

## INFORMACIONES - PUBLICACIONES

### Recomendaciones del Primer Seminario de Enfermedades Crónicas no Transmisibles.

Durante los días 29, 30 y 31 de Agosto de 1977, con el patrocinio del Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud, se efectuó en Santiago el Primer Seminario de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, siendo coordinado por el grupo de epidemiología del Departamento de Apoyo a los Programas.

Contó con la asistencia de 70 participantes provenientes de las Areas de la Región Metropolitana y de las Regiones V, VII, VIII y IX; profesionales del Ministerio de Salud y de la OPS.

El propósito del Seminario fue divulgar y consolidar los programas de control de enfermedades crónicas iniciados en el país de acuerdo a lo recomendado por la 3ra. Reunión de Ministros de Salud de las Américas.

Los objetivos principales fueron:

1.º Describir el estado actual y epidemiológico de las enfermedades crónicas no transmisibles.

2.º Analizar los programas de control de Fiebre Reumática, de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial con los encargados de dichos programas en Regiones y Areas.

3.º Definir investigaciones necesarias para apoyar el desarrollo de los programas.

4.º Comunicar la experiencia obtenida hasta la fecha en el desarrollo y administración de estos programas.

5.º Recomendar actividades y acciones que refuercen los programas.

Las recomendaciones surgidas de este evento son las siguientes:

1.º Efectuar investigaciones que permitan conocer las características epidemiológicas de la fiebre reumática, Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus a fin de planificar adecuadamente los recursos para los programas de control.

2.º Detectar precozmente los casos de diabetes mellitus, hipertensión arterial y fiebre reumática asegurándoles control regular y permanente.

3.º Establecer a nivel de atención primaria las condiciones mínimas para lograr una atención adecuada, eficaz y oportuna y reforzar los centros especializados de los hospitales bases o crearse otros cuando no existan.

4.º Efectuar atención descentralizada de los pacientes crónicos no complicados estableciendo canales expeditos de referencia a los centros especializados.

5.º Designar a nivel regional un coordinador de programas de enfermedades crónicas, pudiendo desempeñar esta función cualquier profesional del equipo de salud.

6.º Considerar que para el adecuado funcionamiento de estos programas se debe contar con la suficiente dotación de recursos humanos y materiales, especialmente en lo que se refiere a mantener la continuidad y suficiencia en el abastecimiento de medicamentos para el buen desarrollo de los programas.

7.º Establecer sistemas de registros uniformes para cada patología en análisis.

8.º En cuanto al rol de la enfermera en el control de las enfermedades crónicas, se destaca su labor en la pesquisa de los pacientes, en las actividades de control y seguimiento, en la educación directa del paciente crónico y grupo familiar y en la educación en servicio de todo el equipo de salud.

Es recomendable que los Centros de Diabetes, Hipertensión Arterial y Fiebre Reumática cuenten con enfermera la que deberá desarrollar en forma integrada las tareas de estos tres programas.

9.º Adiestrar a los diferentes profesionales y técnicos involucrados en los programas, lo que deberá estar bajo la tuición de los centros especializados.

10.º Organizar programas educativos empleando técnicas modernas en lo referente al control de enfermedades crónicas. La educación debe ir dirigida al paciente mismo, a sus familiares, a todos los integrantes del equipo de salud y a la población en general.

11.º Insistir en la presencia en estos Seminarios de las autoridades regionales o de Area, dada la responsabilidad que le corresponde en estos programas.

12.º Extender progresivamente los programas a todas las Regiones del país.

13.º Aumentar la frecuencia de visitas de asesoría del nivel central a las Regiones por el beneficio que este hecho representa para el desarrollo y orientación de los programas de Enfermedades Crónicas.

14.º Difundir y aplicar las Normas Ministeriales de Control de la Diabetes Mellitus y de Fiebre Reumática. Promover para que

se dicten a la brevedad las normas para el control de la Hipertensión Arterial.

15.º Crear una comisión nacional de hipertensión que funcione a nivel ministerial y cuyas tareas específicas serían:

15.1. Elaborar pautas para definir el diagnóstico, tratamiento, control, seguimiento y evaluación de los hipertensos.

15.2. Efectuar asesoría, coordinación, supervisión y evaluación técnico-administrativa de los niveles regionales y de áreas.

15.3. Proponer, coordinar y desarrollar investigaciones operacionales.

**“Los accidentes del tránsito. Creciente problema para la Salud Pública”.**

*Carlos Alfaro A. y Carlos Diaz C.— Bol. Of. Sanitaria Panamericana 83 (4), 1977.*

Los autores analizan la magnitud del problema, alguna de sus repercusiones y ciertos enfoques para abordarlo.

Reconociendo que la información estadística no abarca un lapso suficiente para estudiar tendencias y que no existen definiciones de términos generalmente aceptados, los autores parten de la “muy valiosa información “al respecto que publicaron Adriasola et al”. (Bol. Of. Sanitaria Panamericana 72 (1); 1 - 18, 1972, publicación que destacó “la necesidad de considerar a los accidentes del tránsito como un grave problema de Salud Pública”.

Interesará a los chilenos conocer algunas cifras y comentarios de dichos autores.

CHILE aparece con un aumento de vehículos matriculados, de 254.500 en 1969, a 349.200 en 1974 y una variación de 19.683 accidentes a 18.730; de heridos de 18.000 a 18.172, entre los mismos años y una disminución de muertes por accidentes del tránsito, de 1.668 en 1969 a 932 en 1975.

Señalan los autores que entre 1969 y 1975 (aproximadamente) el número de vehículos matriculados aumentó, como mínimo, un 50%, en 18 de los 25 países para los que se obtuvo información; las proporciones en cuanto al aumento oscilaron entre el 2% en Estados Unidos y el 343% en Paraguay; los demás aumentos de importancia ocurrieron en la República Dominicana (207%), Nicaragua (127%), Costa Rica (122%) y Bolivia (115%).

Respecto del número de accidentes, hubo tres países en los que el aumento sobrepasó el 100%: Colombia (245%), Costa Rica (109%), y la República Dominicana (106%). Sólo dos países acusaron alguna disminución: Chile (—5%) y Perú (—3%). No se dispone de ninguna explicación para esta disminución.

Junto con el mayor número de vehículos y el aumento de los accidentes también el número de víctimas en nueve de los diez países para los que se dispone de información. La única excepción a este aumento es la de Estados Unidos, donde hubo una disminución de cerca de 100.000 accidentados en 1975 con respecto a 1969.

En cuanto al número de muertos, se obtuvieron datos comparables para 20 países. En 18 de ellos, el aumento del porcentaje específico osciló entre el 6%, en Paraguay y 263%, en Guatemala. Únicamente hubo dos países en los que las muertes en 1975 fueron menores que en 1969. Estos fueron Estados Unidos y Chile, con disminuciones de 19 y 56%, respectivamente.

Las tasas de mortalidad por accidentes de tránsito por 100.000 habitantes se han triplicado en Guatemala; han aumentado en más del doble, en Jamaica y casi se han duplicado, en Panamá y Perú. En general, 15 de los 20 países para los cuales se dispone de datos comparables mostraron algún aumento en la tasa de defunción; siete de ellos con aumentos de más del 50%. Los cinco países restantes mostraron tasas de mortalidad más baja a fines del período mencionado; las reducciones más importantes ocurrieron en Chile (—49%) y en Estados Unidos (—24%). Disminuciones más pequeñas se observaron en Canadá, Cuba y Paraguay.

Concluyen que todo lo que antecede sugiere la necesidad de implantar una estrategia más dinámica, que utilice en forma global y coordinada todos los recursos disponibles. En términos generales, el análisis actual del problema indica que se pueden lograr importantes beneficios si se adopta una nomenclatura y sistema estadísticos uniformes, se llevan a cabo estudios epidemiológicos operativos, se formulan políticas y programas preventivos se estimula una mejor coordinación de las acciones.