

PLAN INTEGRADO LOCAL DE ACCIÓN
PARA LA PREVENCIÓN DE
ENFERMEDADES CRÓNICAS EN PASTO
2006 - 2015

ISSN: 1692-9209. Serie de Sistematización de Proyectos Sociales; 3

PLAN INTEGRADO LOCAL DE ACCION PARA LA PREVENCION DE ENFERMEDADES
CRÓNICAS EN PASTO 2006-2015.

Contrato de consultoría No.104 de 2005

Fundación FES Social. División Salud.
Alcaldía de Pasto. Dirección Municipal de Salud

Diseño y diagramación: Mariany Gina Milena Hernández Jiménez.

Fotografías: Javier Fernando Criollo M.
Revisión de estilo: Jenny Andrea Vélez Vidal

Impresión: CIMA IMPRESORES EU
Bogotá D.C. - Colombia

Año de publicación: 2006

Este documento esta protegido por la legislación colombiana sobre derechos de autor.
Esta autorizada la reproducción parcial o total del presente documento con fines
académicos, siempre y cuando se cite su fuente.

*Vive
Mejor*



PASTO 2006-2015

ALCALDÍA DE PASTO

RAUL DELGADO GUERRERO

Alcalde

2004 - 2007

ALCALDÍA DE PASTO
EQUIPO DE GOBIERNO COMPROMETIDO
CON LA EJECUCIÓN DEL PLAN:

Secretaría de Gobierno, Seguridad y Convivencia

Secretaría Privada

Secretaría de Agricultura y Desarrollo Económico

Secretaría Municipal de Educación

Secretaría General

Dirección Municipal de Salud

Secretaría de Medio Ambiente

Secretaría de Gestión y Saneamiento Ambiental

Secretaría de Hacienda

Secretaría de Obras Públicas

Secretaría de Desarrollo Social

Secretaría de Planeación Municipal

Secretaría de Tránsito y Transporte

Tesorería Municipal

Oficina de Cultura

Oficina de la Juventud

Pasto Deportes

ALCALDÍA DE PASTO

DIRECCIÓN MUNICIPAL DE SALUD:

LUIS EDUARDO MEJIA MEJIA
Director Municipal de Salud

EDISON BENAVIDES
Subdirector de Salud Pública

RUTH CECILIA DE LA CRUZ
Coordinadora del Plan de Atención Básica

MARTHA ROSERO ROSERO
Coordinadora Programa "Vivir Mejor"

CARMEN ELENA BETANCOURT
Epidemióloga

Equipo Técnico para la Prevención
de Enfermedades Crónicas

FUNDACION



SOCIAL

DIVISION SALUD

EQUIPO TÉCNICO CONSULTORÍA

DIEGO IVÁN LUCUMÍ CUESTA
Médico. Magíster en Salud Pública

ALEJANDRA MARÍA GUTIÉRREZ CÁRDENAS
Trabajadora Social

JOSÉ MORENO MONTOYA
Estadístico

REVISIÓN TÉCNICA DEL DOCUMENTO

LUIS FERNANDO GÓMEZ GUTIÉRREZ
Médico. Magíster en Salud Pública

JULIO CÉSAR MATEUS SOLARTE
Médico. Magíster en Epidemiología

JANETH MOSQUERA BECERRA
Trabajadora Social. Magíster en Trabajo Social

INSTITUCIONES PARTICIPANTES EN LA DISCUSIÓN Y CONCERTACIÓN DEL PLAN

Asociación Nariñense de Diabetes

Cámara de Comercio de Pasto

Centro del Adulto Mayor

Departamento Administrativo de Infraestructura

Dirección Municipal de Salud

Ediles

Fundación Universitaria San Martín (Pasto)

Institución Universitaria CESMAG

Oficina de Cultura

Oficina de la Juventud

Pasto Deporte

Red Local de Salud

Secretaría de Agricultura y Desarrollo Económico

Secretaría de Gestión y Saneamiento Ambiental

Secretaría de Gobierno, Seguridad y Convivencia

Secretaría de Tránsito y Transporte

Secretaría Municipal de Educación

Universidad Cooperativa de Colombia (Pasto)

Universidad de Nariño

Universidad Mariana

Veeduría Ciudadana Pasto

Contenidos

	Página
Presentación	17
Introducción	19
1. Contexto local	
1.1. Situación sociodemográfica.	23
1.2. Factores de riesgo y morbilidad por Enfermedades Crónicas.	24
2. Métodos	27
3. Antecedentes	31
4. Marco conceptual y teórico	
4.1. Definición, epidemiología y conceptos básicos.	33
4.2. Orientación teórica.	41
5. Marco estratégico	
5.1. Modelo de planificación.	49
5.2. Propósito.	51
5.3. Objetivo general.	51
5.4. Meta general.	52
5.5. Población.	52
5.6. Componentes.	52
5.6.1. Políticas y Ambientes.	53
5.6.2. Acciones Colectivas.	56
5.6.3. Atención Sanitaria.	62
5.6.4. Observatorio de Enfermedades Crónicas.	65
5.7. Mecanismos de gestión.	73
Glosario	77
Anexos	79



PRESENTACIÓN

El marco jurídico colombiano establece que los departamentos y municipios están en la obligación de garantizar el cuidado y mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes de su jurisdicción. Desde esta perspectiva, la acción gubernamental y social para la prevención de las Enfermedades Crónicas adquiere especial relevancia.

En este sentido, luego de la inclusión en el Plan de Desarrollo 2004-2007 "Pasto Mejor", de un objetivo específico dirigido a "Reducir la incidencia de Enfermedades Crónicas", se realizó en el mismo año un estudio para establecer la prevalencia de factores de riesgo asociados a estas enfermedades, en población de 15 a 44 años de edad.

Para contribuir al logro de este objetivo, se contrató una consultoría con la División Salud de la Fundación FES Social, con el fin de formular un Plan Integrado Local de Acciones para la Prevención de Enfermedades Crónicas en Pasto, el cual define las metas a corto, mediano y largo plazo, en un periodo de diez años, de acuerdo con lo propuesto por la Organización Mundial de la Salud, OMS.

Con el liderazgo de la Alcaldía de Pasto, la Dirección Municipal de Salud ha coordinado el desarrollo del presente Plan y ha convocando a los diferentes actores sociales y políticos del municipio, quienes expresaron su compromiso de participar en su construcción y ejecución, con el propósito de prevenir las Enfermedades Crónicas y contribuir así a mejorar la calidad de vida de los habitantes de nuestra ciudad.

LUIS EDUARDO MEJÍA MEJÍA
Director Municipal de Salud



INTRODUCCIÓN

Las Enfermedades Crónicas, EC, son un serio y creciente problema de salud a nivel mundial, nacional y local (1-3). Para responder de forma efectiva al reto que implica su prevención, la Organización Mundial de la Salud, OMS, ha instado a los gobiernos del mundo a desarrollar acciones apoyados en la evidencia científica disponible (4).

En Colombia, el Ministerio de la Protección Social, mediante la Circular 0018 de 2004, estableció como obligación de los entes locales la formulación y concertación de un proyecto intersectorial integrado con enfoque comunitario para la promoción de la salud, orientado a la reducción del tabaquismo, la inactividad física y la alimentación no saludable (5).

En relación con lo anterior, la OMS estableció en el 2005 un marco conceptual, que plantea que una vez establecida la prevalencia de factores de riesgo en la población, es necesario avanzar en la definición y adopción de acciones políticas para la prevención de las EC, que contribuyan a la articulación de los diferentes actores sociales; la definición de objetivos y metas que se deben alcanzar en el corto, mediano y largo plazo; a fijar las acciones prioritarias y comprometer los recursos requeridos para su ejecución (6).

Lo anterior requiere de un mayor compromiso político y social para disminuir la devastadora carga de morbilidad, discapacidad y muerte que estas enfermedades generan hoy, al igual que su negativo impacto sobre la calidad de vida. Estos efectos se incrementarán en forma dramática en los próximos años, si las actuales generaciones no asumen un compromiso real y efectivo frente a este problema.

De esta forma, el gobierno local del municipio de Pasto, Departamento de Nariño, en Colombia, tomó la iniciativa de elaborar un Plan para la prevención de las EC, con el fin de orientar la acción conjunta de todos los sectores sociales de la ciudad, en consecuencia con lineamientos nacionales e internacionales.

Este Plan, producto de un importante consenso social, busca reconocer las dinámicas,

recursos y desafíos propios del municipio de Pasto, en relación con su capacidad para prevenir y controlar las EC. Por esta razón, se espera que trascienda los límites de un gobierno y se asuma como un compromiso de ciudad, para lo cual deberá ser reconocido y apropiado por los ciudadanos en la misma forma que se requiere lo apropien quienes son responsables de tomar decisiones en el sector público, privado y comunitario.

Solo mediante el posicionamiento político y social de este Plan será posible materializar el propósito de prevenir las EC, dado que el tema empezará a ser parte de los intereses individuales y colectivos, lo que a su vez propiciará la demanda y propuesta de acciones, la cogestión de recursos y el control social del proceso. Esta gestión del Plan requiere de la participación activa de todos los que han colaborado con entusiasmo en su construcción, al igual que la de otros actores clave, que deberán sumarse a este propósito de ciudad.

Este documento, se convierte por tanto en una carta de navegación actual y para los próximos diez años, pues define el objetivo y la meta que se debe alcanzar a partir de hoy y hasta el 2015, al igual que la estrategia que debe conducir a ella.

La estructura del documento comprende cinco capítulos, que parten por reconocer el contexto local, para luego describir el método de elaboración del Plan, sus antecedentes y marco conceptual, seguido del marco estratégico que define el propósito, objetivo, meta y componentes que deberán orientar el curso de acción para la prevención de las EC en Pasto.

La elaboración del Plan se basó en métodos de consenso que generaron amplias discusiones entre diversos actores y sectores sociales, que fueron complementadas con una exhaustiva y crítica revisión bibliográfica y actividades para recolección de información en campo, lo que condujo a la elaboración y revisión de borradores por los actores participantes, hasta alcanzar los consensos plasmados en el presente documento.

Si bien esta dinámica de trabajo buscó abordar todos los aspectos relevantes para un Plan de esta naturaleza, probablemente hay puntos por complementar o modificar posteriormente; sin embargo, el camino ya está trazado y el reto ahora es avanzar, ajustar el rumbo cuando se requiera y mantener el ideario. De esta forma, en el futuro se tendrá la posibilidad de determinar si las decisiones que hoy se tomaron fueron correctas, pero sin duda, esta generación de ciudadanos, dirigentes y líderes será reconocida por la visión y el compromiso de empezar a afrontar el desafío que implica la prevención de las EC en Pasto y en Colombia.

Referencias

1. Strong K, Mathers C, Leeder S, Beaglehole R. Preventing chronic diseases: how many lives can we save? Lancet, 2005. DOI:10.1016/S0140-6736(05)67341-2.
2. González M, De la Hoz, F. Mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia, 1990 a 1999. Inf Quinc Epidemiol Nac 2002; 7:205-226.
3. Dirección Municipal de Salud de Pasto. Indicadores Básicos 2000-2005. Pasto: 2005
4. [OMS] Organización Mundial de la Salud. Proceso de elaboración de una Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud . Disponible en http://www.who.int/hpr/NPH/docs/gs_process_spanish.pdf Recuperado: 26 de julio de 2004.
5. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Circular 0018 de 2004.
6. [WHO] World Health Organization. Preventing chronic disease: a vital investment. Geneva: World Health Organization: 2005.



CAPÍTULO 1.

CONTEXTO LOCAL

1.1 Situación sociodemográfica.

El municipio de Pasto, capital del departamento de Nariño, está ubicado al sur de Colombia en el denominado Valle de Atríz en medio de la cordillera de los Andes, a 2.527 metros sobre el nivel del mar. Tiene una temperatura promedio de 14° C, una extensión de 1.181 Km² y una densidad poblacional de 359,26 habitantes por Km² (1-2). De sus 431.144 pobladores, 89.72% habita en las 12 comunas que constituyen la zona urbana de la ciudad y 10.28% en los 13 corregimientos que conforman el sector rural (2).

La ciudad cuenta con una gran riqueza multicultural, producto de su localización y de su historia, nutrida por los aportes de indígenas, colonos, blancos españoles y afrodescendientes.

Cerca del 30% de la población del municipio está entre los 5 y 19 años (ver Tabla 1) (2). Es de resaltar que del total de habitantes, el 26,6% no tiene sus necesidades básicas satisfechas (3).

Tabla

Grupo de edad	Mujeres	Hombres	Total	%
0	4089	5008	9097	2.1
1-4	16843	18316	35161	8.2
5-9	20961	21687	42648	9.9
10-14	20109	20951	41060	9.5
15-19	26660	18646	39305	9.1
20-24	21907	20465	42372	9.8
25 y más	126840	94661	221501	51.4
Total	231410	199734	221501	100

Pasto es un importante polo de desarrollo del sur del país, lo cual está relacionado con su cercanía a la frontera con Ecuador, al trapezoido amazónico y sus conexiones con los departamentos de la Región Pacífica. Los modos, condiciones y estilos de vida de su población están fundamentados en lo urbano, dado que su economía está subordinada a la prestación de servicios y, en general, a las actividades comerciales. Sin embargo, la agricultura no deja de ser un renglón importante en la economía local (4).

1.2 Factores de riesgo y morbilidad por Enfermedades Crónicas.

En Colombia, las EC son la principal causa de muerte. Solo las enfermedades cardiovasculares -tasa de 121.1 por 100.000 habitantes- superan a la violencia y los accidentes -105.8 por 100.000 habitantes- y a las enfermedades transmisibles -30.4 por 100.000 habitantes- (5).

Según los registros de la Secretaría Departamental de Salud de Nariño, las enfermedades cardiovasculares son un problema prioritario de salud pública en el Departamento, dado que representan el 27,4% de las muertes, con una tasa de 121,1 eventos fatales por 100.000 habitantes (6).

En el 2004, la Dirección Municipal de Salud de Pasto, DMS, realizó el estudio "Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas", mediante el cual fue posible comprender el grave efecto que tienen estas enfermedades para la salud pública (6). Los datos más relevantes aportados por este estudio fueron:

- ? La prevalencia de consumo de cigarrillo en la población adulta en Pasto, es de 21%, sin diferencias significantes por estratos socioeconómicos.
- ? El 30% de la población de adulta de Pasto reconoce padecer sobrepeso, lo cual refleja la necesidad de realizar acciones que promuevan una alimentación saludable y la actividad física.
- ? Cerca del 23% de la población adulta camina menos de 10 minutos diarios por tres o más días a la semana, siendo esta situación más seria en las mujeres. Si se aplicaran los estándares recomendados internacionalmente, los cuales promueven la realización actividad física al menos 30 minutos al día por al menos cinco días a la semana, la prevalencia de población activa sería aún menor.
- ? El 74.2% de la población adulta consume jugos de frutas y 31.5% consume fruta entera diariamente; mientras el consumo de vegetales cada día es una costumbre del 14.8%

¹ Las cinco porciones hace referencia al consumo combinado de frutas y verduras, el cual equivale aproximadamente a 400 gramos diarios.

de la población, especialmente en los estratos socioeconómicos III a VI. Dadas las características del estudio, no fue posible determinar qué porcentaje de la población cumple con la recomendación internacional de consumir mínimo cinco porciones de frutas y verduras diariamente.

- ? El 14% de la población dijo tener diagnóstico de hipertensión, formulado por un profesional de la salud.
- ? Cerca de la tercera parte de la población -31%- percibe su salud como regular o mala, fenómeno que es más notorio en la población mayor de 45 años, en la población con menor nivel escolar y de estrato socioeconómico. Este hallazgo es importante, pues puede considerarse como indicador de la percepción de calidad de vida.

Consecuente con lo anterior, existe ya una carga importante de morbimortalidad por EC, tal como se evidencia en los siguientes datos reportados por la DMS (7):

- ? En el 2004 las enfermedades cardiovasculares y la diabetes fueron responsables del 32% de la morbilidad en la ciudad.
- ? Para el mismo año, la principal causa de muerte en la ciudad fue la hipertensión arterial -4,4 muertes por cada 10.000 habitantes-, seguida del infarto agudo al miocardio -2,2 muertes por cada 10.000 habitantes-. Ambas enfermedades representaron el 18.31% del total de las causas de muerte.
- ? En ese año hubo 256 muertes por enfermedades cardiovasculares, de las vías respiratorias bajas y diabetes mellitus.

De acuerdo con lo anterior, la situación de Pasto no difiere en términos generales de la situación del país y la de otras regiones de América Latina, con las implicaciones sociales y económicas que este problema plantea ahora y a futuro.

Referencias

1. Instituto Geográfico Agustín Codazzi Atlas impreso de Colombia. Quinta Edición. Bogotá D.C.: Instituto Geográfico Agustín Codazzi, 2002.
2. [DANE] Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Proyecciones de población por edades simples 1993-2006. Bogotá, Colombia: 2006
3. [DANE] Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Indicadores de calidad de vida NBI. Bogotá, Colombia: 2006
4. Corporación Autónoma de Nariño. Necesidades Básicas Insatisfechas. Disponible en <http://www.corponariño.gov.co/modules/mimodulo/fuentes/pgar.php> Recuperado: 26 de julio de 2004.
5. González, M y De la Hoz, F. Mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles en



CAPÍTULO 2.

MÉTODOS

La formulación del Plan Integrado Local de Acción de Prevención de Enfermedades Crónicas en Pasto, implicó la realización de las siguientes fases, entre enero y agosto de 2006:

- ? Reconstrucción de antecedentes.
- ? Inventario de acciones, recursos y fuentes de información.
- ? Concertación y formulación del Plan.
- ? Difusión del Plan.

Reconstrucción de antecedentes

Para reconstruir los antecedentes relacionados con la prevención de EC en Pasto, se identificaron conjuntamente con la DMS las acciones desarrolladas en la década de los 90 hasta el momento de iniciar la consultoría. Así mismo, se identificaron los actores involucrados en ellas, a quienes se aplicó una guía de entrevista que indagó aspectos como participantes en las acciones, tipo de acciones desarrolladas, logros, etc., con el fin de detallar los antecedentes que se resumen en el Capítulo 3.

Inventario de acciones, recursos y fuentes de información

Para continuar el proceso de reconocimiento de programas, proyectos, acciones o fuentes de información relacionados con la prevención de EC en el municipio, se desarrollaron los inventarios de recursos y acciones y el de fuentes de información.

El inventario de recursos y acciones partió de identificar las líneas de acción del Plan de Desarrollo Municipal (1), al igual que otras acciones desarrolladas por otros actores sociales por fuera del gobierno. La guía utilizada para este inventario se presenta en el Anexo 1, y los programas y proyectos identificados, de acuerdo con los funcionarios de las entidades que se entrevistaron, se relacionan en el Anexo 2.

El inventario de fuentes de información buscó establecer la existencia de fuentes públicas y

privadas en la ciudad, relacionadas con los determinantes, factores de riesgo o morbimortalidad por EC. Cada recurso identificado fue valorado, estableciendo el tipo de información que genera y los procedimientos que se siguen para su obtención, análisis y difusión. Las fuentes identificadas según institución se relacionan en el Anexo3.

Concertación y formulación del Plan

Paralelo a estas actividades, el equipo consultor realizó una revisión bibliográfica para documentar el estado actual del desarrollo de acciones poblacionales para la prevención de EC. Para esta revisión se tuvieron en cuenta artículos científicos sobre el tema y documentos de la OMS; la Organización Panamericana de la Salud, OPS; y la Oficina de la Organización Mundial de la Salud para Europa. Se prestó especial atención a documentos referidos a los programas CARMEN y CINDI.

A partir de la revisión bibliográfica y de otros insumos, se construyó una propuesta preeliminar que incluyó:

- ? Delimitación de la estructura y alcances del Plan: ambos aspectos se basaron en el marco conceptual propuesto por la OMS (2). Adicionalmente, los alcances se fijaron teniendo en cuenta los correspondientes a los niveles de planificación política y estratégica (3), que deben orientar la planificación tácita (programas y proyectos) y operativa (planes de gestión).
- ? Identificación de componentes: estos se definieron considerando las áreas prioritarias para el desarrollo de acciones.

Esta propuesta preeliminar fue discutida con los funcionarios de la DMS, y posteriormente fue presentada a representantes de diversos sectores gubernamentales y sociales, convocados por el alcalde de Pasto.

En esta presentación, el alcalde resaltó las razones que motivan a la ciudad de Pasto para formular el Plan, y el grupo consultor expuso la propuesta de estructura general de dicho Plan. Como resultado, se logró consenso entre los diferentes sectores convocados, frente a su participación en las actividades restantes de formulación y posteriores de implementación del Plan Local de Acción.

Una vez acordados los aspectos fundamentales del Plan, se realizó una reunión con los directores municipales de Planeación y Salud, para definir el periodo, objetivo y meta general, estrategias y sus mecanismos de gestión. Los avances en la formulación del Plan fueron también expuestos para la reflexión, discusiones y consenso mediante talleres, a otros representantes del gobierno, las organizaciones sociales y a la academia.

Los resultados de estas discusiones permitieron ajustar y disponer de una primera versión del Plan de Acción, que fue luego revisado por representantes de 21 instituciones u organizaciones gubernamentales, sociales o académicas de Pasto. Simultáneamente, tres investigadores de la División Salud de la Fundación FES Social realizaron una revisión crítica al documento.

Tomando como referencias las observaciones surgidas en estas revisiones, se hicieron los ajustes adicionales al Plan y se sometió a revisión y aprobación final por parte de la DMS.

Difusión.

Una vez aprobado el Plan, el gobierno municipal convocó a todos los sectores del municipio, para reafirmar los compromisos y alianzas para su apropiación, implementación y evaluación.

Referencias

1. Municipio de Pasto. Acuerdo No. 008 de 2004. Por medio del cual se adopta el Plan de Desarrollo 2004-2007. "Pasto Mejor".
2. [WHO] World Health Organization. Preventing chronic disease: a vital investment. Geneva: World Health Organization: 2005.
3. Viñes J. Criterios para la elaboración del Plan de Salud de Navarra 2001-2005.
D i s p o n i b l e e n :



CAPÍTULO 3.

ANTECEDENTES

Para apreciar los antecedentes del Plan Integrado Local de Acciones es importante destacar el proceso de desarrollo que ha vivido la ciudad de Pasto en los últimos años, dada la gestión de gobiernos con respaldo de una amplia base social. En este contexto sociopolítico se han gestado diversas iniciativas de desarrollo local a nivel urbanístico, cultural y de convivencia ciudadana, y al mismo tiempo, se ha avanzado en el abordaje de las Enfermedades Crónicas como problema de ciudad.

Para 1998, luego de avances importantes en el aseguramiento de la población en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, se inician acciones para la prevención de las EC en el municipio. De esta forma, la DMS realiza un estudio para identificar los factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, que ya ocupaban la primera causa de mortalidad en la ciudad. El estudio fue complementado por uno similar realizado por la Universidad de Nariño, en el 2000.

A partir de estos estudios surge el Proyecto Estilos de Vidas Saludables, EVS, que hizo parte del Plan de Atención Básica Municipal, PAB, y se conforma el equipo técnico de la DMS responsable de la ejecución del Proyecto.

Desde el punto de vista operativo, en el marco del Proyecto EVS se han desarrollado diferentes iniciativas, que incluyen el reconocimiento de las experiencias CARMEN en Colombia, la articulación intersectorial, la selección de un área demostrativa para implementar acciones de prevención, la capacitación del equipo técnico del Proyecto EVS, la conformación de los Clubes de la Salud, la promoción de instituciones educativas como espacios libres de humo y el desarrollo de estrategias de información, educación y comunicación.

En el 2004 se logra el compromiso de ciudad frente a la prevención de las EC, mediante la inclusión en el Plan de Desarrollo Municipal 2004 - 2007 "Pasto Mejor" (1), de un objetivo específico orientado a la disminución de la mortalidad por EC.

4 Los Clubes de la Salud son grupos organizados en algunos barrios de la ciudad, integrados en su mayoría por mujeres, dirigidos por un instructor contratado por el proyecto EVS o un líder comunitario. Se reúnen en salones comunales, polideportivos o en las calles de su barrio tres veces a la semana para hacer actividad física. Actualmente existen 64 Clubes de la Salud.

Este objetivo del Plan de Desarrollo, ligado a lo fijado por el Ministerio de la Protección Social en la Circular 0018 de 2004 (2), que establece como responsabilidad de los entes territoriales la formulación y concertación de acciones intersectoriales para la prevención de EC, se constituyeron en los referentes políticos más relevantes del Plan. en los referentes políticos más relevantes del Plan.

En cuanto al trabajo interinstitucional, es importante resaltar el liderazgo de la DMS, que ha aportado talento humano y recursos financieros, y ha buscado la articulación de acciones con otros sectores.

Retomando estos desarrollos, con el respaldo del alcalde municipal y del Departamento Administrativo de Planeación, la DMS inició el proceso de construcción del Plan, propiciando la articulación de las acciones de todos los sectores gubernamentales y sociales, para responder a lo planteado en el Plan de Desarrollo 2004-2007 y lograr que la prevención de EC deje de ser un asunto del sector salud y pase a ser un compromiso de ciudad.

Referencias

1. Municipio de Pasto. Acuerdo No. 008 de 2004. Por medio del cual se adopta el Plan de Desarrollo 2004-2007. "Pasto Mejor" .
2. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Circular 0018 de 2004.

CAPÍTULO 4.

MARCO CONCEPTUAL Y TEÓRICO

4.1. Definición, epidemiología y conceptos básicos.

Bajo la denominación de Enfermedades Crónicas se ha agrupado un gran número de enfermedades, por lo cual, con frecuencia, es difícil definir las. Debido a lo anterior, se optó por establecer características comunes a ellas(1):

- ? Están asociadas a múltiples factores de riesgo.
- ? Transcurre largo tiempo entre la exposición a factores de riesgo y la aparición clínica de la enfermedad.
- ? La enfermedad tiende a tener un curso prologando, una vez se ha diagnosticado.
- ? Pueden ser prevenidas.
- ? Sin adecuada atención pueden producir discapacidad severa.

Con base en lo anterior, este Plan enfocará sus acciones a las siguientes EC, teniendo en cuenta que comparten determinantes y factores de riesgo, y son las responsables de una alta morbilidad, discapacidad y mortalidad en Pasto:

- ? Enfermedades cardiovasculares, de las cuales son de interés para este Plan la enfermedad isquémica del corazón, la hipertensión arterial y la enfermedad cerebrovascular.
- ? La diabetes mellitus.
- ? Cáncer de pulmón y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, EPOC.

Desde el punto de vista epidemiológico, las EC son actualmente la primera causa de muerte en el mundo (2). Este hecho es especialmente preocupante en países en proceso de desarrollo económico, donde se genera cerca del 80% de la mortalidad por estas enfermedades (2). Lo anterior puede estar asociado a un incremento en la expectativa de vida de su población, suficiente para que se expresen los efectos generados por la exposición prolongada a determinantes socioeconómicos negativos y factores de riesgo,

con lo cual, las EC empiezan a ocupar el primer lugar en el perfil de morbimortalidad. Lo anterior puede ayudar a explicar porque en Colombia las EC son la principal causa de muerte y cómo las condiciones de inequidad socioeconómica y pobreza hacen el panorama más complejo (3), pues en un mismo territorio pueden coexistir las patologías crónicas con las de origen infeccioso, las relacionadas con las carencias nutricionales y la falta de saneamiento básico (4).

Adicional a la alta morbimortalidad producida por las EC, éstas generan graves implicaciones en:

- ? La calidad de vida: solo en la región de las Américas, más del 65% de los años perdidos por discapacidad por Enfermedades Crónicas se registran en población menor de 45 años. Al comparar con otras causas las EC producen más Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA) que cualquier otra causa (5).
Las EC no sólo reducen la capacidad funcional y la autonomía de quien las padece, sino que también afectan a su núcleo familiar, que debe hacer modificaciones para responder a las necesidades que imponen estas enfermedades. Esta circunstancia es particularmente importante en ciertos grupos de la población, donde los ingresos familiares se ven sensible-mente disminuidos, en casos en que el afectado por una EC soporta la economía familiar o carece de afiliación al sistema de salud (4,6).
- ? Los costos de la atención en salud: la atención de las EC representan una seria amenaza para cualquier sistema de salud debido a que las EC pueden requerir (4,6):
 - a. Atención prolongada.
 - b. Complejas y costosas tecnologías para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
 - c. Múltiples medicamentos.
 - d. Hospitalizaciones frecuentes.
- ? La productividad: dado que con mayor frecuencia las EC se manifiestan en personas que están en una edad en la cual son económicamente activas, se generan efectos económicos negativos por (6):
 - a. Reducción del recurso humano en el que se ha realizado una inversión importante, mediante recursos que las familias y los gobiernos han invertido en educación, saneamiento básico, prevención de las enfermedades de la infancia, etcétera.
 - b. Reducción de la capacidad para generar ingresos.
 - c. Ausentismo laboral.

En busca de prevenir las EC, desde hace 60 años, cuando éstas empezaron a ser una causa importante de morbilidad y mortalidad en países desarrollados, se han adoptado diferentes enfoques y desarrollado múltiples estudios.

Los primeros estudios estuvieron dirigidos a establecer la etiología de estas enfermedades, sus indicadores y factores de riesgo (7). Como producto de las primeras y de las más recientes investigaciones se ha obtenido evidencia en cuanto a la asociación de las EC con tres factores de riesgo modificables: consumo de cigarrillo, sedentarismo y patrones de alimentación caracterizados por alto consumo de grasas saturadas y azúcares refinados, y bajo consumo de frutas y verduras (8-10).

Hoy se sabe que en el mundo mueren cada año cinco millones de personas por causas asociadas al consumo de tabaco, cerca de 1.9 millones de muertes se asocian al sedentarismo y 2.7 millones al bajo consumo de frutas y verduras (8).

Aunque durante mucho tiempo, la investigación y las acciones para la prevención de estas enfermedades se centró en abordar estos factores de riesgo del comportamiento desde el punto de vista individual; con lo cual se lograron ciertos avances, el problema continuó creciendo en todo el mundo, lo que motivó a la búsqueda de otras explicaciones y abordajes para estas enfermedades.

De esta forma, se consolidó evidencia acerca de las relaciones entre los determinantes socio-económicos de la salud y estas enfermedades (10-15), que ha llevado a establecer asociaciones entre las EC con:

- ? Las políticas públicas.
- ? Las características de los contextos físicos y sociales que limitan o favorecen la actividad física, la alimentación saludable y el consumo de cigarrillo.
- ? Los niveles de capital y cohesión social.
- ? La posición socioeconómica de los individuos y del contexto en el cual estos residen, definida a partir de nivel de ingreso, nivel de educación y la ocupación.

Uno de los retos en la prevención de las EC es organizar respuestas sociales para reducir las inequidades que se deriven de la expresión de los anteriores determinantes (6, 16-20), para lo cual es importante considerar que éstos:

- ? No son producto del azar.
- ? Se expresan en la cotidianidad de los sujetos.
- ? No son algo abstracto, pues los determinantes pueden ser caracterizados y sus

efectos específicos en salud pueden ser estudiados, cuantificados y modificados.

- ? Al entender su efecto sobre la salud, sus características específicas y sus vías de acción, es posible influenciarlos obteniendo resultados positivos en salud.

Para resumir, podemos tener en cuenta la siguiente frase:

“Nosotros necesitamos separar los determinantes de salud en piezas manejables. No tiene sentido estar metidos en una batalla con problemas que son demasiados difíciles de resolver. Sin embargo, nosotros no deberíamos enfocarnos sobre las piezas manejables perdiendo la visión de la estructura completa.”

Medawar, 1967.

5

Los determinantes socioeconómicos pueden estar relacionados con uno o varios de los factores de protectores o riesgo para EC, obrando a través de los contextos, las oportunidades y exposiciones, tal como se aprecia en el Gráfico 1.

Gráfico 1. Determinantes, contextos y Enfermedades Crónicas



Aunque los factores de riesgo comparten algunos de los determinantes descritos, cada uno a su vez tiene características particulares, las cuales son útiles considerar para efectos de su abordaje. En la Tabla 2 se presenta un resumen de variables políticas, ambientales, sociales e

5 Adaptado de: Novell-Benjamín, Benjamín W. Environmental impacts on diet, nutrition, physical activity and cancer prevention in low-income, rural communities. [Citado 2005/11/18]. Disponible en: URL: <http://www.maes.msu.edu/cvp/bovellbenjamin.pdf>

individuales asociadas a los tres factores de riesgo de interés:

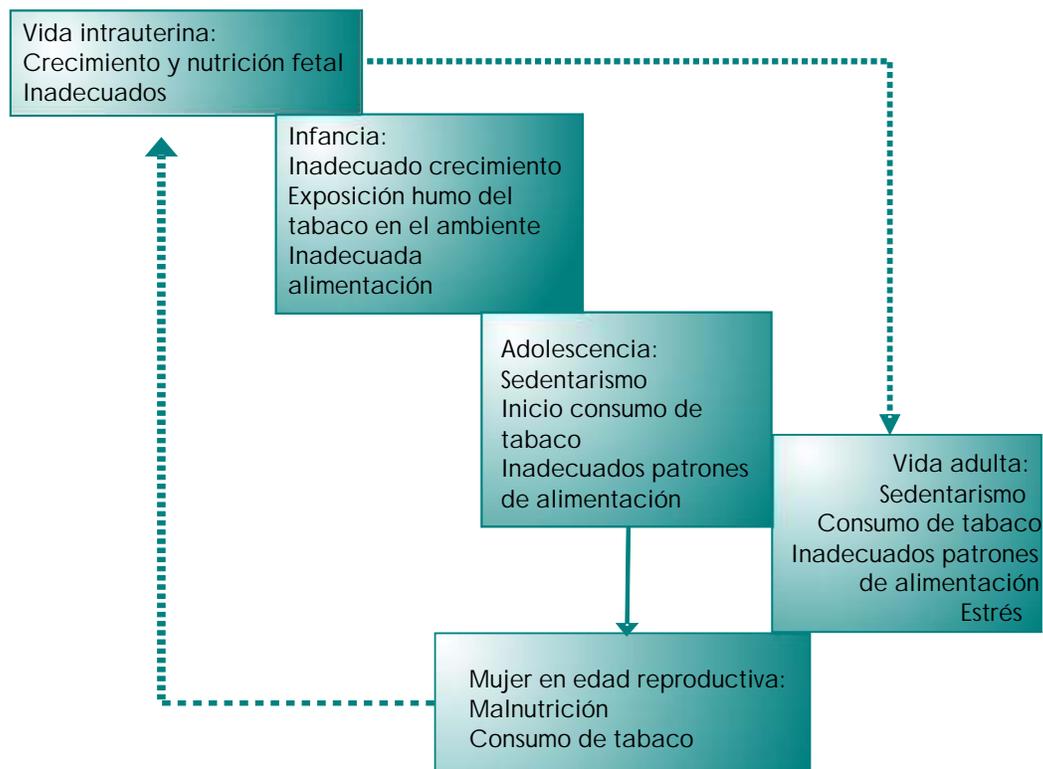
Tabla 2. Variables asociadas a los tres principales factores de riesgo para EC.

FACTORES DE RIESGO PARA EC	POLÍTICAS Y AMBIENTALES	FACTORES SOCIALES	INDIVIDUALES
Consumo de cigarrillo (21-25)	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Impuestos ☒ Regulación publicidad ☒ Regulación consumo en espacios públicos ☒ Disponibilidad de 	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Consumo de cigarrillo por familiares y pares 	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Nivel educativo ☒ Ingreso
Sedentarismo (26-34)	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Normas usos del suelo ☒ Disponibilidad, estética y seguridad de espacios físicos 	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Soporte social 	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Auto-eficacia ☒ Nivel educativo ☒ Ingreso ☒ Percepción de seguridad
Inadecuado patrón de alimentación (bajo consumo de frutas y verduras, alto consumo de grasas y azúcares)	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Disponibilidad, precio y variedad de alimentos ☒ Patrones culturales de alimentación 	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Soporte social ☒ Preferencias familiares de alimentos 	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Preferencias de alimentos ☒ Nivel educativo ☒ Ingreso ☒ Disponibilidad, de tiempo para la preparación de alimentos

Si se tiene en cuenta la evidencia acumulada, el abordaje actual de las EC debe considerar los siguientes aspectos:

- ☐ El efecto acumulativo de los determinantes y factores de riesgo; que ha llevado a

Gráfico 2. Acumulación de riesgo por ciclo vital en Enfermedades Crónicas⁶



Lo anterior está ligado a la evidencia que demuestra que los comportamientos se adoptan antes de los 15 años de edad y se mantienen durante la vida adulta.

Específicamente, los patrones de alimentación se adoptan en la infancia (47); la experimentación con el consumo de cigarrillo se inicia alrededor de los 12 años y es bajo el porcentaje de personas que inician su consumo después de los 18 años de edad (48-49); mientras la realización de actividad física disminuye a niveles similares a los de la población adulta durante la adolescencia (50).

?La adopción de acciones integradas, lo cual se justifica porque las personas tienden a un estilo de vida que involucra más de un factor protector o de riesgo. Las estrategias para intervenir estos factores tienen características en común; su efecto es sinérgico y las acciones integradas resultan más rentables desde el punto de vista social y económico (51-52).

?El desarrollo de acciones con individuos, grupos y amplios colectivos que les faciliten adoptar las opciones saludables en su cotidianidad (6).

⁶ Adaptado de: Desile H. Programming of chronic disease by impaired fetal nutrition. Evidence and implications for policy and interventions strategies. World Health Organization, 2002.

- ? Las teorías y modelos en salud como elementos fundamentales para una planeación, conducción y evaluación rigurosa y coherente de las acciones (53-54).
- ? La relevancia de la participación de todos los sectores locales. Para prevenir las EC no resulta suficiente la acción del sector salud (4,6), por lo cual se requiere mayor responsabilidad social para la salud y la calidad de vida, tal como fue planteado en la Quinta Conferencia sobre Promoción de la Salud (55).
- ? La necesidad de desarrollar acciones que promuevan la salud, prevengan la aparición de estas enfermedades, garanticen su adecuado y oportuno manejo, y contribuyan a la rehabilitación de quienes ya la padecen, todo esto con el fin de lograr mejores niveles de calidad de vida en la población (6). No obstante, las dos primeras acciones deben cobrar progresiva relevancia, teniendo en cuenta su mayor impacto poblacional.

Algunos de estos aspectos hacen explícita la relación entre EC y desarrollo local, entendiendo este último como el proceso para mejorar la calidad de vida, que entraña el cambio progresivo de la condición socioeconómica y política para derivar en más elevados niveles de vida y productividad, mayor participación política y oportunidad de acceso a alternativas para la satisfacción de las necesidades humanas (56).

De acuerdo con esta definición, la forma en la cual se definan los medios y condiciones para satisfacer las necesidades humanas determina la calidad de vida de una sociedad y en forma específica, configura unas condiciones favorables o no para la aparición de las EC.

Para acercarse al concepto de necesidades humanas y las formas de satisfacerlas, es preciso tener en cuenta cuatro supuestos (57):

- ? Los humanos son seres de necesidades múltiples e interdependientes, las cuales interactúan y se complementan entre sí como un sistema.
- ? Las necesidades se diferencian de sus satisfactores. Un satisfactor puede contribuir a atender simultáneamente varias necesidades, y a su vez una necesidad puede necesitar varios satisfactores.
- ? Las necesidades son finitas, clasificables y no cesan. Lo que cambia a través del tiempo, en las diferentes culturas o modelos de desarrollo son sus satisfactores.
- ? La necesidad y la satisfacción hacen parte del complejo y constante proceso de la humanidad.

De esta forma, la relación entre necesidades y satisfactores no resulta una relación

abstracta, sino que se puede evidenciar en forma concreta y cotidiana en los modos, condiciones y estilos de vida, donde también es posible su transformación (58). Desde esta perspectiva, para el abordaje de las EC en el presente Plan, se han considerado cinco de las necesidades básicas propuestas por Maslow (59), dado que la forma en la cual se satisfacen se relaciona claramente con una baja o alta incidencia de estas enfermedades. Las cinco necesidades consideradas se presentan en el Gráfico 3.

Gráfico 3. Necesidades básicas relacionadas con la prevención de EC en la población general.



De esta forma para cada necesidad es posible establecer una relación con uno o varios factores protectores o de riesgo, tal como se ejemplifica en la Tabla 3. Así se puede afirmar que sociedades, grupos e individuos sedentarios, fumadores o con inadecuados patrones de alimentación, son la evidencia de una compleja interacción de fenómenos políticos, económicos y sociales, y no solo de aspectos biológicos o psicológicos. Esto lleva a concluir que la distribución de estos riesgos no es al azar y refleja en parte las concepciones de desarrollo de una sociedad.

Tabla 3. Relación entre necesidades, satisfactores y factores protectores y de riesgo para Enfermedades Crónicas

Necesidad	Ejemplos de combinaciones que satisfacen la Necesidad	FACTOR PROTECTOR O DE RIESGO PARA EC
Movilidad	Diseño urbano que privilegia el transporte automotor o los espacios peatonales y para uso de bicicleta.	Caminar o uso de bicicleta por transporte. Sedentarismo. Contaminación ambiental.
Alimentación	Tipos de alimentos disponibles.	Dieta baja en antioxidantes y fibra. Dieta alta en grasas y azúcares
Recreación	Disponibilidad y diseño de parques. Disponibilidad de programas recreativos y para el aprovechamiento del tiempo libre.	Actividad física en tiempo libre. Sedentarismo. Estrés.
Información	Conocimiento de alternativas de recreación, compra de alimentos. Información disponible y accesible sobre factores de riesgo.	Actividad física. Alimentación saludable. Consumo de cigarrillo.
Soporte social	Políticas públicas saludables. Cohesión social. Comportamientos de pares y familia que estimulan o no a asumir comportamientos saludables.	Actividad física. Alimentación saludable. Consumo de cigarrillo.

4.2. Orientación teórica

Para ser coherente con lo planteado previamente, el presente Plan se orientará por

principios teóricos, conceptuales y operativos que den cuenta de la complejidad de las EC. Desde esta forma, los modelos socio ecológicos en salud resultan adecuados, teniendo en cuenta que se caracterizan por (60-61):

- ? Reconocer las múltiples dimensiones que influyen el comportamiento: estos modelos especifican que los factores intrapersonales, los ambientes sociales y culturales, y los ambientes físicos influyen en los comportamientos de salud.
- ? Establecer la interacción entre diferentes dimensiones que influyen el comportamiento: una vez se identifican los factores que interactúan con el comportamiento que se desea intervenir, los modelos ecológicos buscan establecer el tipo de relación individual y grupal que los factores medidos tienen con el comportamiento estudiado, para luego predecir que cambios se darían en dicho comportamiento cuando se modifican los factores asociados, y de esta manera identificar cuáles resultan más influyentes en la población estudiada.
- ? Actuar sobre múltiples dimensiones y niveles de un sistema social: como los modelos ecológicos se interesan por múltiples dimensiones -sociocultural, económica, ambiental, entre otras- y niveles -individual, familiar, grupal, organizacional, comunitario y de políticas públicas-, ayudan a identificar los más influyentes, su alcance, naturaleza, objetivo y contextos para planear, implementar y evaluar las acciones.
- ? Ser coherentes con los principios y estrategias de Promoción de la Salud: de esta forma, con la aplicación de los modelos socio ecológicos no solo hay un interés en abordar eventos o comportamientos en los individuos, sino en actuar sobre los aspectos que determinan la salud de las poblaciones.

Con el fin de hacer operativas estas características en el desarrollo del Plan, es útil considerar las siguientes acciones:

- ? Incorporar múltiples enfoques para comprender y abordar el contexto.
- ? Priorizar acciones y establecer el alcance de las mismas.
- ? Desarrollar enfoques de evaluación cualitativos y cuantitativos.
- ? Aplicar enfoques específicos para desarrollar acciones en cada nivel.

Así, resulta relevante considerar como complementarias otras bases teóricas, entre las cuales que se sugieren:

- ? Teoría del Comportamiento Planeado (62).
- ? Redes y soporte social (63).

- ? Organización y construcción comunitaria (64).
- ? Mercadeo Social (65).

Para soportar las acciones del Plan, es necesario contar con información oportuna y relevante. De esta forma, resulta útil la articulación entre la evidencia disponible y los procesos de toma de decisiones, que refleja la creciente necesidad de desarrollar capacidad de conducción y gestión de procesos y políticas basadas en el conocimiento y la información (66).

Referencias

1. McKenna M ,Taylor W, Marks J. Current issues and challenges in chronic disease control. En: Brownson R, Remington P, Davis J. Chronic Disease Epidemiology and Control. Washington DC: APHA; 1998. p. 1-26.
2. Strong K, Mathers C, Leeder S, Beaglehole R. Preventing chronic diseases: how many lives can we save? Lancet, 2005. DOI:10.1016/S0140-6736 (05)67341-2.
3. González, M y De la Hoz, F. Mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia, 1990 a 1999. Inf Quinc Epidemiol Nac; 2002. 7:205-226.
4. [OMS] Organización Mundial de la Salud. Cuidado innovador para las condiciones crónicas: agenda para el cambio. Ginebra: Organización Mundial de la Salud: 2002.
5. [OPS] Organización Panamericana de la Salud. La respuesta de Salud Pública a las enfermedades crónicas. 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 2002. CSP26/15. Washington DC.
6. [WHO] World Health Organization. Preventing chronic disease: a vital investment. Geneva; World Health Organization: 2005.
7. Dawber T, Kannel W, Lyell L. An approach to longitudinal studies in a community: the Framingham Study. Ann N Y Acad Sci. 1963; 22;107:539-56.
8. [OMS] Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra; Organización Mundial de la Salud: 2002.
9. Mokdad AM, Stroup D, Gerberding J. Actual Causes of Death in the United States, 2000. JAMA 2004; 291:1238-1245.
10. Sundquist K, Malmström M, Johansson S-E. Neighborhood deprivation and income and incidence of coronary hearth disease: a multilevel study of 2.6 million women and men

- in Sweden. *J Epidemiol Community Health*, 2004; 58:71-77.
11. Marmot, M. Improvement of social environment to improve health. *The Lancet*; 1998; (351): 57-60.
 12. Wilkinson R, Pickett K. Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Soc Sci Med* 2006; (62): 1768-1784.
 13. Rose, G. *La estrategia de la medicina preventiva*. México DF: Masson: 1994.
 14. Diez A, Stein H, Arnett D, Chambless L, M Assing M, Nieto J, et al. Neighborhood of residence and incidence of coronary heart disease. *N Engl J Med* 2001;345(2):99-106.
 15. Geronimus A, Bound J, Waidmann T. Poverty, time, and place: variation in excess mortality across selected US populations, 1980-1990. *J Epidemiol Community Health* 1999;53:325-334.
 16. Nissinen A, Berrios X, Puska P. Intervenciones comunitarias contra las enfermedades no transmisibles: lecciones de los países desarrollados para los países en desarrollo. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 2002. recopilación de artículos No. 6.
 17. Institute of Medicine. *Control of cardiovascular diseases in developing countries. Research, development, and institutional strengthening*. Washington DC; Institute of Medicine: 1998.
 18. Robles, S. A public health framework for chronic diseases prevention and control. *Food Nutr Bull* 2004; 25(2):194-199.
 19. North Karelia Project: 20 years results and experiences. Editors: Puska P, Tuomilehto J, Nissineu A. WHO. National Public Health Institute of Finland. Helsinki; 1995
 20. CARMEN: An Initiative for Integrated Prevention on Noncommunicable Diseases in the Americas. Available at: <http://www.paho.org/english/ad/dpc/nc/CARMEN-doc2.pdf>. Accessed on February 2005.
 21. Novotny T, Giovino G. Tobacco use. En: *Chronic Disease Epidemiology and Control*. Second edition. American Public Health Association. Washington: 1998.
 22. O'Loughlin J, Paradis G, Renaud L, Gomez L. One-year predictors of smoking initiation and continued smoking among elementary schoolchildren in multiethnic, low-income, inner-city neighborhoods. *Tob Control* 1998;7:268-75.
 23. Lantz P, Jacobson P, Warner K, Wasserman J. Investing in youth tobacco control: a review of smoking prevention en control strategies. *Tob Control* 2002;9:47-63.
 24. Pierce J, Lee L, Gilpin E, Schowalter J, Talbott J. Smoking initiation by adolescent girls, 1944 through 1988: An association with targeted advertising. *Year Boob of Psychiatry and Applied Mental Health* 1995; 3: 64-66.
 25. Pinilla J, González B, Barber P, Santana Y. Smoking in young adolescents an approach with multilevel discrete choice models. *J Epidemiology Community Health* 2002;

- 56227-232.
26. Giles-Corti B, Donovan R. Socioeconomic status differences in recreational physical activity levels and real and perceived access to a supportive physical environment. *Prev Med* 2002;36, 601-611.
 27. Gómez L, Sarmiento O, Lucumí D, Espinosa G, Forero R, Bauman A. Prevalence and Factors Associated with Walking and Cycling for Transport Among Young Adults in Two Low Income Localities of Bogotá, Colombia. *JPAH* 2005;2(4).
 28. Jacoby E, Bull F, Neiman A. Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la región de las Américas. *Rev Panam Salud Pública* 2003; 14(4):223-225.
 29. Pucher J, Dijkstra L. Promoting safe walking and cycling to improve public health: lessons from the Netherlands and Germany. *Am J Public Health* 2003;93(9):1509-1516.
 30. Salmon J, et al. Leisure time, occupational, and household physical activity among professional, skilled and less-skilled workers and homemakers. *Prev Med.* 2000; 30:191-199.
 31. Sallis J, Cervero R, Ascher W, Henderson K, Kraft M, Kerr J. An Ecological approach to creating active living communities. *Annu Rev Public Health* 2006; 27:297-322.
 32. Stahl T, Rutten A, Nutbeam D, Bauman A, Kannas L, Abel T et al. The importance of social environment for physically active lifestyle results from an international study. *Soc Sci Med* 2001;52:1-10.
 33. Sherwood N, Jeffery R. The behavioral determinants of exercise: Implications for Physical Activity Interventions. *Annu Rev Nutr* 2000. 20:2144.
 34. Trost S, Owen N, Bauman A, Sallis F. Correlates of adult's participation in physical activity: review and update. *Med Sci Sport Exerc* 2002;34(12):1996-2001.
 35. Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases. Report of a WHO Study Group. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO Technical Report Series, No. 916).
 36. Donkin A, Dowler E, Stevenson S, Turner S. Mapping access to food at a local level. *British Food Journal* 1999; 101 (7): 554-564.
 37. Edmonds J, Baranoswky T, Baranoswky J, Cullen K, Myers D. Ecological and socioeconomic correlates of fruit, juice and vegetable consumption among African-American boys. *Prev Med* 2001;32:476-481.
 38. Turrell G, Hewitt B, Petterson C, Oldenburg B. Measuring socioeconomic position in dietary: is choice of socioeconomic indicator important? *Public Health Nutr* 2003;6(2):191-200.
 39. Winkler E, Turrell G, Patterson C. Does living in a disadvantaged area mean fewer opportunities to purchase fresh fruit and vegetables in the area? Findings from the

- Brisbane food study. *Health Place* 2006; (12): 306-319.
40. James W, Nelson M, Ralph A, Leather S. Socioeconomic determinants of health: The contribution of nutrition to inequalities in health. *BJM* 1997;314:1545.
 41. Lindstrom M, Hanson BS, Wirfalt E, Ostergren PO. Socioeconomic differences in the consumption of vegetables, fruit and fruit juices. The influence of psychosocial factors. *Eur J Public Health* 2001 Mar;11(1):51-9.
 42. Morland K, Wing S, Roux A, Poole Ch. Neighborhood characteristics associated with the location of food stores and food service places. *Am J Prev Med* 2002; 22 (1): 23-29.
 43. Johansson L, Thelle DS, Solvoll K, Bjorneboe GE, Drevon CA. Healthy dietary habits in relation to social determinants and lifestyle factors. *Br J Nutr* 1999 Mar;81(3):211-20.
 44. Bermudez O, Tucker K. Trends in dietary patterns of Latin American populations. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(Sup1):S87-S99.
 45. Desile H. Programming of chronic disease by impaired fetal nutrition. Evidence and implications for policy and interventions strategies. World Health Organization: 2002.
 46. Kelder S, Perry C, Klepp K, Lytle L. Longitudinal tracking of adolescent smoking, physical activity and food choice behaviors. *Am J Public Health* 1994;84 (7):1121-1126.
 47. Thomas J, Sutcliffe K, Harden A, Oakley A, Oliver S, Rees R, et al. Children and healthy eating: a systematic review of barrier and facilitators. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit. Institute of Education, University of London, 2003.
 48. Rumbos Programa Presidencial para afrontar el consumo de drogas. Juventud y consumo de sustancias psicoactivas: resultados de la encuesta nacional de 2001 en jóvenes escolarizados de 10 a 24 años. Bogotá D.C. marzo de 2002.
 49. Morello P, Duggan A, Adger H, Anthony J, Joffe A. Tobacco use among high school students in Buenos Aires, Argentina. *Am J Public Health* 2001; 91 (2):219-224.
 50. Lasheras L, Aznar S, Merino Begoña, Gil E. Factors associated with physical activity among Spanish Youth through the National Health Survey. *Prev Med* 2001;32:455-464.
 51. Johnson M, Nichols J, Salis F, Calfas K, Hovell M. Interrelationship between physical activity and other health behaviors among university women and men. *Prev Med* 1998; 27:536-544.
 52. Gómez L, Lucumí D, Girón S, Espinosa G. Conglomeración de factores de riesgo de comportamiento asociados a enfermedades crónicas en adultos jóvenes de dos localidades de Bogotá: importancia de las diferencias de género. *Rev Esp Salud Pública*, 2004; 78 (3):483-494.
 53. McKenzie J, Neiger B, Smeltzer J. Planning, implementing & evaluation. Health promotion programs. A Primer. San Francisco: Pearson Benjamín Cummings, 2005.

54. Cabrera G. Teorías y modelos en la salud pública del siglo XX. *Col Médica*. 2005;3(35):184-188.
55. Jakarta Declaration on health promotion into the 21st century. *Rev Panam Salud Publica*. [online]. Jan. 1998, vol.3, no.1 [cited 11 August 2006], p.58-61. Available from [World Wide Web : <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891998000100019&lng=en&nrm=iso>](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891998000100019&lng=en&nrm=iso).
56. Rodríguez-García R, Goldman A. La conexión salud y desarrollo. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud, 1996.
57. MaxNeef M, Elizalde A, Hopenhayn M. Desarrollo a escala humana, una opción para el futuro, *Development Dialogue*, Número Especial. Uppsala: CEPAAUR, Fundación Dag Hammarskjöld, 1986.
58. Navarro F, Campos P. Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: las explicaciones causales. En: Navarro F, Antó J, Castellanos P, Pili M, Marset M, Navarro V. *Salud Pública*. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana, 1998.
59. Cummins S, Macintyre S, Davidson S, Ellaway A. Measuring neighborhood social and material context: generation and interpretation of ecological data from routine and non-routine sources. *Health Place* 2005; (11): 249-260.
60. Sallis J, Owen N. Ecological Models. In: Glanz K, Lewis FC, Rimer B.K, editors. (1996). *Health Behavior and Health Education. Theory, Research, and Practice*. Second Edition. San Francisco: Jossey-Bass. p 403-424.
61. Stokols D. Translating Social Ecological Theory into guidelines for community health promotion. *Am J of Health Promot* 1996;10(4):283-298.
62. Montaña D, Kasprzyk D, Taplin S. The theory of reasoned action and the theory of planned behavior. En: Glanz K, Lewis F, Rimer B, editors. *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice, Second Edition*. San Francisco, CA: Jossey Bass;1997. p. 85-138.
63. Heaney C, Israel B. Social networks and social support. In Glanz K, Lewis F, Rimer B, editors. *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice, Second Edition*. San Francisco, CA: Jossey Bass;1997. p. 179-205.
64. Minkler M, Wallerstein N. Improving health through community organization and community building. In Glanz K, Lewis F, Rimer B, editors. *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice, Second Edition*. San Francisco, CA: Jossey Bass;1997. p. 85-138.
65. Lefebvre R, Rochlin L. Social Marketing. En: Glanz K, Lewis F, Rimer B, editors. *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice, Second Edition*. San Francisco, CA: Jossey Bass,1997. p. 384-402.



CAPÍTULO 5.

MARCO ESTRATÉGICO

5.1. Modelo de planificación

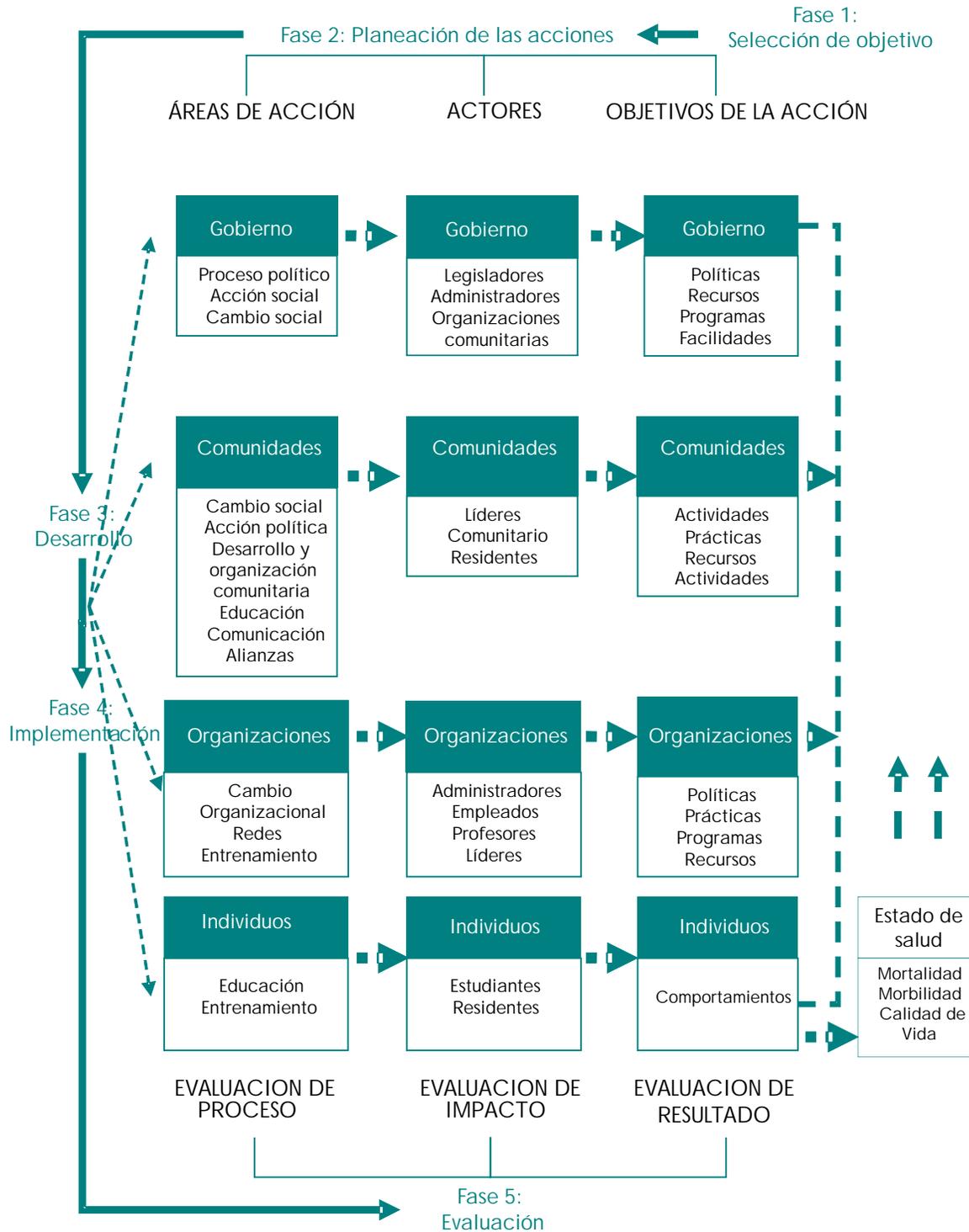
De acuerdo con lo planteado en el capítulo anterior, el Plan se enmarca dentro las consideraciones teóricas que se derivan de los modelos socio ecológicos en salud. De esta manera, su marco estratégico debe soportarse en un modelo de planificación coherente con estos principios y consideraciones.

Con este fin, luego de una revisión de la literatura, dirigida a identificar el modelo de planificación más apropiado para orientar el Plan, se seleccionó el modelo MATCH, acrónimo en inglés de Multilevel Approach to Community Health (1), que en español traduce Enfoque Multinivel para la Salud Comunitaria. Este modelo fue desarrollado en la década de los 80 por Simons-Morton y colaboradores, y desde entonces ha sido ampliamente usado para conducir programas de promoción de la salud alrededor del mundo (1).

La utilidad de este tipo de modelos radica en que ellos son el soporte para planear, implementar y evaluar acciones de promoción de la salud, en la medida en que proveen la dirección y el marco conceptual requerido (1). Adicionalmente, el uso de sólidas bases teóricas promueve el uso efectivo y eficiente de recursos, genera credibilidad a los procesos e incrementa el éxito de las acciones (2).

En el Gráfico 4 se presenta el modelo MATCH y posteriormente se describe la forma en la cual sus componentes orientan el Plan.

Gráfico 4. Representación gráfica del Modelo MAT⁷CH



⁷ Traducido de: McKenzie J, Neiger B, Smeltzer J. Planning, implementing & evaluating health promotion programs. A primer. Fourth Edition. San Francisco, CA: Pearson. Benjamin Cummings,

Según el modelo de planificación MATCH, en cada fase deben desarrollarse las siguientes acciones:

Fase 1: Selección de objetivos:

- a. Definición del objetivo que deberá ser alcanzado.
- b. Fijación del grupo poblacional prioritario.
- c. Selección de los comportamientos que se abordarán.
- d. Identificación de los ambientes donde se desarrollarán las acciones.

Fase 2: Planeación de las acciones:

- a. Definición de objetivos de cada componente.
- b. Priorización de las acciones y enfoques.

Fase 3: Desarrollo:

Definición general de recursos, responsables y periodos de ejecución.

Fase 4: Implementación:

Formulación y ejecución de proyectos.

Fase 5: Evaluación:

Acciones para las evaluaciones de proceso, impacto y resultado, que permitan establecer el logro de objetivos y soporten la reorientación del Plan.

De acuerdo con lo anterior, los contenidos que a continuación se presentan están directamente relacionados con las fases 1 a 3, y orientan la ejecución de las dos fases restantes del MATCH.

5.2. Propósito

Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes del municipio de Pasto, mediante la disminución de la morbilidad por Enfermedades Crónicas.

5.3. Objetivo general

Incrementar los niveles de actividad física y de consumo de alimentos saludables, y reducir el consumo de cigarrillo en la población de 15 a 29 años de edad de Pasto.

5.4. Meta general

8

En el 2015 Pasto habrá incrementado la prevalencia de actividad física y de “alimentación salu-dable” en un rango del 7% al 10%, y reducido la prevalencia de consumo de cigarrillo en un rango del 5% al 7% en la población de 15 a 29 años de edad.

5.5. Población

Dada la naturaleza del Plan, la población de referencia será la totalidad de habitantes de la ciudad de Pasto. Sin embargo, el énfasis de las acciones se orientará a la población entre 5 y 19 años de edad, que representa cerca del 30% del total de la población (3).

El énfasis en este grupo responde a la necesidad de priorizar las acciones y recursos, considerando adicionalmente la costo efectividad de desarrollar acciones que promuevan la adopción de factores protectores y prevengan la adopción de factores de riesgo, en personas en proceso de aprendizaje social de comportamientos. Esto, sin embargo, no significa la exclusión de otros grupos poblacionales que pueden participar y ser abarcados por las acciones desarrolladas.

Consecuente con la vigencia de Plan, la población donde se analizará el impacto de las acciones desarrolladas corresponde al grupo entre 15 y 29 años de edad.

5.6. Componentes

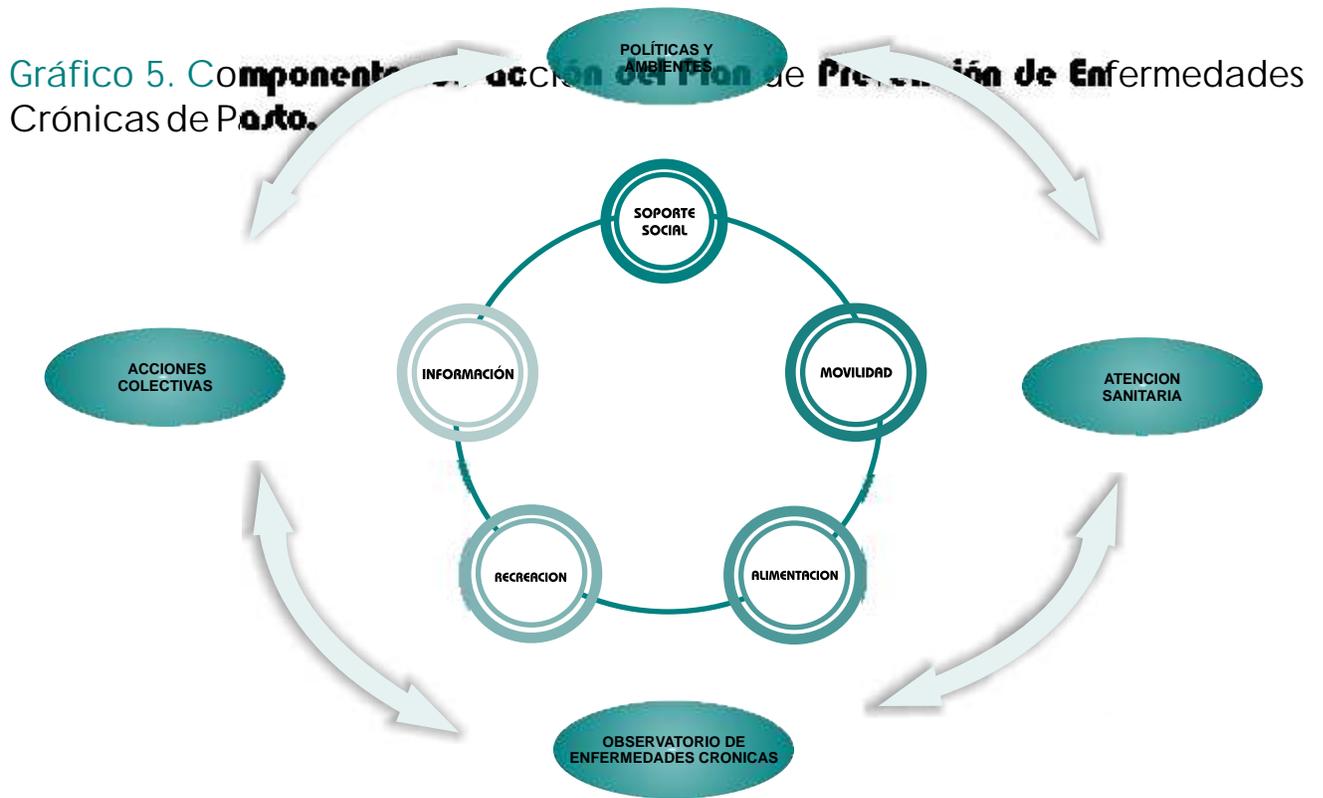
Con el fin de articular los aspectos descritos en los capítulos previos, para el desarrollo de este Plan se proponen cuatro componentes, cada uno de los cuales consta de definición, objetivo, meta, curso de acción e indicadores de evaluación al final de los tres periodos de gobierno en los que el Plan estará vigente:

Corto plazo: año 2007.
Mediano plazo: año 2011.
Largo plazo: año 2015.

En el Gráfico 5 se presenta la articulación entre los cuatro componentes propuestos, mediante los cuales se busca dar respuestas sociales, que garanticen la satisfacción

8 La prevalencia de alimentación saludable será calculada teniendo las proporciones recomendadas de consumo frutas y verduras, grasas y azúcares refinados.

“saludable” de las cinco necesidades descritas en el marco conceptual.



A continuación se describen cada uno de componentes del Plan:

5.6.1 Políticas y Ambientes.

Definición

Proceso dirigido al análisis, formulación e implementación de políticas y a la generación de ambientes que soporten modos y condiciones de vida, que contribuyan a la adopción de los factores protectores de las EC y a la prevención de sus factores de riesgo.

Desde este punto de vista, las definiciones de política y ambiente que son coherentes con la

definición del componente son:

? Política: "Conjunto de objetivos y reglas que guían las acciones de un gobierno, organización o administración y proveen la autoridad para la asignación de recursos" (4).

Esta definición es útil, porque no solo abarca las políticas públicas sino aquellas definidas por Schmid y colaboradores como políticas organizacionales (5), que hacen referencia a las decisiones que se toman a nivel de organizaciones como centros educativos, empresas, entre otros, las cuales afectan a los colectivos adscritos a ellas.

De acuerdo con los intereses del Plan, las políticas que se formulen e implementen deberán caracterizarse por ser:

- a. Concertadas.
- b. Incluyentes.
- c. Respetuosas de lo público.

? Ambiente: totalidad de las circunstancias socioeconómicas, físicas y biológicas que rodean un individuo (4).

No obstante esta definición de ambiente, el presente componente hará énfasis en las condiciones físicas, mientras las socioeconómicas que se aborden serán complementarias al componente de acciones colectivas. Por su parte, el ambiente biológico no se abordará, considerando que para las EC de interés del Plan no existen en el entorno agentes biológicos relacionados.

Según lo planteado, el logro de ambientes favorables, tanto a nivel municipal como organizacional, estará ligado al proceso de implementación de las políticas que posteriormente se describen.

Objetivo

Brindar soporte mediante la generación de políticas y ambientes, a la adopción de factores protectores frente a las EC y a la no adopción de sus factores de riesgo, en los habitantes de Pasto.

Meta

En el 2015 Pasto contará con un marco político y un ambiente socioeconómico y físico que contribuye a promover la actividad física y el consumo de alimentos saludables, y a prevenir

y reducir el consumo de cigarrillo.

Curso de acción

Para alcanzar el objetivo y meta propuesta se desarrollarán las siguientes acciones:

? Socialización y abogacía: comprende las acciones dirigidas a la difusión y apropiación del Plan por parte de todos los actores sociales y el posicionamiento en la agenda pública y política. Estas acciones se deben apoyar en el desarrollo de una estrategia que incluya la identificación y participación de líderes de opinión, el uso de medios masivos y alternativos de comunicación, la movilización y veeduría social del Plan.

? Conformación de mesa técnica para concertación de políticas: constituye la instancia técnica intersectorial, que apoya los procesos de toma de decisiones a partir de la evidencia disponible, de la cual hacen partes representantes de los tres actores involucrados (gobierno, comunidad y academia). Esta mesa corresponde a la "Sala de Discusión" que se abordará en el componente Observatorio de EC.

? Priorización, formulación y aprobación de políticas: considerando que los recursos son finitos y que algunas acciones resultan más costo-efectivas que otras, se hace necesario priorizar las políticas y ambientes que deben ser abordados.

Con base en la información obtenida durante el desarrollo del Plan, al igual que la evidencia científica sobre las acciones más indicadas para la prevención de EC, a continuación se relacionan políticas que deben ser tenidas en cuenta por la mesa técnica de concertación. Éstas requerirán de una agenda específica para lograr su formulación y aprobación:

Políticas públicas

- Transporte, movilidad y espacio público.
- Alimentación y nutrición.
- Actividad física.
- Regulación de consumo de cigarrillo en lugares abiertos al público.

Políticas organizacionales

- Reformulación de Proyectos Educativos Institucionales, PEI, orientados hacia los comportamientos de interés del Plan.

El proceso de aprobación de estas políticas debe considerar el curso formal que corresponda a cada uno, ya sea que éste corresponda a un Acuerdo o Decreto municipal o una Ordenanza departamental. Al final del respectivo proceso se espera que, para cada política, queden definidos los recursos y mecanismos necesarios para su implementación.

? Implementación: corresponde a la aplicación de los recursos y mecanismos que se definan para cada una de las políticas.

Recursos

- ? Humanos: miembros de la mesa intersectorial, tomadores de decisiones, periodistas y comunidad en general.
- ? Normativos: leyes o decretos u otras normas nacionales, ordenanzas departamentales, acuerdos u otras normas locales.
- ? Medios de comunicación: emisoras, canales de televisión regional y local, prensa, medios alternativos.

9

Indicadores

Corto plazo:

- ? Nivel de cobertura de la socialización del Plan.
- ? Veeduría del Plan reglamentada e implementada.
- ? Mesa técnica de concertación de políticas conformada.
- ? Lineamientos de política concertados.

Mediano plazo:

- ? Políticas de transporte, movilidad y espacio público; alimentación y nutrición; actividad física y regulación de consumo de cigarrillo en lugares abiertos al público aprobadas.

Largo plazo:

- ? Políticas de transporte, movilidad y espacio público; alimentación y nutrición; recreación y aprovechamiento del tiempo libre y regulación de consumo de cigarrillo en lugares abiertos al público implementadas.

5.6.2 Acciones Colectivas.

Definición

Proceso dirigido a la planeación, desarrollo, implementación y rediseño de programas y proyectos que aborden los determinantes de las EC y promuevan los factores protectores frente a ellas, desde una perspectiva socio-ecológica.

Dado este interés, se propone que Acciones Colectivas se apoye en los componentes de Políticas y Ambientes y Observatorio de Enfermedades Crónicas, que brindarán un marco legal y político, y la información necesaria para establecer un ciclo iterativo de aplicación-aprendizaje-ajuste.

Coherente con el marco conceptual planteado, el componente de Acciones Colectivas asume la relación de influencia recíproca entre lo individual, lo colectivo y lo ambiental para abordar, sino todas, al menos las condiciones más relevantes que influyen en el componente. **Parámetro como herramienta de acción colectiva** más que el tipo de colectividad o nivel en la que ésta se da: familia, grupos, comunidad o sociedad.

Parámetro	Acciones colectivas	Acciones individuales
Cantidad de estímulos	Mayor	Menor
Cobertura	Mayor	Menor
Costos	Menor	Menor
Probabilidad de cambios de estilo de vida	Mayor	Menor
Probabilidad de presentarse EC	Menor	Se mantiene o disminuye poco
Impacto en la prevalencia de EC	Menor	Menor

Tabla 4. Comparación entre acciones colectivas e individuales para la prevención de Enfermedades Crónicas

Objetivo

Generar condiciones en los ámbitos comunitario y escolar que favorezcan la adopción de factores protectores frente a las Enfermedades Crónicas.

Meta

En el año 2015, el 100% de la población del municipio de Pasto, entre 5 y 18 años de edad, estará cubierto por un programa o proyecto de promoción de comportamientos saludables o de promoción de factores protectores que disminuyan el riesgo para presentar Enfermedades Crónicas.

Curso de acción

Para el desarrollo del componente de Acciones Colectivas se propone el siguiente curso de acción:

1. Investigación en acciones demostrativas: Esta etapa comprende:

a) Identificación y reconocimiento de los ámbitos y población objetivo prioritarios: El reconocimiento de la dinámica de la población de 5 a 18 años requiere identificar y caracterizar los ámbitos educativos y comunitarios y las relaciones sociales que establezcan dentro de ellos.

Esta identificación y reconocimiento como una etapa inicial de acercamiento a la realidad de la población objetivo, se puede hacer empleando métodos etnográficos con participación de miembros de dicha población o que trabajen con ella.

b) Sensibilización y movilización de actores clave: Con el primer acercamiento a la realidad de los grupos prioritarios, se pueden identificar actores clave -personas y organizaciones- para movilizar al resto de la población. El atributo de actores clave está dado por su capacidad de liderazgo, iniciativa, movilización de recursos, convocatoria, creatividad, capacidad crítica y de trabajo en equipo.

Desde esta fase del proceso se inicia el empoderamiento de la población, al reconocer los grupos como actores con capacidad para acercarse al problema y concertar las acciones colectivas que se deben implementar.

La sensibilización de estos actores, que a su vez sensibilizarán y movilizarán al resto de la población objetivo, se puede lograr acudiendo a actividades estratégicas de alfabetización en salud, para la dinamización de las redes de soporte social de la población objetivo. Estas actividades deben fomentar la capacidad de los actores clave, para el liderazgo, la gestión, la crítica y proposición de alternativas; es decir, actividades para promover la acción social, institucional y comunitaria frente a la problemática de las EC en el municipio de Pasto y sus posibles soluciones.

c) Diagnóstico participativo: Este diagnóstico tiene dos elementos fundamentales: necesidades y expectativas de la población, y recursos y oportunidades para el desarrollo de las acciones en los ámbitos comunitarios y educativos.

La importancia de la naturaleza participativa de estas acciones radica en la oportunidad de validación de los conocimientos técnicos, de aprovechar y construir nuevos conocimientos y de concertar una concepción de las acciones factibles de desarrollar, que las haga posibles en la vida cotidiana de las personas.

Para esta fase, es preciso utilizar la información cuantitativa y cualitativa disponible, con el fin de conocer acerca de la morbilidad, mortalidad, factores asociados a las EC, al igual que sobre las creencias, valores, actitudes, conocimientos, habilidades, experiencias, motivaciones, condiciones ambientales y organizacionales relacionadas con estas enfermedades.

El propósito de un diagnóstico participativo es fomentar la apropiación de la problemática por parte de la población con la que se trabaja, para que se comprenda la complejidad de la misma y se identifiquen las alternativas de abordaje más apropiadas a su realidad. Por ello, no es suficiente con la "enseñanza" de una concepción del fenómeno de las EC, sino que se debe abrir la oportunidad de validar, reevaluar o adaptar los conocimientos técnicos, y lograr un posicionamiento del problema y sus soluciones, en el marco de los contextos locales y las representaciones colectivas, de los grupos con los que se trabaja.

d) Planeación e implementación de acciones demostrativas: Posterior al diagnóstico participativo es pertinente avanzar hacia la toma de decisiones para la acción. Si bien la evidencia científica propone determinadas orientaciones frente a las EC, es importante revisar críticamente estas alternativas para ajustarlas a las particularidades del contexto local.

En este orden de ideas, y dada la escasez de recursos como variable económica independiente en cualquier proceso social, las acciones demostrativas se convierten en una opción para validar a pequeña escala las acciones planeadas, para luego implementarlas a un nivel mucho mayor de cobertura, basados en la certeza de su efectividad.

Estas acciones demostrativas pueden expresarse en programas o proyectos, y deben planearse con base en lo identificado en el diagnóstico participativo -teniendo en cuenta las necesidades fundamentales asociadas al problema en términos del ser, tener, hacer y estar-, formulando concertadamente los objetivos, métodos, técnicas, responsables, cronogramas, indicadores y recursos para la acción.

De acuerdo con el MATCH, las acciones que se desarrollarán en los ámbitos comunitario y escolar se caracterizan por el abordaje de las siguientes áreas:

- ? Fomento del cambio social
- ? Desarrollo, organización y empoderamiento comunitario
- ? Educación
- ? Información y comunicación
- ? Dinamización de redes de soporte social

e) Reajuste de acciones demostrativas: Después de un tiempo de implementación de las acciones colectivas demostrativas y de acuerdo con los hallazgos del monitoreo constante que hará el Observatorio de EC a éstas, es preciso determinar los alcances y limitaciones de estas acciones para orientar su ajuste y contemplar la posibilidad de aumento de cobertura e impacto, con una perspectiva de más largo plazo. Así, se continúa el ciclo iterativo de ensayo mejoramiento teórico práctica, mencionado antes.

Para evaluar las acciones demostrativas, se hace necesario diseñar y aplicar un modelo de evaluación que dé cuenta de la implementación -evaluación formativa-, del desempeño -provisión, utilización, cobertura- o el impacto de las acciones (6).

1. Definición de estrategia

Los hallazgos de la anterior fase deben contribuir a definir los recursos -financieros humanos y técnicos- para desarrollar estos programas con un mayor nivel de cobertura, temporalidad y efectividad de sus actividades.

2. Implementación a gran escala

La última fase de este componente es la implementación de los programas y proyectos

diseñados como producto del proceso de investigación para la acción y definición de los recursos para su desarrollo.

Como en este componente se resalta que las etapas se presentan en un orden sucesivo para facilitar la comprensión del proceso, el desarrollo de cada una puede darse simultáneamente con las otras, y por ello cobra gran relevancia la realimentación, como insumo para el mejoramiento constante, tal como se muestra en el gráfico.

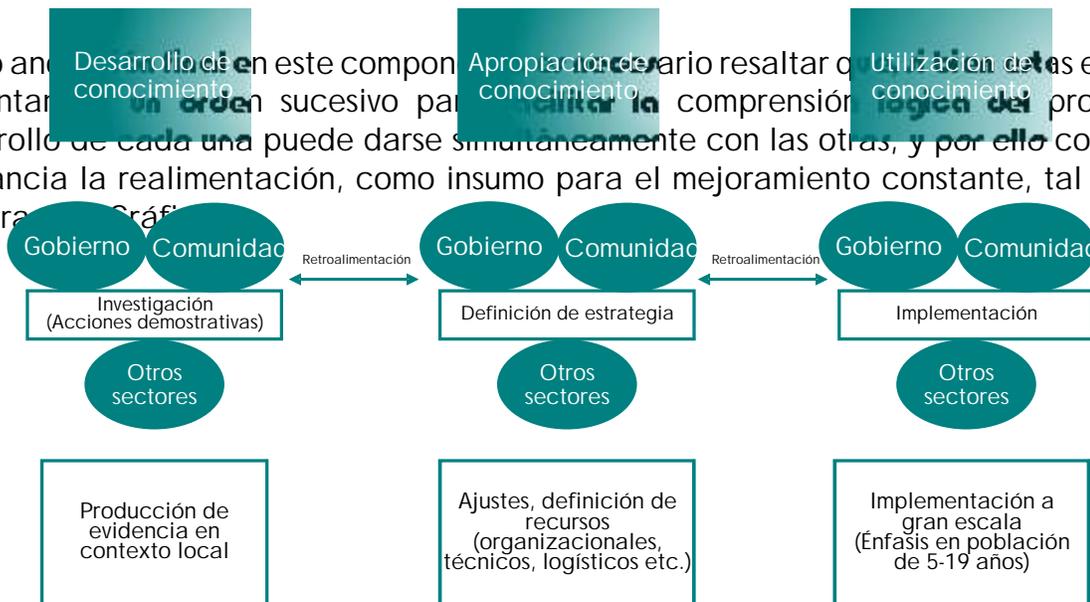


Gráfico 6. Modelo para el desarrollo de acciones colectivas. Cambios en el contexto y Resultados en población de 15 a 29 años

Recursos

- ? Recursos financieros: provenientes del PAB, recursos municipales externos al sector salud, recursos internacionales, entre otros.
- ? Recurso humano: población menor de 18 años, padres y familiares, profesores miembros de organizaciones sociales, comunitarias y gubernamentales, entre otros.

Indicadores

Corto plazo

- ? Diagnóstico participativo con la población objetivo sobre la situación de los factores de riesgo asociados a Enfermedades Crónicas.
- ? Grupos de interés movilizados alrededor de alternativas de abordaje al problema.
- ? Alianzas interinstitucionales e intersectoriales establecidas.
- ? Programa demostrativo diseñado y con recursos financieros y organizacionales disponibles.

Mediano plazo

- ? Programa demostrativo evaluado en su desempeño e impacto, ajustado y con recursos para ampliación de cobertura.

Largo plazo

- ? Porcentaje de población entre 5 y 19 años, beneficiaria de las acciones colectivas.

5.6.3. Atención Sanitaria.

Definición

La atención sanitaria se entiende como el conjunto de organizaciones, procesos y recursos centrados los servicios de salud, dirigidos a la prevención de las EC, los cuales se caracterizan por buscar estándares en salud que resulten de la aplicación de métodos y tecnologías científicamente fundadas y socialmente aceptadas, que estén al alcance de toda la población y pueden ser soportadas por el sistema de salud (7).

El papel central de los servicios de salud en la atención sanitaria no niega su articulación con otros sectores, la cual resulta fundamental, si se tiene en cuenta que:

? Por la acumulación de riesgos a lo largo de la vida y el contacto que durante la misma tienen las personas con los servicios de salud, es posible aprovechar estas interacciones para contribuir a minimizar riesgos, mediante acciones informativas o de consejería.

- ? El personal de salud goza de credibilidad en un importante sector de la población (8-9).
- ? Los servicios de salud pueden hacer abogacía ante otros sectores, con el fin de que se tomen acciones que contribuyan a disminuir la carga de morbilidad por Enfermedades Crónicas (8).
- ? Un diagnóstico y atención adecuada contribuye a lograr mayor adherencia al tratamiento, reducir complicaciones, disminuir la discapacidad y los costos sociales y económicos que las EC generan (10).

Con el fin de que la acción de los servicios de salud resulte efectiva, se debe tener en cuentas las orientaciones que recientemente ha definido la OMS para la atención sanitaria de las EC (8-9):

- ? Estar basadas en el nivel primario.
- ? Centrarse en la prestación de problemas crónicos, los cuales tienen requerimientos diferentes a los problemas agudos.
- ? Resaltar el papel activo del paciente.
- ? Vincular la familia, la comunidad y otros profesionales, de tal forma que la atención no sea una responsabilidad exclusiva de los médicos.
- ? Contar con equipos de atención motivados, preparados e informados.
- ? Promover una atención de calidad, continua y coordinada.
- ? Contar con sistemas de información que brindan información oportuna sobre cada paciente, articulan los diferentes tipos de servicio, facilitan la planificación y mejoran el estándar general de atención.

De acuerdo con lo anterior, es importante aclarar que el concepto de atención en el nivel primario, no riñe con la prestación de servicios de prevención primaria, secundaria y terciaria en los términos propuesto por Leavell y Clark (11):

- ? Prevención primaria: fomento de la salud.
- ? Prevención secundaria: diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y prevención de secuelas.
- ? Prevención terciaria: rehabilitación física, social y laboral.

Objetivo

Prestar servicios de salud de calidad, continuos, coordinados y adecuados a las necesidades de la población, para la prevención primaria, secundaria y terciaria de las EC.

Meta

En el año 2015 Pasto contará con un conjunto integrado de organizaciones, procesos y recursos para la prevención de las EC, centrados en el nivel primario de atención.

Curso de acción

? Diagnóstico de prestación de servicios de salud para EC: busca establecer el estado actual de la oferta de servicios de prevención para EC, en las instituciones prestadoras de salud de la red pública y privada, de acuerdo con la normatividad vigente.

? Desarrollo de un modelo de atención sanitaria: a partir de la información arrojada por el diagnóstico se debe proponer un modelo de atención, que tenga en cuenta el proceso de reestructuración de la prestación de servicios de salud en desarrollo, al momento de la formulación del Plan. Este modelo de atención debe considerar también las características descritas en la definición de este componente y las otras que surjan de la concertación entre los diferentes actores involucrados.

El modelo debe definir el marco conceptual, los procesos, recursos y perfiles del equipo responsable de su implementación.

? Diseño e implementación de un programa de capacitación: a partir del modelo que se defina es necesario desarrollar un programa de formación continuada que garantice que el personal de las diferentes organizaciones tiene las competencias requeridas para desarrollar las acciones, según si corresponde a prevención primaria, secundaria y terciaria.

? Prueba piloto del modelo de atención: con el fin de evaluar el desempeño del modelo y hacer ajustes antes de su aplicación en toda la red prestadora de servicios de salud, se debe definir su implementación en una o varias instituciones piloto, para su posterior evaluación. Tal como se propuso en el componente de Acciones Colectivas, es posible considerar la realización de evaluaciones de desempeño o impacto, desarrolladas por el Observatorio de EC.

? Implementación local del modelo de atención sanitaria: a partir del desarrollo de los resultados de la evaluación y los ajustes correspondientes, se definirá la aplicación del modelo en toda la red prestadora, de tal forma que esta quede integrada.

Recursos

- ? Humanos: equipo profesional y auxiliar de la red de atención en salud pública y privada, agremiaciones de pacientes, asociaciones científicas, asociaciones de usuarios, grupos comunitarios.
- ? Normas y documentos técnicos: Legislación del SGSSS, norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años, norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años, otros documentos técnicos nacionales e internacionales.
- ? Organizacionales: instituciones prestadoras de servicios de salud, aseguradoras del régi-men contributivo y subsidiado, instituciones formadoras de recurso humano en salud.

Indicadores

Corto plazo

- ? Diagnóstico de prestación de servicios de salud para EC elaborado.
- ? Modelo de atención diseñado.

Mediano plazo

- ? Programa de capacitación continua para personal de los servicios de salud diseñado.
- ? Cobertura de programa de capacitación y actualización en el modelo de atención para EC.
- ? Modelo de atención implementado para EC.
- ? Cobertura de acciones de inducción de la demanda para prestación de servicios de prevención de EC.

Largo plazo

- ? Cobertura alcanzada en los servicios de prevención primaria y secundaria de EC.
- ? Prevalencia de adherencia a tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con EC.
- ? Porcentaje de ingresos hospitalarios por complicaciones de EC.

5.6.4. Observatorio de Enfermedades Crónicas.

Definición

El Observatorio se concibe como un sistema organizado de recursos técnicos y humanos, mediante el la cual se identifica, recoge, procesa, analiza y difunde información

relacionada con las EC, proveniente de diversas fuentes para:

- ? Estimar la magnitud de la morbimortalidad generada por las EC en la ciudad de Pasto.
- ? Analizar la tendencia de los factores de riesgo y protectores relacionados con EC, así como caracterizar las variables explicativas relacionadas con el fenómeno (12).
- ? Influir en la formulación de las políticas, programas y proyectos generados durante la ejecución del Plan, mediante la elaboración y difusión de propuestas técnicas de análisis de la evidencia obtenida.
- ? Valorar el impacto de las políticas, programas y planes de investigación.

En el marco del presente Plan, este conjunto de acciones puede ser entendido como un esfuerzo progresivo, que considera tres ejes fundamentales:

? **Vigilancia:** proceso dinámico y progresivo que permite la colección sistemática de datos, la consolidación ordenada y evaluación de éstos, y la difusión oportuna de los resultados a quienes están en posición de tomar decisiones relacionadas con la prevención de las EC (13).

? **Monitoreo:** ejercicio continuo de recolección y análisis de información que, con base en lo planteado en cada uno de los componentes del Plan, tiene como propósito proponer reorientaciones técnicas durante su ejecución. De forma análoga, esta actividad debe evidenciar las áreas de acción más urgentes (14).

? **Investigación:** proceso sistemático, organizado y progresivo, cuyo propósito es ofrecer respuestas a las diferentes necesidades de conocimiento. De esta forma, cada uno de estos tres ejes constituye un elemento clave que, articulado con los otros, aporta evidencia útil para la identificación de estrategias y la ejecución de acciones.

Objetivo

Proveer y difundir evidencia científica para fundamentar la toma de decisiones y el control social de las acciones relacionadas con la prevención de Enfermedades Crónicas en Pasto.

Meta

Al año 2015 Pasto contará con un sistema de recolección, análisis y difusión de información

que proporcione la evidencia necesaria para apoyar la toma de decisiones y el soporte necesario, para un adecuado control social respecto a las acciones de prevención de las EC.

Curso de acción

A continuación se presentan las actividades generales necesarias para la implementación y operación del Observatorio:

1. Constitución y formalización: La constitución del Observatorio parte de la construcción del marco legal necesario para el desarrollo adecuado de sus actividades. Adicionalmente, con la participación de todos los actores involucrados, se debe establecer el acuerdo conceptual para formular las directrices iniciales de trabajo.

2. Capacitación: Por medio de reuniones, seminarios, talleres y conferencias, se debe garantizar un proceso de formación a los responsables técnicos del Observatorio, para lo cual se deben considerar los siguientes aspectos:

- ? Métodos y técnicas de recolección de información.
- ? Almacenamiento y manejo de bancos de datos.
- ? Estadísticas en salud.
- ? Análisis cualitativo y cuantitativo de información en salud.
- ? Ambientes físicos, determinantes sociales y factores de riesgo.
- ? Epidemiología de Enfermedades Crónicas.
- ? Administración de datos.
- ? Uso de información como evidencia científica.
- ? Modelamiento y comprensión de variables asociadas a un fenómeno en salud.
- ? Las otras áreas que se consideren pertinentes durante la operación del Observatorio.

3. Desarrollo de protocolos: revisión bibliográfica y documental, escritura y revisión de protocolos para el desarrollo y monitoreo de actividades en el Observatorio.

4. Implementación: desarrollo de un sistema de información fundamentado en los protocolos elaborados previamente; estimación de determinantes, factores de riesgo y factores protectores, mortalidad y morbilidad, generación de orientaciones técnicas y medios de difusión.

5. Agenda de investigación: Planeación de una agenda de investigación paralela al desarrollo e implementación del Observatorio, que permita relacionar sus actividades, con un proceso de crecimiento científico y académico para la sociedad.

Recursos

Los recursos requeridos para satisfacer las necesidades de información del Observatorio son:

- ? Humanos: constituido por un equipo intersectorial de análisis de situación. Este equipo debe estar en capacidad, desde diferentes perspectivas sociales y técnicas, de valorar e identificar acciones y necesidades que fortalezcan tanto la medición del curso de los factores de riesgo (15) como el impacto de la implementación del Plan sobre dichos factores.
- ? Tecnológicos: conformado por el conjunto de herramientas operativas - software, bibliografía, equipos, dispositivos de comunicación, entre otros-, que permiten el adecuado desarrollo de los procesos de manejo y difusión de la información.
- ? Fuentes de información: pueden estar previamente constituidas o indirectamente relacionadas secundarias-, o bien tener como propósito específico cubrir las necesidades de información surgidas en desarrollo del Observatorio primarias-.
 - a) Datos secundarios. Entre los datos secundarios que deben considerarse están:
 - ? Estadísticas vitales: Datos oficiales sobre muerte a causa de una condición crónica -tasas y cifras totales- por periodo de tiempo en la ciudad.
 - ? Registros de entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud: son aquellos provenientes de las entidades prestadoras de servicios de salud y las aseguradoras con afiliados en la ciudad.
 - ? Investigaciones epidemiológicas: Estas fuentes corresponden a los estudios en salud relacionados con EC que hayan sido desarrollados previamente o por otras instituciones. Estos pueden proporcionar información útil respecto a la situación general de las EC en la población y permitir la construcción de un marco de referencia de sus factores de riesgo, según diferentes apreciaciones (16).
 - ? Otras: De la misma forma, diversas entidades, directa o indirectamente relacionadas con la administración local, pueden ayudar a fortalecer el banco de información acerca de las Enfermedades Crónicas, ampliando el espectro de elementos útiles para la comprensión de su distribución en áreas geográficas en la ciudad, en grupos socioeconómicos, etcétera. En otras palabras, dichas fuentes contribuyen en el análisis

situacional de las enfermedades, pero es función y responsabilidad del Observatorio identificarlas para su recolección y análisis.

b) Datos primarios. Las fuentes primarias que se emplearán en el Observatorio son:

? Encuestas periódicas. En este tipo de estrategia, la información se obtiene mediante cuestionarios enfocados hacia una temática específica, con una periodicidad preestablecida. Son de gran utilidad para conocer la prevalencia y tendencia en el tiempo de los diversos factores de riesgo y la prevalencia de las EC, así como para complementar y dar continuidad a ejercicios transversales de investigación que gocen de representatividad poblacional.

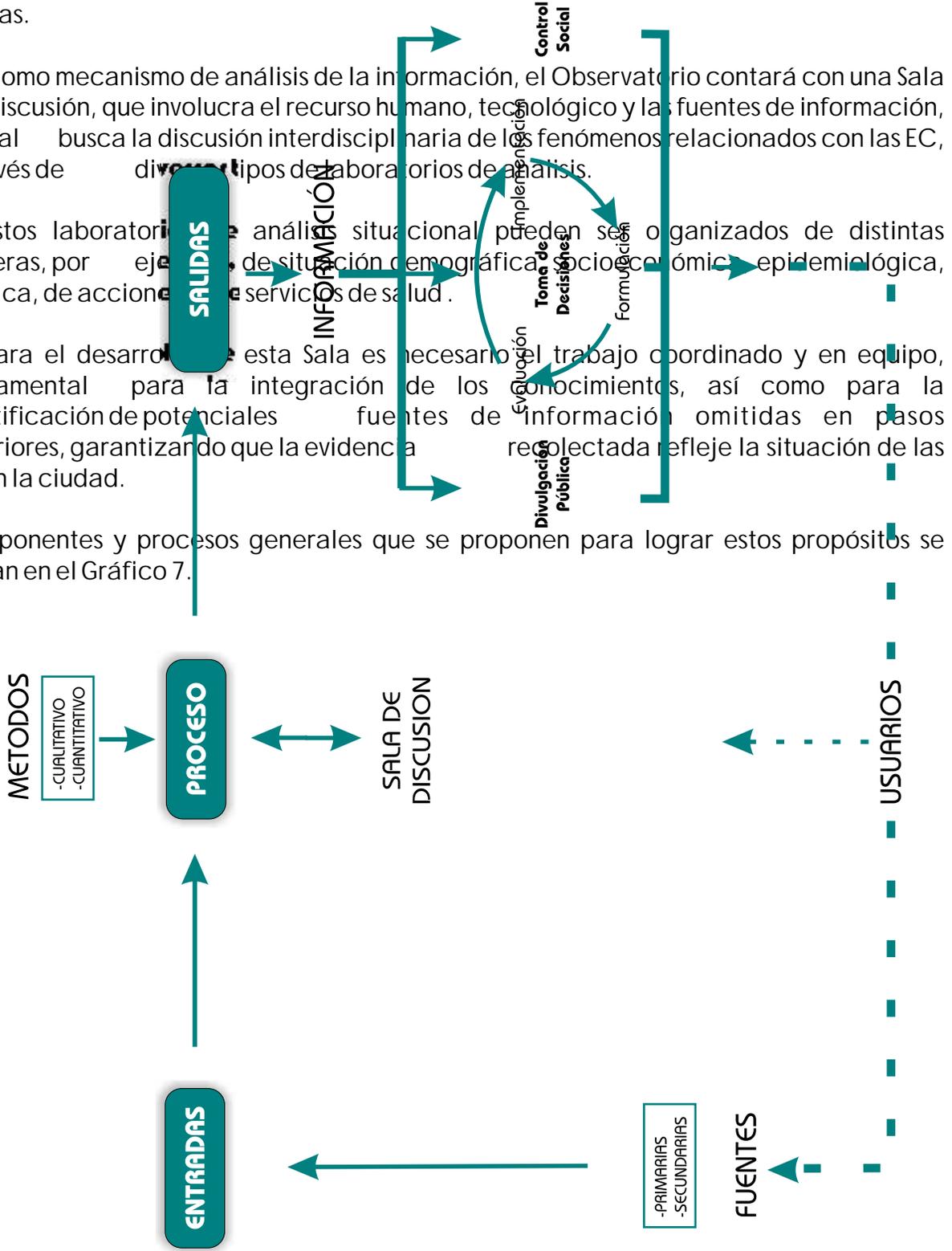
Este instrumento debe cumplir con una serie de requisitos metodológicos mínimos, como incluir una población general -no cautiva-, utilizar un muestreo probabilístico aleatorio, y describir la prevalencia según grupo de edad y sexo. Otro aspecto fundamental es su periodicidad.

En el caso de la ciudad de Pasto, es útil contemplar la posibilidad de realizar una encuesta anual, dividida en fases -sectores de la ciudad y épocas del año-, que mantenga actualizada la información sobre las EC y provea un referente global y representativo de información acerca del estado de las EC en la ciudad, al unir los estudios sectoriales y temporales. De esta manera, a mediano plazo, las estadísticas recogidas reflejarán los cambios esperados en la tendencia de carga y factores de riesgo asociados con EC.

? Inventario. El constante cambio en las dinámicas de generación de información, los cambios de gobierno, los factores económicos, entre otras situaciones, pueden provocar variaciones en las fuentes y la calidad de información. Por tal razón, la elaboración de un marco informativo de referencia útil en la valoración de la carga de las EC en la ciudad, debe tener como base la maximización de todas las posibilidades de extracción de información al alcance de la administración; es decir, la ubicación, cuenta y definición de recursos de la administración que puedan ser usadas como fuentes de información directamente relacionada con Enfermedades Crónicas, así como sus responsables.

Es importante resaltar que los datos que se observarán durante el proceso de inventariado, no solo deben reflejar la actualidad de la carga de la enfermedad, sino también el impacto de las intervenciones preventivas previas, desarrolladas por las diferentes instituciones responsables, y la conformación de un esquema de indicadores de vigilancia para monitorear el alcance de las intervenciones

Gráfico 7. Componentes y procesos del Observatorio de Prevención de Enfermedades Crónicas.



Los componentes y procesos generales que se proponen para lograr estos propósitos se presentan en el Gráfico 7.

Como mecanismo de análisis de la información, el Observatorio contará con una Sala de Discusión, que involucra el recurso humano, tecnológico y las fuentes de información, la cual busca la discusión interdisciplinaria de los fenómenos relacionados con las EC, a través de diversos tipos de laboratorios de análisis.

Estos laboratorios de análisis situacional pueden ser organizados de distintas maneras, por ejemplo, de situación demográfica, socioeconómica, epidemiológica, política, de acciones de servicios de salud.

Para el desarrollo de esta Sala es necesario el trabajo coordinado y en equipo, fundamental para la integración de los conocimientos, así como para la identificación de potenciales fuentes de información omitidas en pasos anteriores, garantizando que la evidencia recolectada refleje la situación de las EC en la ciudad.

Indicadores

Corto plazo

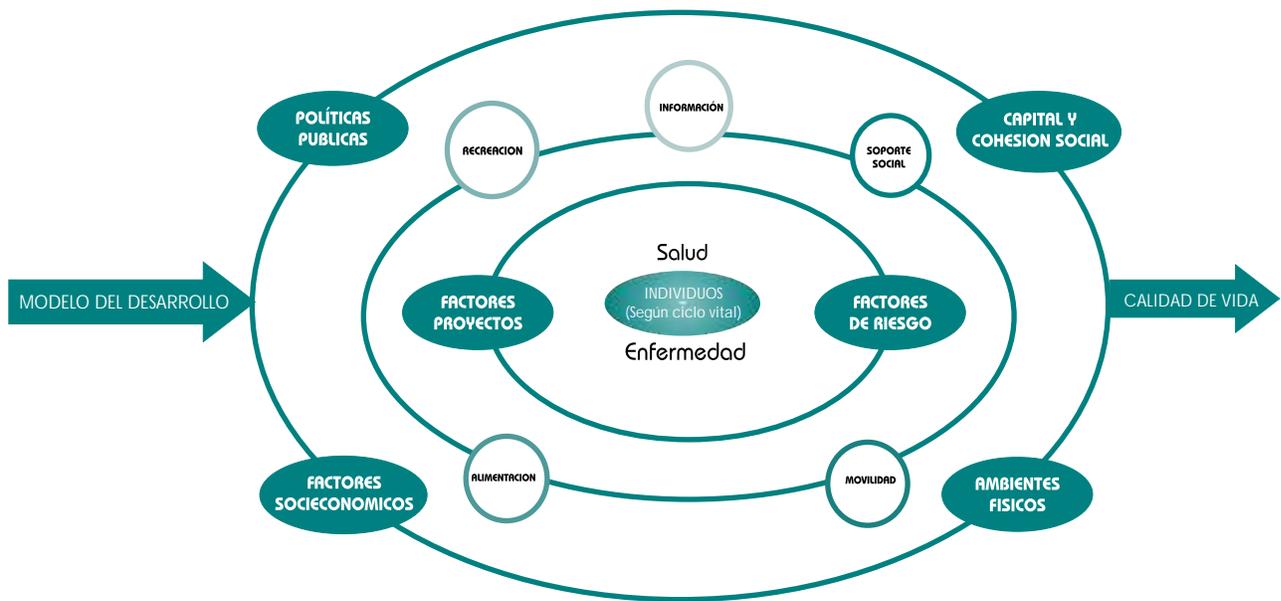
- ? Acuerdo conceptual y operativo por parte del equipo técnico del Observatorio.
- ? Grado de cobertura de fuentes secundarias de información alcanzado, número de

PERIODO DE GOBIERNO	COMPONENTE	INDICADORES
Mediano plazo 2004 - 2007 (Corto plazo)	Políticas y Ambientales	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de cobertura de la socialización del Plan. • Vereduría del Plan reglamentada e implementada. • Mesa técnica de concertación de políticas conformada. • Lineamientos de política concertados.
	Atención sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico participativo con la población objetivo sobre la situación de los factores de riesgo asociados a Enfermedades Crónicas. • Modelo de líneas de acción y prioridades en el Ecuador de alternativas de abordaje al problema. • Finanzas interinstitucionales e intersectoriales establecidas. • Grado de implementación de los recursos financieros y organizacionales disponibles. • Diagnóstico de prestación de servicios de salud para EC elaborado. • Modelo de atención diseñado.
Largo plazo 2008 - 2011 (Mediano plazo)	Observatorio de Enfermedades Crónicas	<ul style="list-style-type: none"> • Acuerdo conceptual y operativo por parte del equipo técnico del Observatorio. • Grado de cobertura de fuente secundarias de información alcanzado -número de fuentes alcanzadas / número de fuentes identificadas-. • Métodos propios de recolección y análisis de información diseñados. • Agenda de investigación definición.
	Atención sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas de transporte, movilidad y espacio público; alimentación y nutrición; actividad física y regulación de consumo de cigarrillo en lugares abiertos al público. • Programa demostrativo evaluado en su desempeño e impacto, ajustado y con recursos para ampliación de cobertura. • Cobertura alcanzada en los servicios de prevención primaria y secundaria de EC. • Prevalencia de adherencia a tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con EC. • Porcentaje de ingresos hospitalarios por complicaciones de EC.
2012 - 2015 (Largo plazo)	Políticas y Ambientales	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas de transporte, movilidad y espacio público; alimentación y nutrición; recreación y aprovechamiento del tiempo libre y regulación de consumo de cigarrillo en lugares abiertos al público implementadas.
	Acciones Colectivas	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura alcanzada en los servicios de prevención primaria y secundaria de EC.
	Atención sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura alcanzada en los servicios de prevención primaria y secundaria de EC. • Prevalencia de adherencia a tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con EC. • Porcentaje de ingresos hospitalarios por complicaciones de EC..
	Observatorio de Enfermedades Crónicas	<ul style="list-style-type: none"> • Fuentes e investigaciones propias del Observatorio aplicadas y validadas en el contexto local. • Diseño, implementación y cálculo de indicadores de impacto de las acciones del Plan sobre la prevalencia de EC y sus factores asociados en la ciudad.

Tabla 5. Indicadores de cada componente según periodos de gobierno

Para tener una visión global del Plan en el Gráfico 8 se presentan los determinantes, las necesidades, factores asociados y eventos que se abordan.

Gráfico 8. Determinantes, necesidades, factores asociados y eventos abordados en el Plan.

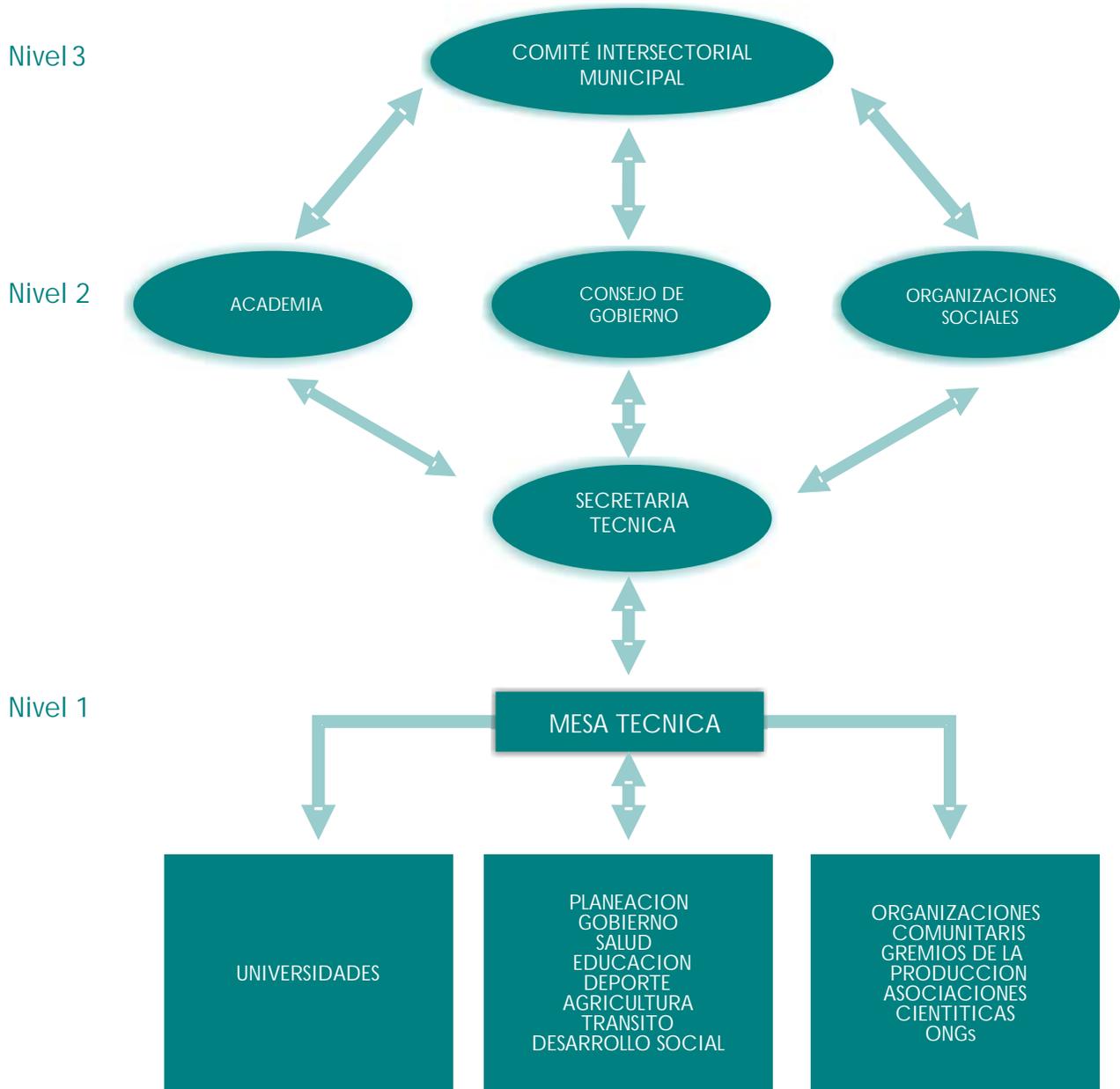


5.7. Mecanismos de gestión

Para este documento la gestión es comprendida como los procesos dirigidos al desarrollo y evaluación del Plan, para el cumplimiento de los objetivos, metas e indicadores propuestos.

Con este fin, en el marco de la elaboración del Plan, se definió la estructura y actores responsables del mismo, tal como se presenta en el Gráfico 9.

Gráfico 9. Actores y relaciones para la gestión del Plan.



Según los acuerdos alcanzados durante la elaboración del Plan, el primer nivel de gestión cumplirá una función técnica de ejecución o apoyo en la realización del curso de acción definido para cada componente. De este nivel harán parte investigadores adscritos a las universidades, funcionarios del nivel técnico de las dependencias de gobierno, miembros de agremiaciones científicas y comunitarias, entre otros.

El segundo nivel tendrá funciones de toma de decisión y de seguimiento, de acuerdo con la instancia que se defina que mejor agrupa a quienes hacen parte de cada uno de los tres actores responsables del Plan -comunidad, gobierno y academia-.

Finalmente, el tercer nivel tendrá la función de orientación política del Plan, y de él harán parte los máximos representantes de cada uno de los tres actores.

La coordinación del proceso de gestión del Plan será responsabilidad de la Secretaría Técnica, la cual estará a cargo de una institución u organización seleccionada por los tres actores y tendrá las siguientes funciones generales:

- ? Concertar con los diferentes actores involucrados.
- ? Facilitar la articulación entre niveles y el desarrollo de las acciones que les competen, mediante estrategias de comunicación, soporte técnico y logístico.
- ? Hacer abogacía y seguimiento a las agendas que se definan en cada nivel.
- ? Documentar las dinámicas de encuentro y concertación, para su difusión y archivo.
- ? Difundir masivamente los avances del Plan.
- ? Establecer o apoyar la realización de contactos locales, nacionales o internacionales que contribuyan al desarrollo de las funciones de cada nivel y al logro de los objetivos, metas e indicadores del Plan.

La estructura y mecanismos de gestión propuestos reconocen que la prevención de las EC es responsabilidad de todos los actores locales, sin desconocer el papel facilitador que debe jugar la DMS.

Este papel no significa apropiación exclusiva de las acciones por parte del sector salud, ni unilateralidad en la producción de conocimiento o la toma de decisiones. Por el contrario, implica una labor de liderazgo y coordinación con los demás actores para lograr mayor responsabilidad social frente a la prevención de las EC.

En ese orden de ideas, cobra gran relevancia la labor que se debe hacer para lograr el empoderamiento del Plan por parte de los ciudadanos y no solamente de las instituciones. Este empoderamiento busca a su vez la co-construcción de las acciones que se deben desarrollar, de modo que adquieran sentido en la vida cotidiana, se demanden y propongan iniciativas desde la sociedad, se co gestionen recursos y se haga control social del Plan.

Referencias

1. Mckenzie J, Neiger B, Smeltzer J. Planning, implementing & evaluation. Health promotion programs. A Primer. San Francisco: Pearson Benjamín Cummings, 2005.
2. Cabrera, G. Teorías y modelos en la salud pública del siglo XX. Colombia Médica. 2005; 3(35):184-188.
3. [DANE] Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Proyecciones de población por edades simples 1993-2006. Bogotá, Colombia: 2006.
4. Green L, Kreuter M. Health promotion planning: An educational and ecological approach (3rd ed.). Mountain View, CA: Mayfield, 1999.
5. Schmid T, Pratt M, Howze E. Policy as intervention: environmental and policy approaches to the prevention of cardiovascular disease. Am J Public Health 1995; 85:1207-1211.
6. Habicht J, Victora C, Vaughan J. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. Int J Epidemiol 1999;28:10-18.
7. Agudelo L. Atención primaria. En Blanco R, Maya J (editores). Fundamentos de salud pública. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas, 1997. 9. 81-90.
8. [OMS] Organización Mundial de la Salud. Cuidado innovador para las condiciones crónicas: agenda para el cambio. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002.
9. [OMS] Organización Mundial de la Salud. Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI. El reto de las enfermedades crónicas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2005.
10. [WHO] World Health Organization Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva: World Health Organization, 2003.
11. Leavell H, Clark G. Preventive medicine for the doctor in his community: An epidemiologic approach. Second edition. New York: Mc Graw Hill, 1958.
12. Brownson R, Smith C, Jorge N, Dean C, Deprima L. Controlling cardiovascular disease: the role of the local health department. Am J Public Health. 1992; 82(10): 1414-6.
13. Thacker S, Stroup D, y Rothenberg R. Public health surveillance for chronic conditions: a scientific basis for decisions. Statistics in Medicine 1995;14:629-641.
14. Asthon, J. Public Health Observatories: the key to timely public health intelligence in the new century. J Epidemiol Community Health. 2000. 54; 724-725.

GLOSARIO

- ? Adherencia al tratamiento: "Punto en el cual el comportamiento de una persona, tomando medicamentos, siguiendo la dieta, y/o ejecutando cambios en su estilo de vida, se corresponde con las recomendadas con un proveedor de servicios de salud" ([WHO] World Health Organization. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva: World Health Organization, 2003).
- ? Alfabetización en salud: esta constituida por las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de los individuos para acceder a la información, comprenderla y utilizarla, para promover y mantener una buena salud. ([OMS] Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud. Glosario. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1998).
- ? Condiciones de vida: Las condiciones de vida son el entorno cotidiano de las personas, dónde éstas viven, actúan y trabajan. Estas condiciones de vida son producto de las circunstancias sociales y económicas, y del entorno físico, todo lo cual puede ejercer impacto en la salud, estando en gran medida fuera del control inmediato del individuo. ([OMS] Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud. Glosario. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1998).
- ? Determinantes de la salud: Conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones. ([OMS] Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud. Glosario. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1998).
- ? Estilos de vida: "es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales". ([OMS] Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud. Glosario. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1998).
- ? Factor de riesgo: Condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o

ambientes que están asociadas con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones. ([OMS] Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud. Glosario. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1998).

? Factor protector: Condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que incrementan la posibilidades de conservar la salud y tener una buena calidad de vida (Definición propuesta para el Plan).

? Modelo: Son derivados de la observación de una teoría o grupo de teorías o de la comprobación de la misma y se elaboran a partir de un marco conceptual, que permite comprender la realidad sobre la que se elabora la teoría, predecirla e intervenir en ella. (Glanz K, Lewis F, Rimer B. Linking theory, research and practice. In Glanz K, Lewis F, Rimer B, editors. Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice, Second Edition. San Francisco, CA: Jossey Bass;1997. p. 19-36).

? Modos de vida: "expresión de las características del medio natural donde se asienta una sociedad, del grado de desarrollo de sus fuerzas productivas, de su organización económica y política, de su forma de relacionarse con el medio ambiente, de su cultura, de su historia y de otros procesos generales que conforman su identidad como formación social". (Navarro F, Campos P. Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: las explicaciones causales. Salud Pública. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana , 1998).

? Teoría: Conjunto interrelacionado de conceptos, definiciones y proposiciones que presentan una sistemática visión de eventos o situaciones, explicando relaciones entre las variables en orden a explicar y predecir dichas situaciones o eventos. (Glanz K, Lewis F, Rimer B. Linking theory, research and practice. In Glanz K, Lewis F, Rimer B, editors. Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice, Second Edition. San Francisco, CA: Jossey Bass;1997. p. 19-36).

ANEXO 1

GUIA PARA INVENTARIO DE RECURSOS Y ACCIONES RELACIONADAS CON LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL MUNICIPIO DE PASTO

Aspectos que se deben indagar	Características del programa o proyecto
Acción de referencia (programa, proyecto, actividad)	
Origen (marco normativo, eje y programa del plan de desarrollo municipal al que pertenece, a qué problemática responde la acción)	
Contacto o responsable de la acción	
Temporalidad (inicio y finalización de la acción)	
Objetivos	
Población atendida	
Método (actividades y proceso desarrollado)	
Recursos asignados (humanos, financieros y logísticos)	
Resultados	
Facilitadores	
Limitantes	
Articulación con otros programas, proyectos y sectores	
Proyecciones y sostenibilidad	
Posibilidades de articulación al plan	

ANEXO 2

PROGRAMAS Y PROYECTOS QUE SE ARTICULARÁN AL PLAN

Nombre del programa y proyecto	Institución responsable
Programa Pasto participativo: ciclo-recreovías, rumba deportiva, jornadas de actividad física, rumba sana, foros gratuitos de capacitación	Pasto Deportes
Convivencia escolar y ciudadana	Secretaría de Educación
Estrategia Escuelas Saludables	
Red de seguridad alimentaria	Secretaría de Agricultura
Asesoría y acompañamiento al desarrollo de huertas caseras	
Proyectos de atención a jóvenes	Secretaría de Desarrollo
Proyectos de atención a adultos mayores	
Programas de participación ciudadana	
Sistema de gestión de convivencia ciudadana	Secretaría de Gobierno, Subsecretaría de convivencia
Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Estrategia Escuelas Saludables, proyecto Estilos de Vida Saludables, estrategia AIEPI, IAMI, prevención de enfermedades crónicas)	Dirección Municipal de Salud (Subdirección de Salud Pública), Red Pública de Salud
Ampliación de cobertura del aseguramiento en salud	Dirección Municipal de Salud (Subdirección de Aseguramiento)
Iniciativas de investigación	Universidades de Nariño, Mariana, Cooperativa de Colombia, San Martín y Dirección Municipal de Salud
Asociación de pacientes diabéticos y familiares y oferta de servicios de asesoría	Asociación Nariñense de Diabetes
Programa de participación ciudadana	Centro de participación ciudadana de Nariño y cabildos comunitarios.

ANEXO 3

FUENTES DE INFORMACIÓN QUE SE ARTICULARÁN AL PLAN

Nombre de la institución	Tipo de fuente o información
Secretaría de Desarrollo Social	Información relacionada con los siguientes programas: Red de Adulto Mayor, Observatorio Departamental de Consumo de Substancias Psicoactivas, Hogares de Adulto Mayor.
Instituto Departamental de Salud	Prestación de los servicios de salud. Indicadores de morbilidad a nivel departamental.
Dirección Municipal de Salud	Morbilidad y mortalidad de la ciudad de Pasto Estudio sobre factores de riesgo para EC.
Secretaría de Salud Ambiental	Información proveniente de la vigilancia de lugares de expendio de alimentos, cigarrillo y alcohol.

ANEXO 4

PROGRESION DE LA META GENERAL POR CADA AÑO DE VIGENCIA DEL PLAN

Actividad física y alimentación saludable	
Año	Porcentaje de incremento esperado
2006	0
2007	0
2008	0
2009	0,5
2010	0,5
2011	1
2012	1
2013	1
2014	2
2015	2
% Total	8
Rango de incremento esperado: (7%, 10%)	

Consumo de cigarrillo	
Año	Porcentaje de reducción esperado
2006	0
2007	0
2008	0
2009	0,5
2010	0,5
2011	1
2012	1
2013	1
2014	1
2015	1
% Total	6
Rango de reducción esperado: (5%, 7%)	

