

COLABORACION ESPECIAL**LA INICIATIVA DE SALUD CARDIOVASCULAR CANADIENSE: DESDE LA POLITICA A LA PUESTA EN PRACTICA****Sylvie Stachenko (1) y Andrés Petrasovits (2)**

(1) Dirección de Servicios de Salud. Departamento de Salud y Bienestar Social. Ottawa, Canadá.

(2) Dirección de la Promoción de la Salud. Departamento de Salud y de Bienestar Social. Ottawa, Canadá.

La Iniciativa canadiense en "Salud Cardiovascular es una estrategia nacional para la prevención de enfermedades cardiovasculares. Es el resultado de un proceso sistemático de desarrollo de una política de prevención sanitaria. El desarrollo de la mayor parte de las actividades de la Iniciativa tiene lugar dentro de un contexto de acuerdos de cooperación entre el Departamento (federal) de Salud y Bienestar Social y los departamentos de salud a nivel provincial. Al cabo de cinco años se ha conseguido la aceptación de la política preventiva por parte de todas las jurisdicciones provinciales, al tiempo que se ha logrado hacerla visible a nivel público y político. La característica clave de sus programas es la utilización de conocimientos, experiencias y formas de intervención con eficacia ya probada en otros programas de prevención cardiovascular ubicados en Norteamérica y en Europa ¹⁻³.

POLITICA PREVENTIVA

El punto de partida de la Iniciativa fue el documento de política de salud "Promoción de la Salud Cardiovascular en Canadá", preparado por un Grupo de Trabajo Federal-Provincial. Además de representantes federales y de algunas provincias, el Grupo

contaba con la representación de la Asociación Canadiense de Corazón ⁴. Los miembros del Grupo de Trabajo llevaron a cabo numerosas reuniones en todas las regiones del país durante las cuales discutieron la problemática, así como diversas alternativas estratégicas con representantes de organizaciones gubernamentales, profesionales, científicas y de asociaciones comunitarias. Este proceso de consenso puso en evidencia un fuerte apoyo intersectorial, para el enfoque de salud pública que hoy caracteriza la política de prevención de enfermedades cardiovasculares en el país. La Iniciativa ha resultado ser un punto de entrada útil para desarrollar capacidad de programación, movilizar comunidades e iniciar la creación de coaliciones o asociaciones en otras áreas de prevención de enfermedades crónicas y de promoción de la salud.

Por "enfoque de salud pública" queremos decir:

- a) intervenciones integradas y multifactoriales, cubriendo los factores de riesgo más importantes, así como sus determinantes socioeconómicos;
- b) colaboración intersectorial, que comprende el sector de salud y otros fuera de él;
- c) promoción de cambios ambientales propicios a facilitar estilos de vida sanos y acceso a recursos sanitarios;

Correspondencia:
Sylvie Stachenko
Health Services Directorate
Health and Welfare Canada
Ottawa, Ontario K1A 1B4
CANADA

- d) involucrar diversas disciplinas profesionales, en varias etapas de planificación y desarrollo de programas.

Desde un principio este enfoque de salud pública recibió una buena acogida. Probablemente esto se debió a que a la sazón, el Ministerio Federal de Salud y Bienestar Social ya había adoptado un marco global de promoción de la salud y prevención de enfermedades, inspirado en la filosofía de la Carta de Ottawa (1986)⁵. En 1988, Canadá se incorporó al Programa CINDI de la Organización Mundial de la Salud (Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention Program) sobre la Prevención Integrada a Nivel Nacional de Enfermedades No Transmisibles. Los principios programáticos de CINDI y su red internacional de proyectos pilotos de demostración encajó bien con la estrategia de la Iniciativa. De especial importancia fueron dos de los compromisos o requisitos a cumplir con el programa de CINDI: el desarrollo de una base epidemiológica integral y la puesta en marcha de un programa de evaluación científica⁶. El área de demostración CINDI en la provincia de Nueva Escocia proporcionó a la Iniciativa notoriedad internacional y acceso a una extensa red de experiencias sobre intervenciones a nivel clínico y poblacional.

La elaboración del documento "Promoción de la Salud Cardiovascular en Canadá" fue la primera etapa de la Iniciativa. Las recomendaciones principales en este documento esbozan un plan de quince años para el desarrollo de la estrategia de prevención de enfermedades cardiovasculares en el país, a saber: obtención de una base epidemiológica de datos sobre factores de riesgo; evaluación del proceso y de los resultados; difusión de las intervenciones. La Iniciativa comprende actividades programáticas a nivel nacional a cargo del Ministerio federal, a saber: talleres de formación técnica, por ejemplo sobre marketing social; movilización comunitaria; elaboración de consensos científicos en materias tales como control de lípidos sanguíneos, control no farmacológico

de la hipertensión arterial; desarrollo de programas de prevención, dirigidos a los profesionales de la salud (líneas directrices clínicas, módulos de formación)⁷.

ESTUDIOS DE FACTORES DE RIESGO

Una característica clave de la estrategia preventiva de la Iniciativa fue la decisión de optar por una colaboración entre el Ministerio federal y las direcciones provinciales de Salud Pública para llevar a cabo estudios epidemiológicos de factores de riesgo en todas las provincias canadienses. El Ministerio federal proporcionó asistencia técnica y financiera a las jurisdicciones provinciales para realizar los muestreos de acuerdo con un protocolo estandarizado. A su vez, las jurisdicciones provinciales contribuyeron en la misma o mayor cuantía que el Ministerio federal, a través de aportaciones de personal sanitario. La contribución financiera federal se realiza a través de una agencia federal que proporciona ayuda a la investigación (National Health Research Development Program).

En cada provincia se obtuvo una muestra estadísticamente representativa de 2.220 o más personas de edades comprendidas entre los 18 y los 74 años. Se realizaron dos visitas, una en casa y otra en una clínica. Además de un cuestionario sobre conductas y conocimientos, se realizaron cuatro medidas de tensión arterial, antropometría, así como análisis de lípidos sanguíneos en el laboratorio de la Universidad de Toronto. Este laboratorio está estandarizado por el del Centro de Control de Enfermedades, Atlanta, Estados Unidos (Lipids Research Clinics Reference Laboratory). Los datos están compilados en la "Base de Datos Canadiense Salud Cardiovascular" que contiene información de unas 24.000 personas. Los resultados de la Base de Datos, representativos de nueve provincias, se publicaron en 1992⁸.

Enfermeras agregadas a las direcciones provinciales de Salud Pública, debidamente

formadas al efecto, fueron encargadas de llevar a cabo las operaciones sobre el terreno. Se establecieron controles de calidad apropiados para asegurar el desarrollo de los procedimientos de adquisición de datos de acuerdo con los protocolos. Esta decisión operacional de involucrar a las enfermeras en los estudios de factores de riesgo fue valiosa, por cuanto facilitó la programación posterior en "Salud Cardiovascular" por los departamentos provinciales en cuestión.

La provincia atlántica de Nueva Escocia fue la primera que completó el estudio de factores de riesgo (1988), Ontario ha sido la última (1992). Los resultados de estos estudios revelaron que de cada tres canadienses adultos, dos tienen uno o más de los principales factores de riesgo (fumar, hipercolesterolemia o hipertensión arterial). Este hecho estadístico puso en evidencia la necesidad de un enfoque de Salud Pública dirigido a la población general, complementando el enfoque tradicional o clínico dirigido principalmente a individuos de "alto riesgo"^{3, 9-11}.

La sensibilización de las autoridades sanitarias y representantes de asociaciones médicas sobre los resultados de los estudios de factores de riesgo se llevó a cabo mediante un marketing eficaz de los mismos. En cada una de las provincias, al completar el estudio, se impulsó la discusión del mismo a través de una sesión crítica, en público, de la metodología de los estudios, evaluación de los datos de prevalencia obtenidos, así como de sus implicaciones a nivel de práctica clínica y de Salud Pública. Una vez publicados los estudios por los departamentos provinciales de salud, se hicieron numerosas presentaciones de los datos en reuniones científicas y profesionales, así como a organizaciones de consumidores a nivel comunitario.

PROYECTOS PILOTO DE DEMOSTRACION

La publicación de los resultados de los estudios de factores de riesgo fue acompañada en cada una de las provincias por el lanza-

miento de un programa de intervención que en una primera fase comprende proyectos piloto. El objetivo primordial de éstos es estudiar, en la práctica, la mejor manera de desarrollar, a nivel comunitario, intervenciones globales e integradas para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares a nivel poblacional.

Los proyectos piloto están delimitados a áreas geográficas claramente demarcadas, tales como una ciudad, grupo de localidades, una región rural o una provincia entera. Algunos ejemplos de las intervenciones que se emplean son: programas en escuelas y en lugares de trabajo, educación del público y de los profesionales de salud, movilización comunitaria, campañas antitabaquismo, de nutrición y de ejercicio físico. En general, las intervenciones que se emplean en los proyectos piloto son de eficacia ya probada en otros programas modelo, tales como el de Stanford en los Estados Unidos¹. Cierta tipo de intervenciones, entre ellas las relacionadas con medios de comunicación o aquellas de formación de personal médico-sanitario en materias de prevención, se realizan a nivel provincial y no están demarcadas o restringidas a ciertas áreas geográficas.

Los proyectos piloto varían de contenido en las distintas provincias, teniendo como denominador común y como condición para la ayuda financiera, la aplicación de los principios de salud pública, descritos anteriormente. El Ministerio federal cubre parte de los gastos de realización de los proyectos a través de fondos de ayuda a la investigación, los departamentos provinciales de Salud Pública contribuyen en la misma o en mayor cuantía que el Ministerio Federal.

Los fondos de investigación para estos proyectos se otorgan por un período de cinco años y conllevan el requisito de creación de coaliciones intersectoriales a nivel provincial. Esto implica que en el desarrollo de los proyectos estén involucradas una extensa gama de organizaciones profesionales del sector de la salud, así como de otros sectores, incluida la industria privada.

En resumen, los puntos claves que han hecho posible la participación de todas las provincias en los estudios de factores de riesgo y en el desarrollo de proyectos piloto han sido tres, a saber: elaboración previa de una política preventiva, clara, basada en el consenso; el modelo programático de Nueva Escocia cuyo enfoque y protocolos sirvieron de ejemplo a otras provincias e influyeron en la voluntad de éstas para unirse a la Iniciativa; los "fondos semilla" proporcionados por el Ministerio federal a los departamentos provinciales de salud pública⁷.

PARADIGMA DE COORDINACION Y DIRECCION

La coordinación del conjunto de actividades que constituyen la Iniciativa está basada en un paradigma que hace hincapié en el uso de coaliciones y de redes informales. Este paradigma organizativo contrasta con otros más tradicionales que algunos llaman de tipo piramidal. Las redes han constituido el mecanismo clave para involucrar a numerosas organizaciones y personas cuya colaboración era necesaria para llevar a la realidad un enfoque preventivo de salud pública, así como para obtener recursos financieros y técnicos adicionales. Enmarcados en estas redes están las jurisdicciones federal, provinciales, algunas municipales, así como organizaciones de profesionales de salud, asociaciones científicas, la Fundación Canadiense de Corazón y la industria privada. Como ejemplos se destacan la Conferencia de Investigadores de Salud Cardiovascular, la Red Canadiense de Salud Cardiovascular, la Red Francófona Internacional para la Salud Cardiovascular y el Grupo de Ciencia Cardiovascular en el que participan, junto al Ministerio federal y la Fundación Canadiense de Corazón, las asociaciones científicas más destacadas del país en la materia.

Las redes se han desarrollado, y se mantienen a base de involucrar sistemáticamente nuevas organizaciones y personas claves en

los distintos proyectos que se llevan a cabo en la Iniciativa, por ejemplo: análisis de la "Base de Datos Canadiense sobre Salud Cardiovascular", la puesta en marcha de los proyectos piloto, organización de conferencias científicas, jornadas de reflexión, talleres y, más recientemente, sistemas de comunicación electrónica a través de ordenador. El hacer posible este proceso es una de las funciones que se han llevado a cabo más eficazmente desde el nivel central de la Iniciativa, es decir, desde el Ministerio federal.

El conjunto de redes y las coaliciones han permitido: pasar una parte de la gerencia y coordinación de las manos de los profesionales de salud a aquellos usuarios a los que los programas se dirigen; afirmar la importancia de los resultados más que de los procesos administrativos; desarrollar formas de comunicación menos formales y concentrar esfuerzos en reforzar los recursos programáticos. Hasta el presente, el paradigma ha permitido la dirección y coordinación de las numerosas actividades y participantes en la Iniciativa con un mínimo de recursos burocráticos.

EVALUACION Y DISEMINACION

Los proyectos piloto provinciales, así como la Iniciativa en su conjunto están sujetos a evaluación de resultado (outcome) y de proceso. La evolución de las tasas de mortalidad a nivel nacional y provincial se analizan anualmente, mediante las publicaciones y ficheros compilados por la Agencia de Estadística Federal de Canadá (Statistics Canada). Se están llevando a cabo estudios en dos provincias para determinar hasta que punto es práctica y válida la estimación de la incidencia de infarto de miocardio y de accidentes cerebrovasculares, a través de técnicas que cruzan los ficheros de mortalidad con los de utilización de servicios hospitalarios¹². La mayor parte de los proyectos piloto provinciales repetirán los estudios de factores de riesgo a los cinco años de su comienzo, para seguir la evolución de la prevalencia de los mismos. Todas estas es-

tadísticas que podemos llamar indicadores de resultado son importantes con vistas a la planificación, determinación de prioridades y evaluación del posible impacto de la Iniciativa a largo plazo.

Es necesario recalcar que los cambios que se observen en los indicadores de resultados no se podrán atribuir necesariamente a proyectos específicos de la Iniciativa o incluso a la Iniciativa en su conjunto. Esto es por varias razones. En primer lugar es un hecho el que hay muchos cambios y variables de tipo económico, social, demográfico que no se pueden controlar e incluso medir, y que juegan un papel importante en la evolución de los indicadores. Por otra parte, ninguno de los proyectos piloto tiene áreas de control para determinar el impacto neto de intervenciones. Esta decisión se basó en criterios de fiabilidad científica de posibles diseños, de coste-beneficio, así como en consideraciones de tipo práctico y ético que aconsejan no privar a comunidades enteras de intervenciones que tienen un valor probado.

A corto plazo el énfasis de la evaluación se concentra en la evaluación del proceso de desarrollo, también llamado evaluación formativa. Se trata de saber si los proyectos satisfacen sus objetivos operacionales, documentar la manera en que esto ocurre y proporcionar información adecuada a los responsables de programas, así como a los participantes, para corregir y mejorar su funcionamiento. Con este fin se elaboraron "Directrices para la Evaluación de los Proyectos Piloto Salud Cardiovascular" (1990)¹³. Este trabajo lo coordinaron técnicos del Ministerio federal, y en él participaron los investigadores de los proyectos provinciales, así como expertos en la materia.

Los protocolos para la evaluación de estos proyectos varían entre provincias, si bien todos se ajustan a los criterios centrales de las Líneas Directrices. Equipos científicos interdisciplinarios revisan estos protocolos e informan al respecto a la agencia federal que proporciona la dotación de fondos para la investigación. A la sazón, el marco conceptual

global para la evaluación de la Iniciativa en su conjunto está en estado de desarrollo. Cubrirá, en parte, ciertos indicadores de proceso que son comunes a todos los proyectos piloto. Incluirá también indicadores respecto a otras actividades que son parte integral del programa cooperativo entre el Ministerio federal y los departamentos provinciales de salud pública.

Se puede decir que la difusión (pasiva) de las intervenciones emprendidas en la Iniciativa a nivel provincial y nacional ha comenzado ya. Lo mismo ocurre con respecto a la institucionalización de algunos aspectos de los proyectos piloto. Hoy por hoy, la totalidad de los recursos aportados por los ministerios provinciales y por el sector privado exceden considerablemente de los "fondos semilla" con que contribuye el Ministerio federal. La fase, que podríamos llamar de difusión activa o diseminación, comenzará en 1994, año en el que los resultados de la evaluación de proceso comenzarán a estar disponibles.

La fase de diseminación proporcionará la posibilidad de investigar sistemáticamente el proceso de difusión de las intervenciones de los proyectos piloto a un gran número de comunidades en las distintas regiones del país. Como ejemplo de los estudios de diseminación que se están examinando podemos citar: modificación de barreras a la prevención y promoción, evaluación de la eficacia de distintos tipos de coaliciones y redes, establecimiento de vínculos entre los programas en distintas comunidades y asociaciones con otras iniciativas tales como la de "Ciudades Saludables" que ha sido puesta en marcha por la Organización Mundial de la Salud.

HORIZONTES

En Canadá, la Conferencia Internacional de Victoria, celebrada en mayo de 1992, sirvió para cerrar vínculos entre la ciencia y la política preventiva, entre las diversas coaliciones y redes de la Iniciativa, así como para

incrementar la importancia de la prevención de las enfermedades cardiovasculares en el contexto de otras prioridades. La Declaración de Victoria sobre Salud Cardiovascular, elaborada por la Junta Asesora de la Conferencia, constituye un marco de política de prevención que servirá de guía estratégica a la Iniciativa en los próximos años¹⁴. El proceso que culminó en la Declaración de Victoria ha afianzado la cooperación en proyectos a nivel internacional y nacional.

La Junta Asesora continúa estando involucrada en la promoción de la Declaración. Se espera que esta ayude a administraciones nacionales y las agencias internacionales a reforzar o instaurar infraestructuras eficaces para la prevención y la promoción de la salud a través del mundo. En este contexto, señala la Declaración, se apunta claramente la responsabilidad política y ética de los países más ricos de ayudar a otros con menos medios a prevenir la epidemia de las enfermedades cardiovasculares, con la consiguiente carga de enfermedad y minusvalía prematura, así como el coste de los servicios y la pérdida de productividad que conllevan.

La Iniciativa Canadiense en Salud Cardiovascular ha servido de puerta de entrada para integrar intervenciones sobre varios factores de riesgo que son comunes no solo a enfermedades cardiovasculares, sino también a otras no transmisibles, por ejemplo a ciertos tipos de cáncer y a enfermedades pulmonares. Se espera que en el futuro las redes y coaliciones que se han creado para atacar las enfermedades cardiovasculares se extiendan también a otras enfermedades crónicas.

El programa de la Organización Mundial de la Salud, CINDI, al que Canadá, España (Cataluña) y otros países europeos pertenecen, proporciona un marco para desarrollar una política global de prevención^{15,16}. Marco que es amplio y rico a la vez en experiencia de intervenciones para responder con eficacia a un desafío, quizá el más importante con que se enfrentan la mayor parte de los países^{17,18}. El impacto final de la Iniciativa tardará algunos años en eva-

luarse. Actualmente, se puede decir que en Canadá la Iniciativa ha sido un factor decisivo en la puesta en marcha de un esfuerzo sistemático e integrado a nivel nacional para atender el desafío que presentan las enfermedades no transmisibles.

AGRADECIMIENTOS

Los autores quieren manifestar su agradecimiento a los Doctores Fernando Villar Alvarez y José Ramón Banegas Banegas por su labor de revisión y elaboración de distintos aspectos de este trabajo.

BIBLIOGRAFIA

1. Farquhar JW, Macoby N, Solomon DS. Community Applications of Behavioural Medicine. En: Gentry WD, editores. Handbook for Behavioural Medicine. Nueva York: Guildford Pr, 1984.
2. Puska P, Salonen JT, Nissinen A, Tuomilehto J, Vartiainen E, Korhonen H, et al. Change in risk factors for coronary heart disease during 10 years of a community intervention programme (North Karelia project). *BMJ* 1983;287:1840-1844.
3. Grupo de Trabajo de Prevención Primaria Cardiovascular. Directrices para la elaboración de programas de prevención primaria de enfermedades cardiovasculares. *Rev San Hig Púb* 1993;67:5-22.
4. Federal Provincial Working Group on the Prevention and Control of Cardiovascular Disease in Canada. Promoting Heart Health in Canada: Report of the Federal Provincial Working Group on the Prevention and Control of Cardiovascular Disease in Canada. Ottawa: Health and Welfare Canada, 1987.
5. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Copenhagen: WHO, 1986.
6. Leparski E, Nüssel E, editores. Protocol and Guidelines for Monitoring and Evaluation Procedures. CINDI. Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 1987.

7. Health and Welfare Canada. The Canadian Heart Health Initiative. A Policy in Action. *Health Promotion* 1992;30:19(insert).
8. Canadian Heart Health Surveys Research Group. Canadian Heart Health Surveys: A profile of cardiovascular risk. *Can Med Assoc J* 1992; 146: 1969-2029.
9. Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *BMJ* 1981;282:1847-1851.
10. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consenso para el control de la Colesterolemia en España. 2.^a Edición. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.
11. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consenso para el control de la Hipertensión Arterial en España. 2.^a Edición. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
12. The Nova Scotia-Saskatchewan Cardiovascular Disease Epidemiology Group. Estimation of the Incidence of Acute Myocardial Infarction Using Record Linkage: A Feasibility Study in Nova Scotia and Saskatchewan. *Can J Public Health* 1989; 80: 412-417.
13. Stachenko S, editor. Evaluation Guidelines for Heart Health Programs. Ottawa: Department of National Health and Welfare, 1990.
14. Junta Asesora de la Conferencia Internacional de Salud Cardiovascular. La Declaración de Victoria. Cerrando la brecha: Ciencia y Política en Acción. *Rev San Hig Pub* 1993; 67: 77-116.
15. CINDI Working Group on Policy Development. Positioning CINDI to Meet the Challenges. A WHO/CINDI Policy Framework for Noncommunicable Disease Prevention. Copenhagen: WHO/EURO, 1993.
16. Evans A, Wilde J, editores. Belfast Resolution on Policy in Action for the Prevention of Noncommunicable Diseases. Health for All Policy in Action Conference; 22-23 octubre, 1991; Belfast. Belfast: CINDI Programme and the Health Promotion Agency for Northern Ireland, 1992.
17. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitati Seguretat Social. Pla de Salut de Catalunya. Via Redons JM, Salleras Samartí L, editores. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1991.
18. Grupo de Trabajo de Detección Precoz de Cáncer de Mama y de Cervix Uterino. Criterios generales y recomendaciones para la elaboración de programas de detección precoz de cáncer de mama y cáncer de cervix uterino en España. *Rev San Hig Púb* 1993; 67:23-37.