for 10th graders. *JAMA* 1988; 260:1728-1733.
- Kobayashi S. Trends in National Survey of Japan. *Nutr Health* 1992;8:91-96.
- Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Ottawa: Department of National Health and Welfare; 1974.
- Lasater T, Abrams D, Artz L, et al. Lay volunteer delivery of community-based cardiovascular risk factor modification program: the Pawtucket experiment. En: Matarazzo JD, Weiss SM, Herd JA, Miller NE, Weiss SM, eds. *Behavioral health: a handbook of health enhancement and disease prevention*. New York: John Wiley and Sons; 1984:1166-1170.
- Latinoamérica se moviliza frente al tabaquismo. *Bol Inf Comité Latinoam Coord Control Tabacq* 1994; septiembre.
- Ministère de la Santé Publique. *Programme National de Prise en Charge des Malades Chroniques*. Tunisie: Ministère de la Santé Publique; 1993.
- Mizushima S, Yamori Y. Nutritional improvement, cardiovascular diseases and longevity in Japan. *Nutr Health* 1992;8:97-105.
- Murray CJL, López AD. Global and regional cause-of-death patterns in 1990. En: Murray CJL, López AD, eds. *Global comparative assessments in the health sectors*. Geneva: World Health Organization; 1994:21-54.
- de Padua F. Fight against hypertension: a national campaign. *Proceedings of the European Society of Cardiology Symposium, Florence, Italy, April 1979*. Florence: European Society of Cardiology; 1979.
- Pardell H, Tresserras R, Salto E, Ramos A, Taberner JL, Salleras L. Preventive activities in primary health care: the approach of the CINDI Programme in Catalonia. *Proceedings of the European Health Policy Conference: opportunities for the future*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1995.
- Pardell H, Tresserras R, Salto E, Taberne JL, Salleras L. Economic considerations for joint anti-hypertension and anti-smoking programmes. *Can J Cardiol* 1993;9(Supplement D):175D-177D.
- Pearson TA, Jamison DT, Trejo-Gutierrez J. Cardiovascular disease. En: Jamison DT, Mosely WH, Measham AR, Bobadilla JL, eds. *Disease control priorities in developing nations*. New York: Oxford University Press; 1993:577-594.
- Pelletier KR. A review and analysis of the health and cost-effective outcomes of studies of comprehensive health promotion and disease prevention programs at the worksite: 1991-1993 update. *Am J Health Prom* 1993; 8:50-62.
- Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 1992;339:1268-1278.
- Pierce JP, Evans N, Farkas AJ, et al. *Tobacco use in California: an evaluation of the Tobacco Control Program 1989-1993*. La Jolla, California: University of California, San Diego; 1994.
- Pietinen P, Vartiainen E, Seppanen R, Aro A, Puska P. Changes in diet in Finland from 1972 to 1992: impact on coronary heart disease risk. *Prev Med* 1996;25:243-250.
- Potemkina R, ed. *CINDI Russia: experience and perspectives*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1995.
- Puska P. Prevention of non-communicable diseases through community-based integrated programmes. *Proceedings of the European Health Policy Conference: opportunities for the future*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1995.
- Puska P, Tuomilehto J, Nissinen A, Vartiainen E. *The North Karelia Project: 20 year results and experiences*. Helsinki: Helsinki University Printing House; 1995.
- Rose G. Causes of the trends and variations in CHD mortality in different countries. *Int J Epidemiol* 1989;18(Supplement 1):S174-S179.
- Rose G. *The strategy of preventive medicine*. Oxford: Oxford University Press; 1992.
- Salleras LL, Rius E, Tresserras R, Vicente R. *Working together for health gain at a regional level: the experience of Catalonia*. Barcelona: Department of Health and Social Security of the Autonomous Government of Catalonia; 1994.
- Schooler C. Effects of the Five-City Project media advocacy program. *Health Educ Q* 1996;23: 346-364.
- Stachenko S, Glasunov I, Bischof HP, et al. Processes of policy development and implementation: the CINDI approach. En: *Proceedings of the European Health Policy Conference: opportunities for the future*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1995.
- Stamler J, Rose G, Stamler R, Elliott P, Dyer A, Marmot M. INTERSALT Study findings: public health and medical care implications. *Hypertension* 1989;14:570-577.
- Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Amouyel P, Arveiler D, Rajakangas A-M, Pajak MD. Myocardial infarction and coronary deaths in the World Health Organization MONICA Project. *Circulation* 1994;90:583-612.
- U.S. Public Health Service. *Healthy People 2000: midcourse review and 1995 revisions*. Boston: Jones and Bartlett Publishers; 1995.
- U.S. Public Health Service. *Healthy People 2000: National health promotion and disease prevention objectives*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion; 1991.
- U.S. Public Health Service. *Morbidity and mortality: chartbook on cardiovascular, lung, and blood diseases*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute; 1994.
- Vallbona C, Yusim S, Scherwitz L, Hennrikus D, Evans L. Advances in controlling hypertension in low-income patients. *Am J Prev Med* 1985;1:52-57.
- Vartiainen E, Puska P, Pekkanen J, Tuomilehto J, Jousilahti P. Changes in risk factors explain changes in mortality from ischemic heart disease in Finland. *Br Med J* 1994;309:23-27.
- Victorian Health Promotion Foundation. *Annual report 1994*. Victoria, Australia: VicHealth; 1994.
- WHO Regional Office for Europe. *Health in Europe*. WHO Regional Publications, European

Series, No. 56. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1994a.
WHO Regional Office for Europe. *Positioning CINDI to meet the challenges*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1993.
WHO Regional Office for Europe. *Terminology for the European Health Policy Conference: opportuni-*

ties for the future. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1994b.
Yamori Y, Lovenberg W, Freis ED, eds. *Prophylactic approach to hypertensive diseases*. New York: Raven Press; 1979.
Yamori Y, Nara Y, Mizushima S, Mano M, Sawamura M, Kihara M, et al. International cooper-

ative study on the relationship between dietary factors and blood pressure: a report from the Cardiovascular Diseases and Alimentary Comparison (CARDIAC) Study. *J Cardiovasc Pharmacol* 1990;16(Supplement 8):S43-S47.

Premio Fred Soper en Salud Interamericana, 1998

Fecha límite: 31 de marzo de 1998

La Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF) solicita la presentación de candidatos para este premio, que se otorga anualmente al autor o autores de un trabajo científico que aporte conocimientos originales al campo de la salud pública de América Latina y el Caribe. El premio, que consiste en un diploma y US\$ 1 000, se concede en honor del doctor Fred L. Soper, Director de la OPS de 1947 a 1958 y una de las figuras más destacadas del siglo en el área de la salud interamericana. La PAHEF administra el Fondo del Premio y mantiene en una cuenta especial las contribuciones voluntarias que recibe para ese fin. Los trabajos finalistas son propuestos por el Comité del Premio, integrado por representantes nombrados por la OPS y la PAHEF. La selección final está a cargo de la Junta Directiva de la Fundación.

Pueden concursar al premio trabajos presentados por sus autores o en nombre de ellos, siempre que se observen los requisitos siguientes. El trabajo puede ser un informe de investigación, un análisis de datos nuevos o una revisión de datos primarios. Interesan sobre todo los estudios multidisciplinarios y los relacionados con las enfermedades infecciosas, que fueron el campo de interés principal del doctor Soper. Los trabajos presentados a concurso deben haberse publicado durante 1997 en revistas científicas que figuren en el *Index Medicus* o en las revistas oficiales de la OPS. Además, los autores deben estar vinculados con instituciones docentes, de investigación o de servicios ubicadas en países de América Latina y el Caribe, incluidos los centros de la OPS. Todos los trabajos tienen que haberse recibido a más tardar el 31 de marzo de 1998.

Dirección para el envío de trabajos:
Secretario Ejecutivo, PAHEF
525 Twenty-third Street, NW
Washington, DC 20037, EUA