

CONSULTA REGIONAL

Prioridades para la salud cardiovascular en las Américas



MENSAJES CLAVES PARA LOS DECISORES



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
OFICINA REGIONAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud.

“Consulta regional: prioridades para la salud cardiovascular en las Américas. Mensajes claves para los decisores”.

Washington, D. C.: OPS, © 2011.

ISBN 978-92-75-33226-9

I Título

1. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES – prevención y control
2. SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA
3. PROGRAMAS Y POLÍTICAS DE NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN
4. PROMOCIÓN DE LA SALUD - normas
5. ENFERMEDAD CRÓNICA – prevención y control
6. PRESTACIÓN INTEGRADA DE ATENCIÓN DE SALUD
7. AMÉRICAS

NLM WG 120.DA1

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a Servicios Editoriales, Área de Gestión de Conocimiento y Comunicación (KMC), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

©Organización Panamericana de la Salud, 2011. Todos los derechos reservados.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Citación sugerida: Organización Panamericana de la Salud. Consulta regional: prioridades para la salud cardiovascular en las Américas. Mensajes claves para los decisores. Ordúñez-García P, Campillo-Artero C, eds. Washington, D.C.: OPS; 2011.

CONSULTA REGIONAL

Prioridades para la salud cardiovascular en las Américas

MENSAJES CLAVES PARA LOS DECISORES

EDITORES: PEDRO ORDÚÑEZ GARCÍA Y CARLOS CAMPILLO ARTERO



6 Presentación

I

12 **Políticas públicas**

13 Acción multisectorial
y determinantes sociales

15 Cobertura universal y acceso
equitativo a los servicios de salud

16 Integración y sostenibilidad
de las intervenciones

II

19 **Vigilancia**

20 Integración de los sistemas de
información

21 Registros de mortalidad y vigilancia
de factores de riesgo

22 Desempeño de los servicios de salud
y evaluaciones económicas

23 Compartir la información

23 Capacidad técnica

III

- 24 **Promoción de la salud y prevención de enfermedades**
- 25 Tabaco
- 27 Consumo de sal
- 28 Alimentación saludable
- 32 Actividad física
- 33 Alcohol

IV

- 34 **Control integrado de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo**
 - 35 Competencias del personal sanitario
 - 36 Atención primaria, estratificación de la población y redes integradas de servicios de salud
 - 39 Modelo de atención a las enfermedades crónicas
 - 40 Hipertensión arterial y riesgo cardiovascular total individual
 - 42 Calidad y eficiencia de las prestaciones clínicas
 - 44 Síndrome coronario agudo y accidentes cerebrovasculares
- 49 **Bibliografía**
 - 68 **Apéndice**
 - 69 **Participantes en la consulta**
 - 74 **Resumen de las prioridades y lista de comprobación**

Situación de la salud cardiovascular en la Región de las Américas

Las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas causan la mayor combinación de defunciones y discapacidad a nivel mundial ($\approx 60\%$ de todas las muertes y $\approx 44\%$ de las muertes prematuras). Un 30% de todas las muertes que se producen en el mundo cada año son atribuibles a las enfermedades cardiovasculares. Se estima que en 2010 fallecieron por estas causas 18,1 millones de personas, de las cuales el 80% vivía en países de ingresos bajos y medianos. La enfermedad cerebrovascular, que es la segunda causa de muerte y la primera de discapacidad adquirida en el mundo, ocasionó 5,7 millones de muertes, 85% de ellas en los países en desarrollo.

El envejecimiento de la población, el consumo de tabaco, la dieta no saludable y la falta de actividad física, principalmente, en el contexto de la globalización y el crecimiento urbano muchas veces no planificado, explican las altas prevalencias de hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes y obesidad y con ello que las enfermedades cardiovasculares sean la primera causa de muerte. Actualmente, el número de fumadores en el mundo asciende a 1.300 millones de personas, 600 millones padecen hipertensión arterial y 220 millones están viviendo con diabetes, lo cual expone a más de 2 mil millones

de individuos al riesgo de sufrir una enfermedad cardíaca, una enfermedad cerebrovascular o un problema de salud relacionado con estas enfermedades.

En 2007 ocurrieron en las Américas 1,5 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares ($\approx 30\%$ de los fallecidos por todas las causas), de los cuales 662.011 tuvieron una cardiopatía isquémica (299.415 mujeres y 362.596 hombres) y 336.809, una enfermedad cerebrovascular (183.689 mujeres y 153.120 hombres). Esta situación es muy compleja en América Latina, porque alrededor de 40% de las muertes se producen prematuramente, justo en el momento de mayor productividad de la vida, cuando el impacto económico y social es más sustantivo, y porque la tasa de discapacidad resultante es una carga demasiado pesada para los individuos, las familias y los sistemas de salud.

La hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y el tabaquismo, vistos en conjunto, explican más del 80% de las enfermedades cardiovasculares, pero la hipertensión es el factor de riesgo con más peso y se asocia con el 62% de los accidentes cerebrovasculares y el 49% de la cardiopatía isquémica. El aumento de la presión arterial es poco frecuente en sociedades donde el consumo de cloruro de sodio no supera los 50 mmol/día, y se dispone de pruebas científicas que señalan el consumo actual

de sodio como el principal factor que condiciona el aumento de la presión arterial en las poblaciones.

La epidemia de obesidad, que muchas veces comienza tempranamente en la infancia, ha aumentado en todo el mundo. En 2005, el número de personas obesas en la Región ascendía a 176 millones (103 millones de mujeres y 73 millones de hombres), y puede llegar a 289 en 2015 (164 millones de mujeres y 125 millones de hombres). Es probable que, si se dispusiera de más datos, la situación sería más grave de lo que aparenta. De hecho, es más complicada en determinados estratos sociales: vivir en un vecindario pobre puede conllevar un mayor riesgo de obesidad porque sus habitantes generalmente tienen poco acceso a fuentes de alimentos nutritivos y a lugares seguros para hacer ejercicio físico, o carecen de normas sociales que valoren positivamente la dieta saludable y la actividad física.

Datos recientes dan cuenta de que en la población adulta de siete países de América Latina un 18% padece de hipertensión arterial, 14% tiene el colesterol elevado, 7% está viviendo con diabetes, 23% es obesa y 30% fuma. Dado el perfil epidemiológico de la Región, se ha estimado que el porcentaje de la población adulta con menos de 70 años que está en riesgo de sufrir un evento cardiovascular en los próximos 10 años es alto: hasta un 41% de los hombres y un 18% de las mujeres en los países

con muy baja mortalidad tanto infantil como de adultos (por ejemplo, Canadá, Cuba y Estados Unidos), hasta un 25 y un 17% de los hombres y mujeres, respectivamente, en países con baja mortalidad infantil y en adultos (Argentina, Barbados y Chile), y hasta un 8% de los hombres y un 6% de las mujeres de los países con muy alta mortalidad infantil y mortalidad en adultos (Bolivia y Ecuador).

Las mujeres con infarto agudo del miocardio (IAM) acuden a los servicios de emergencia más tardíamente que los hombres y los médicos se demoran más en reconocer la enfermedad en ellas; luego de un IAM, las mujeres tienen una probabilidad menor que los hombres de ser diagnosticadas y tratadas adecuadamente, lo cual contribuye a que en ellas tasa de complicaciones y de muerte sea mayor; la brecha en la supervivencia luego de un año del episodio cardiovascular ha venido aumentando, afecta negativamente a las mujeres y ellas están menos representadas que los hombres en los ensayos clínicos para evaluar nuevos tratamientos. Asimismo, la enfermedad cardiovascular es más frecuente y más grave en las personas de raza negra que en las de raza blanca, pero particularmente entre los adultos jóvenes. Esta diferencia decrece con cada década de la vida hasta llegar a ser muy pequeña entre los 65-74 años. La mortalidad prematura es dos veces más elevada en la población de raza negra que en la de raza blanca.

Las enfermedades cardiovasculares se distribuyen de manera desigual, afectan más a los pobres y tienen un impacto catastrófico en la economía de los gobiernos y de las familias por el gasto derivado de los tratamientos y la pérdida de años de vida potencial y de productividad causadas por muertes prematuras y discapacidad. Estas enfermedades contrarrestan los esfuerzos de la lucha contra la pobreza y contribuyen a profundizar las inequidades en salud.

La consulta regional

En 2006, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobó la resolución *Estrategia regional y Plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud* (en adelante, *Estrategia regional*).

En 2010, la misma instancia examinó los progresos en la ejecución de la *Estrategia regional* y solicitó que la OPS y los Estados Miembros siguieran colaborando en la prevención y el control integrado de las enfermedades crónicas.

Teniendo en cuenta la situación antes descrita y entendiendo que existían numerosas oportunidades de mejora, la OPS, a solicitud de sus Estados miembros, inició un proceso de consulta regional a mediados del año 2010. El propósito de dicha con-

sulta fue identificar, sobre la base de las mejores pruebas científicas disponibles, en criterios de coste-efectividad, valor social y equidad, las prioridades para la salud cardiovascular de esta Región con el objetivo de facilitar que los Estados miembros prioricen las acciones de prevención y control de las enfermedades cardiovasculares en sus planes nacionales de salud y que catalicen la aplicación de la *Estrategia regional*.

Este documento, que sintetiza las prioridades para la salud cardiovascular, es el resultado de un amplio proceso de consultas que se centró en la prevención a nivel poblacional, el control integrado de riesgos y enfermedades y en la organización de los servicios de salud. Las prioridades se articularon en torno a las siguientes cuatro líneas de acción de la Estrategia Regional: a) política pública y abogacía, b) vigilancia, c) promoción de la salud y prevención de las enfermedades y, d) control integrado de las enfermedades crónicas y los factores de riesgo. Asimismo, dichas prioridades son congruentes con la Agenda de Salud para las Américas y con el Plan de Acción de la OMS para la Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, aprobado en el 2008.

En la consulta participaron numerosos expertos, instituciones de profesionales y académicas, organizaciones de la sociedad civil y los ministerios de salud de la Región. Varios asesores de la

OPS que representaban a las diversas áreas técnicas trabajaron en torno a la Agenda de Salud para las Américas y acordaron la definición de estas prioridades.

Este documento se ha preparado pensando principalmente en quienes tienen la responsabilidad de tomar decisiones en política sanitaria. Por esta razón es muy importante reiterar uno de los mensajes cruciales de esta consulta: como las enfermedades cardiovasculares (isquémicas del corazón y cerebrovasculares) son la primera causa de mortalidad y de mortalidad prematura en la mayoría de los países de la Región y comparten con otras enfermedades crónicas sus determinantes, factores de riesgo y necesidades de servicios, jerarquizar las acciones definidas aquí como prioridades para la salud cardiovascular produciría un beneficio directo para la prevención y el control de la diabetes, las enfermedades respiratorias crónicas y el cáncer, así como para otras enfermedades cardiovasculares y la obesidad.

El principal objetivo de la consulta y también de este informe fueron las enfermedades cardiovasculares de origen aterosclerótico y sus principales factores de riesgo. Sin embargo, existen cuatro grupos de otras enfermedades cardiovasculares que para propósitos de prevención y el control merecen especial atención en algunos países. En primer lugar, las arritmias cardíacas, tales como la fibrilación auricular, presentes en la

quinta parte de todos los accidentes cerebrovasculares en los adultos mayores y cuya frecuencia aumenta con la edad. En segundo lugar, las enfermedades congénitas del corazón, que pueden prevenirse mediante medidas de salud pública tales como la vacunación contra la rubéola y la promoción universal de la utilización de sal fortificada con yodo y los alimentos fortificados con ácido fólico. A estos se añaden dos grupos de enfermedades desatendidas, que afectan con mayor frecuencia a las personas más pobres, como las enfermedades reumáticas del corazón, que continúan afectando mucho más a niños y adultos jóvenes que viven en países de renta per cápita baja y media, y la enfermedad de Chagas, con un alto potencial de eliminación en las Américas mediante medidas para aliviar la pobreza y mejorar las condiciones de vida.

Para facilitar el seguimiento de las acciones emprendidas en cada país en el marco de la Estrategia y visualizar en una ojeada su estado de ejecución, al final del documento se ha incluido una lista de comprobación ordenada conforme a las cuatro líneas de acción y por prioridades.

Finalmente, este documento debe ser entendido como un menú de opciones de política, en ningún caso preceptivo, que deberá ser evaluado, antes de su aplicación, y adaptado al contexto de la situación económica, política y social de cada país.

Prioridades para la salud cardiovascular en las Américas

- I** Políticas públicas
- II** Vigilancia
- III** Promoción de la salud y prevención de enfermedades
- IV** Control integrado de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo

I Políticas públicas

Acción multisectorial y determinantes sociales

I. ESTABLECER UN MECANISMO MULTISECTORIAL DE ALTO NIVEL, A ESCALA NACIONAL Y SUBNACIONAL, QUE, DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD, COORDINE LAS ACCIONES DIRIGIDAS A PREVENIR LAS ECV Y OTRAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES A NIVEL POBLACIONAL.

La prevención y el control de las ECV requiere la voluntad política de los gobiernos, una labor armónica y sistemática de amplios sectores de la sociedad (la sociedad civil, la empresa privada y la universidad), y mecanismos de alto nivel, regionales, subregionales y nacionales, para coordinar una respuesta integral y sostenible.

La formulación de políticas públicas efectivas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles ha estado directamente relacionada con el desarrollo científico-técnico, el pensamiento crí-

tico en Salud Pública, la madurez de los gobiernos, la eficacia de sus mecanismos de regulación, así como con la capacidad de trascender dichos ámbitos y situarse dinámica y participativamente en el centro del debate público.

El solapamiento entre las actuaciones destinadas a prevenir y controlar las ECV, así como entre sus determinantes, plantean como imperativo que, para lograr sus cometidos, en los países se logre coordinar de forma robusta y eficiente, no sólo los sistemas de salud pública y de servicios de salud, sino todos los estamentos implicados de los gobiernos y de la sociedad en su conjunto.

I POLÍTICAS PÚBLICAS

2. GARANTIZAR QUE UNO DE LOS OBJETIVOS EXPLÍCITOS DE UN PLAN PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ECV SEA REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN LA DISTRIBUCIÓN DE LOS RIESGOS, LA CARGA DE ENFERMEDAD Y LAS ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y CONTROL.

El riesgo de tener una ECV está intensa e inversamente relacionado con el nivel socioeconómico. La reducción de las desigualdades y de la carga de las ECV depende en buena medida de que se actúe sobre los factores asociados con el aumento de las desigualdades socioeconómicas en la población. Las ECV y sus factores de riesgo son a un tiempo causa y consecuencia de la pobreza.

3. FORTALECER EL TRABAJO DE LAS REDES REGIONALES Y SUBREGIONALES Y COMPARTIR LAS MEJORES PRÁCTICAS QUE DIMANAN DE LAS POLÍTICAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ECV.

El trabajo en redes, ya sea en el marco de los mecanismos de integración económico y político de los países, en el de las agencias especializadas o en el de instituciones académicas y de investigación a escala global, regional, subregional, nacional o subnacional, contribuye a que se compartan las experiencias acumuladas en la prevención y el control de las ECV y otras enfermedades no transmisibles. Ayuda, asimismo, a mejorar la comunicación y la coordinación entre países, estandarizar la evaluación, seleccionar las mejores prácticas, asignar mejor los recursos, estimular la innovación, diseminar el conocimiento, vincular a los diferentes agentes, fortalecer las relaciones entre ellos, y a coordinar políticas de alimentación, comercio, fiscales y de salud.

Cobertura universal y acceso equitativo a los servicios de salud

4. AVANZAR HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL Y EL ACCESO EQUITATIVO A LOS SERVICIOS DE SALUD, RECONOCIENDO QUE LA PROMOCIÓN, LA PREVENCIÓN Y LA ATENCIÓN CALIFICADA Y EFICIENTE DE LOS PACIENTES CON ECV FORMAN PARTE INTEGRAL DEL DERECHO A LA SALUD.

En todos los países se observan notables disparidades en la carga de enfermedad, en la prevalencia de factores de riesgo y en la cobertura y el acceso a los servicios de salud.

Los sistemas de salud que más contribuyen a mejorar la salud de la población y la equidad son aquellos cuyos servicios están organizados en torno al principio de cobertura universal, en los cuales la atención primaria promueve acciones a través de toda la gama de los determinantes sociales, los que equilibran las intervenciones de prevención y promoción con las curativas, y los que hacen hincapié en el nivel primario de la atención con mecanismos apropiados de coordinación.

5. INCORPORAR INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO Y LAS ECV, BASADAS EN PRUEBAS CIENTÍFICAS, EN LOS ESQUEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EXISTENTES.

En muchos países de la Región, las intervenciones de prevención y control de los factores de riesgo y las ECV, basadas en pruebas, aun no están incluidas en los esquemas vigentes de protección social en salud.

Los sistemas de protección social en materia de salud de carácter universal están asociados con una mejor salud de la población y una mortalidad más baja en las personas mayores y los grupos sociales más desfavorecidos.

6. ASEGURAR LA DISPONIBILIDAD Y EL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS Y A OTRAS TECNOLOGÍAS ESENCIALES, INCLUIDAS LAS PRUEBAS DE LABORATORIO, PRESTANDO ESPECIAL ATENCIÓN A LAS POBLACIONES DESFAVORECIDAS.

En algunos países de la Región hasta el 78% del gasto en medicamentos es gasto de bolsillo, lo cual puede ser catastrófico para las familias y las poblaciones con bajos ingresos.

El mayor impacto de las ECV se observa en las poblaciones y países de medianos y bajos ingresos y son en gran medida el resultado de inequidades sociales y, a la vez, potentes perpetuadores de tales disparidades. Sus consecuencias catastróficas contrarrestan los esfuerzos de la lucha contra la pobreza.

Integración y sostenibilidad de las intervenciones

7. CONVERTIR EN UN ELEMENTO ESTRATÉGICO ESENCIAL DE ESTE TIPO DE PLAN LA VINCULACIÓN DE TODAS LAS ACCIONES RECOMENDADAS EN UN CONJUNTO DE INTERVENCIONES COHERENTES ENTRE SÍ Y VERTEBRADAS EN TORNO A UN EJE COMÚN Y EVITAR SU DESAGREGACIÓN.

Un plan dirigido a prevenir y controlar este grupo de dolencias produciría un beneficio directo para la prevención y el control de otras ECV, la diabetes, las enfermedades respiratorias crónicas y el cáncer, así como para la obesidad.

Hay pruebas científicas que indican que es el efecto acumulativo y sinérgico de intervenciones coordinadas, no el de sus efectos individuales, lo que explica el impacto que puede tener un plan de acción de estas características. Las políticas de salud cardiovascular, para ser efectivas, han de abordar diferentes áreas simultáneamente (financiación, comercio, legislación, promoción, prevención, gestión de la oferta y demanda de servicios, regulación de precios y de tecnologías médicas, gestión de la información, educación, etc.).

Los mejores resultados se han obtenido en aquellos países donde las reformas de la financiación de los servicios de salud se han vinculado con el fortalecimiento de la prevención, del autocuidado, las mejo-

ras en la integración y la coordinación de los niveles de atención, así como de la participación comunitaria, y el uso adecuado de tecnologías de la información.

8. PRIORIZAR LA APLICACIÓN DE POLÍTICAS DE ALCANCE POBLACIONAL Y DE ALTO RIESGO PARA CREAR AMBIENTES QUE ELIMINEN EL HÁBITO DE FUMAR Y PROMUEVAN LA ALIMENTACIÓN SANA, LA ACTIVIDAD FÍSICA Y EL CONTROL DEL PESO CORPORAL, LA TENSIÓN ARTERIAL, LA GLUCEMIA Y LA COLESTEROLEMIA.

Se puede prevenir hasta el 75% de la enfermedad isquémica del corazón y de los accidentes cerebrovasculares, si se gestiona el conocimiento científico disponible sobre la prevención y el control de sus factores de riesgo (consumo de tabaco, la inactividad física, la dieta poco saludable, el sobrepeso y la obesidad, la hipertensión arterial, diabetes, colesterol elevado).

La reducción del riesgo cardiovascular exige combinar estrategias poblacionales y de alto riesgo y fortalecer y reorientar los sistemas de salud y la prestación de servicios.

9. GARANTIZAR EL APOYO INSTITUCIONAL Y LA FINANCIACIÓN A LARGO PLAZO DEL PLAN, ASIGNANDO UN PRESUPUESTO ESPECÍFICO BASADO EN LA CARGA Y EL IMPACTO DE LAS ECV, LA RELACIÓN DE COSTO-EFECTIVIDAD DE LAS TECNOLOGÍAS E INTERVENCIÓNES Y SU VALOR SOCIAL, SU IMPACTO PRESUPUESTARIO Y EL PRINCIPIO DE EQUIDAD. AJUSTAR PERIÓDICAMENTE LA CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD CONFORME A ESTOS CRITERIOS.

El gasto económico que demanda la atención de las ECV puede llegar a alcanzar cotas catastróficas para individuos, familias, comunidades y sistemas de salud, y convertirse en una carga social y económica de tal magnitud que ponga en riesgo su sostenibilidad.

Existen intervenciones preventivas costo-efectivas y asequibles para reducir la carga de las enfermedades cardio y cerebrovasculares, incluso en poblaciones con renta baja.

IO. PROVEER RECURSOS TÉCNICOS E IMPLANTAR MEDIDAS PARA PREDECIR, MONITORIZAR, EVALUAR Y CONTROLAR ESPECÍFICAMENTE EL CONSUMO DE RECURSOS Y EL GASTO SANITARIO EN LAS PERSONAS CON ECV Y OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS.

El subgrupo de personas que padecen más de dos enfermedades crónicas y toman más de dos medicamentos ya asciende en algunos países al 10% de todos los pacientes, sus estancias hospitalarias y las visitas que realizan a centros de atención primaria representan casi el 45% y el 30% del total, y el gasto sanitario en ellos está aproximándose al 50% del gasto sanitario total y al 5% del PIB. La magnitud del ahorro derivado de sustituir los modelos vigentes de atención de enfermedades agudas por un modelo de enfermedades crónicas es muy elevada.

II Vigilancia

Integración de los sistemas de información

II. INTEGRAR LA VIGILANCIA DE LAS ECV EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN VIGENTE DE LOS SISTEMAS DE SALUD, MANTENERLA OPERATIVA E INCLUIR SUS FUNCIONES EN LOS PRESUPUESTOS REGULARES DEL SISTEMA DE SALUD.

Numerosas experiencias de países que cuentan con sólidos sistemas de vigilancia de las ECV indican que los primeros pasos determinantes para desarrollar un sistema de vigilancia integral y fiable, que aporte información pertinente y oportuna y que ayude de facto a coordinar adecuadamente las actividades de subcentros o unidades subnacionales de vigilancia son la priorización del componente de vigilancia, la dotación de recursos técnicos necesarios y, no menos importante, su homogenización e integración en el sistema de infor-

mación implantado en el sistema de salud. Los indicadores deben facilitar la retroalimentación entre los niveles de atención y las comparaciones en distintos periodos de un mismo país y entre países.

El respaldo técnico y financiero activos y mantenidos en el tiempo de sistemas de vigilancia de las ECV ha mostrado ser uno de los elementos cruciales para mejorar las condiciones de salud cardiovascular en los países que acumulan más experiencia en la esfera de la vigilancia, especialmente mediante el apoyo de las actividades de recolección, análisis y disseminación de información sobre las causas de las ECV, su prevención, detección, tratamiento, los resultados de las intervenciones y la evaluación de las disparidades.

Registros de mortalidad y vigilancia de factores de riesgo

12. MEJORAR LA COBERTURA Y LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE MORTALIDAD DE LAS ECV.

La disponibilidad de registros de mortalidad integrales, con datos fiables, actualizados permanentemente, y que además integren información básica de salud pública y servicios de salud, es fundamental para garantizar las adecuadas tareas de planificación, seguimiento y evaluación de la efectividad y eficiencia de los planes, estrategias, programas y actividades que se acometan para mejorar la atención de las personas en riesgo o que padezcan ECV.

13. MEJORAR LA CALIDAD DE LA VIGILANCIA DE LOS FACTORES PROTECTORES, FACTORES DE RIESGO Y DE LA MORBILIDAD CARDIOVASCULAR QUE SE HAYAN SELECCIONADO UTILIZANDO EN LO POSIBLE LOS INSTRUMENTOS DISPONIBLES CREADOS POR LA OPS/OMS.

La mejora del conocimiento de los factores de riesgo de las ECV y sus determinantes, de la planificación de sistemas y servicios de salud, de la adecuación, efectividad, seguridad y eficiencia de las intervenciones para su prevención y control, del nivel de buen gobierno alcanzado y de las políticas que se diseñan y aplican depende en buena medida del rigor y del abanico de áreas que cubren las investigaciones y evaluaciones que se realizan en la esfera de la vigilancia de estas enfermedades.

La vigilancia de los factores de riesgo, factores protectores, morbilidad y mortalidad cardiovascular, desagregados por sexo, edad, grupos étnicos, distribución geográfica y perfil socioeconómico no sólo permite conocer la tendencia y la evolución del riesgo cardiovascular y la carga de enfermedad atribuible a las ECV. Además, ofrece información esencial para monitorizar y evaluar la efectividad y la eficiencia de las acciones realizadas, introducir mejoras y difundir la información a todos los agentes (reguladores, financiadores, proveedores) y a la población general.

Desempeño de los servicios de salud y evaluaciones económicas

14. CREAR UN CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE INDICADORES DE COBERTURA, ACCESO Y DESEMPEÑO DE LOS SERVICIOS DE SALUD, CALIDAD DE LA ATENCIÓN, COSTOS Y EFICIENCIA DE LAS INTERVENCIONES, ADECUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS MÉDICAS, SEGURIDAD POSTCOMERCIALIZACIÓN DE MEDICAMENTOS Y APARATOS, Y DE LOS PROGRESOS EN LA APLICACIÓN DE LOS PLANES NACIONALES, QUE PROPORCIONE SUFICIENTE INFORMACIÓN PARA PLANIFICAR, IMPLANTAR Y EVALUAR POLÍTICAS, ESTRATEGIAS, SERVICIOS, TECNOLOGÍAS E INTERVENCIONES.

La información básica necesaria para conocer la evolución de los planes nacionales de las ECV obliga, cuando menos, a disponer de un conjunto reducido y mínimo e irrenunciable de indicadores válidos, fiables y consensuados de todas las áreas mencionadas, basados en la recolección sistematizada de datos previamente definidos, homogéneos e integrados en los sistemas de información en salud, cuya calidad se revise periódicamente mediante pautas establecidas de depuración de los registros. Antes de diseñar uno de nuevo es conveniente conocer conjuntos de indicadores utilizados en otros países con alto rendimiento comprobado.

15. INVERTIR EN INVESTIGACIÓN DE LA EFECTIVIDAD, INCLUYENDO LAS EVALUACIONES ECONÓMICAS, DE LOS MODELOS DE ACCIÓN INTERSECTORIAL EN LA PREVENCIÓN DE LAS ECV.

Muchas de las actividades cruciales para reducir la carga de las ECV trascienden el control y las competencias de los ministerios de salud. Alcanzar las metas prioritarias fijadas para las ECV depende en gran medida de decisiones tomadas y acciones acometidas, no bajo la exclusiva regulación del sector salud, sino al arbitrio de la estrecha colaboración intersectorial.

Compartir información

16. DISEMINAR, DE MANERA OPORTUNA Y PERIÓDICA, LA INFORMACIÓN DE VIGILANCIA Y APOYAR LAS INICIATIVAS LOCALES PARA FORTALECER SUS CAPACIDADES Y COMPARTIR RESPONSABILIDADES EN LA RECOLECCIÓN Y EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN, MEDIANTE LA DIFUSIÓN DE INFORMES QUE INCLUYAN, ADEMÁS, RECOMENDACIONES SOBRE POLÍTICAS DE MEJORA E INNOVACIÓN EN ESTE ÁREA.

Un elemento clave para reducir las asimetrías en la información entre los agentes del sistema de salud y contribuir a alcanzar los niveles esperados de efectividad y eficiencia de actividades, intervenciones y tecnologías es el mantenimiento permanente de un sistema de difusión y retroalimentación de información entre financiadores y proveedores, que respete los principios del buen gobierno.

La consecución de las metas y objetivos de los planes y programas de prevención y control de las ECV es en buena parte tributaria de la disponibilidad, primero, de la información fiable y oportuna que han de aportar los programas de vigilancia y, segundo, de que dicha información se acompañe de análisis e interpretaciones correctos y de recomendaciones de política fundamentadas en pruebas científicas.

Capacidad técnica

17. FORTALECER LA CAPACIDAD TÉCNICA Y DE GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS PARA LA VIGILANCIA DE LAS ECV.

La complejidad de los sistemas de información en vigilancia exige disponer de asesoramiento técnico multidisciplinario que, como mínimo, incluya profesionales altamente capacitados en clínica, informática, demografía, estadística, epidemiología, gestión de servicios, y economía de la salud.

III

Promoción de la salud y prevención de enfermedades

Tabaco

18. RATIFICAR EL CONVENIO MARCO PARA EL CONTROL DEL TABACO (CMCT) DE LA OMS.

El CMCT reúne medidas muy costo-efectivas (alguna de ellas, además, de reducción del gasto) para disminuir el consumo de tabaco y desalentar el inicio del hábito de fumar, basadas en pruebas científicas y de elevado impacto, al tiempo que ofrece un marco jurídico y herramientas de cooperación internacional para el control del tabaquismo.

19. CREAR AMBIENTES 100% LIBRES DE HUMO DE TABACO EN TODOS LOS ESPACIOS CERRADOS PÚBLICOS Y EN LOS PRIVADOS DE ACCESO PÚBLICO.

La reducción del consumo de tabaco es mayor con la creación de ambientes 100% libres de humo de tabaco que con la restricción parcial de estos ambientes. Esta medida es costo-efectiva, de muy bajo coste y mejora los indicadores de salud relacionados con el tabaquismo.

20. AUMENTAR LOS IMPUESTOS AL TABACO Y EL PRECIO DE VENTA AL PÚBLICO DE LOS CIGARRILLOS.

Pruebas científicas señalan que, si se mantiene en el tiempo, es la medida independiente más costo-efectiva para disminuir el consumo de tabaco, estimular la cesación y desalentar el inicio de hábito de fumar. Además, reduce el gasto en salud y su implantación es sencilla.

21. PROHIBIR COMPLETAMENTE LA PUBLICIDAD, LA PROMOCIÓN Y EL PATROCINIO DE PRODUCTOS QUE CONTIENEN TABACO.

Numerosas pruebas científicas muestran que la completa prohibición (no la parcial) de estas acciones es costo-efectiva para reducir el consumo de tabaco y desalentar el inicio del hábito de fumar.



22. INCLUIR EN EL EMPAQUETADO DE TODOS LOS PRODUCTOS DE TABACO ADVERTENCIAS SANITARIAS CON IMÁGENES SOBRE LOS DAÑOS QUE PROVOCA EL CONSUMO DE TABACO Y LA EXPOSICIÓN AL HUMO, CONFORME A LAS DIRECTRICES DEL CMCT.

Se ha demostrado que esta medida, además de su fácil aplicación, es muy costo-efectiva para aumentar el conocimiento de los riesgos del tabaco, motivar la cesación y desalentar el inicio del hábito tabáquico.

23. OFRECER SERVICIOS DE TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR A TODAS LAS PERSONAS QUE LO DESEEN.

Los tratamientos de alta eficacia para dejar de fumar, si se ofrecen de manera gratuita y con cobertura universal, son costo-efectivos, y su impacto social y en salud de la cesación tabáquica, muy elevado.

24. IMPLANTAR SISTEMAS DE VIGILANCIA PARA MONITORIZAR LA PROGRESIÓN DE LA EPIDEMIA DEL TABACO Y EVALUAR LA EFICIENCIA DE LAS MEDIDAS APLICADAS.

Los sistemas de vigilancia activa de la prevalencia del tabaquismo y del alcance de las acciones emprendidas en el control del tabaco son la principal fuente de datos para conocer el grado de consecución de los objetivos marcados y la efectividad de las políticas de control del tabaquismo. Se aconseja que este sistema sea parte integral de los sistemas de vigilancia para enfermedades no transmisibles.

Consumo de sal

25. IMPLANTAR PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE LA INGESTA DE SAL SOSTENIBLES, FINANCIADOS, BASADOS EN PRUEBAS CIENTÍFICAS, INTEGRADOS CON OTROS PROGRAMAS DE ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD, QUE INCLUYAN A TODA POBLACIÓN, Y ESPECIALMENTE A LOS NIÑOS.

La reducción poblacional del consumo de sal es una de las medidas más costo-efectivas (y de reducción del gasto) disponibles para mejorar la salud, y se asocia con disminuciones de la incidencia y la mortalidad por enfermedades vinculadas con su elevada ingesta.

26. REGULAR, MEDIANTE LEGISLACIÓN, POLÍTICAS FISCALES E INCENTIVOS ECONÓMICOS, Y SUPERVISAR DE CERCA EL ESTABLECIMIENTO POR PARTE DE LAS INDUSTRIAS ALIMENTARIAS LOCALES DE METAS GRADUALES Y CRONOGRAMAS DE REDUCCIÓN DEL CONTENIDO DE SAL DE TODOS LOS ALIMENTOS Y ELABORAR UNA POLÍTICA PARA QUE TODAS LAS COMPRAS DE ALIMENTOS FINANCIADOS PÚBLICAMENTE SEAN CONGRUENTES CON LOS NIVELES DE SAL RECOMENDADOS.

En países donde se ha reducido el contenido de sal de los alimentos por medio de acuerdos con la industria o por vía legislativa se han observado descensos de la tensión sistólica a escala poblacional.

27. AMPLIAR EL RESPALDO DEL CODEX ALIMENTARIUS PARA QUE EL ETIQUETADO DE LOS PRODUCTOS ALIMENTICIOS QUE CONTENGAN SAL O SODIO SEA OBLIGATORIO. ASIMISMO, APROBAR REGULACIONES PARA DECLARAR PÚBLICAMENTE Y ACTUALIZAR DE FORMA REGULAR Y ESTANDARIZADA LOS NUTRIENTES CONTENIDOS EN TODOS LOS ALIMENTOS MANUFACTURADOS.

La información que forma parte del etiquetado de los alimentos, así como los mensajes de advertencia que los deberían acompañar, cuando están bien diseñados para informar al público lego, constituyen una pieza adicional clave de todas las campañas de educación en salud de la población.

28. INFORMAR A LA POBLACIÓN GENERAL SOBRE LOS RIESGOS PARA LA SALUD ASOCIADOS CON LA DIETA DE ALTO CONTENIDO EN SAL Y LA FORMA DE REDUCIR SU CONSUMO Y ESTIMULAR EL PAPEL DE LA SOCIEDAD CIVIL, PARTICULARMENTE DE LAS ASOCIACIONES DE CONSUMIDORES, PARA VELAR POR EL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS Y REGULACIONES.

La educación de la población sobre dichos riesgos y la forma de reducirlos son dos de las piedras angulares de la efectividad de las políticas dirigidas a disminuir su consumo y los riesgos asociados con su elevada ingesta.

29. IMPLANTAR UN SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA PARA IDENTIFICAR LOS CONTENIDOS DE SAL DE LOS ALIMENTOS Y SUS PRINCIPALES FUENTES, EVALUAR EL GRADO DE CONSECUCCIÓN DE LOS COMPROMISOS CONTRAÍDOS, DE LA META INTERNACIONAL RECOMENDADA DE INGESTA DE SAL (OMS: < 5G/PERSONA/DÍA) Y DE LAS QUE DIMANAN DE LAS POLÍTICAS NACIONALES DE REDUCCIÓN DE LA SAL, Y ESTIMAR EL IMPACTO EN LA SALUD Y ECONÓMICO DE LA DIETA DE ALTO CONTENIDO EN SAL.

Los sistemas de vigilancia activa del desarrollo y el alcance de las acciones acometidas en la reducción de la ingesta de la sal son la principal fuente de datos para conocer el grado de consecución de los objetivos marcados y la efectividad de las políticas de reducción de la ingesta de sal.

30. MONITORIZAR LOS EFECTOS ADVERSOS POTENCIALES DE LA REDUCCIÓN DE SODIO DE LOS ALIMENTOS.

A veces, la reducción del contenido en sodio de los alimentos se acompaña de su sustitución por aditivos grasos y otros compuestos nocivos. Si la intervención no se planifica adecuadamente, puede reducir la ingesta de yodo.

Alimentación saludable

31. PROMOVER UNA POLÍTICA AGRÍCOLA SOSTENIBLE PARA AUMENTAR LA PRODUCCIÓN, LA OFERTA, EL ACCESO Y LA ACEPTACIÓN DE ALIMENTOS SALUDABLES Y REDUCIR LOS DE LOS NOCIVOS.

Averiguar si la oferta en los mercados nacionales y el exceso de consumo de grasas, calorías y alimentos nocivos para la salud están influidos por las políticas de agricultura y la cadena de suministros en su conjunto, y estimar el potencial para aumentar la producción, la oferta, el acceso y la aceptación de alimentos saludables y reducir los de los nocivos.

Está demostrado que determinadas políticas de agricultura se asocian con cambios en los precios y la disponibilidad de alimentos que, junto con la regulación de su contenido en nutrientes, influyen en los modelos de producción alimentaria. En varios países se ha comprobado que es posible vincular estrechamente políticas de promoción, producción e investigación agrícolas que conducen a mejoras de la salud cardiovascular de la población.

32. PROMOVER Y CONSOLIDAR ENTORNOS EN LA COMUNIDAD QUE FACILITEN EL ACCESO A UNA DIETA SALUDABLE, HACIENDO HINCAPIÉ EN LA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, EN LA ALIMENTACIÓN ÓPTIMA DE LACTANTES Y NIÑOS Y EN LA DISPONIBILIDAD DE COMIDAS Y BEBIDAS SALUDABLES EN LOS CENTROS EDUCATIVOS.

El acceso a alimentos frescos y saludables está asociado con comportamientos de la población que reducen el riesgo y aumentan el control de las ECV.

Los gobiernos disponen de mecanismos eficientes para regular la oferta y la venta de los alimentos saludables y de los nocivos, el cumplimiento de las normativas de todos los productos alimentarios y, sobre todo, para aumentar la disponibilidad de los saludables en los centros educativos donde los niños y los adolescentes permanecen gran parte de su tiempo.

33. FORTALECER POLÍTICAS EFICIENTES Y BASADAS EN PRUEBAS CIENTÍFICAS SOBRE TRANSACCIONES COMERCIALES, FIJACIÓN DE PRECIOS, INCENTIVOS FINANCIEROS A LA PRODUCCIÓN, EL MERCADERO Y LA VENTA DE ALIMENTOS SALUDABLES.

Hay intervenciones públicas que indican que los gobiernos pueden articular mecanismos fiscales y de incentivación financiera efectivos que favorecen la producción, comercialización y venta de alimentos saludables congruentes con estrategias de prevención del sobrepeso y de la obesidad basadas en pruebas científicas.

Las dietas pueden mejorar aumentando y diversificando la producción local de alimentos y su exportación, reduciendo su precio e introduciendo incentivos fiscales para el consumo de alimentos saludables mediante distintas políticas de agricultura y alimentación.

Para ser efectivas, dichas intervenciones han de complementar las recomendaciones sobre disponibilidad y venta de alimentos y prever planes de contingencia para contrarrestar la oposición que puedan despertar.

34. CONSTITUIR UN GRUPO DE TRABAJO PARA DEFINIR POLÍTICAS QUE REGULEN LA PROMOCIÓN Y EL MERCADEO DE ALIMENTOS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES, ESTABLECER LOS OBJETIVOS DE REDUCCIÓN DE SU EXPOSICIÓN A ELLOS, Y DECIDIR LOS ALIMENTOS, LOS CANALES DE COMUNICACIÓN Y LAS TÉCNICAS DE MERCADEO QUE HAN DE SER OBJETO DE REGULACIÓN, ASÍ COMO LAS FORMAS DE IMPLANTAR DICHAS POLÍTICAS Y EVALUAR SU CUMPLIMIENTO.

Numerosas pruebas científicas demuestran que la utilización del mercadeo y la publicidad para promocionar el consumo de alimentos nocivos para la salud influyen indudablemente en las preferencias, demandas y patrones de consumo de alimentos nocivos de los niños y adolescentes, especialmente vulnerables a ellos, sobre todo en los países con escasos mecanismos de regulación implantados.

El efecto de la publicidad televisiva en la dieta de los niños es independiente del que ejercen otros factores en ella. Su exposición a esta publicidad aumenta notablemente el riesgo de consumo de alimentos nocivos y, por ende, el de los factores de riesgo cardiovascular asociados con su consumo.

35. DECIDIR SI LAS PROPUESTAS Y LOS COMPROMISOS VOLUNTARIOS DE AUTORREGULACIÓN DE LAS EMPRESAS NACIONALES Y MULTINACIONALES DE ALIMENTOS SON SUFICIENTES PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS POLÍTICAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD O SI ES PRECISO IMPLANTAR MEDIDAS REGULATORIAS OBLIGATORIAS.

A través de sus agencias de regulación ministeriales varios países han conseguido aumentar el cumplimiento de las políticas agrícolas, de producción, distribución, mercadeo y publicidad de los alimentos por parte de las empresas cuando éstas incumplen sus promesas de autorregulación.

36. REFORZAR EL CUMPLIMIENTO DEL CÓDIGO DE LA OMS PARA COMERCIALIZAR SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA. ASIMISMO, PROHIBIR LA PUBLICIDAD DE BEBIDAS AZUCARADAS Y PRODUCTOS ALIMENTARIOS DE BAJO VALOR NUTRICIONAL –SOBRE TODO LA DIRIGIDA A NIÑOS Y ADOLESCENTES–, INTENSIFICAR LA REGULACIÓN QUE OBLIGA A DECLARAR PÚBLICAMENTE Y A ACTUALIZAR CON REGULARIDAD LOS NUTRIENTES DE TODOS LOS ALIMENTOS MANUFACTURADOS, Y VINCULAR LAS NORMATIVAS APROBADAS CON SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO Y CON LEYES DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS CONSUMIDORES Y DE LOS NIÑOS.

Numerosas pruebas científicas demuestran la relación entre publicidad y consumo de alimentos, la mayor vulnerabilidad de niños y adolescentes de países con débil capacidad de regulación a la exposición a publicidad engañosa, y la efectividad de distintos mecanismos regulatorios que contribuyen a prevenir la obesidad infantil.

37. PROHIBIR EN LOS CENTROS EDUCATIVOS EL MERCADEO Y LA VENTA DE BEBIDAS AZUCARADAS Y DE PRODUCTOS ALIMENTARIOS CON ALTO CONTENIDO EN GRASAS Y SODIO, ASÍ COMO LOS DE BAJO VALOR NUTRICIONAL.

Distintos estudios e intervenciones han puesto claramente de manifiesto la relación entre el consumo de esos alimentos nocivos, el sobrepeso y la obesidad, la competitividad de mercado y los efectos de sustitución entre estos productos alimentarios y los saludables, la factibilidad de prohibir la oferta de los primeros y de incentivar la promoción de los segundos, así como la viabilidad de habilitar mecanismos de regulación estatal cuando las empresas incumplen su compromiso de autorregulación.

38. AUMENTAR LA CARGA IMPOSITIVA DE LAS BEBIDAS AZUCARADAS Y DE LOS ALIMENTOS DE ALTA DENSIDAD ENERGÉTICA.

El aumento del precio de estos productos alimentarios se asocia con la reducción de su consumo, el de la incidencia de las enfermedades cuyo riesgo aumentan y el de las externalidades negativas de la obesidad. Los ingresos que generan pueden invertirse en la adopción de otras medidas complementarias de efectividad comprobada.

Actividad física

39. IMPLANTAR POLÍTICAS SOSTENIBLES DE PLANIFICACIÓN, TRANSPORTE Y SEGURIDAD URBANOS PARA CREAR ENTORNOS QUE FACILITEN EL DISFRUTE DE UNA VIDA FÍSICAMENTE SALUDABLE, ACTIVA Y SEGURA.

La provisión de recursos comunitarios que permiten a los ciudadanos realizar actividades físicas como caminar, hacer gimnasia e ir en bicicleta ejerce un beneficioso efecto en la prevención y el control de la hipertensión arterial, la obesidad y la diabetes.

En numerosas ciudades del mundo la provisión de espacios tales como parques, zonas verdes y recreativas, acompañada de campañas de promoción adecuadas, se ha asociado con un aumento del ejercicio físico a escala poblacional.

La construcción y el aumento progresivo en las ciudades de zonas peatonales y carriles para bicicletas seguros y la oferta pública de bicicletas de alquiler a muy bajo costo se han asociado también con el aumento de la actividad física a escala poblacional.

40. PROMOVER INTERVENCIONES INTEGRALES Y EFECTIVAS DE REDUCCIÓN DEL SEDENTARISMO Y PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN TODOS LOS GRUPOS DE EDAD Y ADAPTADAS AL ENTORNO URBANO, A LAS CONDICIONES DE LOS LUGARES DE TRABAJO Y A LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES DE LA POBLACIÓN.

La actividad física regular (120 minutos de actividad física moderada-vigorosa semanal) es un factor independiente que disminuye el riesgo de varias enfermedades crónicas y el sedentarismo, un factor de riesgo de este último independiente de enfermedad coronaria.

41. INCORPORAR AL CURRÍCULO ESCOLAR 50 MINUTOS DIARIOS DE ACTIVIDAD FÍSICA MODERADA.

La epidemia de obesidad, que muchas veces comienza tempranamente en la infancia, ha aumentado en todo el mundo. Hay países donde hasta una quinta parte de los niños son obesos o tienen sobrepeso.

Las escuelas, a las que asisten la inmensa mayoría de los niños, y donde estos permanecen una buena parte del día, son por lo general lugares seguros para realizar ejercicio físico apropiadamente dosificado. Las escuelas y los maestros pueden contribuir a consolidar normas sociales que valoren positivamente la dieta saludable y la actividad física.

42. COLABORAR ESTRECHAMENTE CON LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN PARA DIFUNDIR INFORMACIÓN PRECISA Y BASADA EN PRUEBAS CIENTÍFICAS ENTRE LA POBLACIÓN GENERAL SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ECV.

Ofrecer a la población general información basada en pruebas científicas, precisa y clara respecto a los beneficios de la actividad física periódica, adecuada y pautaada es un factor clave de la efectividad de las políticas dirigidas a prevenir y controlar las ECV mediante la promoción del ejercicio físico.

43. INCENTIVAR LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES Y LA INVERSIÓN EN PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA.

La diversificación y la mejora de la efectividad de las intervenciones propuestas son tributarias de los resultados de investigaciones de implementación y de impacto bien realizadas y de que éstos se acompañen de acciones de promoción basadas en pruebas científicas y llevadas a cabo por personal suficientemente capacitado.

Alcohol

44. EJECUTAR LA ESTRATEGIA MUNDIAL PARA REDUCIR EL USO NOCIVO DE ALCOHOL ADOPTADA POR LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD EN 2010.

El uso nocivo de alcohol tiene un grave efecto sobre la salud pública y es considerado uno de los principales factores de riesgo a escala mundial.

El uso nocivo de alcohol contribuye de manera significativa a la carga mundial de enfermedades, y específicamente a la hipertensión arterial, y es uno de los principales factores de riesgo de mortalidad prematura y de discapacidad.

Se dispone de numerosas pruebas científicas sobre la efectividad y la eficiencia de estrategias e intervenciones para prevenir y reducir el uso nocivo de alcohol. Sin embargo, estas actuaciones a menudo están fragmentadas y no siempre se corresponden con la magnitud del impacto que el uso nocivo de alcohol tiene sobre la salud y el desarrollo social.

IV

Control integrado de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo

Competencias del personal sanitario

45. GARANTIZAR QUE EL SISTEMA DE SALUD, Y PARTICULARMENTE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, DISPONGA DE RECURSOS HUMANOS SUFICIENTES, COMPETENTES, MOTIVADOS Y ESTABLES, QUE SE TRABAJE EN EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS, SE DEFINAN INEQUÍVOCAMENTE LAS FUNCIONES DEL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA EN TODOS LOS NIVELES DE LA ATENCIÓN, Y QUE SE EVALÚE SU DESEMPEÑO.

La provisión de recursos humanos y materiales en número y capacitación adecuados es condición necesaria para lograr que la oferta de servicios responda de forma eficiente y sostenible a las necesidades reales de atención que plantea este enorme desafío.

La calidad de la asistencia médica depende en gran medida de la formación del personal sanitario (sobre todo del de atención primaria) en la prestación de una atención integral, continuada, vertebrada en torno a los conceptos del modelo de cuidados a los enfermos crónicos, y que promueva el automanejo, la adhesión a guías de práctica clínica y la reducción de la variabilidad injustificada de la práctica médica.

46. DESARROLLAR ESTRATEGIAS INTEGRALES Y SOSTENIBLES DE EDUCACIÓN CONTINUADA DIRIGIDAS ESPECIALMENTE A LOS TRABAJADORES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA, REFORZAR EL COMPONENTE DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ECV Y, SI ES NECESARIO, REVISAR LOS PROGRAMAS ACADÉMICOS PARA ALCANZAR ESE OBJETIVO.

La incidencia de los cambios sociales, demográficos, epidemiológicos y tecnológicos en las ECV exige reorientar periódicamente los planes de estudio, de pre y postgrado, para adaptarlos en cada país a sus necesidades formativas.

La correcta implantación de los modelos integrales de prevención y control de riesgos y enfermedades crónicas obliga a revisar los planes de estudio vigentes y a incorporar en ellos la formación y acreditación continuadas, la troncalidad, las tecnologías de la información y la comunicación, la medicina basada en pruebas, así como la planificación, la gestión de servicios y la gestión clínica.

Atención primaria, estratificación de la población y redes integradas de servicios de salud

47. FORTALECER LOS SISTEMAS DE SALUD BASADOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA Y ORGANIZADOS EN REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS, PRESTANDO ESPECIAL ATENCIÓN A LAS TRES FUNCIONES BÁSICAS DEL PRIMER NIVEL EN RELACIÓN CON LAS ECV: SERVIR DE PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA, GARANTIZAR LA COORDINACIÓN Y LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN E INTEGRAR LA INFORMACIÓN DEL USUARIO.

La prevención y el control de las ECV mejorarán si los sistemas de salud se orientan a la completa implantación de la estrategia de atención primaria y si los cuidados se articulan en torno a redes integradas de servicios de salud.

El acceso a la prevención clínica prestada en servicios integrales de salud redundará en ganancias económicas, sociales y de salud importantes porque las ECV comparten factores de riesgo con otras enfermedades crónicas.

La fragmentación de la atención desemboca en una falta de adherencia a los estándares internacionales que explica el tratamiento subóptimo, el aumento de las recurrencias y las complicaciones.

48. IDENTIFICAR LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN SANITARIA DE LOS PACIENTES CON ECV Y OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS EN GENERAL Y, DE ELLOS, LOS MÁS FRÁGILES O COMPLEJOS EN PARTICULAR, ESTRATIFICANDO A ESTOS PACIENTES EN FUNCIÓN DE SU RIESGO Y SU PERFIL DE MORBILIDAD CRÓNICA, DE HOSPITALIZACIÓN Y DE CONSUMO DE RECURSOS A FIN DE ADECUAR LOS RECURSOS Y LOS CIRCUITOS ASISTENCIALES A ELLOS.

La estratificación de la población de pacientes crónicos puede realizarse sobre la base de diferentes tipos de riesgo, como el de muerte, complicaciones graves, admisiones y readmisiones hospitalarias, disminución del estado funcional, utilización de recursos y costo de la atención sanitaria. La carga de morbilidad ha demostrado congruentemente ser un factor clave para estratificar la población.

El costo es una variable útil para determinar la complejidad de los pacientes crónicos e identificar aquellos cuyo riesgo de consumir recursos sanitarios es alto.

Existe una alta concentración y persistencia del costo sanitario en un subgrupo pequeño de pacientes con ECV y otras enfermedades crónicas.

49. AUMENTAR LA EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA DEL SISTEMA DE SALUD ADECUANDO LAS INTERVENCIONES SANITARIAS Y SUS RECURSOS A LOS NIVELES DE COMPLEJIDAD DE LA MORBILIDAD ATENDIDA Y DEL RIESGO DE CONSUMO DE RECURSOS EN QUE SE ESTRATIFICA LA POBLACIÓN DE PACIENTES CON ECV Y OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS.

Hay diferentes modelos que predicen la utilización de recursos sanitarios a partir de la morbilidad crónica atendida y el uso previo de recursos asistenciales generales (hospitalización, gasto en farmacia, prescripción ambulatoria de dispensación ambulatoria) o de determinados servicios (reingresos hospitalarios urgentes). Algunos ejemplos son el desarrollado por Kaiser Permanente o el modelo PARR (Patients at Risk of Re-hospitalization) de la King's Fund.

Unos modelos son útiles para el proveedor de servicios (modelos predictivos), pues con ellos se predicen los pacientes de alto riesgo de morbilidad y de muy elevado consumo de recursos sanitarios (frecuentación, hospitalización, readmisiones, medicamentos). Otros son útiles para el financiador (modelos de ajuste de riesgo), ya que con ellos se ajustan por riesgo la estimación de la calidad y eficiencia de los servicios y los pagos a los proveedores.

Modelos de predicción más avanzados y complejos, como el Arquímedes, predicen con alta validez el riesgo de morbilidad y el consumo de recursos sanitarios a partir de variables fisiológicas y biológicas, factores de riesgo, signos y síntomas, pruebas diagnósticas, tratamientos, complicaciones, muerte, procesos de atención médica, y tipo y volumen de recursos del sistema sanitario.

50. GARANTIZAR QUE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DISPONEN DE LAS TECNOLOGÍAS, HERRAMIENTAS Y PRESTACIONES NECESARIAS PARA EVALUAR Y CONTROLAR CON EFICIENCIA EL RIESGO CARDIOVASCULAR.

La correcta integración de servicios en red y la eficiencia y calidad globales del sistema son en parte tributarias de que se dote a la atención primaria con las tecnologías más costo-efectivas y con mayor capacidad resolutiva para ese nivel de la atención.

Entre éstas destacan normas y protocolos, criterios de referencia y derivación, tablas de predicción de riesgo, pruebas de laboratorio básicas, medicamentos esenciales, registros o historias clínicas simplificadas, y programas de apoyo al paciente en el autocuidado y de educación de las familias y la comunidad.

51. IMPLANTAR CRITERIOS DE DERIVACIÓN DE PACIENTES DESDE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN A OTROS ÁMBITOS DE ATENCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD, QUE RESPONDAN A LOS PROBLEMAS DE COORDINACIÓN ENTRE NIVELES Y SE BASEN EN LA EFECTIVIDAD DE LAS PRESTACIONES DE CADA NIVEL Y EN LA EFICIENCIA GLOBAL DEL SISTEMA.

La atención de las personas con factores de riesgo y con ECV en el nivel de atención adecuado es requisito de calidad del sistema, reduce demoras de diagnósticos y tratamientos, duplicación y realización de pruebas diagnósticas inadecuadas, la prescripción inducida y maximiza, en suma, la capacidad resolutiva y la eficiencia de cada nivel.

Modelo de atención a las enfermedades crónicas

52. ACELERAR LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRADO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD. EN ÉL SON CRÍTICOS EL FOMENTO DEL AUTOCUIDADO Y LA REDEFINICIÓN DE LAS FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL PERSONAL MÉDICO, DE ENFERMERÍA Y DE TRABAJO COMUNITARIO.

La fragmentación de los servicios, incluidos los de prevención, reduce la efectividad de los tratamientos y aumenta la incidencia de complicaciones y muertes evitables, así como la ineficiencia de los servicios de atención primaria y especializada.

La aplicación del modelo de atención integrado de las enfermedades crónicas puede favorecer una atención cardiovascular más integral y sostenible, potenciar el autocuidado de los pacientes, y mejorar la coordinación entre niveles de atención.

Diversos estudios demuestran que no es ningún elemento aislado de los que componen los modelos de atención de pacientes crónicos el que desempeña un papel primordial en la mejora de resultados clínicos en pacientes con ECV y otras enfermedades no transmisibles, sino el cambio del conjunto de estos elementos interconectados en el modelo de provisión de servicios.

53. POTENCIAR EL PAPEL ACTIVO, LA RESPONSABILIZACIÓN Y LA AUTONOMÍA DE LAS PERSONAS CON FACTORES DE RIESGO O ECV, Y ESPECIALMENTE CON DIABETES E HIPERTENSIÓN, MEDIANTE EL DESARROLLO DE SUS HABILIDADES Y RECURSOS PARA MAXIMIZAR SU CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO.

El riesgo de las ECV se reduce y su control mejora cuando las personas afectadas conocen los estilos de vida saludable, los factores de riesgo y los cambios de comportamiento necesarios para reducirlos, así como las medidas específicas de autocuidado.

El autocuidado implica la participación activa de los pacientes y sus cuidadores en su propia asistencia de salud y en la toma de decisiones informadas y compartidas por el profesional, el paciente y el cuidador. Supone también la participación activa de los ciudadanos en la promoción de su salud y la prevención de la aparición y el desarrollo de enfermedades crónicas. Las personas que autogestionan su enfermedad, tras haber recibido apoyo para conseguirlo, consiguen mejores resultados en su control que las que no lo hacen.

Hipertensión arterial y riesgo cardiovascular total individual

54. FORTALECER LAS ACCIONES PARA MEJORAR LOS NIVELES DE CONOCIMIENTO, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA), HACIENDO HINCAPIÉ EN LA DETECCIÓN OPORTUNA, LA SELECCIÓN Y LA UTILIZACIÓN ADECUADAS DE MEDICAMENTOS Y LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA.

La hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y el tabaquismo vistos en conjunto explican más del 80% de las ECV, pero la hipertensión es el factor de riesgo con más peso y se asocia con el 62% de los accidentes cerebrovasculares y 49% de la cardiopatía isquémica. Tratar y controlar la HTA es, por lo tanto, una estrategia medular en la atención de las ECV.

Muchos de quienes padecen hipertensión arterial desconocen su condición de hipertensos y una significativa proporción de los tratados no alcanzan la meta de control (< 140/90 mmHg).

La cobertura de las intervenciones de detección aumenta cuando se fomentan acciones de tamizaje con personal sanitario no médico, especialmente enfermeras entrenadas y certificadas, y en enclaves no tradicionales tales como los lugares de trabajo.

El diagnóstico de la HTA es relativamente fácil y su tratamiento, de bajo costo.

55. FOMENTAR LA EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR TOTAL INDIVIDUAL EN LAS PRESTACIONES CLÍNICAS PREVENTIVAS, HACIENDO HINCAPIÉ EN EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON ALTO RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.

El mejor enfoque clínico, basado en pruebas científicas, para hacer frente a las enfermedades cardiovasculares, en países de renta per cápita baja o media, es el tratamiento basado en una combinación de medicamentos (aspirina, dos antihipertensivos y una estatina) para las personas detectadas en la atención primaria y clasificadas como de alto riesgo cardiovascular y para aquellos pacientes que ya han tenido un evento cardiovascular.

La OMS ha producido un instrumento para la evaluación del riesgo cardiovascular que puede simplificar esta evaluación y que no necesariamente precisaría de análisis de laboratorio.

Se estima que la generalización de esta intervención pudiera evitar 18 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares, en un período de diez años, en 23 países que tienen una alta carga de enfermedad cardiovascular y cuya renta per cápita es baja o media, a un costo de 1.08 dólares americanos por persona por año.

56. REFORZAR LA DETECCIÓN TEMPRANA Y EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN LAS PERSONAS CON HIPERTENSIÓN Y DIABETES.

La combinación de HTA y diabetes aumenta marcadamente el riesgo de eventos cardiovasculares y de enfermedad renal terminal, por lo cual en los pacientes con diabetes, la HTA debe ser tratada hasta conseguir controlarla. La alta prevalencia de HTA, y las señales de que la diabetes está adquiriendo carácter epidémico, refuerzan la necesidad de estar preparados para encarar este desafío de salud pública.

Hay grandes lagunas en el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión y la diabetes que impiden reducir en lo posible la incidencia de la enfermedad renal crónica, por lo que se aconseja detectar tempranamente la enfermedad renal en la atención primaria de salud (por medio de la albuminuria y creatinina), particularmente en poblaciones de riesgo y prestando especial atención a las personas con hipertensión y diabetes.

57. MONITORIZAR LOS NIVELES DE CONTROL POBLACIONAL DE LA HIPERTENSIÓN A ESCALA NACIONAL Y LOCAL Y ESPECIALMENTE EN GRUPOS VULNERABLES.

Los casos de hipertensión no controlados son frecuentes a pesar de que muchos pacientes consultan a su médico con regularidad.

La tasa de control poblacional de la hipertensión es un componente de la efectividad de los programas y, a su vez, un indicador centinela de las desigualdades en salud. Como tal, puede usarse para evaluar tanto dichas desigualdades como la efectividad de las intervenciones encaminadas a reducirlas.

Calidad y eficiencia de las prestaciones clínicas

58. EJECUTAR POLÍTICAS QUE FAVOREZCAN QUE EL SISTEMA DE SALUD OPERE BAJO ALTOS ESTÁNDARES DE EFICIENCIA Y SEGURIDAD CLÍNICA. EN ESTE CONTEXTO, APLICAR SISTEMAS DE CERTIFICACIONES Y AUDITORÍAS CLÍNICAS.

La acreditación y certificación de los establecimientos de salud y los proveedores, así como otros procedimientos de auditoría, son herramientas que contribuyen a mejorar la calidad de los servicios de salud y la seguridad del paciente. La legislación desempeña un papel importante en esta tarea, aunque su éxito depende de la habilidad para hacer cumplir leyes y respetar las reglas de juego formales e informales.

59. ESTABLECER PROGRAMAS INTEGRALES DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD PARA EVALUAR LAS PRESTACIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN A LAS ECV EN LAS UNIDADES QUE CONFORMAN LOS SERVICIOS DE SALUD.

La mejora de la calidad de los planes, estrategias y programas dirigidos a la prevención de las ECV y al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas exige evaluar su efectividad y eficiencia, detectar barreras y limitaciones a su progresión, diseñar medidas de mejora, implantarlas y evaluarlas de nuevo conforme a un sistema permanente de retroalimentación de la información y en el marco de modelos de evaluación continua de la calidad.

60. IMPLEMENTAR GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA ADAPTADAS A LOS REQUERIMIENTOS, RECURSOS Y LA CULTURA LOCAL QUE DEFINAN Y ARMONICEN LAS FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DE TODOS LOS NIVELES DE LA RED DE SERVICIOS.

La adecuada implantación y observancia de guías de práctica clínica correctamente elaboradas y basadas en altos niveles de evidencia es una condición necesaria para prestar una atención de calidad, reducir la variabilidad injustificada y, por ende, disminuir la morbimortalidad y el gasto evitables.

61. IMPLANTAR POLÍTICAS DE REGULACIÓN DE MEDICAMENTOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS BASADAS EN SU BUENA CALIDAD, EFICACIA RELATIVA, SU VALOR DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO AÑADIDOS, SU VALOR SOCIAL, Y SU SEGURIDAD. ASEGURAR QUE LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS RESPONDE A ESTOS PRINCIPIOS Y QUE SE PROMUEVE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS.

El aumento del gasto en tecnologías para las ECV no siempre se asocia con un aumento de la efectividad del diagnóstico y el tratamiento y mejores resultados clínicos. La sostenibilidad de las tecnologías puede estar en peligro a menos que se apliquen criterios de costo-efectividad incremental y valor social en la selección, adopción y difusión de las nuevas y en la desinversión de las obsoletas y menos costo-efectivas.

La mejora de la accesibilidad y disponibilidad de medicamentos y tecnologías esenciales y de la provisión de servicios de farmacia integrales se produce cuando se implantan políticas que refuerzan el uso racional de medicamentos, promueven la prescripción de genéricos e incluyen medidas adecuadas de fijación de precios y de racionalización del gasto.

Existen intervenciones y tecnologías costo-efectivas, asequibles y viables para hacer frente a estas enfermedades, incluso en entornos de bajos ingresos.

Síndrome coronario agudo y accidentes cerebrovasculares

62. PRIORIZAR UN GRUPO DE INTERVENCIONES CLAVES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS ENFERMOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA) Y CON ACCIDENTES CEREBROVASCULARES (ACV), A SABER:

62 A. IMPLEMENTAR UNA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN DE LA POBLACIÓN GENERAL PARA USAR EFICIENTEMENTE LOS SISTEMAS DE URGENCIAS, DETECTAR TEMPRANAMENTE LOS SÍNTOMAS Y SIGNOS PREMONITORIOS DE UN SCA O ATAQUE AL CORAZÓN Y DE UN ACV O ICTUS, REALIZAR CORRECTAMENTE LAS MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR, Y UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS DESFIBRILADORES EXTERNOS AUTOMÁTICOS, A FIN DE TRATAR A LOS PACIENTES DE FORMA EFECTIVA Y OPORTUNA.

El conocimiento de la población general para reconocer temprana y correctamente los síntomas y signos del SCA y de los ACV y de la necesidad de administrar un tratamiento urgente es insuficiente y contribuye a empeorar los resultados clínicos.

La educación del público para la identificación correcta y temprana de los síntomas y signos del SCA y de los ACV para actuar en correspondencia es un elemento de importancia crítica.

La población general y parte de la comunidad médica aún perciben el ictus como una enfermedad intratable e irreversible que explica que el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación sean acciones pasivas en algunas zonas.

El entrenamiento en reanimación cardiopulmonar deber fundamentarse en las recomendaciones vigentes aceptadas a escala internacional (ILCOR).

62 B. DESARROLLAR LAS REDES LOCALES DE SERVICIOS DE EMERGENCIAS MÉDICAS (SEM) EN ESPACIOS GEO-ADMINISTRATIVOS Y POBLACIONALES DEFINIDOS, ARMONIZADOS CON LOS RESTANTES COMPONENTES DE LA RED DE SERVICIOS, QUE FACILITEN LA ACTUACIÓN COORDINADA Y CONTRIBUYAN A MEJORAR LA EFICIENCIA DE LAS INTERVENCIONES.

La estrecha dependencia entre la morbimortalidad del SCA y de los ACV y el tiempo en que se establece un diagnóstico certero y se administra el tratamiento de revascularización efectivo obliga a mantener permanente coordinados e integrados en la red de urgencias los cuatro eslabones de la cadena de supervivencia: acceso rápido, reanimación cardiopulmonar precoz, desfibrilación precoz, y soporte vital avanzado.

Los sistemas de emergencia médica desempeñan un papel crucial en la identificación, clasificación y transporte de los pacientes en fase aguda.

La eficiencia de la organización en redes integrales de los servicios de salud depende en parte de la creación de redes locales de servicios de derivación ordinaria, preferente y urgente de pacientes y de servicios de emergencias médicas, de su vertebración con los distintos niveles de atención y de su adaptación a las necesidades de poblaciones adscritas a territorios predefinidos.

La calidad y seguridad de los SEM aumentan cuando sus actuaciones se basan en la aplicación de protocolos de acceso rápido de los pacientes y de algoritmos y sistemas de pre-notificación, que traduzcan las recomendaciones de las guías de práctica clínica vigentes.

La adecuada coordinación de sus actuaciones exige disponer de un número de teléfono único de emergencias en cada país y realizar mapeos periódicos de recursos para subsanar deficiencias en los servicios.

62 C. CREAR LOS MECANISMOS PARA AMPLIAR EL ACCESO Y LA COBERTURA DE LA TERAPIA DE REPERFUSIÓN TEMPRANA PARA LOS PACIENTES CON SCA CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST Y PARA LOS PACIENTES CON ACV CON CRITERIOS PARA ELLO, HACIENDO HINCAPIÉ EN LA URGENCIA DE LAS INTERVENCIONES (TIEMPO ENTRE INICIO DE LOS SÍNTOMAS Y EL TRATAMIENTO) Y EN LA DISPONIBILIDAD DE TECNOLOGÍAS BÁSICAS (MEDICAMENTOS, ELECTROCARDIOGRAMA, MONITOR DE RITMO Y DESFIBRILADOR) QUE GARANTICEN UNA INTERVENCIÓN PRECOZ Y SEGURA.

La morbimortalidad del SCA y de los ACV, la incidencia de nuevos eventos y la calidad de vida de estos pacientes están directamente relacionados con el tiempo que media entre el inicio de los síntomas y el tratamiento de revascularización que se administre.

La trombolisis en el SCA con elevación del segmento ST ha demostrado ser un procedimiento eficaz que reduce la mortalidad y mejora la calidad de vida cuando se administra de manera precoz y segura. En presencia de una red de atención de urgencias prehospitalarias estructurada, la trombolisis prehospitalaria es un procedimiento muy costo-efectivo.

Los pacientes con SCA y elevación del segmento ST deben ser tratados preferentemente con intervencionismo coronario percutáneo (ICP) en unidades designadas y para ello deberán crearse las facilidades correspondientes, especialmente aquellas que los mantienen operativos, incluidas las relacionadas con la ubicación geográfica, dotación de recursos, volumen y calificación de sus servicios.

El ICP es más eficaz y costo-efectivo que la trombolisis en los pacientes de alto riesgo, tanto en las complicaciones postinfarto, la mortalidad precoz y tardía, como en el reinfarto y la necesidad de nuevas intervenciones. Su superioridad depende de la rapidez con que se realice tras la admisión del paciente en el hospital.

62 D. DISPONER DE UNIDADES CORONARIAS Y DE ICTUS INTEGRADAS A LA RED DE SERVICIOS DE SALUD CUYO NÚMERO, ORGANIZACIÓN, COORDINACIÓN, DOTACIÓN TECNOLÓGICA Y COMPLEJIDAD ESTÉN ADAPTADOS A LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN EN RELACIÓN CON ESTAS ENFERMEDADES Y PRIORICEN A LOS QUE SE ENCUENTRAN EN ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES Y DE MUERTE.

La efectividad clínica, la seguridad y la eficiencia de la atención dependen en parte de que la organización de los dispositivos sanitarios responda a criterios de regionalización, basados en sus altos costes estructurales y de mantenimiento, la casuística, la complejidad, el volumen de servicios prestados, y en la experiencia y pericia de los profesionales.

El desarrollo de los sistemas de atención específicos de los pacientes con ictus ha mejorado su identificación temprana, transporte y tratamiento. Los centros designados para su tratamiento, las unidades de ictus y los protocolos mejoran el proceso y la calidad de la atención, incluidos el diagnóstico, el acceso y la administración de tratamiento trombolítico, y la reducción de la estancia hospitalaria, la incapacidad y la mortalidad.

En el decurso de las diferentes fases de la atención del ictus se producen transiciones del paciente entre servicios clínicos y centros asistenciales, que a menudo se asocian con deficiente coordinación, desorientan a pacientes y familiares en el sistema de salud y empeoran los resultados clínicos.

62 E. IMPLANTAR PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN TEMPRANA, DE AMPLIO ALCANCE Y EFECTIVIDAD COMPROBADA, Y DE REINSERCIÓN SOCIAL DE LOS PACIENTES CON SCA Y ACV.

La rehabilitación temprana y coordinada con un equipo multidisciplinario de los pacientes con SCA o ACV disminuye la carga por discapacidad, la mortalidad y el impacto socioeconómico (costos directos e indirectos), facilita la reintegración social, y mejora la calidad de vida.

La implantación de programas de rehabilitación que incluyan, además de la mejora de su capacidad funcional y su reinserción, el efectivo control de los factores de riesgo y su rehabilitación física, psicológica y social, se asocia con una notable reducción de la morbi-mortalidad post evento agudo y mejor calidad de vida.

62 F. AUMENTAR LA COBERTURA Y EL ACCESO A LAS INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN SECUNDARIA DEL SCA Y DE LOS ACV.

El riesgo de recurrencia del SCA y de los ACV es mucho mayor tras el primer episodio y depende de la presencia de factores de riesgo y de enfermedad vascular concomitantes.

La efectividad de la prevención secundaria del SCA y de los ACV depende en buena medida de que los pacientes que han padecido estas tengan un acceso equitativo a los servicios de prevención, sigan una dieta saludable y realicen ejercicio físico periódico, abandonen el hábito tabáquico, controlen la hipertensión arterial y la diabetes, y mantengan una alta adherencia al tratamiento farmacológico de probada eficacia (aspirina, betabloqueantes, IECA y estatinas).

Bibliografía

- ABEGUNDE D, MATHERS C, ADAM T, ET AL.** The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007;370:1929-38.
- ALBERTI K, ECKEL RH, GRUNDY SM, ET AL.** Harmonizing the metabolic syndrome. A Joint Interim Statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation* 2009;120:1640-45.
- ALBERTS MJ, LATCHAW RE, SELMAN WR, ET AL.,** for The Brain Attack Coalition. Recommendations for comprehensive stroke centers; a consensus statement from the Brain Attack Coalition. *Stroke* 2005;36:1597-618.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION.** Heart Disease and Stroke Statistics. [Update.] Dallas, TX: AHA; 2009.
- ANDERSON JL, ADAMS CD, ANTMAN EM, ET AL.** ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-Elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction) developed in collaboration with the American College of Emergency Physicians, the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and the Society of Thoracic Surgeons endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation and the Society for Academic Emergency Medicine. *J Am Coll Cardiol* 2007;50:e1-157.
- ANONYMOUS.** The state of health research worldwide. *Lancet* 2008; 372:1519.
- ANTMAN EM, ANBE DT, ARMSTRONG PW, ET AL.** ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction; A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of patients with acute myocardial infarction). *J Am Coll Cardiol* 2004;44:e1-211.
- ARMSTRONG T, BONITA R.** Capacity building for an integrated non-communicable disease risk factor surveillance system in developing countries. *Ethn Dis* 2003;13:S13-8.

- ASARIA P, CHISHOLM D, MATHERS C, ET AL.** Chronic disease prevention: health effects and financial costs of strategies to reduce salt intake and control tobacco use. *Lancet* 2007;370:2044-53.
- ATUN R, JONGH T, SECCI F, ET AL.** Integration of targeted health interventions into health systems: a conceptual framework for analysis. *Health Pol Plann* 2010;25:104-11.
- AUCHINCLOSS AH, DIEZ ROUX AV, MUJAHID MS, ET AL.** Neighborhood resources for physical activity and healthy foods and incidence of type 2 diabetes mellitus: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Arch Intern Med* 2009;169:1698-704.
- BABEY SH, JONES M, YU H, ET AL.** Bubbling over: soda consumption and its link to obesity in California. *Policy Brief UCLA Cent Health Policy Res* 2009(PB2009-5):1-8.
- BAKRIS G, HILL M, MANCIA G, ET AL.** Achieving blood pressure goals globally: five core actions for health-care professionals. A worldwide call to action. *J Hum Hypertens* 2008;22:63-70.
- BANATVALA N, DONALDSON L.** Chronic diseases in developing countries. *Lancet* 2007;370:2076-8.
- BARRIA RM, AMIGO H.** Nutrition transition: A review of Latin American profile. *Arch Latinoam Nutr* 2006;56:3-11.
- BASSAN R, GILBLER WB.** Chest pain units: state of the art of the management of patients with chest pain in the emergency department. *Rev Esp Cardiol* 2001;54:1103-9.
- BAYÓN J, ALEGRÍA E, BOCH X, ET AL.** Chest pain units. Organization and protocol for the diagnosis of acute coronary syndromes. *Rev Esp Cardiol* 2002;55:143-54.
- BEAGLEHOLE R, BONITA R, HORTON R, ET AL.** Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet* 2011, doi:10.1016/S0140-6736(11)60393-0.
- BELKIC K, SCHNALL P, LANDSBERGIS P, ET AL.** The workplace and cardiovascular health: conclusions and thoughts for a future agenda. *Occup Med* 2000;15:307-21.
- BENNETT S, ADAM T, ZAROWSKY C, ET AL.** From Mexico to Mali: Progress in health policy and systems research. *Lancet* 2008;372:1571-8.
- BERNAL E, ORTÚN V.** La calidad del Sistema Nacional de Salud: bases de su deseabilidad y sostenibilidad. *Gac Sanit* 2010;24:254-8.
- BIBBINS-DOMINGO K, CHERTOW GM, COXSON PG, ET AL.** Projected effect of dietary salt reductions on future cardiovascular disease. *NEJM* 2010;362:590-9.
- BLECHER E.** The impact of tobacco advertising bans on consumption in developing countries. *J Health Econ* 2008;27:930-42.
- BODENHEIMER T, BERRY-MILLET R.** Care management of patients with complex health care needs. San Francisco, CA: The Robert Wood Johnson Foundation; 2009.

- BONITA R, DOUGLAS K, WINKELMANN R, ET AL.** The WHO STE-
Pwise approach to surveillance (STEPS) of noncommunicable
disease risk factors. En: McQueen D, Puska P, eds. Global beha-
vioral risk factor surveillance. London: Kluwer Academic/Plenum;
2003;9-22.
- BONITA R.** Strengthening NCD prevention through risk factor
surveillance. *Global Health Action*. 2009(Suppl. 1), doi:0.3402/gha.
v2i0.2086.
- BRAININ M, OLSEN T, CHAMORRO A, ET AL.** Organization of
stroke care: Education, referral, emergency management and
imaging, stroke units and rehabilitation. For the EUSI Executive
Committee and the EUSI Writing Committee. *Cerebrovasc Dis*
2004;17(Suppl. 2):1-14.
- BRAVEMAN P.** A health disparities perspective on obesity research.
Prev Chronic Dis 2009;6:A91.
- BROWN IJ, TZOULAKI I, CANDEIAS V, ET AL.** Salt intakes around
the world: implications for public health. *Int J Epidemiol*
2009;38:791-813.
- BROWNELL KD, SCHWARTZ MB, PUHL RM, ET AL.** The need for
bold action to prevent adolescent obesity. *J Adolescent Health*
2009;45:S8-17.
- BROWNELL KD, WARNER KE.** The perils of ignoring history: Big
tobacco played dirty and millions died. How similar is big food?
The Milbank Quarterly 2009;87:259-94.
- BUCHAN J, CALMAN L.** Skill-mix and policy change in the health
workforce: Nurses in advanced roles. Paris: Organisation for Eco-
nomic Cooperation and Development; 2005.
- BULUGAHAPITIYA U, SIYAMBALAPITIYA S, SITHOLE J, ET AL.** Is
diabetes a coronary risk equivalent? A systematic review and meta-
analysis. *Diabetic Med* 2009;26:142-8.
- BURLING TA, SINGLETON EG, BIGELOW GE, ET AL.** Smoking
following myocardial infarction: a critical review of the literature.
Health Psychol 1984;3:83-96.
- CAIRNS G, ANGUS K, HASTINGS G.** The extent, nature and effects
of food promotion to children: a review of the evidence to Decem-
ber 2008. Geneva: WHO; 2009.
- CALLINAN JE, CLARKE A, DOHERTY K, ET AL.** Legislative smoking
bans for reducing secondhand smoke exposure, smoking preva-
lence and tobacco consumption. *Cochrane Database Syst Rev*
2010, Apr 14;4:CD005992.
- CAMPILLO C.** Integration of information for health interventions:
from data to information and from information to action. Report
of the Spanish Society of Public Health. *Gac Sanit* 2008;22(Supl
1):14-8.
- CAMPBELL N, LEGOWSKI B, LEGETIC, ET AL.** PAHO/WHO Regio-
nal Expert Group Policy Statement - Preventing cardiovascular
disease in the Americas by reducing dietary salt intake popula-
tion-wide. *CVD Prevention and Control*. 2010;189-91.

- CARDIOVASCULAR HEALTH CRISIS.** Editorial. *Lancet* 2010; 376(4):1874.
- CARICOM (CARIBBEAN COMMUNITY)** Heads of Government. Declaration of Port-of-Spain: Uniting to stop ncds; 2007.
- CAWLEY J.** Markets and childhood obesity policy. The future of children 2006;16:69-88.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION.** Healthy People 2010: Section 12: Heart disease and stroke. Atlanta, GA: CDC; 2010.
- CLARKE D, MCKENZIE T.** Legislative interventions to prevent and decrease obesity in Pacific Island countries: Report prepared for WHO Western Pacific Regional Office. Geneva: WHO; 2007.
- CLAXTON K, BRIGGS A, BUXTON MJ, ET AL.** Value based pricing for NHS drugs: an opportunity not to be missed? *BMJ* 2008;336:251-4.
- COCHRANE DATABASE SYSTEMATIC REVIEWS.** Competitions and incentives for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005, Apr 18;2:CD004307. Review. 2008;(3):CD004ematic 307.
- COOPER A, SKINNER J, NHERERA L, ET AL.** Clinical Guidelines and Evidence Review for Post Myocardial Infarction: Secondary prevention in primary and secondary care for patients following a myocardial infarction. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners; 2007:1-231.
- CORBIN DOC, PODDAR V, HENNIS A, ET AL.** Incidence and case fatality rates of first-ever stroke in a black Caribbean population: The Barbados Register of Strokes. *Stroke* 2004;35:1254.
- CURRY N, HAM C.** Clinical and service integration. The route to improve outcomes. London: The King's Fund; 2010.
- CUTLER JA, FOLLMANN D, ALLENDER PS.** Randomized trials of sodium reduction: An overview. *Am J Clin Nutr* 1997;65(2 Suppl):643S-651.
- CUTLER JA, SORLIE PD, WOLZ M, ET AL.** Trends in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in United States adults between 1988-1994 and 1999-2004. *Hypertension* 2008;52:818-27.
- CUTLER DM, LONG G, BERNDT ER, ET AL.** The value of antihypertensive drugs: A perspective on medical innovation. *Health Aff* 2007;26:97-110.
- CHEN ZM, JIANG LX, CHEN YP, ET AL.** Addition of clopidogrel to aspirin in 45,852 patients with acute myocardial infarction: randomised placebo controlled trial. *Lancet* 2005;366:1607-21.
- CHIONG JR.** Controlling hypertension from a public health perspective. *Int J Cardiol* 2008;127:151-6.
- CHOBANIAN AV, BAKRIS GL, BLACK HR, ET AL.** The Seventh Report of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 Report. *JAMA* 2003;289:2560-72.

- CHOBANIAN AV.** Shattuck Lecture. The hypertension paradox—more uncontrolled disease despite improved therapy. *NEJM* 2009;361:878-87.
- DAAR A, SINGER P, LEAH PERSAD D, ET AL.** Grand challenges in chronic non-communicable diseases. The top 20 policy and research priorities for conditions such as diabetes, stroke and heart disease. *Nature* 2007;450:494-6.
- DECLARATION OF COMMITMENT OF PORT OF SPAIN: SECURING OUR CITIZENS' FUTURE BY PROMOTING HUMAN PROSPERITY, ENERGY SECURITY, AND ENVIRONMENTAL SUSTAINABILITY.** Port of Spain, Trinidad and Tobago: Fifth Summit of the Americas; 2009.
- DE LORGERIL M, SALEN P, MARTIN JL, ET AL.** Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: final report of the Lyon Diet Heart Study. *Circulation* 1999;99:779-85.
- DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY.** AHRQ Quality indicators. Washington, DC: AHQR; 2010.
- DIETZ WH, BENKEN DE, HUNTER AS.** Public health law and the prevention and control of obesity. *The Milbank Quarterly* 2009;87:215-27.
- DÍEZ E, FUENTES B.** Acute care of brain infarction. Do stroke units make difference? *Cerebrovasc Dis* 2001;11:31-9.
- DIEZ ROUX AV, MAIR C.** Neighborhoods and health. *Ann NY Acad Sci* 2010;1186:125-45.
- DORN J, NAUGHTON J, IMAMURA D, ET AL.** Results of a multicenter randomized clinical trial of exercise and long-term survival in myocardial infarction patients: the National Exercise and Heart Disease Project (NEHDP). *Circulation* 1999;100:1764-9.
- DUBOIS CA, SINGH D, JIWANI I.** The human resource challenge in chronic care. 2008. En: Nolte E, McKee M, eds. *Caring for people with chronic conditions: A health system perspective*. Maidenhead: Open University Press:143-71.
- EBRAHIM S, SMITH GD.** Lowering blood pressure: a systematic review of sustained effects of non-pharmacological interventions. *J Public Health Med* 1998;20:441-8.
- EDDY DM, SCHLESSINGER L.** Validation of the Archimedes diabetes model. *Diabetes Care* 2003;26:2102-10.
- EDDY DM, SCHLESSINGER L, KAHN R.** Clinical outcomes and cost-effectiveness of strategies for managing people at high risk for diabetes. *Ann Intern Med* 2005;143:251-64.
- Editorial. **HYPERTENSION: UNCONTROLLED AND CONQUERING THE WORLD.** *Lancet* 2007;370:539.
- EICHLER HG, BLOECHL-DAUM B, ABADIE E, ET AL.** Relative efficacy of drugs: an emerging issue between regulatory agencies and third-party payers. *Nature Revs* 2010;9:277-91.
- EPPING-JORDAN J ET AL.** Improving the quality of care for chronic conditions. *Qual Safety Health Care* 2004;13:299-305.

- EYRE H, KAHN R, ROBERTSON RM AND THE ACS/ADA/AHA COLLABORATIVE WRITING COMMITTEE. Preventing Cancer, Cardiovascular Disease, and Diabetes. A Common Agenda for the American Cancer Society, the American Diabetes Association, and the American Heart Association. *Circulation* 2004;109:3244-55.
- EZZATI M, LOPEZ AD, RODGERS A, ET AL. Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet* 2002;360:1347-60.
- FALASCHETTI E, CHAUDHURY M, MINDELL J, ET AL. Continued improvement in hypertension management in England: results from the Health Survey for England 2006. *Hypertension* 2009;53:480-6.
- FLEISCHER NL, DIEZ ROUX AV, ALAZRAQUI M, ET AL. Social patterning of chronic disease risk factors in a Latin American city. *J Urban Health* 2008;85:923-37.
- FLEISCHER NL, DIEZ ROUX A, ALAZRAQUI M, ET AL. Socioeconomic gradients in chronic disease risk factors in middle income countries: evidence of effect modification by urbanicity in Argentina. *Am J Public Health* 2011;101:294-301.
- FREEMANTLE N, CLELAND J, YOUNG P, ET AL. Beta blockade after myocardial infarction: systematic review and meta regression analysis. *BMJ* 1999;318:1730-7.
- FRIEL S, CHOPRA M, SATCHER D. Unequal weight: equity oriented policy responses to the global obesity epidemic. *BMJ* 2007;335:1241-3.
- GABRIELLI L, CASTRO P, VERDEJO H, ET AL. Predictores del síndrome coronario agudo sin supradesnivel ST y estratificación de riesgo en la unidad de dolor torácico. Experiencia en 1.168 pacientes. *Rev Med Chile* 2008;136:442-50.
- GENEAU R, STUCKLER D, STACHENKO S, ET AL. Raising the priority of preventing chronic diseases: a political process. *Lancet* 2010;376:1689-98.
- GIBBON W. Medical schools for the health-care needs of the 21st century. *Lancet* 2007;369:2211-3.
- GIBBONS RJ, CHATTERJEE K, DALEY J, ET AL. ACC/AHA/ACP-ASIM guidelines for the management of patients with chronic stable angina: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on Management of Patients With Chronic Stable Angina). *J Am Coll Cardiol* 1999;33:2092-197.
- GILSON L, RAPHAELY N. The terrain of health policy analysis in low and middle income countries: A review of published literature 1994-2007. *Health Pol Plan* 2008;23:294-307.
- GOLDMAN DP, JOYCE GF, ZHENG Y. Prescription drug cost sharing: Associations with medication and medical utilization and spending and health. *JAMA* 2007;298:61-9.
- GOMEZ LF, PARRA D, LOBELO F, ET AL. Television viewing and its association with overweight in Colombian children: Results from the 2005 National Nutrition Survey: A cross sectional study *Int J Behav Nutr Phys Act* 2007;4.

- GOMEZ LF, PARRA D, BUCHNER D, ET AL.** Built environment attributes and walking patterns among the elderly population in Bogotá. *Am J Prev Med* 2010;30:592-9.
- GOMEZ LF, SARMIENTO OL, PARRA D, ET AL.** Characteristics of the built environment associated with leisure-time physical activity among adults in Bogota, Colombia: A Multilevel Study. *J Phys Activ Health* 2010;7:S182-5.
- GONZALEZ-ZAPATA LI, ALVAREZ-DARDET C, MILLSTONE E, ET AL.** The potential role of taxes and subsidies on food in the prevention of obesity in Europe. *J Epidemiol Comm Health* 2010;64:696-704.
- GOODACRE S, ANGELINI JA, REVILL S, ET AL.** Clinical predictors of acute coronary syndromes in patients with undifferentiated chest pain. *Q J Med* 2003;96:893-8.
- GOODACRE S, NICHOLL J, DIXON S.** Randomized controlled trial and economic evaluation of a chest pain observation unit compared with routine care. *BMJ* 2004;328:254-7.
- GORDON-LARSEN P, NELSON MC, PAGE P, ET AL.** Inequality in the built environment underlies key health disparities in physical activity and obesity. *Pediatrics* 2006;117:417-24.
- GRAHAM I, ATAR D, BORCH-JOHNSEN K, ET AL.** European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice: Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007;14(Suppl. 2):S1-I13.
- GRIMSHAW JM , THOMAS RE, MACLENNAN G, ET AL.** Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004;8(6).
- GRUPO DE TRABAJO DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE CARDIOLOGÍA SOBRE MANEJO DEL INFARTO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST.** Guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología sobre el manejo del infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST. *Rev Esp Cardiol* 2009;62:e7-47.
- HACHINSKI V, DONNAN GA, GORELICK PB, ET AL.** Stroke: working towards a prioritized world agenda. *Stroke* 2010;41:1084-99.
- HAM C.** The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Health Econ Pol Law* 2010;5:71-90.
- HAMMOND D, FONG GT, BORLAND R, ET AL.** Text and graphic warnings on cigarette packages: Findings from the international tobacco control four country study. *Am J Prev Med* 2007;32:202-9.
- HAMMOND D. TOBACCO LABELLING TOOLKIT: IMPLEMENTATION.** In: Hammond D, ed. *Tobacco Labeling and Packaging Toolkit: a guide to FCTC article 11*. Waterloo: University of Waterloo; 2008.

- HASTINGS G, STEAD M, McDERMOTT L, ET AL.** Review of research on the effects of food promotion to children. London: Food Standards Agency; 2003.
- HAWKES C.** Agricultural and food policy for cardiovascular health in Latin America. *Prev Control* 2006;2:137-47.
- HAWKES C.** Agricultural and food policy for cardiovascular health in Latin America. *Prevention and Control. J World Heart Fed* 2007;2:137-47.
- HAWKES C.** Promoting health diets and tackling obesity and diet-related chronic diseases: What are the agricultural policy levers? *Food Nutr Bull* 2007;20:S312-22.
- HAWKES C.** Regulating food marketing to young people worldwide: Trends and policy drivers. *Am J Public Health* 2007;97:1962-73.
- HAWKES C, THOW AM.** The implications of the Central American Free Trade Agreement (CAFTA) for the nutrition transition in Central America. *Pan Am J Public Health* 2008;24:345-60.
- HAWKES C, BLOUIN C, HENSON S, ET AL,** eds. *Trade, Food, Diet and Health: Perspectives and Policy Options.* Oxford: Wiley Blackwell; 2010.
- HE FJ, MACGREGOR GA.** Effect of longer-term modest salt reduction on blood pressure. *The Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2004;1-64.
- HENNEY JE, TAYLOR CL, BOON CS, ET AL.** Strategies to reduce sodium intake in the United States. Washington, DC: The National Academies Press; 2010.
- HODGE JG, GARCIA AM, SHAH S.** Legal themes concerning obesity regulation in the United States: Theory and practice. *Aust New Zealand Health Pol* 2008;5:14.
- HOEHNER CM, SOARES J, PEREZ DP, ET AL.** Physical activity interventions in Latin America: a systematic review. *Am J Prev Med* 2008;34:224-33.
- HOOPER L, BARTLETT C, SMITH GD, ET AL.** Systematic review of long term effects of advice to reduce dietary salt in adults. *BMJ* 2002;325:628-37.
- HYMAN DJ, PAVLIK VN.** Characteristics of patients with uncontrolled hypertension in the United States. *NEJM* 2001;345:479-86.
- INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION.** *Financing Global Health 2010: Development assistance and country spending in economic uncertainty.* Seattle, WA: IHME, 2010.
- INSTITUTE OF MEDICINE.** *Dietary reference intakes: Water, potassium, sodium, chloride, and sulfate.* Washington, DC: The National Academy Press; 2004.
- INSTITUTE OF MEDICINE.** *Promoting Cardiovascular Health in the Developing World: A Critical Challenge to Achieve Global Health.* Fuster V, Kelly BB, eds. Committee on Preventing the Global Epidemic of Cardiovascular Disease: Meeting the Challenges in Developing Countries. Washington DC: National Academies of Science; 2010.

- ISIS-4 (FOURTH INTERNATIONAL STUDY OF INFARCT SURVIVAL) COLLABORATIVE GROUP.** A randomized factorial trial assessing early captopril, oral mononitrate and intravenous magnesium sulphate in 58.050 patients with suspected acute myocardial infarction. *Lancet* 1995;345:669-85.
- JACKSON P, ROMO M, CASTILLO M, ET AL.** Junk food consumption and child nutrition in Chile. *Rev Med Chile* 2004;132:1235-42.
- JACOBSON M.** Liquid candy: How soft drinks are harming American 's health. Washington, DC: Center for Science in The Public Interest; 2005.
- JEAN MC, ST-PIERRE L.** Applicability of the success factors for intersectoriality in developing countries. France: IUHPE. 2009.
- JHA P.** Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control: development in practice; Washington, DC: World Bank; 1999.
- KACZYNSKI AT, POTWARKA LR, SAELENS BE.** Association of park size, distance, and features with physical activity in neighborhood parks. *Am J Public Health* 2008;98:1451-6.
- KAHN EB, RAMSEY LT, BROWNSON RC, ET AL.** The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review. *Am J Prev Med* 2002;22(Suppl. 4):73-107.
- KAIN J, UAUY R, VIO F, ET AL.** Trends in overweight and obesity prevalence in Chilean children: Comparison of three definitions. *Eur J Clin Nutr* 2002; 56:200-4.
- KAPER J, WAGENA EJ, SEVERENS JL, ET AL.** Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005, Jan 25;1:CD004305. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev* 2009;2:CD004305.
- KEAMEY A, WHELTON M, REYNOLDS K, ET AL.** Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 2005;365:217-23.
- KEELEY EC, BOURA JA, GRINES CL.** Primary angioplasty versus intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative review of 23 randomised trials. *Lancet* 2003;361:13-20.
- KILGORE ML, GOLDMAN DP.** Drug costs and out-of-pocket spending in cancer clinical trials. *Contemporary Clin Trial* 2008;29:1-8.
- KNOOPS KT, DE GROOT LC, KROMHOUT D, ET AL.** Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project. *JAMA* 2004;292:1433-39.
- KREATSOULAS C, ANAND SS.** The impact of social determinants on cardiovascular disease. *Can J Cardiol* 2010(Suppl. C):8C-13.
- KROUSEL-WOOD MA, MUNTNER P, ISLAM T, ET AL.** Barriers to and determinants of medication adherence in hypertension management: perspective of the cohort study of medication adherence among older adults. *Med Clin North Am* 2009;93:753-69.

- KRUMHOLZ HM, ANDERSON JL, BACHELDER BL, ET AL.** ACC/AHA 2008 performance measures for adults with ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures (Writing Committee to develop performance measures for ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction): developed in collaboration with the American Academy of Family Physicians and the American College of Emergency Physicians: endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Hospital Medicine. *Circulation* 2008;118:2596-2648.
- LAMONTAGNE AD, KEEGEL T, LOUIE AM, ET AL.** A systematic review of the job-stress intervention evaluation literature, 1990-2005. *Int J Occup Environ Health* 2007;13:268-80.
- LATINI R, TOGNONI G, MAGGIONI AP, ET AL.** Clinical effects of early angiotensin-converting enzyme inhibitor treatment for acute myocardial infarction are similar in the presence and absence of aspirin: systematic overview of individual data from 96,712 randomized patients. Angiotensin-converting Enzyme Inhibitor Myocardial Infarction Collaborative Group. *J Am Coll Cardiol* 2000;35:1801-7.
- LATTIMORE SSU, CHALELA J, DAVIS L, ET AL.** Impact of establishing a primary stroke center at a community hospital on the use of thrombolytic therapy: the NINDS suburban hospital stroke center experience. *Stroke* 2003;34:e55-57.
- LAVADOS PM, ANSELM JMH, FERNANDES JG, ET AL.** Stroke epidemiology, prevention, and management strategies at a regional level: Latin America and the Caribbean. *Lancet Neurol* 2007;6:362-72.
- LAWES CM, VANDER HOORN S, LAW MR, ET AL.** Blood pressure and the global burden of disease 2000. Part II: estimates of attributable burden. *J Hypertens* 2006;24:423-30.
- LEEDER S, ET AL.** Race against time: The Challenge of Cardiovascular Disease in Developing Economies. New York: Trustees of Columbia University; 2004.
- LEWIS WR, AMSTERDAM EA.** Defining the role of chestpain units. *J Am Coll Cardiol* 2001;37:2050-2.
- LIBURD LC, JACK L, WILLIAMS S, TUCKER P.** Intervening on the Social Determinants of Cardiovascular Disease and Diabetes. *Am J Prev Med* 2005;29:18-24
- LIGHTWOOD JM, GLANTZ SA.** Declines in acute myocardial infarction after smoke-free laws and individual risk attributable to secondhand smoke. *Circulation* 2009;120:1373-9.

- LIM SS, GAZIANO TA, GAKIDOU E, ET AL.** Prevention of cardiovascular disease in high risk individuals in low-income and middle-income countries: health effects and costs. *Lancet* 2007;370:2054-62.
- LINDSAY P, BAYLEY M, McDONALD A, ET AL.** Toward a more effective approach to stroke: Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care. *CMAJ* 2008;178:1418-25.
- LLOYD-JONES D, ADAMS R, CARNETHON M, ET AL.** Heart disease and stroke statistics-2009 update: A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation* 2009;119:480-6.
- LOPEZ A, MATHERS C, EZZATI M, ET AL.** Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet* 2006;367:1747-57.
- LOZADA M, SANCHEZ-CASTILLO CP, CABRERA GA, ET AL.** School food in Mexican children. *Public Health Nutr* 2008;11:924-33.
- MAIR JS, PIERCE MW, TERET SP.** The use of zoning to restrict fast food outlets: a potential strategy to combat obesity. Baltimore, MD: The Johns Hopkins & Georgetown Universities, The Center for Law and the Public's Health at Johns Hopkins & Georgetown Universities; 2005.
- MARCUS BH, WILLIAMS DM, DUBBERT PM, ET AL.** Physical activity intervention studies: what we know and what we need to know: a scientific statement from the American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity); Council on Cardiovascular Disease in the Young; and the Interdisciplinary Working Group on Quality of Care and Outcomes Research. *Circulation* 2006;114:2739-52.
- MÁRQUEZ-CALDERÓN S, JIMÉNEZ A, PEREA-MILLA E, ET AL.,** por el Grupo de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud (Grupo VPM-SNS). Variaciones en la hospitalización por problemas y procedimientos cardiovasculares en el Sistema Nacional de Salud. *Atas Var Pract Med Sist Nac Salud* 2007;2.
- MCGINNIS JM, GOOTMAN JA, KRAAK VI,** eds. Food marketing to children and youth: threat or opportunity? Washington, DC: Institute of Medicine, National Academies Press; 2006.
- MEYERS DG, NEUBERG JS, HE J.** Cardiovascular effect of bans on smoking in public places: a systematic review and meta-analysis. *J Am Coll Cardiol* 2009;54:1249-55.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL.** Estrategia en ictus del Sistema Nacional de Salud. Madrid: MSPS; 2009.
- MORROW DA, ANTMAN EM, CHARLESWORTH A, ET AL.** TIMI risk score for ST-elevation myocardial infarction: A convenient, bedside, clinical score for risk assessment at presentation: An intravenous nPA for treatment of infarcting myocardium early II trial substudy. *Circulation* 2000;102:2031-7.

- MORROW DA, ANTMAN EM, GIUGLIANO RP, ET AL. A simple risk index for rapid initial triage of patients with ST-elevation myocardial infarction: an InTIME II substudy. *Lancet* 2001;358:1571-5.
- MUJAHID MS, DIEZ ROUX AV, MORENOFF JD, ET AL. Neighborhood characteristics and hypertension. *Epidemiol* 2008;19:590-8.
- MUJAHID MS, DIEZ ROUX AV, SHEN M, ET AL. Relation between neighborhood environments and obesity in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Am J Epidemiol* 2008;167:1349-57.
- MYTTON O, GRAY A, RAYNER M, ET AL. Could targeted food taxes improve health? *J Epidemiol Comm Health* 2007;61:689-94.
- NATHAN DM, BUSE JB, DAVIDSON MB, ET AL. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care* 2006;29:1963-72.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND OF CLINICAL EXCELLENCE. Secondary prevention in primary and secondary care for patients following a myocardial infarction. London: NICE; 2007.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND OF CLINICAL EXCELLENCE. Chest pain of recent onset. Assessment and diagnosis of recent onset chest pain or discomfort of suspected cardiac origin. London: NICE; 2010.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND OF CLINICAL EXCELLENCE. Unstable angina and NSTEMI. London: NICE; 2010.
- NG N, MINH HV, JUVEKAR S, ET AL. Using the INDEPTH HDSS to build capacity for chronic non-communicable disease risk factor surveillance in low and middle-income countries. *Global Health Action* 2009;2(Suppl. 1), doi:10.3402/gha.v2i0.198.
- NOLTE E, MCKEE M. Integration and chronic care: A review. In: Nolte E, McKee M, eds. *Caring for people with chronic conditions: A health system perspective*. Maidenhead: Open University Press; 2008:64-91.
- O'DONNELL MJ, XAVIER D, LISHENG L, ET AL. Risk factors for ischaemic and intercerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (The INTERSTROKE study): a case-control study. *Lancet* 2010;376:112-23.
- OKONOFUA EC, SIMPSON KN, JESRI A, ET AL. Therapeutic inertia is an impediment to achieving the Healthy People 2010 blood pressure control goals. *Hypertension* 2006;47:345-51.
- ONG MK, GLANTZ SA. Free nicotine replacement therapy programs vs implementing smoke-free workplaces: A cost-effectiveness comparison. *Am J Public Health* 2005;95:969-75.
- ORDUÑEZ P, MUNOZ J, PEDRAZA D, ET AL. Success in control of hypertension in a low-resource setting: the Cuban experience. *J Hypertens* 2006;24:845-9.
- ORDUÑEZ P, BARCELO A, BERNAL JL, ET AL. Risk factors associated with uncontrolled hypertension: Findings from the base line CARMEN survey in Cienfuegos, Cuba. *J Hypertens* 2008;26:663-71.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.** Convenio Marco para el Control del Tabaco. Ginebra: OMS; 2003.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.** Informe de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo. Sin humo y con vida. Ginebra: OMS; 2008.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.** La rentabilidad a costa de la gente: actividades de la industria tabacalera para comercializar cigarrillos en América Latina y el Caribe y minar la Salud Pública. Washington, DC: OPS; 2002.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.** La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, DC: OPS; 2007.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.** Agenda de Salud para las Américas. 2008-2017. Washington, DC: OPS; 2007.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.** Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, DC: OPS; 2010.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.** Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol. Ginebra: OMS; 2010.
- PALAR K, STURM R.** Potential societal savings from reduced sodium consumption in the U.S. adult population. *Am J Health Prom* 2009;24:49-57.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION,** World Health Organization Task Force. Trans fat free Americas: Conclusions and recommendations. Washington, DC: PAHO; 2007.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION.** Regional strategy and plan of action on an integrated approach to the prevention and control of chronic diseases. Washington, DC: PAHO; 2007.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION.** Trans fat free Americas: Declaration of Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brazil: PAHO; 2008.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. STRATEGY AND PLAN OF ACTION FOR CHAGAS DISEASE PREVENTION, CONTROL, AND CARE.** The 50th Directing Council. Resolution CD50.R17. Washington, DC: PAHO; 2010.
- PANJU AA, HEMMELGARN BR, GUYATT GH, ET AL.** The rational clinical examination. Is this patient having a myocardial infarction? *JAMA* 1998;280:1256-63.
- PARRA D, GOMEZ LF, PRATT M, ET AL.** Policy and built environment changes in Bogotá and their importance in health promotion. *Indoor Built Environ* 2007;16:344-8.
- PARRA D, LOBELO F, GOMEZ LF, ET AL.** Household Motor vehicle use and weight status among Colombian Adults: Are we driving our way towards obesity? *Prev Med* 2009;49:179-83.
- PASTOR LF, PAVÓN R, REINA M.** Chest pain unit: one-year follow-up. *Rev Esp Cardiol* 2002;55:1021-7.

- PEÑA M, BACALLAO J. Obesity and poverty: a new public challenge. Washington, DC: PAHO; 2000.
- PEREIRA M, LUNET N, AZEVEDO A, ET AL. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. *J Hypertens* 2009;27:963-75.
- PEREZ DE ARENAZA D, TANEJA AK, FLATHER M. Long distance transport for primary angioplasty vs immediate thrombolysis in acute myocardial infarction (PRAGUE-2 trial). *Eur Heart J* 2003;24:1798.
- PERMANYER-MIRALDA G, FERREIRA-GONZALEZ I, RIBERA A. Optimal therapy for acute coronary syndromes: the more the better? *Circulation* 2004;110:e52.
- PHILLIPS LS, TWOMBLY JG. It's time to overcome clinical inertia. *Ann Intern Med* 2008;148:783-5.
- POWELL LM, CHALOUPKA FJ. Food prices and obesity: Evidence and policy implications for taxes and subsidies. *The Milbank Quarterly* 2009;87:229-57.
- PSATY B, LUMLEY T, FURBERG C, ET AL. Health outcomes associated with various antihypertensive therapies used as first-line agents. A network meta-analysis. *JAMA* 2003;289:2534-44.
- PUIG-JUNOY J, PEIRÓ S. De la utilidad de los medicamentos al valor terapéutico añadido y a la relación coste-efectividad incremental. *Rev Esp Salud Pública* 2009;83:59-70.
- QUAM L, SMITH R, YACH D. Rising to the global challenge of the chronic disease epidemic. *Lancet* 2006;368:1221-3.
- RICE VH, STEAD LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(1):CD001188.
- RUBINSTEIN A, GARCIA MARTI S, SOUTO A, ET AL. Generalized cost-effectiveness analysis of a package of interventions to reduce cardiovascular disease in Argentina. *Cost Eff Resour Alloc* 2009;7:10.
- RUSSELL LB. Preventing chronic disease: An important investment, cut don't count on cost savings. *Health Aff* 2009;28:42-5.
- SABATINE MS, CANNON CP, GIBSON CM, ET AL. Addition of clopidogrel to aspirin and fibrinolytic therapy for myocardial infarction with ST segment elevation. *NEJM* 2005;352:1179-89.
- SAELEN BE, SALLIS JF, BLACK JB, ET AL. Neighborhood-based differences in physical activity: an environment scale evaluation. *Am J Public Health* 2003;93:1552-8.
- SALLIS JF, CERVERO R, ASCHER WW, ET AL. An ecological approach to creating active living communities. *Annu Rev Public Health* 2006;27:297-322.
- SCHARGRODSKY H ET AL. for the CARMELA Study Investigators. CARMELA: Assessment of Cardiovascular Risk in Seven Latin American Cities. *Am J Med* 2008; 121:58-65.
- SCHWAMM LH, AUDEBERT H, AMARENCO P. Recommendations for implementation of telemedicine within strokes systems of care. A policy statement from the American Heart Association. *Stroke* 2009;40:2635-60.

- SCHWAMM LH, FAYAD P, ACKER JE, ET AL.** Translating evidence into practice: A decade of efforts by the American Heart Association/American Stroke Association to reduce death and disability due to stroke. *Stroke* 2010;41:1051-65.
- SEBRIE E, BARNOYA J, PEREZ-STABLE E, ET AL.** Tobacco industry successfully prevented tobacco control legislation in Argentina. *Tobacco Control* 2005; 14:e2.
- SHAKARISHVILI G.:** Building on Health Systems Frameworks for Developing a Common Approach to Health Systems Strengthening. World Bank, The Global Fund and The GAVI Alliance. Technical Workshop on Health Systems Strengthening. Washington, DC, June 25-27, 2009. Washington, DC: The World Bank; 2009.
- SILVA H, HERNANDEZ-HERNANDEZ R, VINUEZA R, ET AL.** CARMELA study investigators. Cardiovascular risk awareness, treatment, and control in urban Latin America. *Am J Ther* 2010;17:159-66.
- SINGH GK, KOGAN MD, VAN DYCK PC.** Changes in state-specific childhood obesity and overweight prevalence in the United States from 2003 to 2007. *Arch Pediatr Adolescent Med* 2010;164:598-607.
- SMITH-SPANGLER CM, JUUSOLA JL, ENNS EA, ET AL.** Population strategies to decrease sodium intake and the burden of cardiovascular disease: A cost-effectiveness analysis. *Ann Intern Med* 2010;152:481-7.
- SODIUM WORKING GROUP.** Sodium reduction strategy for Canada. Ottawa: Health Canada; 2010.
- STEAD LF, LANCASTER T.** Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005, Apr 18;2:CD001007.
- STEG PG, BONNEFOYE E, CHABAUD S, ET AL.** Impact of time to treatment on mortality after prehospital fibrinolysis or primary angioplasty: data from the CAPTIM Randomized Clinical Trial. *Circulation* 2003;108:2851-6.
- STERN M, WILLIAMS K, EDDY D, ET AL.** Validation of prediction of diabetes by the Archimedes Model and comparison with other predicting models. *Diabetes Care* 2008;31:1670-1.
- STURM R, POWELL LM, CHRQUI JF, ET AL.** Soda taxes, soft drink consumption, and children's body mass index. *Health Aff* 2010;29:1052-8.
- SUHRCKE M, NUGENT RA, STUCKLER D, ET AL.** Chronic Disease: An economic perspective. London: Oxford Health Alliance 2006.
- TAYLOR RS, BROWN A, EBRAHIM S, ET AL.** Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med* 2004;116:682-92.
- THE CANADIAN HEART HEALTH STRATEGY ACTION PLAN STEERING COMMITTEE.** The Canadian Heart Health Strategy Action Plan. Ottawa, Ontario: CHHAP Steering Committee; 2009.

- THE TASK FORCE FOR THE MANAGEMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION OF THE EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION (ESH), AND THE EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY (ESC).** 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J* 2007;28:1462-1536.
- THOW AM, HAWKES C.** The implications of trade liberalization for diet and health: a case study from Central America. *Globalization Health* 2009;5:5.
- TORGERSON, RC.** Interprofessional education. *Health Policy Monitor*, 6, October 2005. Auckland: University of Auckland, Centre for Health Services Research and Policy; 2005.
- TROWBRIDGE R, WEINGARTEN S.** Educational Techniques used in changing provider behavior. En: Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, et al., eds. *Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment No. 43* (Prepared by the University of California at San Francisco-Stanford Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-97-0013), AHRQ Publication No. 01-E058. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality;2001:595-9.
- TSENG CW, BROOK RH, KEELER E, ET AL.** Cost-lowering strategies used by Medicare beneficiaries who exceed drug benefit caps and have a gap in drug coverage. *JAMA* 2004;292:952-60.
- UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES.** Physical Activity Guidelines Advisory Committee. *Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report*, 2008. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2008.
- UNITED STATES PUBLIC HEALTH SERVICE.** A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. *AM J Prev Med* 2008;35:158-76.
- UNITED STATES SURGEON GENERAL'S REPORT 2006.** Health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke. Rockville, MD: Department of Health and Human Services; 2006.
- UNITED STATES TASK FORCE ON COMMUNITY PREVENTIVE SERVICES.** Recommendations to increase physical activity in communities. *Am J Prev Med* 2002;22(Suppl. 4):67-72.
- VAN MOURIK MSM, CAMERON A, EWEN M, ET AL.** Availability, price and affordability of cardiovascular medicines: AA comparison across 36 countries using WHO/HAI data. *BMC Cardiovascular disorders* 2010;10:25.
- VARGAS RB, MANGIONE CM, ASCH S, ET AL.** Can a chronic care model collaborative reduce heart disease risk in patients with diabetes? *J Gen Intern Med* 2007;22:215-22.
- VASAN RS, BEISER A, SESHADRI S, ET AL.** Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men: The Framingham Heart Study. *JAMA* 2002;287:1003-10.

- VON KORFF M, SCHAEFER J, DAVIS C, ET AL. Twelve evidence-based principles for implementing self-management support in primary care. *Jt Comm J Qual Patient Safety* 2010;36:561-70.
- WACHTER RM. Safety at ten: unmistakable progress, troubling gaps. *Health Aff* 2010;29:1-9.
- WAGNER E, AUSTIN B, VON KORFF M. Organizing care for patients with chronic illness. *The Milbank Quarterly* 1996;74:511-44.
- WAGNER EH, GLASGOW RE, DAVIS C, ET AL. Quality Improvement in Chronic Illness Care: A Collaborative Approach. *Jt Comm J Qual Improv* 2001;27:63-80.
- WANG TJ, VASAN RS. Epidemiology of uncontrolled hypertension in the United States. *Circulation* 2005;112:1651-62.
- WANG Y, LOBSTEIN T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *Int J Pediatr Obesity* 2006;1:11-25.
- WARD S, LLOYD JM, PANDOR A, ET AL. A systematic review and economic evaluation of statins for the prevention of coronary events. *Health Technol Assess* 2007;11:1-160.
- WESTERN PACIFIC REGIONAL ACTION PLAN FOR NONCOMMUNICABLE DISEASES. Geneva: World Health Organization; 2009.
- WILLIAMS PT. Physical fitness and activity as separate heart disease risk factors: a meta-analysis. *Med Sci Sports Exerc* 2001;33:754-61.
- WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Geneva: WHO; 2008.
- WORLD BANK. Brazil: Addressing the challenge of non-communicable diseases in Brazil. Washington, DC: World Bank; 2005.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. WHO: Geneva; 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, Nutrition and Food Security Programme. Food based dietary guidelines in the WHO European Region. Copenhagen: WHO; 2003.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases, Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva: WHO; 2003. Technical Report 916.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Equitable access to essential medicines: a framework for collective action. WHO Policy Perspectives on Medicines No. 8. Geneva: WHO; 2004.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: WHO; 2005.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Tobacco warning labels. Geneva: Framework Convention Alliance for Tobacco Control, WHO; 2005.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health and the Millennium Development Goals. Geneva: WHO; 2005.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO operational package for assessing, monitoring and evaluation country pharmaceutical situations. Geneva: WHO; 2006.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. International trade and health. In: 59th World Health Assembly Resolution WHA59.26, Agenda item 11.10 27. Geneva: WHO; 2006.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION.** Reducing salt intake in populations: Report of a WHO Forum and Technical Meeting 5-7 October, 2006 Paris, France. Geneva: WHO; 2007.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION.** Policy recommendations on protection from exposure to second-hand tobacco. Geneva: WHO; 2007.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION.** Prevention of cardiovascular disease. Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. Geneva: WHO; 2007.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION.** 2008-2013 action plan for global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases: prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes. Geneva: WHO; 2008.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION.** The World Health Report 2008. Primary Care. Now more than ever. Geneva: WHO; 2008.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION.** WHO Report on the global tobacco epidemic, 2008: The MPOWER package. Geneva: WHO; 2008.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION,** Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a generation: Health equity through action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2008.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION.** Global health risks; Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO; 2009.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION.** Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. Geneva: WHO; 2010.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION.** Package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. Geneva: World Health Organization; 2010.
- WORLD HEART FEDERATION.** State of the Heart. Cardiovascular Disease Report 2010. Geneva: WHF; 2010.
- YUSUF S, HAWKEN S, OUNPUU S, ET AL.** Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): a case-control study. *Lancet* 2004;364:937-52.
- ZALENSKY RJ, SELKER HP, CANNON CP, ET AL.** National Heart Attack Alert Program position paper: chest pain centers and programs for the evaluation of acute cardiac ischemia. *Ann Emerg Med* 2000;35:462-71.
- ZIRABA AK, FOTSO JC, OCHAKO R.** Overweight and obesity in urban Africa: A problem of the rich or the poor? *BMC Public Health* 2009;9:465.

Apéndice

Participantes en la consulta

Resumen de las prioridades y lista de comprobación

PARTICIPANTES EN LA CONSULTA

CECILIA ACUÑA, MD,

Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC,
Estados Unidos de América

CLOER ALVES, MD, MBA,

Pontificia Universidad Católica do Rio Grande do Sul,
Rio Grande do Sul, Brasil

NORMA ASTUDILLO, MD,

Ministerio de Salud de Panamá, Ciudad de Panamá, Panamá

ALBERTO BARCELÓ, MD, MPH,

Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC,
Estados Unidos de América

SIMÓN BARQUERA, MD, MPH, PhD,

Instituto Nacional de Salud Pública, México, DF, México

M. J. ARMANDO BARRIGUETE, MD, PhD, FAED,

Consejo Nacional para la Prevención de las Enfermedades
Crónicas, México, DF, México

LUIS BEINGOLEA, MD,

Organismo Andino de Salud, Convenio Hipólito Unanue,
Lima, Perú

ADRIANA BLANCO, MD, MA,

Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC,
Estados Unidos de América

CARLOS BOISSONET, MD, MCE,

Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas,
Buenos Aires, Argentina

DORA CABALLERO, MD, MPH,

Organización Panamericana de la Salud, La Paz, Bolivia

JOSÉ ENRIQUE CABRERA, MD, MGC,

Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC,
Estados Unidos de América

NORM CAMPBELL, MD,

University of Calgary, Calgary, Alberta, Canadá

CARLOS CAMPILLO ARTERO, MD, MPH, PhD,

Servicio de Salud de las Islas Baleares, Palma de Mallorca, España

RICARDO CAÑIZARES, MD,

Organismo Andino de Salud, Convenio Hipólito Unanue,
Lima, Perú

JOSÉ L. CASTRO, MD,

Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC,
Estados Unidos de América

MARÍA TERESA CERQUEIRA, MS, PhD,

Organización Panamericana de la Salud, El Paso, TX,
Estados Unidos de América

RICHARD COOPER, MD,

Loyola University School of Medicine, Maywood, IL,
Estados Unidos de América

DAVID CORBIN, MA, MB, MRCP, FRCP,

Queen Elizabeth Hospital, Bridgetown, Barbados

APÉNDICE

PARTICIPANTES EN LA CONSULTA

SALVADOR CRUZ FLORES, MD, MPH,

Souers Stroke Institute, St. Louis, MO,
Estados Unidos de América

GERARDO DE COSÍO, MD, MPH,

Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC,
Estados Unidos de América

BEATRIZ CHAMPAGNE, PhD,

Fundación Interamericana del Corazón, Dallas, Texas,
Estados Unidos de América.

POL DE VOS, MD, PhD,

Institute of Tropical Medicine in Antwerp, Amberes, Bélgica

ROBERTO DEL ÁGUILA, MD, MPH,

Organización Panamericana de la Salud, Santiago de Chile, Chile

SANTOS DEPINE, MD, MCO,

Fundación Vida Saludable, Buenos Aires, Argentina

ANA VICTORIA DÍEZ ROUX, MD, MPH, PhD,

University of Michigan, Ann Arbor, MI,
Estados Unidos de América

SAUL DRAJER, MD,

International Liaison Committee on Resuscitation,
Buenos Aires, Argentina

MARÍA C. ESCOBAR, MD, MPH,

Ministerio de Salud de Chile, Santiago de Chile, Chile

ALFREDO DARÍO ESPINOSA BRITO, MD, PhD,

Sociedad Latinoamericana de Medicina Interna, Cienfuegos, Cuba

NICOLE FEDDER WENDE, MBA, BSN,

Alexian Brothers Health System, Arlington Heights, IL,
Estados Unidos de America

DANIEL FERRANTE, MD, MCE,

Fundación Grupo de Estudio en Investigación Clínica
en Argentina, Buenos Aires, Argentina

ELEAZAR GARCÍA, MD,

Sociedad Venezolana de Cardiología, Caracas, Venezuela

HAMILTON GARCÍA, MD, MPH,

Ministerio de Salud de Perú, Lima, Perú

JAIME GOICH TIRADO, MD,

Sociedad Interamericana de Cardiología, Santiago de Chile, Chile

LUIS F. GÓMEZ, MD, MSP,

Fundación FES Social, Bogotá, Colombia

RUBÉN GRAJEDA, MD, MSc,

Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC,
Estados Unidos de América

HUGO OMAR GRANCELLI, MD,

Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

GUILLERMO GUIBOVICH, MD, MPH,

Organización Panamericana de la Salud, Bogotá, Colombia

TREVOR HASSELL, GCM, MBBS, FRCP, FACC,

University of West Indies, Cave Hill, Barbados

CORINNA HAWKES, BsC, PhD,

University of Sao Paulo, Sao Paulo, Brasil

PARTICIPANTES EN LA CONSULTA

- BLANCA HERNÁNDEZ**, MD, MPH,
Ministerio de la Protección Social de Colombia,
Bogotá, Colombia
- MAURICIO HERNÁNDEZ**, MD, MPH,
Ministerio de Salud, México, DF, México
- BEATRIZ HEYERMANN**, MD, MPH,
Ministerio de Salud, Santiago de Chile, Chile
- REYNALDO HOLDER**, MD, MPH,
Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC,
Estados Unidos de América
- JAMES C. HOSPEDALES**, MD, MPH,
Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC,
Estados Unidos de América
- JUDY IRIGOYEN**, MD, MPH,
Ministerio de Salud de Ecuador, Quito, Ecuador
- ENRIQUE JACOBY**, MD, MPH,
Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC,
Estados Unidos de América
- WISTERMUNDO JONES**, MD,
Sociedad Interamericana de Cardiología, San Juan, Puerto Rico
- TOMO KANDA**, MD,
Organización Panamericana de la Salud, Bridgetown, Barbados
- BEATRIZ LAROCCA**, MD,
Ministerio del Poder Popular para la Salud de la Republica
Bolivariana de Venezuela, Caracas, Venezuela
- BRANKA LEGETIC**, MD, MPH, PhD,
Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC,
Estados Unidos de América
- HUBERT LINDERS**, BS,
Consumers International, Santiago de Chile, Chile
- M. PATRICE LINDSAY**, PhD, MED, BScN, RN,
Canadian Stroke Network, Ontario, Canada
- SILVANA LUCIANI**, MHSC
Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC,
Estados Unidos de América
- DIEGO IVÁN LUCUMÍ CUESTA**, MD, MPH, PhD,
Fundación FES Social, Bogotá, Colombia
- WASHINGTON LUM**, MD, MPH,
Organización Panamericana de la Salud, Caracas, Venezuela
- LORENZO LLERENA ROJAS**, MD,
Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular,
La Habana, Cuba
- MATILDE MADALENO**, MD, MPH,
Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC,
Estados Unidos de América
- MIGUEL MALO**, MD, MPH,
Organización Panamericana de la Salud, Lima, Perú
- NELLY MARÍN**, MPH, MGD,
Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC,
Estados Unidos de América

APÉNDICE

PARTICIPANTES EN LA CONSULTA

FÁTIMA MARINHO, MD, MPH, PhD,

Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC,
Estados Unidos de América

JOSÉ ALEJANDRO MARTÍNEZ, MD,

Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile, Chile

RAMÓN MARTÍNEZ, MD, MSc,

Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC,
Estados Unidos de América

MICHELINE MEINERS, MPHARM,

Organización Panamericana de la Salud, Brasilia, Brasil

SHANTHI MENDIS, MBBS, MD, FRCP, FACC,

Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

JAIME MIRANDA, MB, MD, MSc, PhD,

Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú

ROLANDO MIYAR, MD, MPH,

Organización Panamericana de la Salud, la Habana, Cuba

MARÍA D. MONTSERRAT CAPELLA, MD, MPH,

Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC,
Estados Unidos de América

MARCIA MOREIRA, MD, MPH,

Organización Panamericana de la Salud, Buenos Aires, Argentina

VÍCTOR R. NAVARRO, MD, PhD,

Hospital Gustavo Aldereguía, Cienfuegos, Cuba

PEDRO ORDÚÑEZ GARCÍA, MD, MPH, PhD,

Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC,
Estados Unidos de América

ABSALÓN PACHECO, MD,

Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, La Paz, Bolivia

ANTONIO PALANDRI CHAGAS, MD, PhD, FACC, FESC,

Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sao Paulo, Brasil

MANUEL PEÑA, MD, PhD, Organización Panamericana de la Salud,

Ciudad de Panamá, Panamá

ENRIQUE PÉREZ FLORES, MD, MPH,

Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC,
Estados Unidos de América

MARÍA E. PÉREZ, MD,

Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC,
Estados Unidos de América

MARIO PICHARDO DÍAZ, MD, MPH

Organización Panamericana de la Salud, La Habana, Cuba

MARCO PINEL, MD, MPH,

Organización Panamericana de la Salud, Quito, Ecuador

JOSÉ D. PIÑEIRO, MD,

Sociedad Interamericana de Cardiología, Buenos Aires, Argentina

ELISA PRIETO, MD, MPH,

Organización Panamericana de la Salud Washington, DC,
Estados Unidos de América

PARTICIPANTES EN LA CONSULTA

STEPHEN PRUDHOMME, MSc,

American Stroke Association, Dallas, TX,
Estados Unidos de América

CRISTINA PUENTES-MARKIDES, MA, MPH,

Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC,
Estados Unidos de América

MANUEL RAMÍREZ, MD, PhD,

Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá,
Guatemala, Guatemala

ANTONIO LUIS RIBEIRO, MD,

Universidade Federal de Minas Gerais, Hospital das Clínicas
de Belo Horizonte, Belo Horizonte, Brasil

FRANCISCO ROJAS OCHOA, MD, MPH, PhD,

Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana,
La Habana, Cuba

MARTÍN ROSAS PERALTA, MD, MSc, PhD,

Universidad Autónoma de México, México, DF, México

ADOLFO LUIS RUBINSTEIN, MD, MSc, PhD,

Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria,
Buenos Aires, Argentina

VERÓNICA SCHOJ, MD,

Fundación Interamericana del Corazón, Buenos Aires, Argentina

IVÁN SIERRA, MD,

Asociación Latinoamericana de Diabetes, Bogotá, Colombia

SYLVIA STACHENKO, MD, MPH, PhD,

University of Alberta, Alberta, Canada

JULIO SUÁREZ, MD, MPH,

Organización Panamericana de la Salud, Santiago de Chile

ENRIQUE VEGA GARCÍA, MD, MSc,

Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC,
Estados Unidos de América

HÉCTOR O. VENTURA, MD, FACC, FACP,

Ochsner Clinic Foundation, New Orleans, LA,
Estados Unidos de América

APÉNDICE

RESUMEN DE LAS PRIORIDADES Y LISTA DE COMPROBACIÓN

Nº	PRIORIDADES	ESTADO DE LA EJECUCIÓN		
		EN EJECUCIÓN	PENDIENTE	NO SE CONSIDERA NECESARIA
I	POLÍTICAS PÚBLICAS			
	Acción multisectorial y determinantes sociales			
1	Se dispone de un mecanismo multisectorial de alto nivel que coordina las acciones de prevención a nivel poblacional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Se puede verificar que uno de los objetivos explícitos de los planes es reducir las desigualdades en la distribución de los riesgos, la carga de enfermedad y las actividades de prevención y control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Se trabaja en redes para compartir las mejores prácticas que dimanen de las políticas de prevención y control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Cobertura universal y acceso equitativo a los servicios de salud			
4	Se avanza hacia la cobertura universal y el acceso equitativo a los servicios de salud.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Se han incorporado las intervenciones de prevención y control, basadas en pruebas científicas, en los esquemas de protección social en salud existentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Se garantiza que los grupos de población más desfavorecidos económicamente accedan a los medicamentos y tecnologías esenciales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

RESUMEN DE LAS PRIORIDADES Y LISTA DE COMPROBACIÓN

Nº	PRIORIDADES	ESTADO DE LA EJECUCIÓN		
		EN EJECUCIÓN	PENDIENTE	NO SE CONSIDERA NECESARIA
Integración y sostenibilidad de las intervenciones				
7	Se vinculan las acciones recomendadas en un conjunto de intervenciones coherentes entre sí y vertebradas en torno a un eje común y se evita su desagregación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Se priorizan las políticas de alcance poblacional y de alto riesgo para crear ambientes que faciliten las elecciones saludables.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Se garantiza un presupuesto basado en la carga de las ECV, la relación de costo-efectividad de las tecnologías e intervenciones y su valor social, su impacto presupuestario y el principio de equidad. Se ajusta periódicamente la cartera de servicios de salud conforme a estos criterios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Se dispone de mecanismos para predecir, monitorizar, evaluar y controlar el consumo de recursos y el gasto sanitario en las personas con ECV y otras enfermedades crónicas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

APÉNDICE

RESUMEN DE LAS PRIORIDADES Y LISTA DE COMPROBACIÓN

Nº	PRIORIDADES	ESTADO DE LA EJECUCIÓN		
		EN EJECUCIÓN	PENDIENTE	NO SE CONSIDERA NECESARIA
II	VIGILANCIA			
	Integración de los sistemas de información			
11	La vigilancia de ECV se ha integrado al sistema de información en salud vigente y cuenta con un presupuesto regular.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Registros de mortalidad y vigilancia de factores de riesgo			
12	Se disponen de registros de mortalidad con buena cobertura y calidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Se dispone de información actualizada sobre prevalencia y tendencia de los principales factores de riesgo desagregados por edad, sexo, grupos étnicos, distribución geográfica y perfil socioeconómico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Desempeño de los servicios de salud y evaluaciones económicas			
14	Se dispone de un conjunto mínimo básico de indicadores de cobertura, acceso y desempeño de los servicios de salud, calidad de la atención, costos y eficiencia de las intervenciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Se realizan evaluaciones económicas del impacto de las enfermedades y de las intervenciones ejecutadas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

RESUMEN DE LAS PRIORIDADES Y LISTA DE COMPROBACIÓN

Nº	PRIORIDADES	ESTADO DE LA EJECUCIÓN		
		EN EJECUCIÓN	PENDIENTE	NO SE CONSIDERA NECESARIA
Compartir la información				
16	Se dispone de un sistema de difusión y retroalimentación de información que permite compartir información regularmente entre el público, los proveedores y los financiadores.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacidad técnica				
17	Se dispone de recursos humanos y tecnológicos suficientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

APÉNDICE

RESUMEN DE LAS PRIORIDADES Y LISTA DE COMPROBACIÓN

Nº	PRIORIDADES	ESTADO DE LA EJECUCIÓN		
		EN EJECUCIÓN	PENDIENTE	NO SE CONSIDERA NECESARIA
III	PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES			
	Tabaco			
18	Se ha ratificado el convenio marco para el control del tabaco de la OMS.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Se disponen de instrumentos legales que prohíben fumar en todos los espacios cerrados públicos y en los privados de acceso público.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Se han aumentado los impuestos al tabaco y el precio de venta al público de los cigarrillos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	Se dispone de instrumentos legales que prohíben completamente la publicidad, la promoción y el patrocinio de productos que contienen tabaco.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	Se dispone de instrumentos legales que obligan a que el empaquetado de todos los productos de tabaco incluyan advertencias sanitarias con imágenes sobre los daños que provoca el consumo de tabaco y la exposición al humo, conforme a las directrices del CMCT.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	Se dispone de servicios de tratamiento para dejar de fumar a todas las personas que lo deseen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	Se dispone de sistemas de vigilancia para monitorizar la progresión de la epidemia del tabaco y evaluar la eficiencia de las medidas aplicadas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

RESUMEN DE LAS PRIORIDADES Y LISTA DE COMPROBACIÓN

Nº	PRIORIDADES	ESTADO DE LA EJECUCIÓN		
		EN EJECUCIÓN	PENDIENTE	NO SE CONSIDERA NECESARIA
Consumo de sal				
25	Hay un programa para reducir el consumo de sal que tiene metas e indicadores.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	Se dispone de una regulación para que la industria de alimentos reduzca de manera gradual y sostenida el contenido de sal de todos los alimentos y para que todas las compras de alimentos financiados públicamente sean congruentes con los niveles de sal recomendados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27	Se dispone de instrumentos para que el etiquetado de los productos alimenticios que contengan sal o sodio sea obligatorio y existen regulaciones para declarar públicamente y actualizar de forma regular y estandarizada los nutrientes contenidos en todos los alimentos manufacturados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	Se informa a la población general sobre los riesgos para la salud asociados con la dieta de alto contenido en sal y la forma de reducir su consumo y las asociaciones de consumidores velan por el cumplimiento de los compromisos y regulaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29	Existe un sistema de vigilancia para identificar los contenidos de sal de los alimentos, sus principales fuentes y evaluar el grado de consecución de los compromisos contraídos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	Se monitorizan los efectos adversos potenciales de la reducción de sodio de los alimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

APÉNDICE

RESUMEN DE LAS PRIORIDADES Y LISTA DE COMPROBACIÓN

Nº	PRIORIDADES	ESTADO DE LA EJECUCIÓN		
		EN EJECUCIÓN	PENDIENTE	NO SE CONSIDERA NECESARIA
Alimentación saludable				
31	Existe una política agrícola para aumentar la producción, la oferta, el acceso y la aceptación de alimentos saludables y reducir los de los nocivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32	Se cuenta con mecanismos para regular la oferta y la venta de los alimentos saludables y de los nocivos y para aumentar la disponibilidad de los saludables.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33	Se dispone de incentivos financieros para la producción, el mercadeo y la venta de alimentos saludables.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34	Hay regulaciones para la promoción y el mercadeo de alimentos para niños y adolescentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35	Se estimula la adopción de compromisos voluntarios de autorregulación por parte de las empresas de alimentos pero se dispone de mecanismos para implantar medidas regulatorias obligatorias.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36	Se dispone de mecanismos para reforzar el cumplimiento del código de la OMS para comercializar sucedáneos de la leche materna y de regulaciones para prohibir la publicidad de bebidas azucaradas y productos alimentarios de bajo valor nutricional –sobre todo la dirigida a niños y adolescentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37	Hay prohibiciones de mercadeo y de venta de bebidas azucaradas y de productos alimentarios con alto contenido en grasas y sodio, así como los de bajo valor nutricional en los centros educativos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38	Se ha aumentado la carga impositiva de las bebidas azucaradas y de los alimentos de alta densidad energética.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

RESUMEN DE LAS PRIORIDADES Y LISTA DE COMPROBACIÓN

Nº	PRIORIDADES	ESTADO DE LA EJECUCIÓN		
		EN EJECUCIÓN	PENDIENTE	NO SE CONSIDERA NECESARIA
Actividad física				
39	Existe una política sostenible de planificación, transporte y seguridad urbanos para crear entornos que faciliten el disfrute de una vida físicamente saludable, activa y segura.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40	Se están ejecutando intervenciones integrales para reducir el sedentarismo y promover de la actividad física en todos los grupos de edad y adaptadas al entorno urbano, a las condiciones de los lugares de trabajo y a las características socioculturales de la población.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41	Se ha incorporado al curriculum escolar 50 minutos diarios de actividad física moderada con carácter obligatorio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42	Los medios de comunicación difunden regularmente información precisa y basada en pruebas científicas sobre los beneficios de la actividad física.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43	Se dispone de incentivos para la formación de profesionales y la investigación en promoción de la actividad física.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alcohol				
44	Se está ejecutando la estrategia mundial para reducir el consumo nocivo de alcohol adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2010.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

APÉNDICE

RESUMEN DE LAS PRIORIDADES Y LISTA DE COMPROBACIÓN

Nº	PRIORIDADES	ESTADO DE LA EJECUCIÓN		
		EN EJECUCIÓN	PENDIENTE	NO SE CONSIDERA NECESARIA
IV	MANEJO INTEGRADO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS Y SUS FACTORES DE RIESGO			
	Competencias del personal sanitario			
45	El primer nivel de atención, dispone de recursos humanos suficientes, competentes, motivados y estables, trabajan en equipos multidisciplinarios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46	Se dispone de estrategias integrales y sostenibles de educación continuada dirigidas a los trabajadores de la atención primaria y los programas académicos están diseñados para responder a las necesidades actuales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Atención primaria, estratificación de la población y redes integradas de servicios de salud			
47	La organización del sistema de salud está basado en la estrategia de atención primaria y sus servicios están organizados en redes integradas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48	Se conocen las necesidades de atención de los pacientes con ECV y otras enfermedades crónicas y, de ellos, los más frágiles, estratificando a estos pacientes en función de su riesgo y su perfil de morbilidad, de hospitalización y de consumo de recursos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49	Se han adecuando las intervenciones sanitarias y sus recursos a los niveles de complejidad de la morbilidad atendida y del riesgo de consumo de recursos en que se estratifica la población de pacientes con ECV y otras enfermedades crónicas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50	Los servicios de atención primaria disponen de las tecnologías, herramientas y prestaciones para controlar con eficiencia el riesgo cardiovascular.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51	Están definidos los criterios de derivación de pacientes desde el primer nivel de atención a otros ámbitos de atención del sistema de salud y existe una estrecha coordinación entre ellos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

RESUMEN DE LAS PRIORIDADES Y LISTA DE COMPROBACIÓN

Nº	PRIORIDADES	ESTADO DE LA EJECUCIÓN		
		EN EJECUCIÓN	PENDIENTE	NO SE CONSIDERA NECESARIA
Modelo de atención a las enfermedades crónicas				
52	Se ha implementado el modelo de atención integrado de las enfermedades crónicas en los servicios de salud haciendo hincapié en el fomento del autocuidado y el trabajo multidisciplinario.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53	Los servicios de salud se encargan de desarrollar las habilidades y recursos para maximizar la capacidad de autocuidado de las personas con factores de riesgo o ECV, y especialmente con diabetes e hipertensión.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipertensión arterial y riesgo cardiovascular total individual				
54	Se están ejecutando acciones concretas para mejorar los niveles de conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55	Se ha incorporado la evaluación del riesgo cardiovascular total individual en las prestaciones clínicas preventivas, haciendo hincapié en el tratamiento medicamentoso combinado (aspirina, dos antihipertensivos y una estatina) de los pacientes con alto riesgo cardiovascular.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56	Los servicios de salud están poniendo énfasis en la detección temprana y el tratamiento de la enfermedad renal crónica en las personas con hipertensión y diabetes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57	Se conocen los niveles de control poblacional de la hipertensión arterial a escala nacional y local y especialmente en grupos vulnerables.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

APÉNDICE

RESUMEN DE LAS PRIORIDADES Y LISTA DE COMPROBACIÓN

Nº	PRIORIDADES	ESTADO DE LA EJECUCIÓN		
		EN EJECUCIÓN	PENDIENTE	NO SE CONSIDERA NECESARIA
Calidad y eficiencia de las prestaciones clínicas				
58	Se dispone de una política de calidad y de un sistema de certificaciones y de auditorias clínicas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59	Las unidades que conforman los servicios de salud disponen de programas integrales de mejora continua de la calidad para evaluar las prestaciones clínicas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60	Se están aplicando guías de práctica clínica que definen y armonizan las funciones y responsabilidades de todos los niveles de la red de servicios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61	Se dispone de una política que regula la utilización de los medicamentos y otras tecnologías y se favorece la utilización de medicamentos genéricos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

RESUMEN DE LAS PRIORIDADES Y LISTA DE COMPROBACIÓN

Nº	PRIORIDADES	ESTADO DE LA EJECUCIÓN		
		EN EJECUCIÓN	PENDIENTE	NO SE CONSIDERA NECESARIA
Síndrome coronario agudo (SCA) y accidentes cerebrovasculares (ACV)				
62 a	Se está aplicando una estrategia de comunicación y de educación para conseguir que el público use eficientemente los sistemas de urgencias y para detectar tempranamente los síntomas y signos premonitorios de estas enfermedades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62 b	Se dispone de una red local de servicios de emergencia médica (SEM) que actúa en armonía con los restantes componentes de la red de servicios y que facilitan la actuación coordinada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62 c	Existen los mecanismos y los recursos para ampliar el acceso y la cobertura de la terapia de perfusión temprana para los pacientes con SCA con elevación del segmento ST y para los pacientes con ACV con criterios para ello.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62 d	Se disponen de unidades coronarias y de ictus integradas a la red de servicios de salud cuya dotación y complejidad están adaptados a las necesidades de atención.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62 e	Existen programas de rehabilitación temprana, de amplio alcance y efectividad comprobada, y de reinserción social.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62 f	Se está aumentando la cobertura y el acceso a las intervenciones de prevención secundaria, especialmente para quienes han sufrido un episodio agudo cardiovascular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

CONSULTA REGIONAL

Prioridades para la salud cardiovascular en las Américas

MENSAJES CLAVES PARA LOS DECISORES

