



## Fortalecimiento del sistema de vigilancia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT):

### Reunión de los países de la subregión andina

(Quito, Ecuador, 20-22 abril 2009)



## Informe final

### Contenido

<b>Actividades del primer día, lunes, 20 de abril de 2009 .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Objetivos y resultados esperados de la reunión .....</b>	<b>1</b>
Objetivos .....	1
Resultados esperados .....	1
<b>2. ¿Cómo las iniciativas/proyectos regionales de análisis de situación de salud se articulan y apoyan la vigilancia de ECNT? .....</b>	<b>2</b>
Colaboración del Proyecto de Datos Básicos de Salud y Fortalecimiento de Estadísticas vitales y de la salud (HA) de la OPS.....	2
<b>3. Estrategia y Plan de Acción Regional de Prevención y control de ECNT.....</b>	<b>3</b>
Avances en la implementación de la Línea de Acción de Vigilancia: Iniciativa de MERCOSUR .....	3
1. Asesoramiento en la definición de áreas prioritarias de intervención en salud pública. ....	5
2. Desarrollar recomendaciones para la formulación de políticas y programas efectivos en salud .....	5
3. Desarrollar recomendaciones para mejorar el sistema de vigilancia nacional y regional ....	5
<b>Actividades de segundo día, martes el 21 de abril de 2009 .....</b>	<b>6</b>
<b>Vigilancia de las ECNT dentro del sistema de vigilancia de enfermedades en los países participantes: .....</b>	<b>6</b>
1. Perú.....	6
Propuesta para un sistema de vigilancia de enfermedades crónicas en Perú .....	6
Avances .....	6
Limitaciones y necesidades.....	7
2. Colombia.....	7
Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública .....	7
Modelo de vigilancia para las enfermedades crónicas .....	8
En cuestión de vigilancia de la mortalidad: .....	8
Intervenciones.....	9
Desafíos .....	9
3. Ecuador .....	10

<b>Datos de estadísticas vitales, de salud y de estudios: subregistro, calidad y actualización.....</b>	<b>11</b>
Perú .....	11
Colombia .....	11
Ecuador.....	11
Propuesta de una lista mínima, expandida y opcional de indicadores de ECNT: Datos Básicos de Enfermedades Crónicas.....	11
<b>Actividades del tercer día, miércoles el 22 de abril de 2009 .....</b>	<b>13</b>
<b>De los estudios de investigación hacia la vigilancia .....</b>	<b>13</b>
1. Región de las Américas .....	13
2. Colombia.....	13
3. Perú.....	14
4. Ecuador .....	15
5. Organismo Andino de Salud (ORAS) .....	15
<b>Registros de accidentes encefálicos y de cáncer.....</b>	<b>16</b>
6. Ecuador: Registro Nacional de Tumores (RNT) .....	16
Objetivo general.....	16
Objetivos específicos .....	16
7. STEPS-Stroke .....	17
8. Taller de implementación de STEPS .....	17
<b>Compromisos establecidos.....</b>	<b>18</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>19</b>

## Actividades del primer día, lunes, 20 de abril de 2009

Después de que Dr. Javier Toledo, en representación de Ministerio de salud, la Dra. Celia Riera y la Dra. Branka Legetic en representación de la OPS dieron la bienvenida a los participantes, se presentaron todos y se entregaron los materiales que se utilizaron durante los tres días de la reunión.

### 1. Objetivos y resultados esperados de la reunión

Ponente: Dra. Branka Legetic, OPS, Sede

En esta presentación, se hizo mención de la dinámica y los objetivos de la reunión. Se enfatizó la importancia de la vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como un medio para el cumplimiento de los planes de salud de los países de la Región. La vigilancia de ECNT es parte fundamental de la salud pública, por ello es tema importante incluido en documentos internacionales como el Acta G11 del MERCOSUR y la *Estrategia y Plan Regional de enfermedades crónicas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2006*. Asimismo se hizo mención de cómo otros programas como la iniciativa CARMEN contribuyen a la recolección de datos a través de mecanismos que fomentan el desarrollo del área de vigilancia de ECNT en niveles subregional y regional.

#### Objetivos

---

1. Dar conocer avances de cada país en vigilancia de ECNT en luz de *Estrategia Regional y Plan de Acción* y conclusiones de la última Reunión Bienal de CARMEN.
2. Discutir temas de interés común, oportunidades y mecanismos para la colaboración a nivel subregional (apoyo entre los países, proyectos comunes, etc.) y mencionar las aportaciones de la OPS.
3. Discutir el tema de armonización de los datos a nivel subregional así como del aporte de los países y de OPS (Lista mínima de indicadores, modalidades de recolección de datos, colaboración en el análisis).

#### Resultados esperados

---

- Llegar a un acuerdo sobre la formación de un grupo con países participantes de la región andina o la inclusión al ya formado grupo del MERCOSUR.
- Establecer el plan de trabajo para el año 2009-10.

## 2. ¿Cómo las iniciativas/proyectos regionales de análisis de situación de salud se articulan y apoyan la vigilancia de ECNT?

### Colaboración del Proyecto de Datos Básicos de Salud y Fortalecimiento de Estadísticas vitales y de la salud (HA) de la OPS

Ponente: Bruno Ribotta, OPS- CHI, HA

Existe una necesidad de **diagnóstico y pronóstico de las ECNT** a través de la identificación de la situación actual así como de las tendencias y del reconocimiento de los determinantes. Los desafíos a trabajar en los próximos años serán el logro de la comparabilidad de los datos entre los países de la Región, ampliar la cobertura y mejorar la calidad de la información.

Se explicó como la articulación de proyectos regionales de análisis de situación de salud contribuyen a que la vigilancia de ECNT se realice de manera más efectiva. Para que el proceso de vigilancia se lleve de manera adecuada es necesario el fortalecimiento del sistema de **estadísticas vitales** (nacimiento y defunciones) de los países.

En relación a la **morbilidad**, es importante el registro adecuado así como lograr uniformidad en el sistema clasificatorio de las enfermedades. En este marco, será posible ampliar la elaboración de tasas de prevalencia y supervivencia.

Otro desafío a alcanzar es **mejorar el acceso de la información de salud y de la capacidad de análisis** de la misma. El objetivo será vincular los datos y resultados que arroje el proceso de vigilancia y generar información de buena calidad que apoye al desarrollo de recursos humanos a los sistemas y plataformas de información. Estos mecanismos ayudarán al mejoramiento del acceso a los datos y a la información en salud, que se traducirá en la formulación de políticas públicas oportunas.

A continuación, se hizo mención a las actividades de producción y difusión de información, componentes incluidos dentro del el marco del Proyecto de Análisis de Salud de OPS (HSD/HA). Por ejemplo, las bases de datos de indicadores de salud que en los últimos 13 años se han desarrollado en 48 países. Entre los temas que se incluyen, se contemplan las áreas temáticas de la mortalidad y morbilidad y los factores de riesgo, entre otros. Estas bases de datos están disponibles a través de herramientas de consulta multidimensionales (página Web de OPS). Los datos se reportan principalmente en forma de tasas de mortalidad y morbilidad estimadas y ajustadas según sexo y edad.

De la misma manera, se mencionó los cuatro sistemas de información de áreas y programas técnicos de la OPS que actualmente están en desarrollo, además de las ocho bases de datos en la fase de diseño e implementación, sobre los siguientes temas: información de morbilidad, monitoreo de indicadores de salud de adolescentes, la vigilancia de la influenza y el sistema de acceso a los indicadores de salud, entre otros.

El Dr. Ribotta explicó a los participantes acerca del mecanismo por el cual funciona el Observatorio Regional de Salud Pública (ORSP), mostrándose como una plataforma importante para el registro de diversos temas a nivel Regional. En ella se incluyen los indicadores básicos de salud como parte esencial para el reporte de datos, contemplando como aspecto importante las ECNT. A nivel de los países se encuentran diversos ejemplos como: el Registro de Mortalidad de Cuba, el Índice de Salud Municipal de Bolivia, el sistema de vigilancia de factores de riesgo comportamentales de los CDC estadounidenses (*Behavioral Risk Factors Surveillance System /BRESS*), etc.

Todos estos esfuerzos son parte de acciones sistemáticas y permanentes que la OPS lleva a cabo en búsqueda del mejoramiento de la recolección, difusión de datos en la Región de las Américas. Con esta información se puede responder de manera adecuada a los mandatos institucionales de los Estados Miembros.

En el contexto de HA, se lleva a cabo el Plan de Fortalecimiento de las Estadísticas Vitales y de Salud de las Américas (PEVS), cuyos objetivos son mejorar la calidad de las estadísticas mencionadas, favoreciendo la diseminación entre países de las buenas prácticas que han diseñado, canalizando de manera organizada la demanda por la organización de los países en materia de información estadística y liderando la convocatoria al trabajo coordinado con otras agencias internacionales.

### 3. Estrategia y Plan de Acción Regional de Prevención y control de ECNT

#### Avances en la implementación de la Línea de Acción de Vigilancia: Iniciativa de MERCOSUR

---

Ponente: Dra. Branka Legetic OPS/OMS WDC

La vigilancia se considera como una función esencial de la salud pública. Es una acción reconocida por los gobiernos como parte de las responsabilidades para la preservación de la salud de los países, para la contención de enfermedades y la reducción de las epidemias. Al mismo tiempo, es una herramienta para llevar a cabo la salud pública basada en evidencias, la toma de decisiones y el monitoreo del éxito de las intervenciones en salud.

El **objetivo** de la vigilancia es el control de las enfermedades, y es por esto que forma parte esencial de la agenda de salud de los gobiernos.

A través de los años se ha hecho mayor labor y énfasis en la vigilancia de las enfermedades transmisibles hasta el año de 1980 cuando se menciona como necesidad la vigilancia de enfermedades no transmisibles, accidentes y factores de riesgo.

La diferencia en el abordaje de la vigilancia de enfermedades transmisibles y crónicas radica en el propósito del uso de los datos, el análisis y la diseminación de la información.

Se explicó las diferencias entre enfermedades crónicas y enfermedades transmisibles, así como la situación de los sistemas de vigilancia ENCT. La calidad y disponibilidad de los datos en la Región:

- 1 país sin datos continuos sobre la mortalidad (OPS/OMS).
- 6 países con problemas relacionados con datos continuos sobre la mortalidad (OPS).
- 4 países sin datos de mortalidad específica por ECNT (OPS, Iniciativa de Datos Básicos).
- Subregistro de mortalidad entre 15% y 50%.
- 35 Países tienen datos sobre un mínimo de un factor de riesgo (FR) (OMS InfoBase).
- 15 Países han realizado una encuesta de FR.

También se mencionaron las bases de información que están disponibles en el mundo, así como los antecedentes a nivel mundial que plantean el abordaje de las ECNT y los factores de

riesgo, desde las instituidas en el año 2000 hasta la última resolución en 2008, el Plan Mundial de Acción de ECNT de la OMS.

Se describió el marco de la OPS/OMS para las ECNT, Estrategia Regional y Plan de Acción para un enfoque integrado sobre la Prevención y Control de Enfermedades crónicas, que, dentro de las líneas de acción, contempla la Vigilancia de las enfermedades crónicas. La cual tiene como objetivo principal, apoyar al desarrollo y fortalecimiento de la capacidad para el monitoreo de ECNT. El sistema de vigilancia de ECNT debería incluir monitoreo de los siguiente información en relación con la mortalidad específica, morbilidad específica, Factores de riesgo, factores protectores, atención y manejo de los ECNT y FR dentro de sistema de salud y algunos factores condicionantes.

Los **principios básicos** son los siguientes:

- Desarrollo de vigilancia de ECNT y FR será parte de la agenda de desarrollo de la tecnología informática y parte de fortalecimiento de sistema de información.
- Incluir datos y construir indicadores como parte de las iniciativas existentes de OMS y OPS (Datos Básicos de OPS, InfoBase Global, *Healthy Metrics*)
- Esta en coherencia y continuidad con el trabajo previo de la OPS, la OMS y comunidad internacional.
- Está basado en las directrices estratégicas de la OMS sobre la vigilancia.

Dentro de la presentación, se dio una orientación de las bases de la línea de acción vigilancia de la OPS/OMS y sus **subobjetivos**:

- Fomentar desarrollo y fortalecimiento de **sistemas de vigilancia** para ECNT relacionados con acciones de salud pública.
- Promover la **colaboración entre los socios múltiples** para movilizar comunidad, socios y alianzas de nivel nacional, subregional y regional para estimular desarrollo efectivo de sistema de vigilancia y uso de información.
- Promover la **calidad** (precisión, completa y exhaustiva), **acceso y comparación de información** para su uso en vigilancia
- Desarrollar indicadores para la **evaluación** de efectividad, acceso y calidad de servicios de salud e intervenciones poblacionales, y de la operación del propio sistema de vigilancia.
- Aportar a la **comunicación e información oportuna** sobre ECNT y FR para públicos prioritarios seleccionados.
- Fomentar desarrollo de las estrategias/modalidades para el **intercambio de la información** necesaria con los tomadores de decisiones, para **facilitar la planificación estratégica y la evaluación** de los programas y políticas de salud pública.
- Promover la **educación y entrenamiento continuos** para mejorar la capacidad de los países y de sus recursos humanos (RRHH), y la experticia y competencia técnicas de los profesionales de salud que trabajan en la vigilancia de las ECNT.
- Promover **innovaciones e ideas nuevas** para responder a nuevos desafíos y a las necesidades de la vigilancia.

Se explicó la utilidad del sistema de vigilancia para la planificación de políticas sub. Regionales usando plataformas de integración política sub. Regional y uso de sus plataformas de información subregionales. Como ejemplo, se da a conocer la experiencia de la formación del grupo de trabajo sobre la vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles (VECNT) dentro de GT11 del MERCOSUR con su propuesta del Grupo de Trabajo sobre las Enfermedades

Crónicas No Transmisibles de MERCOSUR y sus Países Asociados, y su apoyo a reuniones de los Ministros de Salud de MERCOSUR:

## 1. Asesoramiento en la definición de áreas prioritarias de intervención en salud pública.

---

- a. Propiciar información oportuna para poder priorizar de problemas de salud para la Región.
  - Organizar datos de mortalidad y mejorar la cobertura y calidad de los mismos y disminuir la proporción de causas mal definidas.
  - Hacer análisis de mortalidad evitable.
  - Usar información sobre egresos hospitalarios para la información sobre la morbilidad.
- b. Identificar grupos más vulnerables, según zona geográfica, NSE, grupos de edad, otros.
  - Estimular estudios poblacionales para estimar prevalencia de enfermedades y sus factores de riesgo.
  - Estimular el análisis de las desigualdades para orientar políticas públicas intersectoriales.

## 2. Desarrollar recomendaciones para la formulación de políticas y programas efectivos en salud

---

- a. Identificar y compartir políticas e intervenciones efectivas en la reducción de la carga de ECNT e inequidades en países de MERCOSUR.
- b. Evaluar la aplicabilidad de algunas políticas para establecerlas a nivel de MERCOSUR.

## 3. Desarrollar recomendaciones para mejorar el sistema de vigilancia nacional y regional

---

- a. Conformar una Red de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles (VECNT) MERCOSUR y países asociados para armonizar definición de indicadores, promover análisis comparativo y propiciar análisis comparativa y compartir experiencias exitosas.
  - Diseñar un Marco que garantice la cobertura y calidad de estadísticas rutinarias, promueva el uso de diversas fuentes, establezca criterios homogéneos y métodos consensuados de vigilancia y monitoreo.
  - Establecer un programa de colaboración técnica e intercambio de conocimiento.
  - Desarrollar capacitación técnica en VECNT y análisis de desigualdades en salud a través identificación y uso de las oportunidades existentes para capacitación

También se menciona ejemplo de las acciones llevadas a cabo en la subregión del Caribe de habla inglesa y holandesa, en donde se han organizado países bajo plataforma de integración política de CARICOM en la implementación de los compromisos de Declaración de Puerto España y secciones particulares sobre Vigilancia de ECNT.

## Actividades de segundo día, martes el 21 de abril de 2009

### Vigilancia de las ECNT dentro del sistema de vigilancia de enfermedades en los países participantes:

#### 1. Perú

*Ponente: Luis Levilla*

Se inició la presentación explicando los cambios demográficos y epidemiológicos que llevan a primer plano a las enfermedades crónicas no transmisibles en Perú.

Se mostró las tendencias en el aumento de la población urbana así como en la esperanza de vida en Perú. Lo que ha dado como resultado el incremento de la prevalencia de ECNT que comparado con el patrón observado en años anteriores donde las enfermedades transmisibles tenían la mayor carga de morbilidad y mortalidad.

#### Propuesta para un sistema de vigilancia de enfermedades crónicas en Perú

Se explicó la propuesta de la intención de realizar una investigación epidemiológica donde se incluya el análisis de encuestas poblacionales, egresos hospitalarios y de datos de mortalidad. La intención será buscar el registro de estilos de vida no saludables, así como la caracterización de la población en riesgo, enfermos, pacientes hospitalizados e identificar las complicaciones por daños y muertes.

La información a recolectar debe incluir diversas etapas de la historia natural de la enfermedad. Por su cronicidad la recolección de los datos de ECNT permite que sea en periodos largos.

Las acciones de vigilancia epidemiológica es responsabilidad interinstitucional liderada por la Dirección General de Vigilancia Epidemiológica (DGVE).

Las acciones llevadas a cabo en la vigilancia epidemiológica deberán estar íntimamente relacionadas con las intervenciones para la prevención y el control de las ECNT

#### Avances

Los avances que se mencionaron fueron los siguientes:

- ➔ En el año 2003, se publicó el documento " Situación de salud de ECNT en Perú" por parte de la DGE y OPS
- ➔ En 2005, se realizó la última publicación del ASIS nacional en donde se incluyen registros de enfermedades no transmisibles.



- El Ministerio de Salud (MINSa) a través de la dirección general de epidemiología realizó el estudio de la prevalencia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (FRECNT).
- Se han llevado a cabo estudios sobre los FRECNT en cinco ocasiones, cada vez en territorio diferente, abarcando el nivel subnacional. Ha habido difusión de los resultados en diversas oficinas del Ministerio de Salud.
- Desde el 2006, se ha trabajado en la implementación del registro nacional de cáncer. Se ha creado el marco normativo que se está implementando en hospitales del MINSa, en establecimientos del seguro social en algunas clínicas privadas y en algunas regiones de salud.

### Limitaciones y necesidades

- Las ECNT no son prioridad para las autoridades sanitarias.
- Los Recursos financieros limitados.
- Deficiencias en trabajo interno de MINSa.
- Dificultades para la publicación de resultados del estudio.
- Necesidad de fortalecimiento y capacitación de recursos humanos dedicados a las ECNT.

## 2. Colombia

---

*Ponente: Marisa González*

El problema de las enfermedades crónicas se asocia con la pobreza y la inequidad. Son la mayor causa de muerte y sufrimiento que cualquier otra enfermedad en estos tiempos.

### Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública

Conceptualmente, la vigilancia de salud pública se define como los procesos de monitoreo de forma crítica, sistemática y constante de los eventos en salud que fundamentan la orientación, planificación, ejecución, monitoreo y seguimiento de la información en salud.

La ponente explicó el sistema de vigilancia en salud pública colombiano. Este tiene como actores principales a la comunidad, al sector salud, los sectores gubernamentales y el apoyo de organismos internacionales.

El Ministerio de Protección Social contempla entre sus líneas de trabajo el rubro de salud, que a través del SIVIGILA (Sistema de Vigilancia de Salud Pública) lleva a cabo las acciones de recolección de información en salud que posteriormente se traducirán en protocolos de investigación que sirvan para la toma de decisiones en salud. Se explicó el mecanismo en el flujo de la información de salud pública desde los primeros niveles, que desde el año 2004 hasta la fecha se ha incrementado la cantidad de información disponible.

El **objetivo** ahora será incrementar la información de eventos de interés a través de SIVIGILA, el cual tiene un modelo incluyente en los niveles de acción y actores que permita el abordaje integral de las enfermedades. Su fin es la creación de protocolos de investigación que den evidencia para la toma de decisiones políticas en salud.

## Modelo de vigilancia para las enfermedades crónicas

Se presentó el modelo de vigilancia de enfermedades crónicas, que incluye:

- Registros de discapacidad y de los determinantes para enfermedades crónicas.
- Efectos o daños a la salud, factores de riesgo y protectores que se registran a través de datos de mortalidad y morbilidad. La mortalidad se ha dado por medio de la vigilancia de los registros poblacionales de cáncer.
- Los efectos de los daños a la salud se han realizado en base a registros poblacionales e institucionales de factores de riesgo y factores protectores.

## En cuestión de vigilancia de la mortalidad:

- El SIVIGILA será el instrumento para la captura de los eventos crónicos de los registros de prestación de servicios individuales.
- Propuesta para la introducción de Diabetes Mellitus tipo 2 e insuficiencia renal en el SIVIGILA, notificación individual.
- Nueva reglamentación en enfermedades de alto costo que permite la captura de variables de interés para enfermedades crónicas.
- Registros poblacionales con el Instituto Colombiano de Cáncer.
- Vigilancia de la malnutrición.
- Notificación de los registros de vigilancia centinela de leucemias agudas pediátricas.

En relación a la mortalidad se propone:

- Fortalecer el departamento administrativo nacional de estadísticas.
- Analizar el comportamiento de la mortalidad.
- Registrar la situación de las enfermedades crónicas por distrito.
- Trabajar en el análisis de la situación a nivel municipal.
- Realizar el atlas de distribución de enfermedades crónicas.

Se hizo mención de las encuestas generadas por Colombia a través de los años en relación a la vigilancia epidemiológica:

- Primera investigación de morbilidad de carácter nacional fue realizada en el año 1965 al 66.
- Estudio nacional de salud de 1977 al 1980.
- Diagnóstico integral de salud – La salud de los colombianos, 1973 a 1981
- Estudio nacional de salud, 1986-89
- ENSIN 2005
- Encuesta Nacional de Salud 2007

De la misma manera, en los años 1993 y 1998, se han realizado las *Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas* (ENFREC 1 Y ENFREC 2). En estas encuestas, se incluyen registros de prevalencia, conocimientos, actitudes y prácticas de la población. Se hace vigilancia de factores de riesgo del comportamiento, mediciones físicas y bioquímicas asociadas con ECNT. La metodología para la recolección de datos es la realización de las encuestas directas. Para llevarlo a cabo, se realiza un muestreo por conglomerados.

El documento publicado más recientemente con relación a la salud pública de Colombia, es la *Encuesta Nacional de Salud 2007*. Esta encuesta consistió en un estudio transversal de alcance nacional. Se realizaron encuestas a los hogares los cuales se seleccionaron a través de muestreo por conglomerados, estratificado y multietápico. Otras encuestas son aquellos registros regionales como los registros de cáncer, registro piloto, programa CARMEN, vigilancia centinela de síndrome coronario, análisis de mortalidad y morbilidad y la encuesta STEPS en 4 ciudades. Asimismo se ha realizado un estudio de la carga de enfermedades por mortalidad prematura e incapacidad AVISA hecha en 1985 a 1995.

## Intervenciones

Se mencionaron las intervenciones más importantes en relación a ECNT y a factores de riesgo que se han llevado a cabo en Colombia en los últimos años:

- Inclusión de las ECNT como parte del plan nacional de salud.
- PARCES y TÚ VALES, programas enfocados a la promoción de un buen estilo de vida y de los factores protectores para ECNT.

## Desafíos

Los desafíos que se mencionan como importantes son los siguientes:

- La inclusión del tema de determinantes sociales como parte esencial de la vigilancia de los factores y ambiente que envuelven a las ECNT.
- Investigación con un enfoque de ciclo vital.
- Implementación del observatorio de enfermedades crónicas en PASTO.
- Vigilancia e intervención en el ámbito laboral.
- Vigilancia de enfermedades crónicas y salud mental con IBERCAMRRMEN.
- Capacitación y sensibilización en enfermedades crónicas.
- Seminario Internacional de enfermedades crónicas.
- Curso métodos básicos e intermedios en vigilancia en salud.
- Articulación con otros sectores: sensibilización a la industria colombiana de alimentos para producción de alimentos saludables.
- Trabajo con el ministerio de educación para incluir en el currículo hábitos de vida saludable.

### 3. Ecuador

---

La carga de atención a la salud se enfoca principalmente a la práctica médica curativa, solo el 25% de las consultas totales en Ecuador se registran ser para la prevención. La mayor parte de la población es atendida en el ministerio de salud pública. La estructura de atención de la salud es la de hospitales nacionales, hospitales provinciales y puestos de salud, centros de salud y subcentros de salud.

El patrón en la disminución de las enfermedades transmisibles y el aumento de las enfermedades crónicas, explican el patrón de morbilidad que se presenta ahora en Ecuador. En las dos últimas décadas, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Ecuador (INEC) las enfermedades crónicas que se han incrementado con mayor velocidad son: la enfermedad cerebrovascular, la Diabetes Mellitus, la isquemia coronaria y la hipertensión arterial. Se mencionó que el compromiso de Ecuador es contribuir a la vigilancia y control de enfermedades crónicas no transmisibles de riesgo cardiovascular mediante intervenciones multipropósito, así como el fortalecimiento y la reorientación de la atención especialmente en el primer nivel de atención de las acciones complementarias interinstitucionales, intersectoriales y participativas con énfasis en la prevención y promoción.

Se establece un control integral y participativo de las acciones que comprende las siguientes acciones:

1. En la información y comunicación: Análisis y difusión de la información de enfermedades no transmisibles y riesgos conexos.
2. Estructura y organización: la formación del programa prioritario de y del comité nacional
3. Elaboración de un manual: preparación de nueve guías de las principales ECNT
4. Fortalecimiento de la capacidad y competencias del sistema sanitario desde el primer nivel de atención.
5. Sistemas continuos de la información como la encuesta nacional EPI2
6. Medicamentos básicos: proveer medicamentos para hipertensión y diabetes de forma gratuita.

Los logros alcanzados por parte Ecuador en materia de enfermedades crónicas:

- Formación del comité interinstitucional
- Promulgación de ley para diabéticos
- Capacitación de profesionales de primer nivel para la atención y vigilancia de las ECNT
- Distribución de medicamentos para el control de diabetes e hipertensión arterial.
- Revisión de la encuesta nacional EPI 2
- En materia de educación, se ha realizado material educativo y guías clínicas asociación y clubes de diabéticos.
- Propuestas de encuestas nacional de factores de riesgo

Entre las acciones que Ecuador propone llevar a cabo se incluye:

- Continuar con programas de capacitación en control y vigilancia. Estos programas se enfocarán a la prevención y promoción. El primer nivel de atención de algunas provincias será donde se atiendan estas necesidades.
- Desarrollar y mejorar el sistema de información de enfermedades crónicas no transmisibles.

- ➔ Preparar una propuesta para el diseño de la encuesta nacional de factores de riesgo.
- ➔ Actualizar los instrumentos incluidos en el manual de las guías a las enfermedades crónicas no transmisibles de riesgo cardiovascular.

## Datos de estadísticas vitales, de salud y de estudios: subregistro, calidad y actualización

### Perú

---

Hay un subregistro de defunciones de 48%. La situación se está mejorando, pero las brechas en el registro son distintas en distintas partes del país desde 10-12% en Lima hasta departamentos que tienen 80% de subregistro. Todavía no hay regulación sobre registración de muertes. Hay una poca inversión en la estadística e informática a nivel de país.

### Colombia

---

Tiene standardización de la ficha de defunciones desde 1998 que apoya en mejoramiento de la calidad de información sobre mortalidad. Existe Comité nacional de estadísticas vitales que evalúa la calidad de información. Hay disponibilidad de datos desde 2007 y una fuerte capacitación en los procedimientos para mejorar la calidad y retraso. CISPRO, que es un programa que facilita comparar la calidad entre departamentos del país.

### Ecuador

---

Tiene Instituto nacional de estadísticas. El país tiene certificación médica obligatoria, pero no hay cálculo estimado sobre nivel de subregistro. Se maneja con las estimaciones de nacidos vivos y de los muertos en los informes.

## Propuesta de una lista mínima, expandida y opcional de indicadores de ECNT: Datos Básicos de Enfermedades Crónicas

---

La lista está preparada por el grupo Inter-programático de trabajo de vigilancia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el período de marzo del 2007 a junio del 2008. El trabajo se ha basado en los principios de vigilancia de factores de riesgo (RF) y enfermedades crónicas de la Organización Mundial de la Salud y (OMS) y la iniciativa de Datos de Salud básicos de la OPS. El punto de partida fue la lista de los indicadores de enfermedades crónicas no transmisibles preparados por el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) en el 2004 y que no han sido probados o aplicados aun. El grupo de trabajo ha consultado los siguientes materiales durante su trabajo: La lista de los indicadores del CDC para vigilancia de las enfermedades crónicas (2), Los Indicadores Canadienses para la Atención Primaria de Salud (3), las listas nacionales de indicadores de Brasil (4) y de México (5).

La Lista incluye sugerencias recibidas de los epidemiólogos de Montserrat, Dominica, y Barbados, así como de Chile, Argentina, Paraguay, Uruguay y Brasil dentro del esfuerzo de la unidad de enfermedades crónicas no transmisibles de la OPS (NC) para la armonización subregional en el Caribe de habla inglesa y en los países de MERCOSUR, durante primavera del 2008.

La lista de datos propuesta representa una selección de los datos estándar que tienen gran probabilidad de ser una parte de la colección de datos reportados en la notificación nacional e internacional y que están incluidos en los mandatos de la OPS/OMS relacionados con las ECNT y los RF.

Este es un trabajo en desarrollo, y modificaciones serán hechas periódicamente para asegurarse que las necesidades de los usuarios sean satisfechas. La finalidad de este trabajo fue, por primera vez, ofrecer a los funcionarios de la salud pública la oportunidad de uniformemente, definir, recoger y notificar datos de enfermedades crónicas anualmente como parte del proceso de vigilancia de enfermedades crónicas. La selección de los indicadores por los expertos fue liderada por: las Resoluciones internacionales dedicadas a ECNT y RF, su importancia a la salud pública y la disponibilidad de los datos de nivel nacional.

La lista de indicadores está proponiendo un método progresivo paso a paso a través de grupos de datos básicos, expandidos y opcionales. Entre los que se encuentran 44 básicos, 19 expandidos y 12 datos opcionales, 10 se relacionan con las enfermedades cardiovasculares, 7 al cáncer, 9 a la diabetes, 2 al asma y el EPOC, 3 a la violencia y las lesiones, 7 al tabaco, 6 al alcohol, 9 al consumo de fruta y verduras, 3 a la inactividad física, 3 al sobrepeso y la obesidad y 6 en provisión de servicios prevención. Los restantes datos sociodemográficos abarcan ciertas condiciones como la pobreza, cubrimiento de seguro de salud, la producción, la importación y exportación de ciertos productos seleccionados.

La lista de indicadores ofrecida combina múltiples fuentes de datos en un sistema funcional de notificación anual como un cimiento para la vigilancia de enfermedades crónicas no transmisibles. Además de las fuentes de datos nacionales, esta lista de indicadores también usa varios estudios internacionales como fuente, ya que su metodología se ha aceptado y usado por países como parte de los esfuerzos nacionales para lograr comparabilidad internacional. Este conjunto de datos es una contribución para remediar la fragmentación de los sistemas tradicionales de vigilancia en los países donde cada programa sigue sus propios datos e indicadores y no combina las fuentes de datos ni considera el contexto y otra información sectorial. El conjunto de datos propuesto debe facilitar el análisis adicional a nivel nacional, subregional y la generación de indicadores más complejos para las enfermedades crónicas no transmisibles.

El Conjunto de datos básicos, expandidos y opcionales para Enfermedades Crónicas no Transmisibles, Violencia y Lesiones esta piloteado en 6 países de Caribe y se acordó en esta reunión hacer el piloteo de la misma en tres países presentes.

## Actividades del tercer día, miércoles el 22 de abril de 2009

### De los estudios de investigación hacia la vigilancia

El último día de sesión brindó un panorama sobre metodologías existentes en la Región para la vigilancia de los FR y experiencias en uso de registros para la vigilancia de enfermedades crónicas.

#### 1. Región de las Américas

*Ponente: Dra. Branka Legetic*

En esta sesión, se ofrecieron detalles de la Metodología de STEPS panamericano para adultos y *Global School-Based Student Health Survey* (GSHS) par los adolescentes y lo que ofrece la OPS-OMS par los países:

- Instrumento y metodología estandarizada aprobada por circa 90 países en el mundo, flexible de responder a varias necesidades
- *Manual de STEPS* y de GSHS
- Herramienta de STEPS (software par muestreo, para la entrada y análisis de los datos, 2 Tablas de resumen, y Libro de datos para el reporte )
- *Taller para planificación, trabajo en campo y manejo de datos*
- Taller para interpretación de datos y análisis
- Apoyo en la escritura del Reporte
- Adaptación para el uso de E-STEPS ( PDA)

Además se hizo una orientación sobre **otras metodologías aplicadas en la Región:**

- **Brasil:** Encuesta telefónica en 26 capitales del país (VIGITEL),
- **Trinidad e Tobago:** Uso de estudios llevados en el país por el grupo de trabajo aplicando la tecnología del uso de la computadora.
- **Sta. Lucia** piloteó la recolección continua a través de visitas del equipo de atención primaria (AP).
- **Costa Rica:** Visitas del equipo de AP.
- **Métodos múltiples:** MultiMod de los Estados Unidos

Después los países participantes presentaron la situación de su país en relación a la vigilancia de los FR de ECNT.

#### 2. Colombia

*Ponente: Marisa González*

En esta presentación, se mostró la amplia experiencia que tiene Colombia en la realización de encuestas e intervenciones a nivel Nacional. Las encuestas realizadas en los últimos años han sido realizadas vía telefónica y a través de entrevistas cara a cara. La población incluida en los estudios son personas mayores de 15 años de edad. Se hizo adaptación de cuestionarios de OPS y CDC tomando como población de estudio a los mayores de 15 años de edad.

Las secciones que Colombia contempló para la evaluación de factores de riesgo son:

- Sociodemográficos.
- Situación laboral.
- Cobertura y acceso a la atención.
- Salud general.
- Tabaquismo.
- Factores de dieta y nutrición.
- Consumo de alcohol.
- Conocimiento del peso corporal.
- Conocimiento de la condición de hipertensión arterial.
- Conocimiento de la condición de Diabetes Mellitus.
- Conocimiento de las condiciones de colesterol.
- Temas preventivos para las mujeres.

En esta sesión, se explicó la técnica de muestreo que se llevó a cabo para las encuestas telefónicas y aquellas realizadas de casa en casa. De las situaciones y experiencias que surgieron al realizar las encuestas, la representante de Colombia compartió con nosotros las siguientes:

- La estandarización y la calibración de los materiales, la precisión de las mediciones debe controlarse para obtener información de mayor calidad y evitar los sesgos.
- Entre las lecciones aprendidas en esta experiencia la más mencionada fue el logro de la participación del nivel municipal.

La representante de Colombia expuso la experiencia que se vivió al implementar la estrategia STEPS en nivel 1 y 2. Se explicó la importancia de las mediciones y de la estandarización así como de la búsqueda de laboratorios de referencia para controlar de mejor manera la información. Después de la implementación de STEPS en algunas provincias de Colombia se pretende realizar vigilancia de enfermedades crónicas y evaluación de la información de los 1120 municipios.

Otra de las metas que se mencionó es incluir un módulo de vigilancia de enfermedades crónicas al sistema de vigilancia que ya se maneja en el país. Como aspecto importante a considerar es el ambiente político que se vive en las localidades. Uno de los focos de atención para la gestión e inclusión de las ECNT dentro de las agendas de los ministerios de salud son las circunstancias políticas que se vive en las localidades. En Pasto la situación política ayudó a la inclusión de las ECNT en el marco normativo extendiendo su vigencia hasta el año 2015. El Ministerio de Salud de Colombia en conjunto con la OPS realizó un convenio marco en donde se incluyen las ECNT. Este es un paso importante ya que en el pasado no se contemplaban como parte de la temática.

### 3. Perú

---

*Ponente: Luis Levilla*

Al inicio de la presentación, se mostraron los antecedentes de los estudios sobre los FRECNT. Este estudio tuvo como objetivos, estimar la prevalencia de los factores de riesgo para ENCT, contar con una línea basal para iniciar las estrategias de prevención de ECNT en el sector salud. Se han obtenido datos de tres provincias, en los años de 2003 al 2007. Se mencionaron los datos



generales de los estudios sobre los FRECNT y su metodología y se comentó que para evitar sesgos las definiciones a utilizar, las mediciones así como el personal se encuentra estandarizado.

Entre los resultados que se mostraron en la sesión fueron la prevalencia de Diabetes Mellitus, hiperglicemia, obesidad, y colesterol LDL y HDL. También se reportaron los resultados de los parámetros bioquímicos en relación al nivel socioeconómico y al distrito de donde se obtuvieron los datos.

Una de las principales limitaciones del estudio sobre los FRECNT fue la falta de consistencia en la recolección de la información. Un ejemplo claro de ello son los datos de nivel socioeconómico y especialmente en el registro de estadísticas vitales. Otro aspecto importante que se mencionó es la baja tasa de respuesta por parte del sexo masculino.

Entre las lecciones aprendidas en la realización del estudio sobre los FRECNT fue el proceso de muestreo, el control de las mediciones y del personal que permitieron datos estandarizados para todo el proceso.

El ponente mostró la percepción de Perú ante el cuestionario ya existente del la estrategia CARMEN. La crítica hacia este instrumento es la cantidad de los ítems que contiene, favoreciendo el sesgo de información. Se considera que las secciones de alimentación, actividad física y tabaco no están estructuradas de manera adecuada.

En conclusión, en Perú falta fortalecer el sistema de vigilancia así como el de reporte de los datos existentes. Las limitaciones más importantes para el abordaje de las ECNT en Perú es la falta de interés del gobierno.

Al término de la ponencia y después de mostrar datos esencialmente epidemiológicos, los participantes de la reunión hacen la sugerencia de incluir y dar el enfoque de salud publica a los datos con los que cuenta el país.

#### 4. Ecuador

---

*Ponente: Margarita Rodríguez, Ministerio de Salud*

Se presentó la situación actual donde país no tiene su línea base nacional sobre la prevalencia de FR y esta con la prioridad de prepararlo. Se discutieron las oportunidades para ejecutar la encuesta nacional de FR aplicando la metodología STEPS Panamericano. El país tiene una red correspondiente para FR y ECNT.

#### 5. Organismo Andino de Salud (ORAS)

---

*Ponente: Red Andina de Vigilancia Epidemiológica*

EL ORAS es un organismo cuyos Estados Miembros son Bolivia, Chile, Ecuador, Venezuela y Perú. Esta alianza de países surge con el propósito de hacer realidad los objetivos del Acuerdo de Cartagena. Su **objetivo** principal es promover el desarrollo equilibrado de los Países Miembros para coordinar esfuerzos en el Área Andina en materia de salud. Entre **sus líneas de acción** se incluyen la promoción y protección de la salud, la vigilancia epidemiológica, la política de medicamentos, la educación y la gestión.

En la actualidad, el ORAS tiene como prioridad el estudio de las enfermedades transmisibles, sin embargo la institución tiene la capacidad técnica y la infraestructura para la inclusión de las ECNT en su agenda de trabajo. Es por ello que será una plataforma fundamental para el control de la vigilancia de las ECNT en el Área Andina.

Este organismo puede ser centro de concentración de información, lo que aseguraría la homogeneidad de los datos, asimismo será un medio para la gestión de políticas de salud en el Área Andina.

## Registros de accidentes encefálicos y de cáncer

La última sesión fue dedicada en la presentación de experiencias nacionales en la aplicación de registros poblacionales de cáncer y de la Metodología de OMS para registración de accidentes encefálicos *STEPS-Stroke*.

### 6. Ecuador: Registro Nacional de Tumores (RNT)

*Ponente: Registro Nacional de Tumores*

En 1989 se estableció El Registro Nacional de Tumores (RNT).

#### Objetivo general

Conocer la incidencia y la distribución de tumores malignos en la Ciudad de Quito.

#### Objetivos específicos

- Proporcionar una herramienta para la prevención y monitoreo de cáncer.
- Promover la investigación y la docencia.
- Consolidar los registros poblacionales y hospitalarios de cáncer.

Se muestra que las defunciones por cáncer en Quito se han incrementado a más del doble desde 1980 al 2007. La metodología utilizada para la captura de la información es de forma sistematizada para evitar el sesgo de la información. Se mostraron las estadísticas que se han obtenido en los últimos años. Entre los más sobresalientes se encuentran los principales cánceres que se presentan en la ciudad de Quito.

Según sexo, las mujeres presentan en orden de aparición cáncer de piel, cáncer del cuello uterino invasor, cáncer de estómago, cáncer de tiroides, cáncer del sistema hematopoyético. Entre los hombres los cánceres más comunes son el de próstata, piel estomago, sistema hematopoyético, linfático y de pulmón.

Los representantes de los países participantes en la Reunión discutieron puntos importantes a cerca de la experiencia en la vigilancia de casos de cáncer.

## 7. STEPS-Stroke

---

Ponente: Dra. Branka Legetic

Esta estrategia surge de la necesidad de homogeneizar la información para hacerla comparable entre países de la Región de las Américas. Con esto se evita la duplicación de esfuerzos y el uso ineficiente de los recursos tanto humanos como materiales. La encuesta se ha aplicado en tres países de la Región.

El *STEPS-Stroke* contiene **tres niveles diferentes**:

- ➔ STEP 1: Contempla el registro de los datos hospitalarios. En esta etapa se debe incluir datos de casos de primera vez o recurrentes, el estado socioeconómico y el tipo de evento cerebrovascular. También se reporta el lugar del tratamiento y el tratamiento médico prescrito.
- ➔ STEP 2: Se registran los eventos fatales en la comunidad.
- ➔ STEP3: Los eventos no fatales en la comunidad que incluyan el seguimiento.

El *STEPS-Stroke* ofrece el protocolo de acción, el instrumento y la herramienta para la entrada de datos. Esta estrategia asegura comparabilidad de la información a nivel internacional. Después de la presentación del tema, los representantes de los países asistentes mostraron interés en revisar el material del *STEPS-Stroke*.

## 8. Taller de implementación de STEPS

---

Ponente: Dra. Branka Legetic

El taller para la implementación de STEPS se llevó a cabo el día 22 de abril como actividad de cierre de la reunión. Para este taller se actualizó una carpeta con información y guías de STEPS realizadas con anterioridad por la OMS en idioma inglés. Se entregó un CD con la información en formato electrónico y el software necesario para la instalación del EPI INFO, herramienta esencial para el análisis de los datos recolectados. El taller se llevó a cabo en 4 horas, en las cuales a través de presentaciones de PowerPoint se difundieron las bases y la metodología precisa de la estrategia STEPS, en cada uno de sus niveles. Se explicó el costo para realizar STEPS en todos sus niveles y se hizo énfasis en la parte opcional (STEP3) de la estrategia que puede ser muy costosa, por lo que se requiere un mayor control en la implementación.

El interés de los participantes fue notable para la realización de la encuesta STEPS en sus países. Ya sea para mejorar los datos ya existentes en algunos países, así como el surgimiento de la inquietud de implementar la estrategia por primera vez. El taller se llevó a cabo en un ambiente de total retroalimentación de los participantes en donde las preguntas y la participación de los países que ya tenían experiencias en la implementación de la estrategia difundieron con sus experiencias para incrementar el entendimiento de la metodología que se estaba exponiendo.

La ponente dio ejemplos en relación a aquellos países que ya cuentan con datos analizados, cubrieron en su totalidad los pasos y niveles de STEPS. Entre los casos de implementación con mayor éxito hasta el momento, se encuentran los países del Caribe que tienen un mayor avance en el tema de la vigilancia de enfermedades crónicas.

En todo momento se menciona la disposición y compromiso que tiene la OPS para apoyar aquellos Estados miembros y Subregiones que decidan llevar a cabo STEPS.

Fue claro que OPS cuenta con la infraestructura para capacitación de los recursos humanos que implementarán STEPS así como la disponibilidad y compromiso para proveer con materiales médicos para realizar las mediciones bioquímicas que forman parte de la estrategia. Y si se decide realizar la versión electrónica de STEPS se proveerá con capacitación de los recursos humanos así como con dispositivos electrónicos (PALM/PDA).

## Compromisos establecidos

Los representantes de los países que conforman la región Andina participaron de manera activa creando un ambiente de retroalimentación y participación a lo largo de la reunión.

Al fin de la reunión, se armaron acuerdos de la formación de grupo de trabajo para Vigilancia de ECNT (VECNT) para la subregión Andina, bajo plataforma de ORAS. Se acordó buscar la motivación a la participación y cooperación de Bolivia y Venezuela. Se acordó mandar el informe de la reunión para estos países y buscar las vías de comunicación para ponerlos al tanto de las decisiones tomadas en la reunión e invitación para su participación en el futuro trabajo del grupo.

Acuerdos del grupo	Fecha	Responsable
Informe sobre la Reunión de VECNT, Área Andina	31 de mayo de 2009	la OPS
Pilotear la Lista mínima de Indicadores de ECNT y organizar una reunión para discutir resultados	septiembre de 2009	Representante de cada país y la OPS
Presentación de los avances de trabajo del grupo en la Reunión CARMEN en Lima /Invitar representante de ORAS a la reunión de CARMEN	octubre de 2009	Representante del grupo
Invitar Bolivia y Venezuela ser parte del grupo	Junio 2009	OPS
Reunirse con ORAS durante reunión CARMEN en Lima para solicitar inclusión /formalización del grupo VECNT en el plan de trabajo para 2010	Octubre 2009	OPS y representantes de los países
Conocer mejor plataforma informática de ORAS y su programa de indicadores para poder explorar oportunidad de incluir indicadores de ECNT en la misma	Octubre 2009	OPS y ORAS
Preparar la análisis de la situación de sobre ECNT en la subregión Andina para la Reunión de Ministros de salud con una Sala de situación sobre crónicas	Fecha de la reunión de ministros todavía no está fijada	El grupo

Solicitudes puntuales por país para colaboración con la OPS		
<b>Ecuador</b> : Planificación de la encuesta nacional- Plan de trabajo	octubre de 2009	Margarita Rodríguez
<b>Perú</b> : Publicación de resultados de la Encuesta en sitio Web	junio – julio 2009	Luis Levilla
<b>Colombia:</b> Atlas de mortalidad y apoyo de OPS en la revisión	octubre de 2009	Maritza Gonzáles con OPS-HA
<b>Colombia</b> : Apoyo al seminario de enfermedades crónicas – participación en el seminario	agosto 2009	Maritza Gonzáles y la OPS
<b>Colombia:</b> participación en el curso de vigilancia de ECNT con un Taller de demostración del STEPS Panamericano ( software, e-STEPS )	Septiembre	Oscar Pacheco

## Conclusiones

- La reunión de fortalecimiento del Sistema de Vigilancia de ECNT en Área Andina hubo participación de los representantes de Ecuador, Perú y Colombia. La reunión cumplió con los objetivos planteados.
- Dos de los países miembros de esta Región no asistieron, por lo que se establece como compromiso común el motivarlos a la participación en actividades futuras para lograr la unidad del grupo.
- Ecuador, sede de la reunión, Colombia, Perú, así como el Organismo Andino de Salud expusieron sus avances y el plan de acción en vigilancia de las ECNT. Esta participación dio lugar a la discusión de las oportunidades de acción, los mecanismos de colaboración y el apoyo entre países.
- Se estableció un grupo de trabajo como vínculo de colaboración y apoyo entre los países participantes y la OPS para fortalecer y motivar a la acción para que se lleve a cabo la vigilancia de ECNT. Así como la colaboración para actividades y eventos venideros.
- Como acuerdo final se estableció la formación del grupo de la Región Andina y no se optó la unión con el ya formado grupo del MERCOSUR.
- El plan de trabajo para los meses restantes del 2009 fue establecido por el grupo formado y por los países participantes. Comprometiéndose en base a su capacidad de acción y a las actividades previas realizadas en relación a las ECNT.
- Se determinó la discusión del tema de ECNT y avances en los compromisos adquiridos en la siguiente reunión de CARMEN en octubre de 2009.

