

PROGRAMA NACIONAL DE ENFERMEDADES CRONICAS
DEPARTAMENTO DE REGULACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

PLAN DE ACCIÓN 2008-2012
PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL INTEGRAL
DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS Y SUS FACTORES DE RIESGO



Ministerio de Salud Pública

Introducción

Se estima que en los próximos años la carga de mortalidad por ECNT continuará aumentando a nivel mundial y Guatemala no escapa a ello. A esto contribuye el aumento de la esperanza de vida, el proceso de urbanización y los cambios en cuanto a la forma de vida y los factores de riesgo que está experimentando una buena proporción de las comunidades de Guatemala.

De acuerdo a la encuesta de Prevalencia de Diabetes, Hipertensión y Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas realizada en Villa Nueva, del Departamento de Guatemala, el 8% de la población mayor de 19 años padecen de diabetes, el 13% de hipertensión, la prevalencia de sobrepeso en Villa Nueva fue de 59.7%, el sedentarismo está presente en el 50% de los encuestados.

En 2002, la 26ª. Conferencia Sanitaria Panamericana reconoció que las enfermedades crónicas no transmisibles son la causa principal de muerte prematura y morbilidad en América Latina y el Caribe.¹ La OPS señala que las enfermedades crónicas tienen efectos devastadores para las personas, las familias y las comunidades, especialmente las poblaciones pobres, y constituyen un obstáculo cada vez mayor para el desarrollo económico. Se estima que en los próximos dos decenios la incidencia de la cardiopatía isquémica y los accidentes cerebrovasculares en América Latina y el Caribe aumentará cerca de tres veces.¹

Para atender la amenaza que representan las ECNT para el desarrollo económico y social de Guatemala, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social considera pertinente realizar acciones efectivas dirigidas de prevención primaria de las principales ECNT y sus factores de riesgo en el país. Como primer paso, el MSPAS creó por Acuerdo Ministerial, en Diciembre 2003 el Programa Nacional de Enfermedades Crónicas no transmisibles así como la Comisión para la Atención Integral de las ECNT. Esta Comisión cuenta con representación de múltiples instituciones de servicio, organizaciones no gubernamentales y sector educativo. La función inicial de la Comisión fue elaborar los lineamientos generales del Plan Nacional de Prevención de las ECNT. Actualmente la función principal de la Comisión, es prestar asesoría técnica científica al PNECNT, para el control y prevención de los principales factores de riesgo de las ECNT a nivel nacional. El plan ha priorizado la prevención de enfermedades cardiovasculares y la Diabetes mellitus, las cuales son las ECNT de mayor prevalencia e impacto en la salud de los adultos guatemaltecos. Para la prevención de estas enfermedades, es esencial desarrollar acciones para reducir los factores de riesgo comunes a ellas, siendo los más importantes la obesidad, el sedentarismo, la hipertensión, la hipercolesterolemia, el tabaquismo, alcoholismo y los malos hábitos alimentarios.²

Guatemala, puede lograr la prevención y el control de las enfermedades crónicas; de acuerdo con la OMS, si se eliminan los factores de riesgo, se puede prevenir al menos el 80% de las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes del tipo 2 y se evitarían más del 40% de los casos de cáncer.

El Plan incluye desarrollar acciones pilotos de ECNT en el Municipio de Mixco, para probar estrategias costo-efectivas que puedan extenderse a otros Municipios del país. El plan también incluye la intervención para la mejoría de la atención a la Diabetes en Guatemala que dio inicio en el 2007, la cual se está llevando a cabo en los Hospitales Roosevelt, Pedro de Bethancour de la Antigua Guatemala y el Patronato contra la Diabetes.

A pesar que estas enfermedades se presentan en la vida adulta, generalmente sus factores de riesgo se observan desde la niñez. Por lo mismo, muchas de las acciones de prevención de las ECNT deben iniciarse desde edad temprana, cuando es importante aprender hábitos de vida saludable,³ es por ello que para ejecutar el plan, es necesario coordinar con otros programas del Ministerio de Salud como PROEDUSA, Escuelas Saludables, y la propuesta del Fortalecimiento Nacional y Municipal para la Atención Integral del Adolescente, a fin de unir esfuerzos como Ministerio para la prevención de las ECNT.

Los objetivos del plan, no se lograrán sin la participación intersectorial, como educación, agricultura, Ministerios, IGSS, ONGs, Municipalidades, que permitan realizar acciones para la prevención de los Factores de Riesgo de las Enfermedades Crónicas.

El presente plan tiene cuatro líneas de acción, propuestas en la Estrategia Regional y Plan de Acción para un Enfoque Integrado sobre la Prevención y el Control de las enfermedades Crónicas. De la OPS.

En el cual se da prioridad a la **abogacía** así como a la promoción y formulación de **políticas públicas**, la **Vigilancia**, para fortalecer la capacidad de realizar una mejor vigilancia de las Enfermedades crónicas y sus factores de riesgo, la **Promoción de la Salud y prevención de Enfermedades**, promoviendo las condiciones que abordan los factores determinantes, y la **atención integral de las enfermedades crónicas y los factores de riesgo.**¹

Líneas de Acción

1-Vigilancia Epidemiológica

2-Políticas y Abogacía

3-Promoción de la Salud y Prevención de las Enfermedades crónicas

4-Atención Integral de las Enfermedades Crónicas y sus Factores de Riesgo.

ESTRATEGIAS PRINCIPALES:

El Programa Nacional de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, tendrá como estrategias principales:

- a) Promoción de formulación de una política pública eficaz
- b) Coordinación extra e intra-sectorial
- c) Fortalecimiento de los servicios de salud para la prevención y atención de las ECNT
- d) Promoción de Intervenciones Comunitarias

Objetivo General:

Disminuir la discapacidad, morbilidad y mortalidad por las enfermedades crónicas no transmisibles, en la población guatemalteca.

Objetivos Específicos:

- 1- Promover la formulación de políticas públicas eficaces, integradas, sostenibles y basadas en evidencias sobre las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo (FR) y factores determinantes.
- 2- Promover el desarrollo y el fortalecimiento de la vigilancia de las enfermedades crónicas, como parte de la estrategia integrada de prevención y control de las enfermedades crónicas.
- 3- Fortalecimiento de la capacidad del sistema de salud para la prevención y el control en la atención integrada de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo.
- 4- Promover las condiciones sociales que traten los factores determinantes de las enfermedades crónicas y faculten a las personas para que aumenten el control de su salud.1

Visión

La población Guatemalteca practica hábitos de estilos de vida saludable y tiene acceso a un sistema de prevención y atención de la salud en relación a las ECNT con calidad, eficiencia y calidez

Misión

Conduce, regula, promueve e impulsa políticas y estrategias, para la prevención de las ECNT y sus factores de riesgo.

Justificación

Guatemala se encuentra en una etapa epidemiológica, en la cual aún están presentes las enfermedades carenciales e infecciosas, y las Enfermedades Crónicas no Transmisibles se han hecho presentes y van en aumento.

Existen evidencias a nivel mundial y nacional que las Enfermedades Crónicas van en incremento, En nuestro país, si sumamos las muertes por Hipertensión, Infarto del Miocardio, Eventos Cerebrovasculares, las Enfermedades Cardiovasculares pasan a ser la primera causa de Mortalidad General.

Nuestros servicios tradicionalmente han estado ocupados en la atención de las enfermedades transmisibles y realizando acciones para la prevención de la mortalidad materna e infantil, las enfermedades crónicas no se han visto como un programa establecido, con objetivos, acciones de prevención, más bien se ha tomado un papel pasivo, atendiendo únicamente la demanda que acude a los servicios por enfermedades crónicas.

En el presente año 2008, por primera vez los servicios del segundo nivel están realizando con sus equipos técnicos su plan local para la prevención y atención integral de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles.

A su vez el Programa Nacional , impulsará y coordinará acciones inter y extra sectoriales para la atención de las Enfermedades Crónicas.

Marco Político

El Acuerdo **Ministerial Numero SP-M-2263-2003**, aprueba la creación del Programa Nacional de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, y en el artículo 3° apoya la creación de la **Comisión Nacional para la Atención Integral de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles**, como apoyo técnico científico al Programa Nacional.

En septiembre del año 2003, el Sr. Ministro de Salud Pública y A. S. solicitó a la Directora General de la OPS / OMS Dra. Mirta Roses el ingreso del país a la Red CARMEN.

Existiendo respaldo legal para el desarrollo de las acciones del Programa:

a. Constitución política de la república: Derecho a la vida Derecho a la salud, seguridad y asistencia social

b. Código de salud El Estado, en cumplimiento de su obligación de velar por la salud de los habitantes y manteniendo los principios de equidad, solidaridad y subsidiaridad, desarrollará a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y en coordinación con las instituciones estatales centralizadas, descentralizadas y autónomas, comunidades organizadas y privadas, acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

c. Acuerdo 50-2000 sobre el Tabaco: el cual apoya a intervenir en ambientes libres de tabaco y acompañar a otras comisiones o instituciones que trabajan ya en éstas actividades.

d. La firma del Convenio Marco contra el tabaco, firmado en el año 2003, y ratificado por el Congreso de La República.

ANTECEDENTES

1. Impacto de las ECNT a Nivel Mundial

De acuerdo a la OPS, *La epidemia de las enfermedades crónicas amenaza el desarrollo económico y social y la vida y la salud de millones de personas. En 2005, unos 35 millones de personas de todo el mundo murieron debido a las enfermedades crónicas. Esta cifra duplica el número de defunciones debidas a todas las enfermedades infecciosas (incluida la infección por el VIH y el sida, la malaria y la tuberculosis), las condiciones maternas y perinatales y las carencias nutricionales. Si bien se calcula que las defunciones por enfermedades infecciosas, las afecciones perinatales y las carencias nutricionales disminuyan 3% en los próximos 10 años, se prevé que las muertes debidas a las enfermedades crónicas aumentarán 17% para 2015.*¹

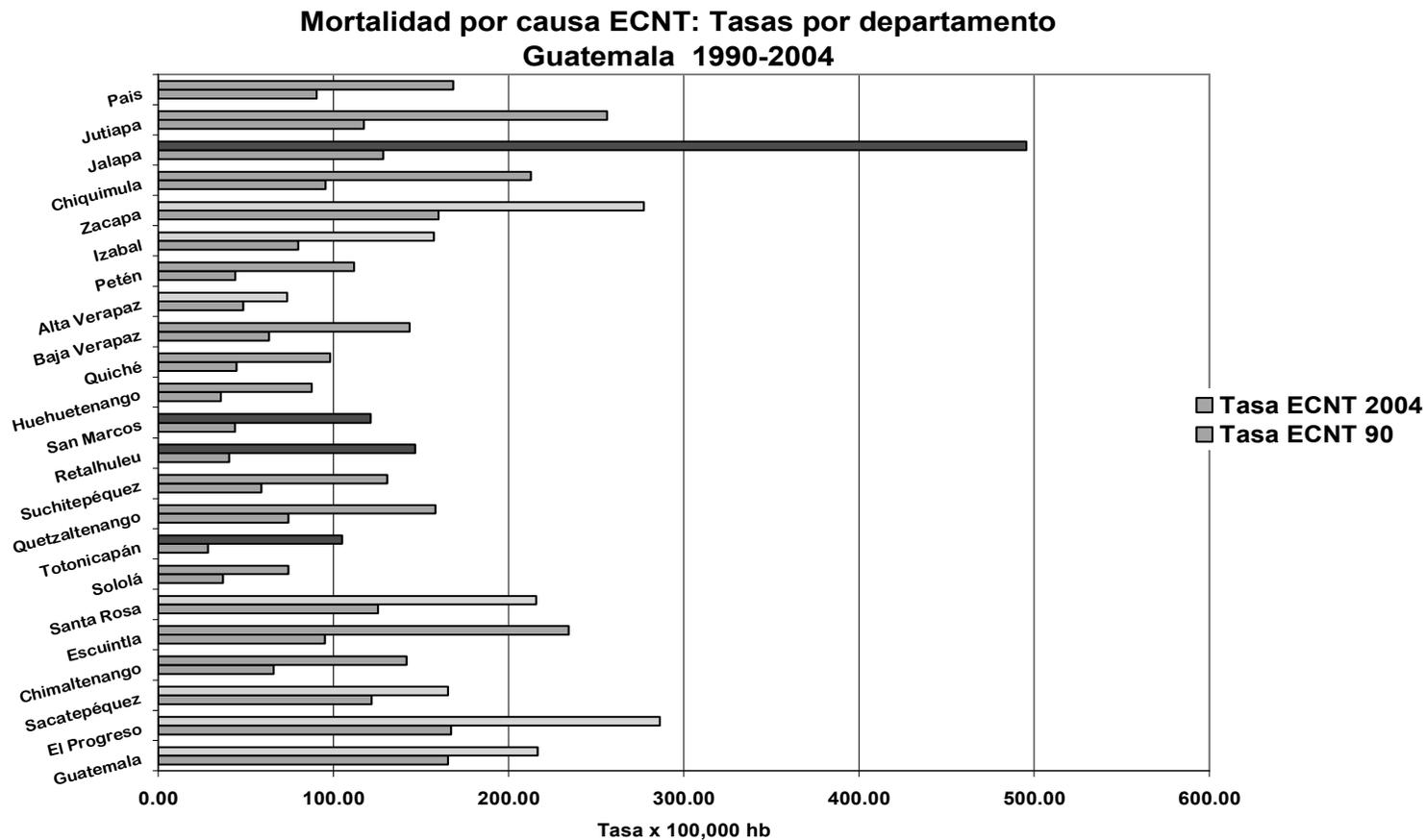
*Se calcula que en el primer decenio del siglo XXI fallecerán cerca de 20,7 millones de personas víctimas de las enfermedades cardiovasculares. En 2005, 31% de todas las defunciones ocurridas en América Latina y el Caribe pudieron atribuirse a estas enfermedades. Según pronósticos, en los próximos dos decenios la mortalidad por cardiopatías isquémicas y accidentes cerebrovasculares en América Latina aumentará cerca de tres veces.*¹

La Hipertensión es uno de los factores de riesgo más importantes para las cardiopatías y afecta entre 8% y 30% de los habitantes de la región.

*Actualmente 35 millones de personas en la Región sufren de Diabetes y la OMS estima que para 2025 esta cifra aumentará a 64 millones. Se calcula que en 2003 la diabetes estuvo vinculada con unas 300.000 defunciones en América Latina y el Caribe, aunque las estadísticas oficiales sólo la relacionan con unas 70.000 defunciones al año. Además los Costos sociales de la diabetes se calcularen en \$65.000 millones.*¹

2. Mortalidad y Prevalencia de las ECNT en Guatemala

Según datos del INE, la mortalidad por Enfermedades Crónicas, en Guatemala ha ido en aumento, analizando el período de 1990-2004 se observa que en todos los Departamentos del País, sin excepción, la mortalidad por ECNT, ha aumentado. En unos departamentos se ha duplicado las muertes, y en otros se han cuadruplicado, como en el caso de Jalapa. Como lo podemos observar en la gráfica siguiente.



Fuente INE

Gráfica elaborada por: Dra. Virginia Moscoso

3. Prevalencia de los Factores de Riesgo de ECNT en Guatemala

- **Tabaquismo**

Sakhuja y Barnoya encontraron que 21% de hombres y 2% de mujeres (edad promedio: 38 años), del área rural del altiplano eran fumadores actuales.⁵ El estudio de Barnoya y Glantz sobre el consumo de tabaco entre médicos que trabajan en hospitales públicos de la Ciudad de Guatemala encontró que 18% de médicos residentes eran fumadores actuales, y 35% habían dejado de fumar.⁶ En una encuesta para identificar los factores de riesgo cardiovascular en los estudiantes universitarios de la Universidad de San Carlos de Guatemala, el consumo de tabaco fue de 33.5%, existiendo una relación de 2 hombres fumadores por cada mujer.⁷

La encuesta realizada en la población mayor de 19 años del Municipio de Villa Nueva mostró una prevalencia de consumo de tabaco de 16%.⁸ Otro estudio encontró en el Municipio de Teculután, Zacapa que el 47.3% de los hombres y el 27.8% de las mujeres fuman más de 10 cigarrillos al día.⁹

El estudio CRONOS (Cross Cultural Research on Nutrition of Older Subjects) realizado en la ciudad capital de septiembre de 1999 a marzo del 2000 por CESSIAM, evaluó la influencia de la urbanización en la salud y el apareamiento de enfermedades crónicas en una población de 35 a 45 años y de 60 a 75 años, de tres estratos sociales, medio, bajo y rural, en sujetos de sexo masculino y femenino. Dentro de las variables de estudio estaba el tabaquismo como factor de riesgo de ECNT y hubo una prevalencia de 8.2% con un mayor porcentaje de casos entre la clase media, particularmente hombres.¹⁰

En un estudio realizado en la población estudiantil de la USAC, se observó que el 33.5% eran fumadores.⁷

- **Actividad Física**

La encuesta de Villa Nueva, reporta actividad física insuficiente en 51% de sujetos mayores de 19 años.⁸ El sedentarismo entre los estudiantes universitarios es del 42.9 %, siendo más frecuente en el sexo femenino (49.8%). En el estudio de Menéndez de Arroyo y colaboradores con empleados del Ministerio de Finanzas en la Ciudad de Guatemala se encontró que 58% de esta población no realiza ejercicios en forma sistemática, mientras que 22% realiza actividad física por lo menos de 1 a 3 veces por semana, y 20% realiza ejercicios en forma sistemática (mas de 3 veces por semana). En el estudio de Teculután, el 63% de individuos reconoció la importancia del ejercicio, sin embargo el 65.6 de los hombres y e 74% de las mujeres no realiza actividad física en horas libres. ⁹ Datos de reciente publicación muestran que en Guatemala 3 de cada 4 hombres adultos jóvenes que viven en áreas rurales, aún mantienen un nivel de actividad física moderado a fuerte; mientras que 4 de

cada 5 de los que migraron a áreas urbanas son sedentarios. En el caso de las mujeres, 4 de cada 5 que viven tanto en el área rural, como las que migraron al área urbana, tienen un estilo de vida sedentario.¹⁰

- **Sobrepeso y Obesidad**

La encuesta materno-infantil de 1995 muestra que más de la tercera parte de mujeres entre 15 y 49 años y 1 de cada 10 niños y niñas entre 1 y 5 años de todo el país tenían sobrepeso. Otros estudios también reportan que 1 de cada 4 hombres de nivel socio-económico bajo y 2 de cada 5 de nivel socio-económico medio que viven en áreas urbanas tienen sobrepeso. La prevalencia de sobrepeso parece estar aumentando rápidamente en la población, ya que estudios más recientes muestran una prevalencia más elevada de este factor de riesgo. Por ejemplo, en la Encuesta de Prevalencia de Diabetes Mellitus e Hipertensión en Villa Nueva 2002-2003 se encontró que 54% de los encuestados tenían sobrepeso (Índice de masa corporal $\geq 25\text{Kg/m}^2$). Entre los empleados del Ministerio de Finanzas Públicas se encontró que solamente 32% de individuos tenía un índice de masa corporal normal, 51% de personas mostró sobrepeso y 17% presentó obesidad. La obesidad entre los estudiantes universitarios es de 33.1 %, siendo más frecuente en el sexo masculino. El estudio de Teculután mostró que 31.8% de los hombres y 41.6 % de las mujeres presentan un índice de masa corporal mayor o igual a 28.⁹

La población del estudio CRONOS presentó valores promedio de IMC para mujeres de 27.2 kg/m^2 y para hombres de 25.6 kg/m^2 , en donde ambos grupos caen en la clasificación de sobrepeso, aunque el grupo de mujeres rurales tienen un valor de IMC de 29.2 kg/m^2 . El valor promedio de la población de estudio fue de 26.4, en donde claramente se identifica una tendencia al sobrepeso, sin diferencias significativas entre estratos sociales, a excepción de las mujeres del área rural.¹⁰

Así mismo, un segundo estudio CRONOS MAYA, realizado en la ciudad de Quetzaltenango, en donde se estudiaron las mismas variables con la única diferencia que en este estudio solamente se tomaron dos estratos sociales, medio y bajo, se encontró un promedio de IMC de 26.8 para mujeres y de 24.4 para hombres. La prevalencia de obesidad (IMC ≥ 30) fue del 24.8%, sin diferencias entre estados socioeconómicos.¹¹

- **Hipertensión Arterial**

En la población encuestada de Villa Nueva la prevalencia total de hipertensión fue de 14% entre las mujeres y 12% entre los hombres. ⁸ En Teculután, la prevalencia de hipertensión en hombres fue de 10%, en mujeres fue de 8%, y la prevalencia total fue de 9%. El estudio realizado entre empleados del Ministerio de Finanzas mostró una prevalencia de 8%. La prevalencia de hipertensión arterial entre los estudiantes de la Universidad de San Carlos fue de 21 %, siendo mayor en el sexo masculino.³

La población de CRONOS metropolitano presentó una prevalencia de 24%, con un alto porcentaje de hombres jóvenes con mayor incidencia de HTA. En el estudio CRONOS MAYA, el criterio para determinar hipertensión fue que la presión sistólica fuera ≥ 90 mm/Hg la presión diastólica fuera igual o mayor a 140 mm/Hg y/o auto reportara el sujeto ser hipertenso con medicamento. La prevalencia de hipertensión en la población fue de 27.1%.¹¹

- **Diabetes Mellitus**

8% de los entrevistados en la encuesta de Villa Nueva presentaron diabetes mellitus. La prevalencia de diabetes fue similar entre los hombres (9%) y las mujeres (7%). La prevalencia de diabetes encontrada en esta comunidad es una de las más elevadas que han sido reportadas en ciudades de América Latina. El estudio en Teculután reportó una prevalencia de 4.5% en hombres y 6.5%, en mujeres. Mientras que entre los empleados del Ministerio de Finanzas, la prevalencia fue de solo 3.2% .⁸

En el estudio CRONOS metropolitano, hubo una prevalencia del 10% con diabetes mellitus, y se presentó una relación de 2:1 en el grupo de mujeres: hombres, con una clara tendencia de nuevos diagnósticos en el área rural. La prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 entre la población del estudio CRONOS MAYA fue de 3.1%, sin diferencia significativa entre estratos sociales ni de IMC.¹⁰

- **Hipercolesterolemia**

El estudio de empleados del Ministerio de Finanzas encontró que 26 % de los encuestados tenían niveles de colesterol sanguíneo mayores de 200 mg/dl. En la encuesta de Villa Nueva la prevalencia de hipercolesterolemia fue de 24.7% entre 200-239 mg/dl) y de 9.9% con colesterol sérico >240 mg/dl). La información disponible sobre los niveles de lípidos tiene algunas limitaciones, pues no se reportan la prevalencia de hipertrigliceridemia, ni de factores protectores como el de HDL-colesterol.

En un estudio realizado por CESSIAM, que investigó la relación entre la ingesta de fibra dietética y el perfil lipídico de 170 sujetos del área rural de Guatemala, se presentaron valores promedio en los límites de riesgo moderado. Para colesterol total se obtuvieron valores para el grupo de mujeres de 209.3 mg/dl, para hombres 193.5 mg/dl, con un promedio poblacional de 201.7mg/dl. Los valores de triglicéridos son más elevados en el grupo de hombres jóvenes (255.1 mg/dl) en comparación con los valores promedio de la población 208.8 mg/dl. El colesterol HDL obtuvo valores de 26.7 mg/dl como promedio del grupo de estudio. El LDL colesterol, en donde el número de sujetos disminuyó por razones de procedimiento, un valor de 136.0 mg/dl en promedio.¹⁰

En conclusión, los datos de los estudios presentados en este informe indican que la carga producida por ECNT y los factores de riesgo asociados a estas enfermedades es significativa en Guatemala. Esto amerita de acciones inmediatas de prevención y control de las ECNT a través de la reducción de los factores de riesgo.

4.COSTOS

La diabetes ocasiona un alto costo a los individuos como a sociedades. Este costo elevado se debe no sólo al costo de la atención médica, sino también al costo indirecto causado por la pérdida de la productividad causada por invalidez y mortalidad prematura. Se ha demostrado que el costo de la atención médica de las personas con diabetes puede ser entre 2-3 veces mayor que el de la población no afectada por ella. En países de América Latina y el Caribe, muchas personas que padecen diabetes tienen acceso limitado a la atención médica y por eso los costos indirectos exceden los costos directos.³

En términos económicos, los costos de la diabetes son variados. Incluyen algunos ítems que pueden ser reconocidos fácilmente tales como los costos de tratamientos médicos por la diabetes o las pérdidas en salario de una persona por invalidez prematura. También existen costos menos conocidos como los recursos tanto monetarios como de tiempo que los individuos tienen que desviar de otras actividades hacia los cuidados de la diabetes. Así mismo el costo económico que representa el tiempo invertido por la familia, para cuidar y acompañar al paciente con Enfermedades cardiovasculares o Diabetes.³

Estimados los costos directos e indirectos (en millones \$US) atribuidos a la diabetes, costos directos per cápita, gastos en salud per cápita y exceso de costos de la Diabetes en América Central.

PAIS	TOTAL	INDIRECTO	DIRECTO	COSTO DIRECTO Per-cápita	GASTOS per-cápita en Salud
Guatemala	840.8	549.6	291.2	790	94
Costa Rica	473.2	376.6	96.6	624	285
El Salvador	499.5	362.1	137.4	626	161
Honduras	239.7	125.9	113.8	590	59
Nicaragua	128.8	43.8	85.0	624	41
Panamá	434.7	330.3	104.4	866	354

American Diabetes Association Economic Cost of Diabetes in the US in 2002. Diabetes Care

Barceló A. Aedo C. Ralpathak S, Robels S. The Costo of Diabetes in Latin America and the Caribbean, WHO, Bulletin 2003

Podemos observar que en Guatemala se tiene los costos más elevados de la Región Centroamericana y un gasto en salud de los más bajos.³ Entre las actividades para este período se ha contemplado un estudio sobre los costos de la Diabetes en Guatemala.

<p align="center">PLAN DE ACCIÓN 2008-2012 ENFERMEDADES CRÓNICAS POLITICAS Y ABOGACÍA</p>		
<p>Objetivo: Promover la formulación de políticas públicas eficaces, integradas, sostenibles y basadas en evidencias sobre las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo (FR) y factores determinantes.</p>		
Objetivos específicos	Indicadores	Actividades
<p>1. Involucrar a los sectores y sociedad civil, para establecimiento de políticas, incluida la promoción de la causa para la prevención y el control de las enfermedades crónicas.</p> <p>2. Abogar por la formulación, de políticas públicas, para abordar los principales factores de riesgo de ECNT.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para el 2009, se habrá realizado un foro con la participación multisectorial, población civil y ministerios, en el Foro. • Para el 2008 se contará con una propuesta de un acuerdo Ministerial • Para el 2009 se tendrá el Acuerdo Ministerial aprobado • Para el 20010 se tendrá una propuesta de política Nacional sobre Enfermedades Crónicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Foro Nacional para el diálogo sobre políticas públicas referentes a las Enfermedades crónicas. • Elaboración de la Propuesta de Acuerdo Ministerial para declaración del Mes de la Actividad Física por la Salud, simultaneo con el Ministerio de Educación, y el Ministerio de Cultura y Deportes. • Elaboración de una propuesta de Política Nacional para Enfermedades Crónicas.

	<ul style="list-style-type: none">• Para el 2012 se contará con una Política Nacional aprobada	<ul style="list-style-type: none">• Abogacía para la aprobación de la política.
--	--	---

VIGILANCIA

Objetivo: Promover el desarrollo y el fortalecimiento de la vigilancia de las enfermedades crónicas, como parte de la estrategia integrada de prevención y control de las enfermedades crónicas.

Objetivos específicos	Indicadores	Actividades
<p>1. Fomentar la creación de un sistema de vigilancia de enfermedades crónicas con apoyo del CNE- MSPAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para el 2010 se habrá implementado de un sistema de vigilancia de las ECNT, • Para el 2009 se habrá realizado un estudio sobre el costo de la Diabetes en Guatemala 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistematizar las herramientas y las prácticas para estandarizar la vigilancia. • Utilizar y modificar según sea necesario las herramientas de vigilancia recomendadas por la OPS. • Hacer un análisis de la situación de la vigilancia, la prevención y el control de las enfermedades crónicas, con apoyo Interinstitucional. • Gestión para financiamiento del estudio sobre el costo de la Diabetes en Guatemala
<p>2. Lograr la colaboración de otras instituciones para la implantación eficaz de sistemas de vigilancia y utilización de la información.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para el 2010 Establecimiento de un foro de discusión para la vigilancia de las ECNT que incluya a otras instituciones afines. • Para el 2009 se contará con un documento de análisis de la Situación de enfermedades Crónicas. • Para el 2010 se habrá implementado la Encuesta Nacional en coordinación con el CNE. 	<ul style="list-style-type: none"> • Foro Nacional sobre la Situación Epidemiológica de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles • Seleccionar a los interesados directos y las universidades, instituciones clave que pueden actuar como centros colaboradores de la para la vigilancia de las enfermedades crónicas.
<p>3. Fomentar la educación y la capacitación continuas para mejorar la capacidad y la competencia técnica del personal de vigilancia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para el 2009 se habrá incorporado la capacitación en vigilancia de las enfermedades crónicas en los programas de capacitación de los profesionales de la salud del Ministerio de Salud Pública. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar capacitación en Sistema de vigilancia para ECNT, para el personal de las áreas de salud (IGSS y otras instituciones)

GESTIÓN INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS Y SUS FACTORES DE RIESGO

Objetivo: Fortalecimiento de la capacidad del sistema de salud para la prevención y el control en la atención integrada de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo.

Objetivos específicos	Indicadores	Actividades
<p>1. Proporcionar asistencia técnica a los proveedores de salud para el desarrollo y el fortalecimiento, de sus capacidades en la atención integral de las ECNT.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En el 2009, todas Las Areas de Salud habrán elaborado un plan para la prevención y el control integrados de las ECNT y sus factores de riesgo. • En el 2010, todas las Areas y Distritos habrán ejecutado los planes para la prevención, atención y control de las ECNT • En el 2009 se habrá ejecutado el tercer curso de la Escuela Carmen “Mercadeo Social” • Para el 2009 Curso a Distancia sobre Diabetes, implementado • Para el 2009 se habrá ejecutado la Intervención para la Mejoría de la Atención a La Diabetes en Guatemala. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar una matriz para que las Areas y Distritos elaboren e implementen sus Planes de Acción locales. • Implementar el Seminario a distancia sobre Diabetes, dirigido al personal de los Distritos • Implementación del tercer curso de la Escuela Carmen. <ul style="list-style-type: none"> - Mercadeo Social • Implementación del Programa de Capacitación a proveedores de Salud de los Servicios participantes, sobre la Diabetes. • Implementación del Programa de Educación sobre Diabetes a los pacientes participantes en la Intervención. • Finalización de la tercera etapa de la intervención.
<p>2. Brindar al los proveedores de salud, protocolos para el control y atención de las enfermedades crónicas.(Diabetes e Hipertensión)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para el 2010 Existencia protocolos difundidos y socializados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de protocolos, con miembros de la Comisión Nacional • Socialización de los Protocolos

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

Objetivo: Promover las condiciones sociales que traten los factores determinantes de las enfermedades crónicas y faculten a las personas para que aumenten el control de su salud..

Objetivos específicos	Indicadores	Actividades
<p>1. Aplicar estrategias y medidas para la promoción de la salud , en particular en el lugar de trabajo y en las escuelas (haciendo hincapié en el Régimen alimentario saludable, la actividad física y el tabaco)</p> <p>2. Planificar y realizar proyectos piloto de atención integral de las ECNT que ayuden a fortalecer los S.S. para la prevención y el control de las Enfermedades Crónicas y sus Factores de Riesgo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para el 2009 se tendrán acuerdos, convenios, cartas de compromiso de instituciones, ministerios, que apoyen su ambiente saludable • Para el 2010 se habrá conformado redes locales de Actividad Física. • Para el 2011 Se habrá implementado la Red Nacional de Actividad Física formada. • Para el 2010 Existencia de estrategias de comunicación social, para los factores de riesgo de las ECNT • Para el 2010 se habrá ejecutado la Intervención para la Prevención de Enfermedades Cardiovasculares en Mixco.”Corazón Sano y Feliz” 	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniones de concientización a autoridades, directivos, en coordinación con el Proyecto de Atención Integral y Diferenciada a Adolescentes y Jóvenes: “Fortalecimiento Nacional y municipal para la Atención Integral de Adolescentes” • Impulsar la ejecución del Convenio Marco para el Control del Tabaco en coordinación con Salud y Ambiente. • Talleres Multisectoriales para la conformación de Redes Locales de Actividad Física. • Talleres Multisectoriales para la conformación de la Red Nacional de Actividad Física. • Elaboración de una propuesta de Estrategia de comunicación social, para la promoción de la salud y Prevención de las ECNT. • Taller con responsables en comunicación para presentación de la propuesta. • Apoyo técnico para la capacitación del personal voluntario de Mixco y para la ejecución del Programa “Corazón Sano y Feliz”

Referencias

1. Estrategia Regional y Plan de Acción para un Enfoque Integrado sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud., OPS.
2. Plan Estratégico y de Acción para la prevención y control de las Enfermedades Crónicas relacionadas a la Nutrición(ECRN) En Centro América y República Dominicana., INCAP
3. Plan Nacional de Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles 2004-2008 ., PNECNT- MSPAS
4. Fortalecimiento Nacional y Municipal para la Atención Integral de Adolescentes, MSPAS
Ministerio de Salud Pública y A.S. Boletín Epidemiológico Nacional No. 20. Guatemala, marzo 2003.
5. Sakhuja R, Barnoya J. Perceptions and prevalence of smoking among people in the highlands of Guatemala. Cancer Causes Control. Jun 2001
6. Barnoya J. Glantz S. Knowledge and use of tobacco among Guatemalan Physicians. Cancer Causes Control. Nov. 2002
7. Zeceña, Waleska, Prevalencia de Hipertensión en estudiantes del Campus Universitario 2002 USAC
8. Orellana Patricia, Ramírez Zea Manuel, Prevalencia de Enfermedades No transmisibles en el Municipio de Villa Nueva, Enero 2002
9. Augusto López,Prevalencia de Factores de Riesgo para Enfermedades Crónicas, Teculután Zacapa. Agosto 2002
- 10.Mazariegos, Manolo. Salud, Nutrición y Urbanización en la Población Adulta de Guatemala. (CRONOS)
- 11.Mazariegos, Manolo et al. Salud, Nutrición y Urbanización en la Población Adulta Maya de Guatemala. (CESSIAM-CONCYT)2003
- 12.Hernandez, Liza, Ingesta de Fibra Dietetica y su relación con los niveles sericos de colesterol total, HDL, LDL, y Triglicéridos en personas de 35 a 45 años y de 60 a 75 años del Area Rural de Guatemala 2003



PROGRAMA NACIONAL DE ENFERMEDADES CRONICAS
DEPARTAMENTO DE REGULACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

PLAN DE ACCIÓN 2008-2012
Componente Discapacidad

Objetivo General

1. Promover la prevención de la discapacidad, el acceso a la salud, la habilitación y la rehabilitación integral de las personas con discapacidad.

Objetivos Específicos:

- 1- Socializar, capacitar, monitorear el cumplimiento de la Política en discapacidad
- 2- Promover el desarrollo y el fortalecimiento de la capacidad del país de realizar una mejor vigilancia de las enfermedades crónicas productoras de discapacidad.
- 3- Fortalecimiento de la capacidad del sistema de salud para garantizar la atención integral de las personas con discapacidad.
- 4- Promover acciones para la prevención y detección temprana para la atención de los casos de discapacidad.

PLAN DE ACCIÓN 2008-2011 COMPONENTE DE DISCAPACIDAD.

POLITICAS Y ABOGACÍA para la Atención de las Personas con Discapacidad.

Objetivo: Socializar, capacitar, monitorear el cumplimiento de la Política en discapacidad.

Objetivos específicos	Indicadores	Actividades
1. Sensibilizar, y socializar las políticas en discapacidad, en el tercer nivel de atención.	<ul style="list-style-type: none">• Para el 2008, se han realizado 2 talleres, para la socialización de la Política en Discapacidad.	<ul style="list-style-type: none">• Gestionar el financiamiento para la elaboración ejecución de talleres de sensibilización y capacitación de la política.• Convocatorias para la realización. Ejecución y evaluación de los Talleres.

VIGILANCIA DE LA DISCAPACIDAD

Objetivo: Promover el desarrollo y el fortalecimiento de la capacidad del país de realizar una mejor vigilancia de las enfermedades crónicas productoras de discapacidad.

Objetivos específicos	Indicadores	Actividades
<p>1. Promover el registro de datos de discapacidad.</p> <p>2. Socializar los resultados de la encuesta nacional en discapacidad.</p>	<p>• Para el 2009 al menos 4 hospitales nacionales de referencia y especializados cuentan con un registro único de discapacidad.</p> <p>Para el 2009 se incorpora la CIF. Clasificación Internacional del Funcionamiento y de la Salud. Para su aplicación en las instituciones prestadoras de servicios de Rehabilitación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • un taller de sistematización de las herramientas y las prácticas para estandarizar la vigilancia. • Hacer un análisis de la situación de la vigilancia, la prevención y el control de las personas con discapacidad atendidas. • Promover sala situacionales para el análisis de la magnitud del problema. • Seguimiento a la incorporación de la CIF. Talleres y seminarios relacionados al tema.
<p>3. Fomentar el desarrollo y el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de la discapacidad para contar con datos en base a la evidencia.</p>	<p>▪ Para el 2011 se contará con un documento sobre la situación de la Discapacidad.</p>	<p>Talleres para el análisis de la situación epidemiológica de la discapacidad a lo interno del Ministerio de Salud, y de sectores afines.</p>

GESTIÓN INTEGRAL PARA LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

Objetivo: Fortalecimiento de la capacidad del sistema de salud para garantizar la atención integral de las personas con discapacidad.

Objetivos específicos	Indicadores	Actividades
1. Formular, revisar, actualizar, monitorear, y supervisar las normas de Atención.	<ul style="list-style-type: none">• Para el 2010 se habrán revisado y monitoreado las normas de atención	Participar en las reuniones programadas. Actualizar, enriquecer, y fortalecer los contenidos de las Normas. Socializar las Normas en base al nivel de Aplicación.
2. Proporcionar asistencia técnica a los proveedores de salud para el desarrollo y el fortalecimiento, de sus capacidades en la atención integral de las personas con discapacidad.	<ul style="list-style-type: none">• Para el 2011 se cuenta con protocolos unificados, socializados, reproducidos e implementados en cuatro hospitales de referencia nacional y Contar con un instrumento validado, reproducido, socializado, para la atención integral de las personas con discapacidad.	<ul style="list-style-type: none">• Convocar a los jefes de Servicio de Rehabilitación de los hospitales nacionales de referencia nacional y especializados, y organizar la red de atención para las personas con discapacidad.• Reuniones de coordinación.• Talleres para la validación, socialización e implementación.
3. Promover la disponibilidad y acceso a los servicios de habilitación y Rehabilitación integral con calidad, oportunidad y calidez.	Para el 2011 se cuenta con el diseño de la estrategia RBC. (Rehabilitación de Base Comunitaria.).	Impulsar estrategias de RBC, con énfasis en los servicios de atención primaria de salud, manteniendo vinculación con los niveles que correspondan según las necesidades de cada región, a través de sistemas normadas de referencia y contrareferencia.

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD

Objetivo: Promover acciones para la prevención y detección temprana para la atención de los casos de discapacidad.

Objetivos específicos	Indicadores	Actividades
1. Aplicar estrategias y medidas para la promoción de la salud encaminadas a promocionar acciones de prevención y detección de las personas con discapacidad en la sociedad en general.	<ul style="list-style-type: none">• Para el 2009 se cuenta con personal del nivel 2 de Atención capacitado en prevención de enfermedades crónicas productoras de Discapacidad.• Para el 2009 Consejo de Atención de la Discapacidad CONADI, capacitado en promoción y prevención de discapacidad.	<ul style="list-style-type: none">• Gestionar financiamiento para dar a conocer IEC a la carta en relación al abordaje de la discapacidad.• Elaboración de talleres para capacitar en prevención y detección de casos de discapacidad, orientado al segundo nivel y PROEDUSA.• Realización de Talleres con personal de salud de los cuatro hospitales priorizados en la atención de personas con discapacidad. Y elaborar guías de auto cuidado para las personas con discapacidad y sus familias, para la prevención secundaria.• Elaboración de Spots radiales, y de prensa escrita.



PROGRAMA NACIONAL DE ENFERMEDADES CRONICAS
DEPARTAMENTO DE REGULACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

PLAN DE ACCIÓN 2008-2012
Componente ADULTO MAYOR

Objetivo General:

Promover la prevención de enfermedades crónicas incorporando estilos de vida saludable, para mejorar las condiciones de salud de la población adultos mayores, y garantizar la atención integral diferenciada.

Objetivos Específicos:

- 1- Promover la formulación de políticas públicas eficaces, integradas, sostenibles y basadas en evidencias PARA LOGRAR UN ENVEJECIMIENTO SALUDABLE
- 2- Promover el desarrollo y el fortalecimiento de la capacidad de realizar una mejor vigilancia de la atención, como parte de la estrategia integrada de prevención y control de las enfermedades del Adulto Mayor.
- 3- Fortalecimiento del sistema de salud para la atención integral del Adulto Mayor
- 4- Promover las condiciones sociales que traten los factores determinantes de las enfermedades crónicas y faculten a las personas para que aumenten el control de su salud..

**PLAN DE ACCIÓN 2008-2011 COMPONENTE ADULTO MAYOR
POLITICAS Y ABOGACÍA**

Objetivo: Promover la formulación de políticas públicas eficaces, integradas, sostenibles y basadas en evidencias
PARA LOGRAR UN ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

Objetivos específicos	Indicadores	Actividades
1. Abogacía por la formulación, de políticas públicas a favor le las personas Adultas Mayores.	Para el 2009 el Componente del Adulto Mayor habrá de crear un prototipo de marco sistémico para las políticas públicas, sobre la atención de las personas Adultas Mayores. Con participación intersectorial. Para el 2011 el programa contara con la política de Atención a las personas Adultas Mayores	Elaboración del marco político. Validar reproducir e implementar las politicas publicas en relación al Adulto Mayor

COMPONENTE ADULTO MAYOR VIGILANCIA

Objetivo: Promover el desarrollo y el fortalecimiento de la capacidad de realizar una mejor vigilancia de la atención, como parte de la estrategia integrada de prevención y control de las enfermedades del Adulto Mayor.

Objetivos específicos	Indicadores	Actividades
<p>1. Fomentar el sistema de vigilancia de las enfermedades que presenta el Adulto Mayor y que sea continuo sistemático</p>	<p>Para el 2010 implementación de un sistema de vigilancia de las enfermedades de las personas Adultas Mayores en los sistemas de atención del segundo y tercer nivel</p> <p>Para 2008 contar con la recopilación de información basada en la población sobre las principales causas de enfermedad y discapacidad del adulto mayor</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer un análisis de la situación de salud de las enfermedades del Adulto Mayor • Sistematizar las herramientas y las prácticas para estandarizar la vigilancia.
<p>2. Lograr la colaboración de otras instituciones (Ministerio de Cultura y deportes, Municipalidades IGSS. etc.) para la implantación eficaz de sistemas de vigilancia y utilización de la información.</p>	<p>Para el 2009 Establecimiento de un foro de discusión de la situación del Adulto Mayor, con participación de otros sectores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Seleccionar a los interesados directos y las, instituciones clave que pueden actuar a favor de las Personas Adultas Mayores • Realización del Foro
<p>3. Fomentar la educación y la capacitación continuas para mejorar la capacidad y la competencia técnica del personal de vigilancia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporación de la capacitación en vigilancia de las enfermedades y discapacidades de las 	<p>Realizar e implementar capacitación el personal de las áreas de salud (IGSS y otras instituciones)</p>

ATENCION INTEGRAL EN SALUD DEL ADULTO MAYOR

Objetivo: Fortalecimiento del sistema de salud para la atención integral del Adulto Mayor

Objetivos específicos	Indicadores	Actividades
<p>1. Mejorar el abordaje diagnóstico y de manejo interdisciplinario , para la recuperación de la salud de los adultos mayores</p> <p>2. Implementar la Guía Clínica para atención primaria a las Personas Adultas Mayores.</p>	<p>Para el 2010 de Áreas de Salud capacitado sobre la guía de atención primaria y nueve módulos de valoración clínica.</p> <p>Para el 2010 distribución completa de la Guías Clínicas de atención primaria alas personas adultas al cien por ciento de area de salud centros de Salud sobre la guía de atención primaria</p>	<p>Diseñar el aprendizaje autodirigido y que este se pueda implementar en todos los centros de salud del país , y hogares autorizados por DRACES para que las Áreas y Distritos elaboren e implementen sus Planes de Acción locales.</p> <p>Gestionar financiamiento para la implementación de la reproducción de la guía y los módulos de Atención Primaria de las Personas Adultas Mayores</p> <p>Fomentar asociaciones con organizaciones afines para emprender actividades y proyectos conjuntos.</p> <p>Planificar y realizar proyectos piloto de atención integral</p>