

Artículo Especial

Intervenciones poblacionales en el contexto del desafío 25x25 de la Organización Mundial de la Salud y de la World Heart Federation. El modelo de la "Campaña nacional 100.000 corazones". Diez años de experiencia.

Population Interventions within the Context of the 25x25 Challenge by the World Health Organization and the World Heart Federation. The model of the "National Campaign 100.000 hearts". Ten years of experience

Ricardo Lopez Santi

Hospital Italiano de La Plata. Buenos Aires, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO RESUMEN

Recibido el 6 de enero de 2017
Aceptado el 27 de enero de 2017
www.revistafac.org.ar

El autor declara no tener
conflicto de intereses

La Organización Mundial de la Salud lanzó el desafío de reducir el 25% de las muertes prematuras causadas por enfermedades crónicas no transmisibles para el año 2025. En este contexto las experiencias exitosas avalan la integración de acciones de abordaje individual y poblacional. Estas últimas incluyen la promoción de salud con el objetivo de concientizar y dar conocimiento respecto de las acciones para prevenir y controlar los factores de riesgo. Diez años de experiencia en este campo de la Campaña nacional 100.000 corazones (CCC) son analizados.

Metodología: Se convocó actores públicos, privados y ONGs con capacidad para desarrollar acciones de promoción durante el periodo de acción establecido para cada edición (1 a 2 meses) desde al año 2007.

Resultados: Análisis de los procesos: 8403 actividades desarrolladas en 10 años, una media anual de 278 de instituciones participantes, participación anual de 13 a 20 estados provinciales sobre un total de 24 posibles (incluye CABA) En la década fueron cubiertas con actividades todas las regiones del país.

Discusión: La continuidad de la iniciativa, el número de actividades e instituciones participantes, el carácter nacional y el protagonismo del actor local son considerados aspectos positivos. El avance de políticas públicas en este campo ha sido un factor facilitador. En sentido contrario la pobreza, la inadecuada interpretación respecto que prevenir es un gasto y las acciones de grandes corporaciones con intereses contrapuestos en temas como tabaco y alimentación se posicionan como los grandes obstáculos y amenazas. Como desafíos futuros aparecen la necesidad de mayor evidencia científica respecto de impacto y costo efectividad, la promoción de acciones para fortalecer la adherencia a tratamientos en pacientes en prevención secundaria, el aprovechamiento pleno de las redes sociales, una mayor articulación con todos los sectores, la obtención de una financiación suficiente y el empoderamiento de la comunidad a través de capacitaciones y educación.

Conclusión: El modelo de la CCC ha demostrado que es sustentable, de bajo costo y que por estas características puede ser reproducible.

Palabras clave:

Prevención cardiovascular
Intervención poblacional
Campaña de promoción de salud

Population Interventions within the Context of the 25 X 25 Challenge by the World Health Organization and the World Heart Federation. The model of the "National Campaign 100,000 hearts". Ten years of experience.

ABSTRACT

Keywords:

Prevención cardiovascular
Intervención poblacional
Campaña de promoción de salud

The World Heart Organization has faced the challenge to reduce 25% of the premature deaths caused by non-communicable diseases for year 2025. In this context, the successful experiences have shown the substantial advantages of the integration of individual and collective approaches, which include health promotion activities to increase the awareness about the importance of the prevention and control of the risk factors. Taking into account the foregoing, ten years of the National Campaign "100.000 hearts" (the "Campaign") are hereby analyzed.

Methodology: NGOs, public entities and private actors were invited to carry out health promotion activities during the term of each one of the ten annual editions of the Campaign which have been performed since 2007 (each edition took between 1 and 2 months).

Results. Process analysis: 8403 activities carried out during 10 years and an average of 278 institutions participated each year throughout 13 to 20 provinces (depending on the edition) over a total of 24 (including the City of Buenos Aires). During the last decade activities were performed in all regions of the Argentine territory under the Campaign.

Discussion: On one hand, the continuity of the initiative, the number of activities and participants, the national profile and the main role of the local actors are considered positive aspects and the progress of public policies in this field has been a facilitator factor. On the other hand, the poverty, the inadequate interpretation about prevention as an expense and the influence of large corporations with conflicting interests appear as a substantial odd and threat our expectation to reach our goals. As future challenges we foresee the need to get more scientific evidence about the impact of our behavior, the promotion of actions for the increase of the adherence to treatments in secondary prevention patients, the exploitation of social networks, the improvement of articulation with all relevant sectors, the achievement of enough financial resources and the training of the population through education.

Conclusion: Considering that the campaign model has demonstrated sustainability and low cost, it is suitable to be reproduced in other countries.

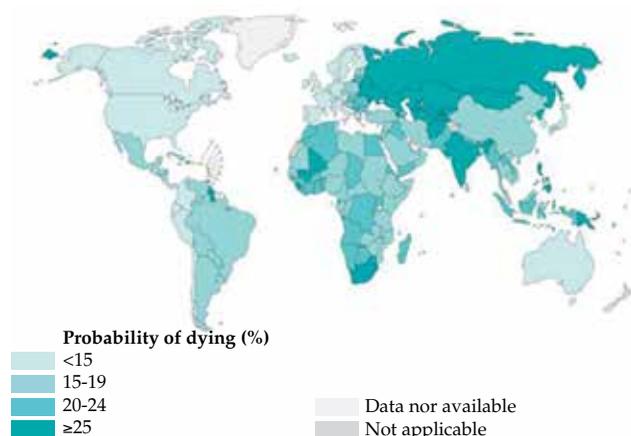
Desde la reunión de alto nivel desarrollada por las Naciones Unidas en torno a las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) en el año 2011, se ha generado el ámbito propicio para el desarrollo de estrategias de prevención y control de las enfermedades cardiovasculares a nivel mundial, como nunca ocurrió en la historia de la salud pública^{1,2}. Dentro de las variables que han determinado este nuevo escenario encontramos el explícito reconocimiento de la amenaza que el impacto de estas patologías significa para las economías y la toma de conciencia respecto de la responsabilidad que le cabe a los gobiernos en encontrar respuestas adecuadas y efectivas con el acompañamiento de todos los sectores de la sociedad. A partir de esta nueva instancia, cada estado miembro, debe fortalecer e integrar políticas y programas destinados al control de las ECNT. En este camino las acciones deben abarcar desde la prevención de factores de riesgo en el primer nivel de atención hasta la asistencia y rehabilitación una vez instaladas las ECNT. Estas acciones deben implementarse de manera sustentable, sostenida y coordinadas, basadas en evidencia, ser costo efectivas y equitativas, resaltando la importancia de empoderar al paciente. Se enmendó de esta manera la ausencia de las enfermedades cardiovasculares en la agenda global de salud hasta el presente, situación alimentada en parte por la omisión en el enunciado del Millennium Development Goals, documento emitido por OMS con objetivos que caducaron en el año 2015. Este ha sido actualmente reemplazado por el Sustainable Development Goals que establece 17 objetivos globales, 169 metas, 230 indicadores hacia el año 2030 en 188 países del mundo^{3,4,5}. Este nuevo documento, que si incluye a las ECNT, es motivo de intenso debate respecto de si podrá orientar la dirección de políticas nacionales y la asignación de recursos económicos de manera efectiva. El objetivo 3.4 es la de reducir un tercio de las muertes por ECNT en el mundo para el año 2030, y si bien todavía no hay información disponible respecto de los resultados del primer año, el alcance de las metas dependerá de la adecuada inversión

de recursos acompañando el monitoreo de los datos que surjan de los distintos indicadores⁶.

En este contexto la OMS, apoyada por organizaciones como la World Heart Federation, lanzó una convocatoria a reducir el 25% de las muertes prematuras causadas por ECNT para el año 2025 con fuerte respaldo internacional^{7,8,9}. En una editorial publicada en el año 2015 en esta revista, el Dr. Daniel Piskorz detalló los aspectos centrales por los que instituciones nacionales como la Federación Argentina de Cardiología han colaborado a dar sustento a esta estrategia y deben aportar a futuro un liderazgo que la lleve a la práctica de manera efectiva¹⁰.

De las 56 millones de muertes que se produjeron en el mundo en el año 2012, 38 millones (68%) se debieron a ECNT siendo las cuatro principales causas las enfermedades cardiovasculares (17.5 millones), los cánceres (8.2 millones), las enfermedades pulmonares crónicas (4 millones) y la diabetes (1.5 millones). La carga de estas enfermedades está aumentando desproporcionadamente entre los países y las poblaciones de medianos y bajos ingresos. En 2012, casi tres cuartas partes de las muertes por enfermedades no transmisibles (28 millones) ocurrieron en estos países, con alrededor del 48% de las muertes ocurridas antes de los 70 años¹¹. Los factores de riesgo de estas cuatro enfermedades en muchos casos son los mismos y por eso las estrategias de prevención deberían pensarse desde un abordaje integral^{12,13}. Estas diferencias respecto de los países de altos ingresos se ponen aun mas de manifiesto cuando información reciente da cuenta de 12 países europeos que incluyen entre otros a Bélgica, Francia, Reino Unido, España, Italia, lograron reducir las muertes de origen cardiovascular ubicándolas en un segundo lugar respecto de las producidas por cáncer¹⁴.

La **Figura 1** muestra el mapa elaborado por la OMS respecto de la probabilidad de muerte por cualquiera de las cuatro causas enunciadas en individuos entre los 30 y 70 años, donde se puede ver con claridad las diferencias de los países desarrollados respecto de los de mediano y bajos ingresos.

**FIGURA 1.**

Probabilidad de morir prematuramente por una de las cuatro principales causas en ECNT en el mundo.

Desde la experiencia paradigmática de Karelia del Norte (Finlandia) se ha podido establecer que el desarrollo de acciones de impacto en prevención deben integrar el abordaje individual y el poblacional¹⁵.

Desde hace décadas, con el objetivo de sensibilizar, conocer, tratar y controlar los factores de riesgo se implementan programas y acciones denominadas de «intervención poblacional». Surge entonces la necesidad de contar con evidencia científica clara respecto de la eficacia en cuanto a la medida en que realmente promueven cambios positivos¹⁶.

En una evaluación sistemática de 36 programas comunitarios desarrollados entre 1970 y 2008 se vio que a pesar de la diversidad de perfiles de implementación, todos muestran en general siempre resultados positivos, aunque de diferente valor, en relación a la reducción del riesgo cardiovascular e inclusive de las tasas de mortalidad global¹⁷.

Algunos componentes de estas intervenciones poblacionales tienen que ver con trabajo de campo para la detección de factores de riesgo^{18,19}, la valoración de riesgo cardiovascular global²⁰, el desarrollo de campañas focalizadas en concientizar y movilizar a la comunidad en pos de un estilo de vida saludable, el aprovechamiento de los medios de comunicación, con actividades informativas, educativas y de promoción de salud abiertas a la comunidad. En este campo se encuentra la *Campaña nacional 100.000 corazones* (CCC), denominación que debió al número de muertes que anualmente se producen en la Argentina por patología cardiovascular²¹. Esta iniciativa fue cimentada por la cooperación entre dos instituciones científicas, la Federación Argentina de Cardiología y la Fundación Bioquímica Argentina, que hicieron su lanzamiento en el año 2007, habiéndose llevado a cabo la décima edición durante el año 2016. Durante esa década en el país y en el mundo se fueron generando transformaciones en cuanto a las políticas referidas a las ECNT, las que delinearón los objetivos de cada edición.

METODOLOGÍA

En el año 2007 luego del acuerdo de ambas instituciones se realizó el lanzamiento de la CCC bajo el lema «Para un

cambio saludable». A partir de ese momento se implementó una convocatoria abierta a todos los actores del país que tuvieran capacidad operativa para generar actividades relacionadas con tres ejes temáticos: actividad física, alimentación saludable y defensa de ambientes 100% libres de humo de tabaco. Desde la inscripción de actividades se generó una agenda nacional que fue difundida a través de las vías de comunicación de ambas instituciones y de otras que se sumaron a la iniciativa como los Ministerios de Salud Nacional y Provinciales, otros organismos del Estado, financiadores de la salud, Universidades, como así también actores del sector privado o de ONG's. La agenda fue ejecutada durante el mes de noviembre de ese año con recursos locales y otros generados desde la organización a partir de contribuciones irrestrictas. Con la misma metodología se llevaron a cabo las 9 ediciones que le siguieron, con la única salvedad respecto de la duración de la décima edición, que fue de dos meses.

Cada edición contó con un lema que fue resultante del consenso con la directriz sanitaria nacional o la que emanaba de organismos internacionales regionales como la Organización Panamericana de la Salud. Se abordaron así la obesidad, el tabaco, el consumo de sal, la actividad física y los entornos saludables.

En la última edición se conformó un comité organizador con referentes distribuidos en todas las regiones del país. Los actores locales recibieron materiales (folletería, cartelera) previo a la realización de las actividades a fin de reforzar lo que cada uno implementaba con recursos propios y al mismo tiempo para unificar el mensaje a nivel nacional.

Una vez desarrollada la actividad, el actor local la reportaba a la organización central mediante la confección de una ficha donde constaban las características del evento y en caso de ser posible el registro gráfico con el objeto de ser utilizado con fines de difusión en las redes sociales. Esta información al ingresar en la base de datos permitía la formalización de la actividad como parte de la CCC.

Las evaluaciones respecto de la CCC resultan del análisis de los procesos llevados a cabo en tres aspectos esenciales: número de actividades desarrolladas, número de instituciones participantes, número de provincias involucradas.

En cuanto al número de actividades realizadas no contempla valoración de la envergadura de cada una en relación a participantes activos, a población impactada, o a intensidad del estímulo desarrollado.

En la *Figura 2* se puede apreciar el desarrollo de las 10 ediciones mostrando un total acumulado de 8403 actividades. El claro incremento del número de actividades en la 10ª Edición, se debe tener en cuenta que se llevó a cabo durante dos meses, el doble de tiempo que las ediciones previas.

La *Figura 3* representa el dato consolidado respecto de la participación de Instituciones (públicas, privadas y ONGs) con una media de 278 participantes por edición. En este caso más de una podían estar participando en la organización de una o más actividades, siendo una situación fomentada desde la organización para estimular el desarrollo de acciones de cooperación que pudiesen seguir activas una vez culminada la edición.

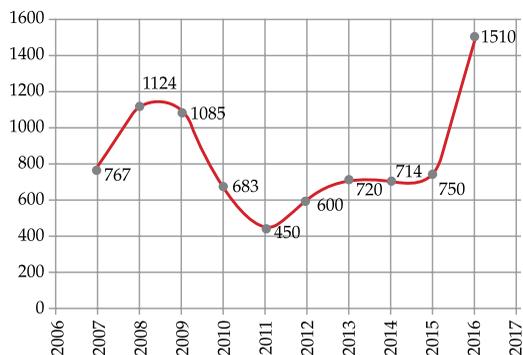


FIGURA 2.

Número de actividades por edición.



FIGURA 3.

Número de Instituciones participantes por edición

Como dato relevante para el análisis el Ministerio de Salud de la Nación, la organización pública más importante del país, no participó en las últimas dos ediciones, aunque si otros estamentos del Estado nacional como por ejemplo el Ministerio de Relaciones Exteriores a través de su Cancillería y varios actores públicos provinciales.

Por último en la *Figura 4* se evalúa el número de provincias participantes sobre un total de 24 incluyendo a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En este caso no se desagrega por número de actividades aportadas por cada una de ellas. A excepción de una provincia todas participaron al menos en una edición.

A conciencia de la trascendencia que la propuesta fuera inclusiva, en cada edición se realizaron esfuerzos por sumar actividades en todas las regiones. Esto llevó por ejemplo a que se hayan sumado aportes desde la Antártida en un par de ediciones.

DISCUSIÓN

La continuidad de esta iniciativa en si misma se puede considerar un logro. El importante número de actividades y de instituciones participantes por edición a lo largo de una década, cubriendo todas las regiones del país, realza mas ese logro. Este dato adquiere mayor relevancia en la medida que la CCC ha podido superar la barrera del tiempo respecto de otros programas surgidos del seno del Estado o del sector privado, los que a pesar de contar con mayores

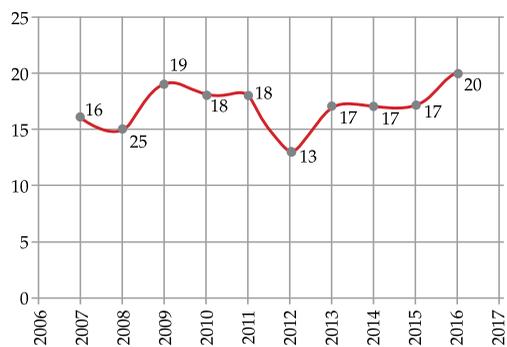


FIGURA 4.

Número de Provincias (incluyendo CABA) participantes por edición.

recursos económicos y humanos, han sucumbido precozmente ante cambios de gestión, o coyunturas de interés ajeno a los objetivos sanitarios.

Fuera de estas consideraciones preliminares, se desprenden numerosas aristas para el análisis.

Un primer aspecto radica en resaltar la trascendencia del actor local, la base angular sobre la que se ha edificado la CCC. En algunos casos este puede estar representado por un organismo estatal, por ejemplo un Ministerio de Salud provincial, siendo los casos de Tucumán y Santiago del Estero. Cada vez que el Estado se hizo presente las acciones tuvieron más fuerza. En otras ocasiones resulta de individuos que ubicados en cualquier estamento del sector salud se empoderan generando la movilización comunitaria en su área de influencia, articulando con otros actores como son los medios de comunicación, Universidades, clubes, organizaciones barriales. Su trabajo se alimenta en la consideración que las Instituciones organizadoras, sus pares y la misma comunidad generan hacia ellos, ya que no existe otra retribución por su aporte. En ocasiones ese actor es referente de una organización como sociedades medicas o bioquímicas, hospitales o centros sanitarios, quienes respaldan y fortalecen su accionar. De manera sistemática se estimularon las acciones generadas por varios actores, con la expectativa que esas alianzas se mantuvieran activas más allá del periodo de duración de la CCC.

Dentro de los aspectos que se pueden considerar positivos encontramos el carácter de nacional de las dos Instituciones que ejercen el liderazgo y le dan sustento a la CCC. En un país organizado de manera federal, pero con un fuerte desvío de intereses hacia las provincias más fuertes por población y por producción económica, ubicadas geográficamente en el centro del país, ha resultado clave el tener centros de referencia de ambas instituciones en las regiones más alejadas permitiendo incluirlas en la agenda nacional.

Una ventana de oportunidad ha significado el avance en políticas públicas en paralelo con el andar de la CCC. El armado de un área de ECNT a nivel de la cartera sanitaria de Nación con la creación de un Programa Nacional de Prevención de enfermedades cardiovasculares²²; la creación de aéreas similares en muchas provincias; la concreción de 3 Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo (ENFR) que

permitieron contar con una herramienta de vigilancia epidemiológica indispensable²³; la incorporación de fármacos esenciales en los botiquines del plan nacional de medicamentos Remediar como son las estatinas, aspirina e inhibidores de enzima convertidora; el fortalecimiento de programas para asistencia de pacientes diabéticos con provisión de fármacos en algunas provincias como la de Buenos Aires con el programa PRODIABA²⁴; los acuerdos con sectores de la industria alimenticia que permitieron la eliminación de las grasas trans de muchos alimentos o la reducción del agregado de sodio en panificados; la legislación en Nación y provincias restringiendo el consumo de tabaco en áreas públicas²⁵; la restricción en la oferta de saleros en negocios gastronómicos; fueron algunas de las medidas que se retroalimentaron positivamente con cada edición de la CCC. En este camino esta ha acompañado algunos logros sanitarios como la disminución del consumo de tabaco y de sal de mesa y es participe de otras deudas como son el incremento de la obesidad y de la inactividad física.

También se incorporan en el análisis los obstáculos encontrados, no solo las fortalezas y oportunidades. Los niveles de pobreza que según cifras oficiales alcanzan al 32% de la población, significan una barrera insoslayable para el acceso a los servicios de salud, pero mucho más para las acciones de promoción y prevención^{26,27}. De acuerdo a las ENFR, los factores de riesgo como hipertensión arterial, diabetes y obesidad son más prevalentes en los grupos poblacionales de menores ingresos económicos y menor nivel educativo. Justamente esos sectores son los que preocupados por la coyuntura inmediata de la escasez de recursos no se encuentran en condiciones de analizar mejoras de su estilo de vida en base a consumo de frutas y verduras o la realización de actividad física por ejemplo. En esas barreras a las acciones de promoción de salud se encuentra lo que podría denominarse «el interior del interior» ya que a medida que las poblaciones están más alejadas del centro del país se hace más difícil su participación. Siempre ha sido un gran desafío el sumar actividades para la agenda nacional es esas regiones de menores recursos. En este punto se encuentra un camino paralelo con las observaciones del estudio PURE que muestra la relación del lugar donde se vive y la prescripción y adherencia a un tratamiento adecuado²⁸. En este caso la CCC muestra la relación entre el lugar en que se vive y la actividad de esa comunidad en cuanto a las actividades de promoción y prevención. No llama la atención que las provincias más alejadas, las que peores indicadores sanitarios poseen, son las que menor participación tuvieron en la CCC.

También debe analizarse como un déficit la escasa predisposición del Estado en todos sus estamentos a invertir en prevención. En muchos casos la razón radica en que ante recursos escasos se prioriza las necesidades asistenciales. Sin embargo no pocas veces llama la atención la escasa utilización de fondos de programas internacionales específicamente asignados a las ECNT que terminan siendo parcialmente ejecutados, o que son utilizados en acciones no coordinadas, no logrando así el objetivo de incluir y movilizar distintos sectores de la comunidad.

Dentro de las amenazas que se visualizan en el presente se encuentran las acciones de grandes corporaciones con intereses contrapuestos con algunas de las principales acciones en el campo de la alimentación saludable y de la disminución en el consumo de tabaco. Las estrategias de estos sectores radican en lograr la adherencia de grupos poblacionales vulnerables o de instituciones que, a conciencia o no, colaboran en la ejecución de programas de marketing bajo pretexto de beneficios para la comunidad. Es en ese campo donde el Estado debe velar por la salud pública y protegerse a sí mismo de lo que en un futuro próximo puede ser una avalancha de demanda de servicios de salud por parte de pacientes obesos, diabéticos o con enfermedades respiratorias.

Quedan desafíos para el próximo quinquenio que serán definidos en el consenso de los actores de todo el país. Sin embargo algunos de ellos radican en fundar evidencia científica local de impacto y de costo efectividad de las acciones; empezar a trabajar en temas cruciales para disminuir eventos como es la adherencia a tratamientos en pacientes en prevención secundaria; mayor aprovechamiento de las oportunidades que ofrece el uso apropiado de las redes sociales; mayor articulación tanto con el sector público como con el privado; generación de fondos genuinos para poder crecer en la envergadura de la propuesta y empoderamiento de la comunidad a través de capacitaciones para la atención precoz de eventos vasculares agudos y resucitación cardio pulmonar.

CONCLUSIONES

El modelo de la CCC ha demostrado que es sustentable, de bajo costo y que por estas características puede ser reproducible en países de medianos y bajos ingresos fortaleciendo el desarrollo de políticas públicas acordes.

El camino recorrido alimenta la idea de ser el correcto. Sin embargo no se puede desconocer que la prevención es el camino por el que logramos postergar lo inevitable, la enfermedad y la muerte. Pero su mayor aporte es como estrategia fundamental para incrementar la calidad de vida de la gente, logrando asociar la mayor longevidad con el estado de bienestar.

BIBLIOGRAFÍA

1. http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf
2. Ralston J, Reddy KS, Fuster V, et al. Cardiovascular Diseases on the Global Agenda. The United Nations High Level Meeting, Sustainable Development Goals, and the Way Forward. *Global Heart* 2016; 11 (4): 375-9.
3. UN. Transforming our world: the 2030 Agenda for sustainable development. United Nations, New York 2015. <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>
4. IAEG-SDGs. Report of the Inter-Agency and Expert Group on the Sustainable Development Goal Indicators. Economic and Social Council, New York, NY; 2016 <http://unstats.un.org/unsd/statcom/47th-session/documents/2016-2-SDGs-Rev1-E.pdf>
5. Nilsson M, Griggs D, Visbeck M. Policy: map the interactions between Sustainable development Goals. *Nature* 2016; 534: 320-2.