



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



138.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 19-23 de junio de 2006

Punto 4.9 del orden del día provisional

CE138/17 (Esp.)

31 de mayo de 2006

ORIGINAL: INGLÉS

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 2002, la 26^a Conferencia Sanitaria Panamericana reconoció que las enfermedades crónicas son la causa principal de muerte prematura y morbilidad en América Latina y el Caribe y aprobó la Resolución CSP26.R15, en la que se aboga por que la OPS intensifique y coordine la cooperación técnica en esta materia.

En respuesta a esta resolución y reconociendo la necesidad de contar con una estrategia actualizada interprogramática en relación con las enfermedades crónicas, la OPS ha elaborado una Estrategia y Plan de Acción Regional. La Organización señala que las enfermedades crónicas tienen efectos devastadores para las personas, las familias y las comunidades, especialmente las poblaciones pobres, y constituyen un obstáculo cada vez mayor para el desarrollo económico. Se estima que en los próximos dos decenios la incidencia de las cardiopatías isquémicas y los accidentes cerebrovasculares en América Latina y el Caribe aumentará cerca de tres veces. Es más, las poblaciones vulnerables, como los pobres, tienen mayores probabilidades de contraer enfermedades crónicas y las familias de bajos ingresos tienen mayores probabilidades de empobrecerse como consecuencia de ellas. Los costos sociales asociados con las enfermedades crónicas son abrumadores. Por ejemplo, el costo total anual asociado con la diabetes en América Latina y el Caribe se calculó en US\$ 65.000 millones en el año 2000.

En la Estrategia Regional se han fijado cuatro líneas de acción, que consisten en dar prioridad a las enfermedades crónicas en los programas políticos y de salud pública; considerar la vigilancia como un componente clave; aceptar la necesidad de reorientar los sistemas de salud a fin de que respondan a las necesidades de las personas que sufren afecciones crónicas; y tomar nota de la función esencial de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Las cuatro líneas de acción son esencialmente interdependientes, en la medida en que la aplicación de una de ellas sin las otras genera profundas desigualdades en cuanto a su aplicación en todos los sectores de la población y en el logro de las metas de la Estrategia Regional, que son las de prevenir y reducir la carga de las enfermedades crónicas y los factores de riesgo conexos en las Américas.

Hoy día los países se encuentran ante una coyuntura fundamental. Las pruebas son manifiestas y ha llegado el momento de revertir esta epidemia mortal mediante una acción integral e integrada.

Se solicita al Comité Ejecutivo que considere la posibilidad de adoptar las siguientes medidas: 1) reafirmar que las enfermedades crónicas constituyen una prioridad fundamental; 2) velar por que el compromiso de los Estados Miembros se traduzca en un apoyo programático y financiero a la lucha contra las enfermedades crónicas; 3) examinar y aportar sugerencias al proyecto de Estrategia y Plan de Acción Regional de la OPS; y 4) analizar las estrategias para movilizar los recursos técnicos y financieros en los planos regional, subregional y nacional.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Introducción	3
Proceso	3
Fundamento.....	4
Análisis de la situación	4
Prevención eficaz en función de los costos y prácticas de control	7
Principios orientadores.....	9
Marco para la acción	9
Enfoques estratégicos.....	10
Promoción de los cambios de política y formulación de una política pública eficaz ...	10
Fortalecimiento de la capacidad para llevar a cabo actividades comunitarias.....	11
Fortalecimiento de los servicios de salud para la prevención y el control integrados de las enfermedades crónicas	11
Refuerzo de las competencias de la fuerza laboral para la atención de salud en el ámbito de la prevención y el control de las enfermedades crónicas	12
Creación de alianzas multisectoriales y redes para luchar contra las enfermedades crónicas	12
Fortalecimiento de la capacidad para generar información y gestionar los conocimientos sobre las enfermedades crónicas	13
Plan de acción	13
Líneas de acción.....	13
Política pública y promoción de la causa.....	13
Vigilancia.....	14
Promoción de la salud y prevención de las enfermedades.....	14
Control integrado de las enfermedades crónicas y los factores de riesgo.....	15
Presupuesto para la aplicación de la estrategia regional	16
Intervención del Comité Ejecutivo	16
Referencias	
Anexo: Plan de acción para la prevención y el control integrados de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo	

Introducción

1. Si se tiene en cuenta su carga de morbilidad en esta Región, las enfermedades crónicas no han recibido la atención prioritaria que merecen en las políticas y los programas de salud pública. Existen pruebas patentes de que es posible evitar las defunciones prematuras por enfermedades crónicas y se dispone de intervenciones eficaces en función de los costos para evitarlas y ha llegado el momento de actuar para prevenir la pérdida adicional de millones de vidas y evitar dañar las economías (1).

2. Todos los países, independientemente del nivel de sus recursos, pueden lograr mejoras considerables en la prevención y el control de las enfermedades crónicas. La meta de esta Estrategia Regional es prevenir y reducir la carga de las enfermedades crónicas y los factores de riesgo conexos en las Américas. Tiene por objeto orientar la cooperación técnica de la OPS en la esfera de las enfermedades crónicas y a los Estados Miembros en el desarrollo o el fortalecimiento de los planes y los programas nacionales de lucha contra las enfermedades crónicas.

3. Los enfoques estratégicos y las líneas de acción definidas en esta Estrategia Regional son compatibles con los de la Resolución CSP.R15 aprobada por la Conferencia Sanitaria Panamericana de 2002. En la propuesta también se incorporan los temas de la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, que hace hincapié en dos de los principales factores de riesgo de las enfermedades crónicas. Para abordar la epidemia de las enfermedades crónicas en la Región es preciso aplicar una estrategia de largo plazo, en la que se integren la práctica actual con nuevas orientaciones y enfoques.

Proceso

4. Hasta ahora, los retos más importantes que la OPS ha tenido que afrontar en sus actividades de cooperación técnica dirigidas a la prevención y el control de las enfermedades crónicas han sido formular un enfoque interprogramático e integrar las actividades mediante las oficinas técnicas pertinentes de la OPS, y al mismo tiempo fortalecer al máximo las alianzas externas con el objeto de emplear eficientemente los escasos recursos disponibles en la Región. Por ese motivo, el proceso de elaboración de la Estrategia Regional ha sido participativo e inclusivo, y en él han participado todas las unidades técnicas de la OPS y las oficinas de país conexas, además, ha requerido la contribución de una gama amplia de interesados directos externos, incluidos los representantes de los ministerios de salud, las organizaciones no gubernamentales (ONG), las universidades, las asociaciones profesionales y los gobiernos locales. Se celebraron las consultas nacionales y subregionales y se recibieron contribuciones de más de 190 participantes de 26 países de la Región.

Fundamento

5. Es necesaria una estrategia que permita hacer frente a varios hechos: que la prevalencia de las principales enfermedades crónicas está aumentando; que la mayoría de ellas se produce en los países en desarrollo; y que se prevé que estas aumentarán considerablemente en los próximos dos decenios (2). La Región de las Américas tiene una de las tasas más elevadas de enfermedades crónicas de todas las regiones de la OMS. Además, en esta Región se registran las mayores desigualdades, un hecho importante puesto que las personas pobres tienen más probabilidades de desarrollar enfermedades crónicas y morir a causa de ellas, lo que a su vez refuerza las desigualdades socioeconómicas (2). Esta Región se caracteriza por poseer sistemas de salud bien arraigados y avances en la atención primaria de la salud que pueden orientarse mejor para tratar las afecciones crónicas. Por estos motivos se propone una Estrategia Regional adecuada a la situación cultural y socioeconómica de las Américas y que incorpora enfoques estratégicos y medidas apropiadas para esta Región.

6. Además, actualmente se reconoce que es necesaria una colaboración intersectorial con sectores ajenos al de la salud, que permita obtener resultados considerables en relación con las enfermedades crónicas. La pobreza, la falta de salubridad del medio y la ausencia de una educación adecuada son factores que contribuyen a la aparición de las enfermedades crónicas y sobre ellos influye la situación geopolítica y económica. Además, las actividades como la agricultura, el transporte y el comercio inciden sobre los factores de riesgo de las enfermedades crónicas, como la falta de una nutrición adecuada y la inactividad física. Por consiguiente, es necesaria una Estrategia Regional que tenga en cuenta la necesidad de una acción integral e integrada con sectores ajenos al sector tradicional de la salud.

Análisis de la situación

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

8. Actualmente, las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte y discapacidad prematuras en la gran mayoría de los países de América Latina y el Caribe. En 2002, representaban 44% de las defunciones de hombres y mujeres menores de 70 años de edad y provocaron dos de cada tres defunciones en la población total (3). Las

enfermedades crónicas contribuyeron a casi 50% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad perdidos en la Región (3). La carga de morbilidad crónica puede ser aún mayor de lo que indican estas estadísticas habida cuenta de que el número de notificaciones de fallecimientos en la Región es considerablemente inferior al real. Las enfermedades crónicas más frecuentes y las de mayor importancia para la salud pública en la Región son las siguientes: enfermedades cardiovasculares, incluida la hipertensión, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes.

9. Se calcula que en el primer decenio del siglo XXI fallecerán cerca de 20,7 millones de personas víctimas de las enfermedades cardiovasculares (4). En 2005, 31% de todas las defunciones ocurridas en América Latina y el Caribe pudieron atribuirse a estas enfermedades (4). Según los pronósticos, en los próximos dos decenios la mortalidad por cardiopatías isquémicas y accidentes cerebrovasculares en América Latina aumentará cerca de tres veces (2).

10. La hipertensión es uno de los factores de riesgo más importantes para las cardiopatías y afecta entre 8% y 30% de la población (5). México, uno de los pocos países que ha realizado más de una encuesta de factores de riesgo de enfermedades crónicas, determinó que la prevalencia de la hipertensión había aumentado de 26%, en 1993, a 30% en 2000 (6).

11. El cáncer es la causa de 20% de la mortalidad por enfermedades crónicas, y en 2002 había causado unas 459.000 defunciones (7). Esto representa un aumento de 33% en la Región desde 1990. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que para 2020 en América Latina y el Caribe se producirán 833.800 defunciones causadas por el cáncer (7).

12. Actualmente, 35 millones de personas en la Región sufren de diabetes y la OMS estima que para 2025 esta cifra aumentará a 64 millones (8). Se calcula que en 2003 la diabetes estuvo vinculada con unas 300.000 defunciones en América Latina y el Caribe, aunque las estadísticas oficiales sólo la relacionan con unas 70.000 defunciones anuales. Además, en 2000 los costos sociales de la diabetes se calcularon en \$65.000 millones (8).

13. La “transición nutricional” en nuestra Región se caracteriza por un consumo reducido de frutas, verduras, granos integrales, cereales y legumbres. Simultáneamente, se registra un mayor consumo de alimentos ricos en grasas saturadas, azúcares y sal, como la leche, las carnes, los cereales refinados y los alimentos procesados. Esto está generando un aumento las situaciones de sobrepeso y obesidad. Las encuestas de población de América Latina y el Caribe indican que, en 2002, entre 50% y 60% de los adultos y entre 7% y 12% de los niños menores de 5 años de edad exhibían sobrepeso o eran obesos (5). En Chile y México, las encuestas nacionales de 2004 indicaron que 15% de los adolescentes eran obesos (9). En Canadá y los Estados Unidos de América, 33% y 65% de los adultos, respectivamente, están excedidos de peso (10, 11).

14. Además, 30% a 60% de la población de la Región no logra siquiera realizar el mínimo de actividad física recomendado (9). Para los adolescentes, esta falta de actividad física es especialmente preocupante, ya que el desarrollo de hábitos saludables se logra en esta etapa y éstos generalmente se mantienen hasta la muerte (12). A medida que las ocupaciones han pasado de la agricultura, u otras que entrañan trabajo manual, a las del sector de los servicios, se ha reducido el nivel de actividad física (13). Esto ha sido impulsado por la creciente urbanización y el aumento del transporte automotor, las políticas de zonificación urbanas que promueven la creación de suburbios en los que se hace imprescindible el uso del automóvil, la falta de atención a las necesidades de los peatones y los ciclistas en la planificación urbana, la profusión de dispositivos que ahorran trabajo en el ámbito doméstico y el uso creciente de computadoras en el trabajo y con fines de entretenimiento (13).

15. En las Américas el consumo de tabaco es la principal causa de muertes prevenibles. Provoca más de un millón de defunciones en la Región cada año y el Cono Sur tiene la tasa de mortalidad más elevada por causas relacionadas con el tabaquismo (5). Aproximadamente la tercera parte de todas las defunciones por cardiopatías y cáncer en las Américas se atribuyen al consumo de tabaco. En la mayoría de países de la Región, más de 70% de los fumadores comienza a fumar antes de los 18 años de edad (5). En una encuesta realizada en 2000, entre 14% y 40% de los jóvenes de América Latina y el Caribe consumían tabaco (5). En 2002, 25% de los jóvenes canadienses y 23% de los jóvenes de los Estados Unidos dijeron haber consumido productos del tabaco (14, 15).

16. Además de estos factores de riesgo modificables, la falta de acceso adecuado a servicios de salud de calidad, incluidos la prevención y los servicios de diagnóstico clínico, junto con las dificultades para obtener los medicamentos esenciales, son factores considerables que contribuyen a la carga de enfermedades crónicas. Muchas veces los pobres deben hacer frente a varios obstáculos para acceder a la atención de salud, como su falta de capacidad para solventar los gastos de los usuarios de la atención de salud, las barreras financieras para acceder a los medicamentos de venta con receta necesarios y la falta de medios de transporte para llegar a los centros de atención de de salud. Además, las poblaciones vulnerables pueden tener que hacer frente a problemas de comunicación que reducen la utilidad de los servicios.

17. A los fines de esta Estrategia, los factores determinantes clave de las enfermedades crónicas se ilustran en la figura 1. Estos pueden corresponder a varias categorías: los factores de riesgo biológicos y conductuales, las condiciones ambientales y la influencia del entorno internacional.

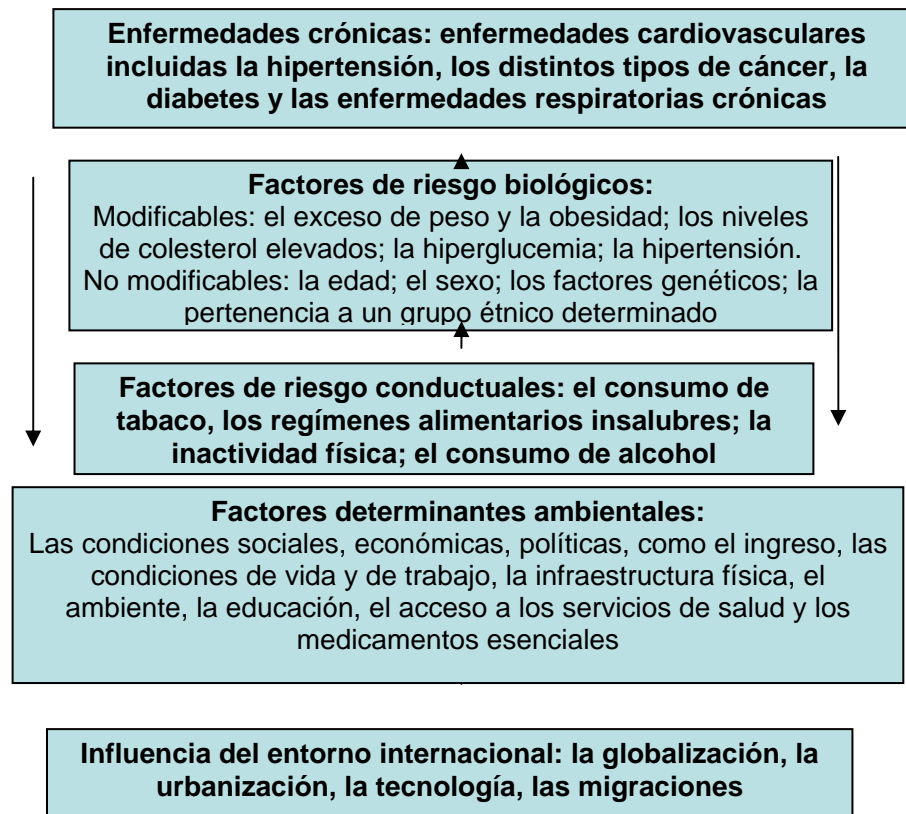


Figura 1: Factores determinantes clave de las enfermedades crónicas

Prevención eficaz en función de los costos y prácticas de control

18. Existen numerosas pruebas a favor de la eficacia en función de los costos de la prevención de las enfermedades y las intervenciones para la detección temprana. Puede prevenirse o retrasarse la aparición de las enfermedades cardiovasculares, algunos tipos de cáncer y la diabetes mediante:

- los cambios en el régimen alimentario y el modo de vida;
- los métodos de tamizaje para determinar el riesgo o la manifestación temprana de las enfermedades;
- el tratamiento de las lesiones precursoras o el tratamiento temprano de la enfermedad; y
- las intervenciones farmacológicas (16).

19. Los exámenes preventivos periódicos de salud en los entornos de atención primaria son un enfoque recomendado para la prevención de las enfermedades crónicas (17). Las evaluaciones esenciales incluyen: la medición de la presión arterial; el cálculo del índice de masa corporal; el lipidograma; la determinación del nivel de glucemia; el tamizaje del

cáncer cervicouterino (prueba de Papanicolaou) y del cáncer de mama (examen de la mama y mamografía clínica) para las mujeres; y el tamizaje del cáncer colorrectal. Además, según la información actualmente disponible debe realizarse un tamizaje oportunista para detectar estados de prediabetes en las personas excedidas de peso de 45 años de edad o más (18).

20. Quienes ya han sido diagnosticados con una afección crónica disponen de tratamientos económicos. Por ejemplo, los medicamentos como los betabloqueantes y la aspirina son baratos y eficaces para disminuir las probabilidades de recidivas de ataques cardíacos. Para las personas con diabetes, las intervenciones incluyen el control de la glucemia, garantizando el suministro de insulina a las personas que la necesitan, el control de la presión arterial (con o sin medicación) y el cuidado de los pies para prevenir las amputaciones. En la lucha contra el cáncer, el tratamiento del cáncer cervicouterino, de mama, de la cavidad bucal y el colorrectal es económico e incluye la remoción quirúrgica de los tumores, la quimioterapia y la radioterapia (16).

21. La OMS realizó un examen regional de la eficacia en función de los costos de las intervenciones relacionadas con las enfermedades crónicas en las Américas. Las estrategias más económicas se basaron en la población e incluyeron un aumento de los impuestos al tabaco a la tasa impositiva regional más elevada de 75% (1). La eficacia en función de los costos promedio (ECA) de esta intervención fue de \$19. La legislación para reducir el contenido de sal en los alimentos procesados, sumada a la rotulación y el cumplimiento apropiado, y la legislación y la educación sanitaria para reducir el colesterol fueron también eficaces en función de los costos, con una ECA de \$127 y \$135 respectivamente. Las intervenciones menos económicas fueron las dirigidas a las personas en forma individual, como la terapia de reemplazo de nicotina con una ECA de \$3.083 y la provisión de las estatinas y la educación dirigida a modificar el modo de vida realizada por los médicos con los pacientes cuyo nivel de colesterol hubiera excedido los 220 mg/dl, con una ECA de \$1.326 (16).

22. Las medidas de tipo ambiental y multisectorial son eficaces. Por ejemplo, se ha demostrado que el reemplazo de 2% de la energía proveniente de los ácidos grasos trans con grasas no saturadas reduciría las enfermedades cardiovasculares (ECV) entre 7% y 40% y también reduciría la diabetes de tipo 2 (16). Puesto que los ácidos grasos trans podrían eliminarse o reducirse considerablemente mediante la adopción voluntaria de medidas por parte de la industria, el costo asciende a no más de \$0,50 por persona por año (16). La legislación que establece una reducción del contenido de sal en los alimentos elaborados también es eficaz en función de los costos y cuando se complementa con una campaña de educación puede asegurar una reducción de la presión arterial a un costo de \$6,00 por año (16).

Principios orientadores

23. Esta Estrategia Regional y Plan de Acción se basa en el compromiso de la OPS de contextualizar las estrategias y las metas, teniendo en cuenta las prioridades sanitarias y las peculiares condiciones sociales, económicas y políticas de los Estados Miembros. También tiene en cuenta lo siguiente:

- El Marco Estratégico de la OPS para la promoción de la salud, la atención primaria de salud, la protección social y los derechos humanos.
- El Marco para la Estrategia de Cooperación Técnica, que consiste en abordar la agenda inconclusa, proteger los logros y hacer frente a los nuevos retos.
- La Estrategia de Gestión para el Trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana en el período 2003-2007, que aplica un enfoque centrado en los países y dirigido a los grupos de población especiales.

Marco para la acción

24. La Estrategia incorpora algunos conceptos y temas de las siguientes resoluciones de la OMS y la OPS: la Estrategia Mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades crónicas (WHA53.17, 2000); las enfermedades cardiovasculares, especialmente la hipertensión (CD42.R9, 2000); el Convenio Marco para el Control del Tabaco (WHA56.1, 2003); la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud (WHA57.17, 2004); y la prevención y control del cáncer (WHA58.22, 2005). Además, esta Estrategia Regional es compatible con las estrategias de prevención de la obesidad elaboradas por la International Obesity Task Force (19). Asimismo, tendrá en cuenta las nuevas iniciativas regionales y mundiales que están siendo formuladas, como la Estrategia y plan de acción regionales sobre nutrición y desarrollo.

25. En esta Estrategia se considera la perspectiva del ciclo de vida y se reconocen los factores ambientales, económicos y sociales y los consiguientes procesos conductuales y biológicos que actúan a lo largo de todas las etapas de la vida para incidir sobre los riesgos de enfermedades (20, 21). Los principales factores durante las distintas etapas de vida incluyen los siguientes:

- etapa fetal: crecimiento fetal lento; deficiente estado de nutrición materno; y situación socioeconómica desfavorable al nacer;
- lactancia y niñez: falta de amamantamiento, baja tasa de crecimiento, régimen alimentario inadecuado, falta de actividad física, situación socioeconómica desfavorable y educación deficiente de la madre;

- adolescencia: régimen alimentario inadecuado, como la baja ingesta de frutas y verduras y un elevado aporte energético, inactividad física y consumo de tabaco y alcohol;
- adultez: los factores de riesgo conductuales como la elevada ingesta de grasas saturadas, el consumo excesivo de sal, la ingesta reducida de frutas y vegetales, el consumo de tabaco y alcohol, la falta de actividad física y los factores de riesgo biológicos conexos.

26. El reconocimiento de que en todas las etapas de la vida existen factores de riesgo y que sobre estos incide la situación socioeconómica es motivo suficiente para reorientar las políticas y los programas (21). Exige priorizar a las poblaciones más pobres y los grupos vulnerables. También justifica la necesidad de orientar las intervenciones preventivas a los jóvenes en la medida en que los hábitos de las personas se arraigan durante la niñez y la adolescencia.

27. Es preciso fortalecer la colaboración intersectorial con sectores ajenos al sector de la salud a fin de lograr resultados considerables en la lucha contra las enfermedades crónicas. A este respecto, es necesario buscar la colaboración de los sectores de la educación, las comunicaciones, la agricultura, el transporte, la economía y el comercio.

Enfoques estratégicos

Promoción de los cambios de política y formulación de una política pública eficaz

28. Mediante esta Estrategia se alentará la formulación de políticas públicas firmes y explícitas, que favorezcan un mejor estado de salud y una vida libre de discapacidades derivadas de las enfermedades crónicas y se proporcionará cooperación técnica a esos efectos. Las políticas tomarán como base las resoluciones y recomendaciones de la OMS, en particular el Convenio Marco para el Control del Tabaco; la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud; y la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. En ellas se tendrán en cuenta los factores determinantes sociales, económicos y políticos de la salud, en sentido amplio, y se reflejarán los valores de la equidad, la excelencia, la justicia social, el respeto, la equidad entre los géneros y la integridad. Se realizarán actividades de promoción para impulsar las políticas y los cambios institucionales en los que sustentarán los programas de lucha contra las enfermedades crónicas. Se hará hincapié en el papel clave que desempeñan las funciones gubernamentales y se facultará al sector de la salud para que recabe la colaboración de otros sectores en la realización de actividades que aseguren que los problemas relacionados con las enfermedades crónicas se aborden en forma colectiva.

Fortalecimiento de la capacidad para llevar a cabo actividades comunitarias

29. Los cambios de comportamiento no se originan exclusivamente en las decisiones individuales. Más bien, inciden en ellos buena parte de los factores relacionados con el entorno, como las normas sociales, las reglamentaciones, las políticas institucionales y el ambiente físico. Por consiguiente, es necesario incluir en las estrategias de salud pública acciones comunitarias que induzcan cambios en las comunidades y los entornos, promover modos de vida sanos y ayudar a prevenir la obesidad.

30. Esta Estrategia se centrará en las intervenciones comunitarias que permitan crear los entornos propicios para reducir los factores de riesgo, movilizar las comunidades a fin de que modifiquen las políticas institucionales y se conviertan en participantes activos en la creación de entornos favorables. También se hará hincapié en la salubridad de los lugares de trabajo y el entorno escolar. Las intervenciones se canalizarán a través de la iniciativa CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles) de la OPS, las iniciativas de la OPS sobre los entornos sanos y las escuelas promotoras de la salud; y se adherirán a la Estrategia Mundial de la OMS para la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas y la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud.

Fortalecimiento de los servicios de salud para la prevención y el control integrados de las enfermedades crónicas

31. Esta Estrategia reconoce que la prevención y el control de las enfermedades crónicas exigen un contacto a largo plazo de los pacientes con servicios accesibles de atención de salud primaria, que funcionen conforme a estrictas normas de atención y prácticas óptimas. La prevención integrada incluye las intervenciones que prevengan y a la vez reduzcan un conjunto de factores de riesgo comunes modificables. Además, el control de las enfermedades crónicas requiere una integración de los servicios mediante el fortalecimiento de los sistemas de derivación de casos y la relación entre los niveles primarios, secundarios y terciarios de atención. Un control apropiado también debe abarcar la prevención, el tamizaje y la detección temprana, así como el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos. Esto significa poder acceder a servicios de salud de calidad, con inclusión de los servicios de diagnóstico y la posibilidad de obtener los medicamentos esenciales. Se concebirán y probarán modelos innovadores de atención de calidad de las enfermedades crónicas.

32. La Estrategia también incluirá la formulación, puesta a prueba y difusión de los enfoques, las directrices y las herramientas eficaces para el control de las enfermedades crónicas. Las intervenciones se llevarán a cabo teniendo en cuenta las recomendaciones de la OMS que figuran en informes como “Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital” y “Atención innovadora para las afecciones crónicas: elementos

fundamentales para la acción”, así como la resolución sobre la prevención y el control del cáncer.

Refuerzo de las competencias de la fuerza laboral para la atención de salud en el ámbito de la prevención y el control de las enfermedades crónicas

33. Los proveedores de asistencia sanitaria contribuyen a mejorar la salud y prevenir y controlar las enfermedades crónicas. Para prestar una atención eficaz a las personas que sufran afecciones crónicas se necesitan equipos de salud multidisciplinarios, con una combinación de aptitudes apropiada. Es preciso ampliar las competencias de los profesionales de la salud para que puedan hacer frente a las complejidades de las afecciones crónicas con un enfoque de equipo. Los programas de estudio de los profesionales de la salud deben abordar los temas de la prevención y el control de las enfermedades crónicas y fortalecer las capacidades apropiadas. Esta Estrategia tiene en cuenta la importancia de la educación permanente de los trabajadores de atención de salud, al objeto de reforzar las competencias relacionadas con la atención centrada en el paciente, la formación de alianzas con éste y con otros proveedores, el empleo de métodos continuos de perfeccionamiento de la calidad, el uso eficaz de la información y la tecnología de las comunicaciones y la adopción de una perspectiva de salud pública.

Creación de alianzas multisectoriales y redes para luchar contra las enfermedades crónicas

34. Para la aplicación eficaz de las políticas y los programas de lucha contra las enfermedades crónicas es preciso contar con los esfuerzos concertados de los múltiples socios e interesados directos de los sectores de la salud, públicos y privados, y los sectores relacionados con la salud, como la agricultura, la economía, las obras públicas, el comercio, el transporte, los parques y la recreación y los servicios sociales. Más aun, es necesaria la acción de los distintos niveles de los organismos gubernamentales y no gubernamentales, incluidas las organizaciones internacionales y multilaterales y las organizaciones regionales, subregionales, nacionales y municipales. Las asociaciones profesionales, las instituciones académicas, la sociedad civil, los grupos de pacientes y las personas afectadas por las enfermedades crónicas también pueden desempeñar un papel clave influyendo en las políticas y los programas de lucha contra las enfermedades crónicas. Esta estrategia facilitará el diálogo y permitirá crear alianzas entre estos interesados directos multisectoriales clave para impulsar la lucha contra las enfermedades crónicas y asegurar la participación de los interesados directos en el desarrollo de las políticas y los programas. La Estrategia también deberá aplicarse a través de las redes regionales existentes, como la red CARMEN y la Red de Actividad Física de las Américas (PANA).

Fortalecimiento de la capacidad para generar información y gestionar los conocimientos sobre las enfermedades crónicas

La información oportuna y precisa sobre los factores de riesgo, la aparición de las enfermedades crónicas, su distribución y sus tendencias es esencial para la formulación de políticas, la planificación de los programas y la evaluación. Por consiguiente, esta Estrategia permitirá fortalecer la capacidad de los países para incorporar sistemas de vigilancia de las enfermedades crónicas al sistema de salud pública y utilizar la información obtenida para la elaboración de los programas y la formulación de políticas. La Estrategia alentará la integración entre las distintas fuentes de datos para poder acceder a toda información disponible a fin de determinar la situación de las enfermedades crónicas. La información se analizará, sintetizará y difundirá en los planos nacional, subregional y regional. Es preciso mejorar los mecanismos existentes de vigilancia sistemática y seguimiento de las tendencias de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo en los niveles nacional y subregional. Además, se recopilará y difundirá información sobre los conocimientos nuevos e incipientes relativos a las intervenciones eficaces de prevención y control de las enfermedades no transmisibles.

Plan de Acción

Meta

35. Prevenir y reducir la carga de enfermedades crónicas y los factores de riesgo conexos en las Américas.
36. En el anexo se incluye un Plan de Acción detallado.

Líneas de acción

Políticas públicas y promoción de la causa

38. *Objetivo:* Garantizar y promover la formulación y ejecución de políticas públicas eficaces, integradas, sostenibles y apoyadas en pruebas científicas en materia de lucha contra las enfermedades crónicas, sus factores de riesgo y los factores determinantes.
39. En varios países, la aprobación de diversas políticas, leyes y reglamentos ha resultado eficaz para prevenir enfermedades y lesiones. Entre ellas cabe mencionar la tributación del tabaco y el uso de los cinturones de seguridad y los cascos. No obstante, como lo ha demostrado la evaluación de 2005 de la capacidad nacional para la prevención y el control de las enfermedades crónicas, una proporción importante de países de América Latina y el Caribe carece de políticas o planes para luchar contra las enfermedades crónicas. El desarrollo de un proceso sistemático de formulación de políticas sigue siendo el principal desafío para poder combatir las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo.

40. El desarrollo de un marco unificado y sistemático para las políticas públicas es el primer paso en la lucha contra esta epidemia. Definir las prioridades en materia de políticas, establecer mecanismos para la evaluación previa y posterior, incorporar a todos los sectores de la sociedad y velar por la cooperación técnica entre los países también son imperativos de este Plan de Acción.

Vigilancia

41. **Objetivo:** Alentar y apoyar el establecimiento y fortalecimiento de la capacidad de los países para mejorar la vigilancia de las enfermedades crónicas, sus consecuencias, sus factores de riesgo y las repercusiones de las intervenciones de salud pública.

42. En toda la Región existen deficiencias y la capacidad de vigilancia de las enfermedades crónicas es variable. La mayoría de los países tienen recursos limitados para llevar a cabo actividades de vigilancia de las enfermedades crónicas. En respuesta a esta escasez, la OPS ha establecido un objetivo en este Plan de Acción, a saber, fortalecer o ampliar los sistemas establecidos de vigilancia de las enfermedades crónicas en los Estados Miembros.

43. Para satisfacer las necesidades dispares de los países, en este Plan se hace hincapié en el fortalecimiento de las siguientes capacidades de los países: la recopilación sistemática y permanente de datos fidedignos, comparables y de calidad; su análisis oportuno y avanzado; la difusión y el uso de los resultados de los análisis para la formulación de las políticas nacionales y la planificación y evaluación de los programas; la competencia técnica de la fuerza laboral de vigilancia; y la innovación en el pensamiento y la acción. Un sistema de vigilancia arraigado facilitará el monitoreo de los avances logrados en relación con esta Estrategia Regional.

Promoción de la salud y prevención de las enfermedades

44. **Objetivo:** Promover las condiciones sociales y económicas que abordan los factores determinantes de las enfermedades crónicas y facultan a las personas para mejorar el control de su propia salud y adoptar conductas saludables.

45. La promoción de la salud es una parte esencial de un enfoque integrado para la prevención y el control de las enfermedades crónicas. Para atender las necesidades de promoción de la salud, y en especial para alentar la adopción de regímenes alimentarios saludables, la realización de actividades físicas y el control del tabaco, en este Plan se propone lo siguiente:

- promover y adoptar hábitos alimentarios saludables, modos de vida activos y controlar la obesidad y las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición;
- formular políticas públicas y directrices, realizar cambios institucionales, adoptar estrategias de comunicación y llevar a cabo investigaciones relacionadas con los regímenes alimentarios y la actividad física;
- aplicar estrategias de promoción de la salud y prevención de las enfermedades;
- adoptar una perspectiva para el ciclo de vida en la que se considere que la salud comienza con el desarrollo del feto y continúa hasta la vejez; y
- realizar esfuerzos concertados con múltiples socios de los sectores de la salud y sectores conexos.

Control integrado de las enfermedades crónicas y los factores de riesgo

46. **Objetivo:** Facilitar y apoyar el fortalecimiento de la capacidad y las competencias del sistema de salud para el manejo integrado de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo.

47. El actual modelo de atención de las enfermedades agudas no ha resultado eficaz para abordar la prevención y el control de las afecciones crónicas. Para que sean fructíferos, es preciso que los programas de lucha contra las enfermedades crónicas adopten un enfoque intersectorial y se reoriente el sistema de atención de salud. Es necesario mejorar la accesibilidad y disponibilidad de los servicios y las posibilidades de obtener medicamentos esenciales y contar con equipos de salud multidisciplinarios que posean una combinación de aptitudes apropiada para prestar los servicios. Se debe hacer hincapié en la calidad de la atención para reducir los obstáculos relacionados con los factores sociales, económicos y culturales y para mejorar la protección social de la salud, en especial la de las poblaciones vulnerables.

48. Para hacer frente a estos retos, el presente Plan de Acción considera que para la prevención y el control de las enfermedades crónicas se precisa mejorar la integración a través de la instauración de sistemas de derivación de casos y el fortalecimiento de las relaciones entre los niveles primario, secundario y terciario de la atención. Es preciso cubrir todo el espectro del control de las enfermedades, desde la prevención al tamizaje y la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos. Los conceptos del modelo de atención crónica se incorporan al objetivo de control de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo, y tienen como finalidad mejorar los resultados en cinco esferas (22), a saber: elaboración de un método coherente de perfeccionamiento de sistemas; formulación de directrices y adhesión a ellas; apoyo al autocontrol por parte de las personas afectadas por enfermedades crónicas; mejoramiento de los sistemas de información clínica; y combinación apropiada de las aptitudes y mejoramiento de la competencia técnica de la fuerza laboral de salud, inclusive la

competencia cultural y la sensibilidad. En este plan también se tiene en cuenta la asistencia técnica para los programas de lucha contra las enfermedades crónicas, la reorientación de los servicios de salud hacia estas enfermedades y el mejoramiento del acceso a los medicamentos y las tecnologías esenciales.

49. En esta Estrategia también se reconoce el llamamiento en favor de un enfoque renovado de la atención primaria de salud y la necesidad de mejorar al máximo el estado de salud de todos, tal como se subraya en la Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud (promulgada en el 46.º Consejo Directivo). También se refleja en este plan la Resolución CD45.R7, en la que se asigna prioridad al problema del acceso a los medicamentos esenciales y otros suministros de salud pública.

Presupuesto para la aplicación de la estrategia regional

50. El presupuesto calculado para la ejecución de la Estrategia y el Plan de Acción Regionales es de aproximadamente \$13 millones anuales. La Unidad de Enfermedades no Transmisibles tiene que movilizar los recursos para aumentar su presupuesto anual actual de \$1,1 millones a una cifra de \$4,1 millones anuales. En las unidades técnicas conexas de la OPS (es decir, Entornos Saludables, Evaluación y Gestión de Riesgos, Organización de Servicios de Salud, Políticas y Sistemas de Salud y Medicamentos Esenciales, Vacunas y Tecnología de la Salud), es preciso movilizar recursos para aumentar su presupuesto anual de la cifra actual de \$7,8 millones a \$9,8 millones.

51. Después de finalizar la Estrategia de la OMS de Cooperación en los Países, varios países han reconocido la carga que representan las enfermedades crónicas no transmisibles y han aumentado sus recursos nacionales y asignado un nivel de prioridad a la evaluación de las necesidades en materia de cooperación técnica. Se han enviado asesores de países de la OPS con aptitudes específicas para el control de las enfermedades crónicas a Barbados, Chile, Costa Rica, Jamaica, así como al Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y al Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI).

Intervención del Comité Ejecutivo

52. Sobre la base de la información sobre esta Estrategia Regional, se solicita al Comité Ejecutivo que considere la posibilidad de adoptar las medidas siguientes: 1) reafirmar que las enfermedades crónicas constituyen una prioridad fundamental; 2) lograr que el compromiso de los Estados Miembros se traduzca en apoyo programático y financiero a la lucha contra las enfermedades crónicas; 3) examinar y aportar sugerencias al proyecto de Estrategia y Plan de Acción Regionales de la OPS; y 4) analizar las estrategias adecuadas para movilizar los recursos técnicos y financieros en los ámbitos regional y nacional.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. *Informe Mundial de la OMS. Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital*. Ginebra. OMS; 2005.
2. Yach D, Hawkes C, Gould CL, Hofman KJ. The Global Burden of Chronic Diseases. *JAMA* 2004; 291(21): 2616-2622.
3. Robles SC. A public health framework for chronic disease prevention and control. *Food and nutrition bulletin* 2004;25(2):194-199.
4. Organización Panamericana de la Salud. Proyecto de presupuesto por programas para 2006-2007. Washington, D.C.: OPS; Septiembre de 2005. (Documento 317).
5. Organización Panamericana de la Salud. *La salud en las Américas. Volumen I*. Edición de 2002. Washington, D.C.: OPS; 2002.
6. Velazquez-Monroy O, Rosas Peralta M, Lara Esqueda A, Pastelin Hernandez G, Sanchez-Castillo C, Attie F, et al. Prevalence and interrelations of noncommunicable chronic diseases and cardiovascular risk factors in Mexico. Final outcomes from the National Health Survey. *Archivos de cardiología de México* 2003;73(1):62-77.
7. Organización Mundial de la Salud y Unión Internacional contra el Cáncer. *Global Action Against Cancer*. Versión actualizada. Ginebra: OMS; 2005.
8. Barceló A, Aedo C, Rajpathak S, Robles S. The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean. *Bulletin of the World Health Organization* 2003;81(1):19-28.
9. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia mundial de la OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, Plan de Ejecución para América Latina y el Caribe 2006-2007. 2006. (Documento inédito).
10. Bélanger-Ducharme F, Tremblay A. Prevalence of obesity in Canada. *Obesity Reviews* 2005;6:183-186.
11. National Center for Health Statistics. National Health and Nutrition Examination Survey. <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/04trend.pdf#069> Accessed 26 May 2006.
12. Organización Mundial de la Salud. *Globalization, Diets and Noncommunicable Diseases*. Ginebra: OMS; 2002.

13. Organización Mundial de la Salud. *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Disease, Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation*, Ginebra: OMS; 2003. (Serie de Informes Técnicos de la OMS No. 916).
14. Tobacco Control Programme, Health Canada. Youth Smoking Survey 2002. <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/research-recherche/stat>. Acceso el 30 de mayo de 2006.
15. Global Youth Tobacco Survey Collaborative Group Special Report: Tobacco use among youth: a cross comparison. *Tobacco Control* 2002;11:252-270.
16. Jamison, DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, et al., eds. *Priorities in Health*. Washington, DC: The World Bank; 2006.
17. US Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services*. 3rd ed. Washington, DC: Agency for Health Care Research and Quality; 2004.
18. Eyre H, Kahn R, Robertson RM; American Cancer Society, the American Diabetes Association, and the American Heart Association. 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. *Diabetes Care* 2004;27(7):1812-1824.
19. Swinburn, B, Gill, T, Kumanyika, S. Obesity Prevention: a proposed framework for translating evidence into action. *Obesity Reviews: an Official Journal of the International Association for the Study of Obesity* 2005;6(1):23-33.
20. Aboderin, I, Kalache, A, Ben-Sholmo, Y, Lynch, JW, Yajnik, CS, Kuh, D, et al. Life Course Perspectives on Coronary Heart Disease, Stroke and Diabetes: Key Issues and Implications for Policy and Research. Summary report of a meeting of experts 2-4 May 2001. Geneva: WHO; 2001. (WHO/NMH/NPH/01.4)
21. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra: OMS; 2002.
22. Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost L, McCulloch D, et al. Quality Improvement in Chronic Illness. A Collaborative Approach. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement* 2001;27(2):63-80.

PLAN DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL INTEGRADO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS Y SUS FACTORES DE RIESGO

POLÍTICA

Objetivo: Garantizar y promover la formulación y ejecución de políticas públicas eficaces, integradas, sostenibles y basadas en datos probatorios sobre las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo (FR) y factores determinantes.

Objetivos específicos	Indicadores	Actividades
<p>1. Fortalecer los procesos de formulación y ejecución de políticas públicas mediante la aplicación de un marco sistemático con las siguientes funciones básicas: 1) vigilancia y promoción de la causa para la acción, 2) formulación y adopción de políticas, y 3) ejecución apropiada de políticas basadas en las consideraciones y necesidades locales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para 2010, todos los países contarán con políticas para apoyar los programas contra las enfermedades no transmisibles (ENT). • Para 2010, la OPS/OMS y los interesados directos pertinentes crearán un prototipo de marco sistemático para las políticas públicas de enfermedades crónicas. • Para 2010, la OPS/OMS y los interesados directos pertinentes habrán implantado un proceso de colaboración técnica para ayudar al menos a 6 Estados Miembros a ejecutar los componentes de un marco para las políticas públicas. • Para 2010, al menos 10 países estarán usando el marco para crear políticas públicas. 	<p>BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer políticas públicas para apoyar programas contra las ENT. <p>AMPLIADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar talleres para crear un marco para las políticas de ENT en los Estados Miembros. • Celebrar sesiones de trabajo para la planificación de las enfermedades crónicas con el ministerio de salud. <p>ACONSEJABLES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar estudios para calcular el costo de las enfermedades crónicas.
<p>2. Determinar y definir las prioridades políticas a escala regional y nacional referentes a las enfermedades crónicas y a sus factores de riesgo y factores determinantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para 2010, 70% de los Estados Miembros establecerán un grupo de consulta multisectorial de políticas para definir prioridades y apoyar los procesos de formulación de políticas públicas. • Para 2010, la OPS/OMS y los interesados directos pertinentes convocarán reuniones de consulta subregionales y regionales para definir prioridades de políticas comunes a niveles subregionales y nacionales. 	<p>BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Celebrar reuniones de los interesados directos para definir políticas prioritarias para las enfermedades crónicas. <p>ACONSEJABLES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer grupos de trabajo para formular políticas para las ENT.
<p>3. Hacer que todos los sectores y la sociedad civil participen influyendo en los procesos de establecimiento de políticas y decisorios, incluida la promoción de la causa para la prevención y el control de las enfermedades crónicas en la Región.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para 2008, 70% de los Estados Miembros crearán mecanismos institucionales para el establecimiento de alianzas nacionales. • Para 2008, 70% de los Estados Miembros cultivarán un entorno para el establecimiento de una alianza nacional entre sectores de la sociedad civil que estén interesados en la prevención y el control de las enfermedades crónicas. 	<p>BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Celebrar reuniones multisectoriales para establecer alianzas con muchos sectores. <p>AMPLIADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hacer reuniones para abogar por la prevención y el control de las enfermedades crónicas con posibles miembros de la alianza.

	<ul style="list-style-type: none"> • Para 2010, los miembros de la alianza nacional serán notorios como un socio fuerte en los procesos de formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas referentes a las enfermedades crónicas. 	
<p>4. Establecer un mecanismo regional para la evaluación y el análisis sistemáticos de políticas públicas propias del país y la elaboración de métodos para su uso en diferentes países.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para 2010, funcionará en las Américas un observatorio formalizado para la evaluación y el análisis de políticas, con métodos y herramientas para el análisis de políticas. • Para 2010, al menos 3 países nuevos establecerán una capacidad técnica básica para emprender el análisis sistemático de políticas referentes a las enfermedades crónicas. • Para 2010, la OPS, en colaboración con países participantes, hará exámenes de políticas e informes sobre los progresos realizados por el observatorio de políticas. 	<p>ACONSEJABLES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar 1 taller regional y 5 talleres subregionales para establecer un observatorio de políticas en la Región y las subregiones.
<p>5. Promover la cooperación intersectorial en cada país y entre diversos países y el establecimiento de mecanismos para compartir prácticas óptimas en la formulación y ejecución de políticas públicas eficaces.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para 2010, la OPS, en colaboración con los países participantes en el observatorio de políticas, difundirá los informes del examen de políticas de los Estados Miembros. • Para 2010, se establecerá una estrategia de comunicación de masas en 70% de los Estados Miembros para difundir la información a las partes interesadas y al público en general. • Para 2010, los Estados Miembros con interesados directos pertinentes habrán establecido un foro nacional para el diálogo sobre políticas públicas referentes a las enfermedades crónicas y para el examen de los informes de análisis de políticas y prácticas óptimas. 	<p>Oficina: BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crear y mantener en la web un centro de intercambio de información sobre las enseñanzas extraídas y los datos probatorios procedentes de los informes y análisis anuales del examen de políticas. <p>AMPLIADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Redactar y publicar un perfil regional anual sobre las prácticas óptimas para la formulación y ejecución de políticas públicas eficaces en la Región. <p>Estados Miembros BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Publicar informes para difundir y promover el uso de datos probatorios del observatorio de políticas a niveles nacionales, infranacionales y locales. <p>AMPLIADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar una propuesta para que el gobierno adopte una legislación que apoye la promoción de la salud, como la legislación para el control del tabaco, compatible con el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT).

VIGILANCIA

Objetivo: Promover y apoyar el desarrollo y el fortalecimiento de la capacidad de los países de realizar una mejor vigilancia de las enfermedades crónicas, sus consecuencias, sus factores de riesgo y la repercusión de las intervenciones de salud pública como parte de la estrategia integrada de prevención y control de las ENT.

Objetivos específicos	Indicadores	Actividades
<p>1. Fomentar la creación y el fortalecimiento de sistemas de vigilancia de enfermedades crónicas que sean continuos, sistemáticos y estén vinculados a medidas de salud pública, para evaluar la carga (por ejemplo, mortalidad, morbilidad, discapacidad, costos económicos) de las enfermedades crónicas, sus tendencias, factores de riesgo conexos (por ejemplo, obesidad, disponibilidad de alimentos y consumo alimentario), incluidos los factores sociales determinantes y las intervenciones de salud pública (por ejemplo, utilización de los servicios de salud).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para 2010, 75% de los Estados Miembros habrán definido indicadores para la vigilancia nacional relacionada con las enfermedades crónicas (ENT), los factores de riesgo asociados, y las intervenciones de salud pública, dentro de sus datos nacionales básicos; para 2015, 95% de los Estados Miembros habrán hecho esto. • Para 2010, 50% de los Estados Miembros habrán establecido un sistema de vigilancia de las ENT, los factores de riesgo y las intervenciones de salud pública, como parte de su sistema nacional de vigilancia de salud pública; para 2015, 75% de los Estados Miembros habrán hecho esto. • Para 2010, 50% de los Estados Miembros habrán recopilado información basada en la población sobre las principales enfermedades crónicas, los regímenes alimentarios, la actividad física, el consumo de tabaco, el consumo de alcohol y el uso de los servicios de salud preventivos; para 2015, el 75% de los Estados Miembros habrán hecho esto. 	<p>Oficina: BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • En colaboración con los Estados Miembros, proporcionar un análisis de la situación para valorar la capacidad y el estado de la vigilancia del país para evaluar y refinar los porcentajes fijados para todos los indicadores. • Establecer directrices o plantillas para el desarrollo y la evaluación de cada nivel del sistema de vigilancia. • Proporcionar recomendaciones y asistencia técnica sobre la vigilancia de las enfermedades crónicas (estudios, capacitación, talleres, cooperación técnica entre países) a países prioritarios de la OPS, de forma programada o previa solicitud. • Ayudar a los países en el desarrollo y la puesta en práctica de sistemas de vigilancia nacionales. • Prestar apoyo a los países con menor capacidad de establecer sistemas de vigilancia. <p>AMPLIADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistematizar mejores las herramientas y las prácticas para estandarizar y regionalizar la vigilancia. • Hacer un análisis de la situación en curso para la vigilancia, la prevención y el control de las enfermedades crónicas (cada 5 años). • En colaboración con los Estados Miembros, elaborar un plan regional de movilización de recursos. • Coordinar y ayudar a los Estados Miembros en los esfuerzos de movilización de recursos para obtener fondos que permitan poner en práctica sistemas de vigilancia. <p>ACONSEJABLES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinar la transferencia regional de experiencias y enseñanzas satisfactorias que se hayan extraído en la vigilancia entre los Estados Miembros. <p>Estados Miembros: BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar y modificar según sea necesario las directrices o herramientas de vigilancia recomendadas por la Oficina. • Definir indicadores nacionales de las ENT, los factores de riesgo y las intervenciones de salud pública. • Incluir la vigilancia de las ENT, los factores de riesgo y las intervenciones de salud pública como componente esencial de los programas nacionales de prevención y

		<p>control de las enfermedades crónicas.</p> <p>AMPLIADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a la Oficina en la preparación de un análisis de la situación regional. • Ayudar a la Oficina en la preparación de directrices o herramientas de vigilancia. • Ayudar a la Oficina en la realización de estudios y talleres de capacitación. • Elaborar planes nacionales de movilización de recursos. <p>ACONSEJABLES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a la Oficina en la coordinación de iniciativas regionales para el mejoramiento de las capacidades de vigilancia de cada país.
<p>2. Mejorar la colaboración de los diversos socios para movilizar a la comunidad, las asociaciones nacionales, subregionales y regionales al objeto de que estimulen la implantación eficaz de sistemas de vigilancia y utilización de la información.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para 2010, se habrá establecido un foro regional de discusión para la vigilancia de las ENT que incluya al 75% de los Estados Miembros, y al 95% de los Estados Miembros para 2015. • Para 2010, 75% de los Estados Miembros habrán establecido un comité coordinador nacional con socios como gobiernos, ONG, comunidad académica, redes profesionales, industrias, expertos y público en general; 95% de los Estados Miembros habrán hecho esto para 2015. 	<p>Oficina:</p> <p>BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • En colaboración con los Estados Miembros, determinar las prioridades regionales y subregionales. • Realizar un análisis regional de los interesados directos con el propósito de seleccionar a los interesados directos y a los socios para la colaboración (gobiernos, organizaciones no gubernamentales, comunidad académica, redes de profesionales, industrias, expertos y público en general). • Proporcionar resultados del análisis de los interesados directos a los Estados Miembros para ayudarles a formar los comités coordinadores nacionales. • Controlar el progreso de la formación de los comités coordinadores nacionales para decidir cuál es el mejor momento para establecer un Foro Regional de Discusión. <p>AMPLIADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar las atribuciones del Foro Regional de Discusión. • Convocar consultas entre todos los actores pertinentes, incluidos los Estados Miembros, para establecer el Foro. • En colaboración con los Estados Miembros, seleccionar a los interesados directos y las universidades clave que pueden actuar como centros colaboradores de la OMS para la vigilancia de las enfermedades crónicas. <p>ACONSEJABLES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar métodos de mejora continua de la calidad que aumenten la calidad de los sistemas de vigilancia. <p>Estados Miembros:</p> <p>BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seleccionar a los interesados directos y a los socios para la colaboración del país. • Determinar los recursos para establecer comités coordinadores nacionales con los interesados directos y

		<p>los socios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la elaboración de estrategias de vigilancia nacionales. <p>AMPLIADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a la Oficina a formar el Foro Regional de Discusión. <p>ACONSEJABLES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Someter a pruebas previas y adoptar métodos de mejora de la calidad.
<p>3. Apoyar el mejoramiento de la calidad (exactitud, carácter integral y alcance), la disponibilidad y la comparabilidad de la información de la vigilancia de las ENT usada para las políticas y el desarrollo de programas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para 2010, 75% de los Estados Miembros habrán definido su conjunto básico de indicadores de vigilancia (ENT, factores de riesgo e intervenciones de salud pública), llegando al 100% para 2015. • Para 2010, 50% de los Estados Miembros dispondrán de indicadores básicos de ENT, factores de riesgo e intervenciones de salud pública; 75% habrán hecho esto para 2015. • Para 2010, 50% de los Estados Miembros habrán demostrado una reducción de la subnotificación y la clasificación errónea relacionadas con la mortalidad por ENT, llegando al 75% de los Estados Miembros para 2015. 	<p>Oficina:</p> <p>BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • En colaboración con los Estados Miembros, los socios internacionales clave y los centros de colaboración, y en conformidad con los criterios escalonados de la OPS, establecer grupos de trabajo para proponer un conjunto ordinario de indicadores fundamentales y óptimos, como ENT, factores de riesgo y algunas intervenciones de salud, para la Región. • Garantizar la comparabilidad de los datos mediante la normalización de los instrumentos y las unidades de medida, y a través de la capacitación. • Establecer un consenso sobre el conjunto propuesto de indicadores fundamentales y óptimos, a través de reuniones regionales de consulta. • En colaboración con los Estados Miembros y con otros organismos y redes (CARMEN, AMNET), realizar cursos breves de capacitación como parte de la educación continua para fortalecer la capacidad técnica de vigilancia, mejorar los métodos de recopilación de datos y reducir el problema de la clasificación errónea. • Mejorar los mecanismos existentes de monitoreo para reducir el problema de la subnotificación. <p>AMPLIADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampliar la función de los grupos de expertos en gestión de la información (CRAIS) <p>ACONSEJABLES</p> <ul style="list-style-type: none"> • En colaboración con los Estados Miembros, estimular la cooperación horizontal entre las Naciones Unidas y otros organismos y países en lo que atañe a la planificación de la investigación y la capacitación conjuntas para mejorar la vigilancia. <p>Estados Miembros:</p> <p>BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar un conjunto de indicadores nacionales básicos y óptimos. • Participar en la preparación de indicadores regionales básicos y óptimos. <p>AMPLIADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sugerir mejores mecanismos para reducir la

<p>4. Elaborar indicadores en el sistema de vigilancia para la evaluación de la eficacia, la accesibilidad y la calidad de los servicios y las intervenciones de salud basados en la población, así como las operaciones del propio sistema de vigilancia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para 2010, 75% de los Estados Miembros habrán redactado al menos un informe sobre la situación de las enfermedades crónicas, los factores de riesgo y la evaluación de las intervenciones de salud pública; 95% de los Estados Miembros habrán hecho esto para 2015. 	<p>clasificación errónea y la subnotificación.</p> <p>Oficina: BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alentar a los Estados Miembros para que evalúen todas las actividades de vigilancia y prevención y control de las enfermedades crónicas a través de la vigilancia. • En colaboración con los Estados Miembros, preparar y llegar a un acuerdo sobre un formato normalizado para la notificación, los indicadores, las fuentes de datos y los programas piloto en los países de la red CARMÉN. • En colaboración con los Estados Miembros, evaluar las operaciones y el desempeño de los sistemas de vigilancia de los países, así como la oportunidad y la eficacia de traducir la información de la vigilancia en políticas. <p>AMPLIADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar directrices sobre la evaluación de las operaciones de vigilancia, y sobre la eficacia de la transformación de la información de la vigilancia en políticas y programas. <p>ACONSEJABLES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Publicar o preparar publicaciones sobre la eficacia de las intervenciones de salud pública. <p>Estados Miembros: BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar las operaciones y el desempeño de los sistemas de vigilancia del país. • Evaluar la oportunidad y la eficacia del país en lo que se refiere a la traducción de la información de la vigilancia en políticas y programas. <p>AMPLIADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparar o publicar publicaciones nacionales sobre la eficacia de las intervenciones de salud pública. <p>ACONSEJABLES</p> <p>Contribuir a la formulación de directrices regionales de evaluación.</p>
<p>5 Apoyar la comunicación oportuna y eficaz de la información sobre enfermedades crónicas y factores de riesgo a los públicos destinatarios apropiados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para 2010, 50% de los Estados Miembros contribuirán regularmente con datos básicos a las bases de datos regionales y mundiales; 75% de los Estados Miembros contribuirán para 2015. • Para 2010, 25% de los Estados Miembros, basándose en los datos disponibles, habrán preparado carpetas de información diferencial para diferentes grupos destinatarios; 50% de los Estados Miembros habrán hecho 	<p>Oficina: BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • En colaboración con los Estados Miembros, capacitar a los países para establecer su propia InfoBase y para que contribuyan a establecer la InfoBase Regional. <p>AMPLIADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crear una InfoBase Regional que se vincule a la InfoBase de la OMS y a otras bases de datos de información. • En colaboración con los Estados Miembros, establecer un grupo de trabajo con expertos en comunicación (pericia en comunicación de masas, cómo llegar a la audiencia) a los niveles regional y local. Este grupo

	esto para 2015.	<p>también forma parte de grupos más amplios (comité coordinador nacional, foro de discusión regional).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer colaboración entre este grupo, la promoción de la salud y la gestión de los factores de riesgo. <p>ACONSEJABLES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constituir un conjunto de carpetas de información a los niveles regional y nacional. <p>Estados Miembros:</p> <p>BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crear una InfoBase nacional. • Aportar datos a la InfoBase Regional. • Elaborar carpetas de información diferencial. <p>AMPLIADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contribuir con el grupo de trabajo regional facilitándole expertos en comunicación.
<p>6. Fomentar la elaboración de estrategias nacionales de vigilancia para definir el mejor marco para el intercambio con los encargados de adoptar las decisiones la información de vigilancia necesaria para el desarrollo y la evaluación de políticas y programas de salud pública.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para 2010, todos los Estados Miembros habrán establecido un comité coordinador nacional para trabajar en una estrategia de vigilancia nacional dentro de la estrategia nacional de ENT. • Para 2010, 50% de los Estados Miembros habrán desarrollado, dentro de su estrategia nacional para las ENT, una estrategia de vigilancia nacional basada en el marco de vigilancia de la OMS; 75% de los Estados Miembros habrán hecho esto para 2015. • Para 2010, 25% de los Estados Miembros habrán documentado el uso de información de vigilancia para la formulación de políticas; 40% habrán hecho esto para 2015. 	<p>Oficina:</p> <p>BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dotar de atribuciones a los comités coordinadores nacionales. • Ayudar a los Estados Miembros a establecer comités coordinadores nacionales. • Proporcionar directrices para las estrategias nacionales de vigilancia. • Ayudar a los Estados Miembros en la elaboración de estrategias nacionales de vigilancia. <p>AMPLIADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • En colaboración con los Estados Miembros, usar el observatorio de políticas de la red CARMEN como canal para la evaluación y medición de la transferencia de datos de vigilancia a la formulación de políticas. • Incluir en el observatorio de políticas de la red CARMEN la recopilación de información referente al uso de datos de vigilancia para la formulación, ejecución y evaluación de políticas. <p>ACONSEJABLES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crear mapas regionales de las Américas sobre la capacidad de vigilancia de los países, incluidas las etapas de desarrollo de la estrategia nacional de vigilancia. <p>Estados Miembros:</p> <p>BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer un comité coordinador nacional. • Elaborar una estrategia de vigilancia nacional dentro de la estrategia nacional de ENT. <p>AMPLIADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recopilar y documentar información sobre el uso de la vigilancia para las políticas y los programas.

		<p>ACONSEJABLES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a la Oficina en la elaboración de una estrategia regional de vigilancia.
<p>7. Fomentar la educación y la capacitación continuas para mejorar la capacidad, los recursos humanos, la pericia y la competencia técnica del personal de vigilancia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para 2010, 50% de los Estados Miembros habrán incorporado la capacitación en vigilancia de las enfermedades crónicas en los programas de capacitación de los profesionales de la salud (por ejemplo, cursos universitarios de medicina y enfermería); el 75% habrá hecho esto para 2015. • Para 2010, 50% de los Estados Miembros habrán puesto en marcha la educación continua para la fuerza laboral de vigilancia, con el fin de reforzar las aptitudes y competencias para llevar a cabo la vigilancia de las ENT; 75% habrán hecho esto para 2015. • Para 2010, 25% de los Estados Miembros habrán preparado un curso relacionado con la vigilancia de las enfermedades crónicas; el 75% habrán hecho esto para 2015. 	<p>Oficina: BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaborar con los Estados Miembros, las universidades y las redes y sociedades profesionales (por ejemplo, AMNET) para elaborar programas de estudios para la capacitación en vigilancia de las enfermedades crónicas • Ofrecer capacitación a los países sobre el protocolo del sistema de vigilancia y la aplicación de herramientas y la introducción de datos en la InfoBase. <p>AMPLIADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparar materiales de apoyo para la capacitación sobre vigilancia de las enfermedades crónicas (como un libro de texto sobre vigilancia básica). <p>ACONSEJABLES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar estudios para conocer las brechas existentes en lo que se refiere a la pericia, así como las necesidades de capacitación. • Determinar cuáles países necesitan capacitación en materia de vigilancia. <p>Estados Miembros: BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar programa de estudios para la capacitación en vigilancia. • Ofrecer capacitación en vigilancia. <p>AMPLIADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar un curso sobre vigilancia. <p>ACONSEJABLES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a la Oficina en la capacitación y los talleres sobre vigilancia de alcance regional.
<p>8. Promover nuevas formas de pensar e ideas innovadoras en la vigilancia de las enfermedades crónicas para afrontar nuevos retos y necesidades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La innovación, por definición, no puede tener medidas de desempeño predeterminadas. 	<p>Oficina: BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la creación y utilización de nuevos métodos en la vigilancia. <p>AMPLIADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obtener y reconocer nuevas ideas y prácticas en materia de vigilancia en la Región y en todo el mundo, para la promoción con respecto a las actividades regionales de vigilancia. <p>ACONSEJABLES</p> <ul style="list-style-type: none"> • En colaboración con expertos e investigadores, crear nuevos métodos para afrontar nuevos retos en la obtención de datos de vigilancia (por ejemplo, la promulgación de una ley de privacidad de la información que impida proyectos útiles de vinculación

		<p>de registros)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explorar tácticas mercadológicas, incluido el cambio de nombre de “enfermedad crónica” o “ENT” por un término algo más convincente. • Buscar información para mejorar el uso de datos probatorios para las políticas. • Investigar técnicas para motivar a las personas para que utilicen información para la acción. • Difundir la información a los grupos de alto riesgo en lugar de a la población general • Integrar los conocimientos en la cultura mediante canciones para la educación en salud, telenovelas, etc. • Organizar representaciones regionales populares (por ejemplo, conciertos regionales rotativos) para crear un entorno social favorable al cambio y a la modificación de la opinión pública hacia medidas contra la pandemia de obesidad y las enfermedades crónicas. • Llevar a cabo un concurso de refranes sobre la salud. <p>Estados Miembros: BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la creación y la utilización de nuevos métodos en la vigilancia. <p>AMPLIADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aportar ideas y prácticas nacionales novedosas en materia de vigilancia para la promoción a la Región.
--	--	--

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

Objetivo: Promover las condiciones sociales y económicas que traten los factores determinantes de las enfermedades crónicas y faculten a las personas para que aumenten el control de su salud, especialmente la adopción de un comportamiento saludable continuo.		
Objetivos específicos	Indicadores	Actividades
<p>I. Abogar por la formulación, la ejecución y la evaluación de políticas públicas (priorizando las políticas que sean más económicas) para abordar los principales factores de riesgo de ENT, en colaboración con instancias normativas y líderes de la sociedad civil (por ejemplo, ONG, sector privado e instituciones académicas).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para 2015, todos los Estados Miembros habrán ejecutado las políticas de oferta y demanda más económicas (según convenga) de una manera gradual para: <ul style="list-style-type: none"> • Promover un régimen alimentario saludable (ejecución de la Estrategia de Régimen Alimentario y Actividad Física [ERAAF]) • Aumentar la actividad física (ejecución de la ERAAF) • Reducir el consumo de tabaco (ejecución del CMCT) • Otros factores de riesgo como violencia, alcohol, vivienda, entorno, etc. • Para 2015, un número determinado de los Estados Miembros ejecutará la ERAAF y el CMCT 	<p>Oficina: BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyar a los países en el establecimiento del compromiso de los líderes institucionales de entornos de salud y de otros entornos para que entiendan la necesidad de cambiar (para convertirse en entornos sanos). • Reforzar la infraestructura regional para fortalecer la capacidad de los responsables del cambio institucional para fomentar la aplicación de estrategias de promoción de la salud en entornos clave, que aprovechen las redes existentes y el consorcio universitario. • Ejecutar actividades que aborden la amplia gama de factores determinantes de las ENT (paso a paso según sea necesario). <p>AMPLIADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar y difundir prototipos de políticas públicas, legislación y reglamentos (prácticas óptimas) para la prevención de las ENT graves y los factores de riesgo y factores protectores, así como facilitar el intercambio de experiencias de éxitos y fracasos entre los países, basándose en las necesidades o solicitudes de los países. Ejemplos: <u>Países:</u> participar en reuniones de la red regional para compartir experiencias en prevención de ENT en entornos escolares cada dos años (participación cuando sea apropiado). <u>Oficina:</u> Convocar una reunión entre unidades técnicas que trabajen en temas relacionados con las ENT para intercambiar información sobre actividades y para decidir sobre actividades coordinadas apropiadas <p>ACONSEJABLES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Convocar una reunión entre unidades técnicas que trabajen en temas relacionados con las ENT para intercambiar información sobre actividades y para ponerse de acuerdo sobre actividades coordinadas apropiadas • Preparar y difundir un análisis de la situación regional basado en informes de los países. • Apoyar las directrices internacionales viables en materia de régimen alimentario, actividad física y control del tabaco, y asignar recursos (por ejemplo, ministerios de salud).

		<p>Estados Miembros: BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> Llevar a cabo procesos de consulta con los interesados directos para establecer los grupos beneficiarios y obtener apoyo para la ejecución de políticas públicas prioritarias. <p>ACONSEJABLES</p> <ul style="list-style-type: none"> Preparar un análisis de la situación de los planes, políticas, recursos, iniciativas programas y actividades actuales en cada país para abordar cada uno de los principales factores de riesgo de las ENT en ese país. Participar en reuniones de las redes regionales para compartir experiencias sobre la prevención de las ENT en entornos escolares con carácter bianual.
<p>2. Aplicar estrategias y medidas para la promoción de la salud en entornos clave, en particular en el lugar de trabajo y en las escuelas (haciendo hincapié en el régimen alimentario saludable, la actividad física y el tabaco).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Para 2015, un número determinado de Estados Miembros habrá aplicado estrategias y medidas en las escuelas, el lugar de trabajo y otros entornos. 	<p>Oficina: BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> Apoyar a los países en el establecimiento del compromiso de los líderes institucionales de entornos de salud y de otros entornos para que entiendan la necesidad de cambiar (para convertirse en entornos sanos). Reforzar la infraestructura regional para fortalecer la capacidad de los responsables del cambio institucional a fin de fomentar la aplicación de estrategias de promoción de la salud en entornos clave, que aprovechen las redes existentes y el consorcio universitario. Ejecutar actividades que aborden la amplia gama de factores determinantes de las ENT (paso a paso según sea necesario). <p>Estados Miembros: BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> Fomentar el compromiso de los líderes institucionales de entornos de salud y de otros entornos para que entiendan la necesidad de cambiar (para convertirse en entornos sanos). Identificar a los líderes comprometidos en instituciones y habilitar recursos (capacitación, financiamiento, etc.) para apoyarlos. Fortalecer la infraestructura nacional para formar la capacidad de los responsables del cambio institucional que permita aplicar estrategias de promoción de la salud en entornos clave.
<p>3. Apoyar estrategias de comunicación y difusión de información que respalden la alimentación sana, la vida activa y el control del tabaco.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Para 2010, todos los Estados Miembros deben planificar y aplicar una estrategia integral de comunicación para cada uno de los principales factores de riesgo de las enfermedades crónicas. Para 2010, todos los Estados Miembros 	<p>Oficina: BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> Crear mecanismos para compartir experiencias nacionales y difundir la información afín. Formular directrices y prestar cooperación técnica para las estrategias de comunicación eficaces, según

	<p>deben cuantificar las percepciones y el conocimiento que tiene el público de los factores determinantes de las enfermedades crónicas y los cambios de comportamiento para prevenir las ENT, antes y después de la intervención.</p>	<p>convenga. AMPLIADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crear la capacidad y métodos para medir el conocimiento y las percepciones del público y usar datos para vigilar el progreso.
<p>4. Aumentar la participación comunitaria y la acción colectiva local para adoptar políticas públicas, apoyar la alimentación sana, la vida activa y la ausencia del consumo de tabaco.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para 2015, todos los Estados Miembros tendrán un plan para incluir a las organizaciones comunitarias y los gobiernos locales en las actividades y la toma de decisiones, así como para facultarles para orientar sus esfuerzos a la promoción de la salud referente a las ENT y la prevención de las enfermedades. • Para 2015, todos los Estados Miembros contarán con los recursos apropiados para apoyar a las organizaciones comunitarias y los gobiernos locales en actividades que contribuyan a la prevención de las ENT. 	<p>Oficina: BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar el intercambio de experiencias. • Formular directrices e impartir capacitación, así como determinar los recursos de conocimiento necesarios para potenciar la capacidad. <p>Estados Miembros: BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formar la capacidad de los grupos pertinentes de la comunidad para incorporar factores determinantes de las ENT en sus actividades y mandatos, incluida la facilitación de estrategias coordinadas. • Asignar a los grupos recursos que les permitan llevar a cabo las actividades enumeradas. <p>ACONSEJABLES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hacer una “exploración ambiental” para identificar los grupos e intereses de la comunidad.
<p>5. Facilitar el desarrollo y fortalecimiento continuo de la investigación en promoción de la salud que promueve la vida activa, la alimentación sana y el control del tabaco</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los países tendrán planes de movilización de recursos para apoyar la investigación sobre estrategias de promoción de la salud para reducir y prevenir las ENT y los factores de riesgo. • La OPS implicará activamente al BID, al Banco Mundial y a otros financiadores principales para que apoyen la promoción de la salud y la investigación sobre la prevención de las ENT. 	<p>Oficina: BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Investigar la repercusión de la planificación urbana y el transporte público en la salud pública. • Investigar los factores determinantes del consumo de fruta y verdura en diferentes poblaciones. • Investigar cómo mejorar la producción, el comercio, el precio y otras estrategias mercadológicas para promover el consumo de frutas y verduras con los recursos actuales. • Estudiar la relación entre los gastos promocionales de la industria tabaquera y el consumo de tabaco <i>per cápita</i>. • Realizar investigaciones para demostrar no sólo que podemos influir en las ENT sino también que las inversiones en los factores de riesgo de las ENT y en la reducción de las ENT se relacionan con la pobreza individual, el desarrollo nacional y el crecimiento económico. <p>ACONSEJABLES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Volver a analizar los Objetivos de Desarrollo del Milenio y adaptarlos para tratar o incluir explícitamente determinantes de las ENT. <p>Estados Miembros: BÁSICAS</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Determinar las necesidades de investigación y establecer un programa a nivel nacional. <p>ACONSEJABLES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer fondos de investigación nacionales y regionales.
<p>6. Facilitar el desarrollo y fortalecimiento continuo de la evaluación de estrategias de promoción de la salud que promueven la vida activa, la alimentación sana y el control del tabaco.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los países incluirán un plan de evaluación como componente esencial de todas las actividades de promoción de la salud referentes a las ENT y actividades de prevención de enfermedades para determinar la repercusión de esas actividades en los factores determinantes relacionados con las ENT (proceso, estructura y resultado). • Todos los países tendrán un mecanismo que garantice que sus evaluaciones se difunden ampliamente a la población nacional y a otros países. 	<p>Oficina: BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formular y difundir directrices regionales para los procesos de evaluación. • Difundir los datos probatorios y las prácticas óptimas, así como los éxitos y los fracasos. <p>Estados Miembros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adaptar y ejecutar las directrices regionales en las actividades de evaluación. • Documentar y compartir experiencias con otros países, facilitadas por la Oficina.

GESTIÓN INTEGRADA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS Y SUS FACTORES DE RIESGO

Objetivo: Facilitar y apoyar el fortalecimiento de la capacidad y las competencias del sistema de salud para la prevención y el control en la atención integrada de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo.		
Objetivos específicos	Indicadores	Actividades
<p>1. Proporcionar asistencia técnica a los países en desarrollo, el fortalecimiento, la ejecución y la evaluación de sus programas contra enfermedades crónicas (los programas nacionales incluyen las siguientes enfermedades crónicas y factores de riesgo: cardiopatías, accidente cerebrovascular, hipertensión arterial, diabetes sacarina, cánceres graves, cuidados paliativos, obesidad, asma e hipercolesterolemia).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para 2008, todos los Estados Miembros habrán elaborado un programa (con presupuestos, gestores, planes, etc.) para la prevención y el control integrados de las ENT y sus factores de riesgo. • Para 2010, todos los Estados Miembros habrán iniciado la puesta en práctica de los programas. • Para 2015, todos los Estados Miembros habrán aplicado plenamente los programas. 	<p>Oficina: BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crear y proporcionar una plantilla o matriz ordinaria para que los países evalúen su programas nacionales contra enfermedades crónicas. • En colaboración con los Estados Miembros, evaluar cada 5 años las brechas, los adelantos, etc. • Proporcionar recomendaciones y asistencia técnica a los Estados Miembros en la introducción de nuevas tecnologías económicas en los programas contra enfermedades crónicas (por ejemplo, adaptar programas de prevención del cáncer cervicouterino para contemplar la vacuna contra el virus del papiloma humano [VPH]). • Ayudar a los países en la ejecución de resoluciones o acuerdos internacionales firmados o acordados (por ejemplo, CMCT, ERAAF, Lucha contra el Cáncer, etc.). Crear y difundir guías o manuales sobre la elaboración, ejecución y gestión de programas contra las enfermedades crónicas. • Crear herramientas de evaluación de programas, ayudar a los países a evaluar sus programas contra las enfermedades crónicas y hacer sugerencias para mejorar la organización, la ejecución y la gestión de programas. <p>AMPLIADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • En colaboración con los Estados Miembros, elaborar un plan de movilización de recursos. • Coordinar y ayudar a los Estados Miembros en los esfuerzos de movilización de recursos para obtener fondos que permitan la puesta en práctica de programas contra las enfermedades crónicas. • Organizar reuniones de donantes, perseguir las alianzas con posibles donantes y promover con los donantes la prevención de las enfermedades crónicas • Facilitar la coordinación en el país de las acciones interdisciplinarias, intersectoriales e interministeriales.

		<ul style="list-style-type: none"> • Crear y fomentar asociaciones con organizaciones que compartan nuestras metas, para emprender actividades conjuntas y movilizar recursos, incluida la redacción de propuestas de proyectos conjuntos. <p>ACONSEJABLES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intercambiar información, enseñanzas extraídas y experiencias de los países de la Región que puedan proporcionar orientación útil para abordar las enfermedades crónicas. <p>Estados Miembros:</p> <p>BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar y modificar, según sea necesario, las herramientas de evaluación recomendadas por la Oficina. • Incorporar las tecnologías económicas recomendadas por la Oficina y adaptarlas al entorno propio del país. <p>AMPLIADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar un plan de movilización de recursos. • Organizar reuniones de donantes, perseguir las alianzas con posibles donantes y promover con los donantes la prevención de las enfermedades crónicas
<p>2. Facilitar el fortalecimiento y la reorientación de los sistemas de salud para controlar en condiciones óptimas las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para 2010, todos los Estados Miembros aumentarán en un 10% la cobertura de los servicios de atención de salud preventiva a la población. • Para 2015, todos los Estados Miembros aumentarán en un 20% la cobertura de los servicios de atención de salud preventiva a la población. • Para 2008, todos los Estados Miembros habrán establecido a los equipos de salud multidisciplinarios como los principales proveedores de servicios de atención primaria. • Para 2015, todos los Estados Miembros habrán reorientado su sistema sanitario, basado en un modelo sólido de atención primaria que permita la ejecución de programas y políticas de control de las enfermedades crónicas. • Todos los Estados Miembros habrán establecido y controlado indicadores de la calidad asistencial (acceso, oportunidad, asequibilidad, calidad y cobertura) según normas aceptadas para la prevención y el control de las enfermedades crónicas. 	<p>Oficina:</p> <p>BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a los países a incorporar la promoción de la salud, la educación y la prevención primaria en los servicios ordinarios de atención primaria. • Determinar la calidad asistencial de los servicios de enfermedades crónicas (por ejemplo, cumplimiento de directrices y protocolos, programas de citas, remisión de pacientes, extensión de equipos de atención primaria, asistencia domiciliaria, intervenciones en comunidades, rehabilitación, cuidados paliativos, etc.). • Elaborar métodos de mejora continua de la calidad, incluidas entrevistas de salida y mecanismos de retroalimentación de los proveedores, para someter a prueba métodos que mejoren la calidad asistencial de las enfermedades crónicas. <p>AMPLIADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a los Estados Miembros a reorientar sus sistemas de salud basados en la atención primaria, según la Declaración Regional. • Cuantificar el acceso, la oportunidad, la

		<p>asequibilidad, la calidad y la cobertura de los servicios de atención sanitaria en lo que respecta a la prevención y el control de las enfermedades crónicas.</p> <p>ACONSEJABLES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Llevar a cabo estudios sobre las barreras que impiden la atención de calidad y la satisfacción de los usuarios con los servicios de enfermedades crónicas para conocer más a fondo las cuestiones y las medidas correctivas necesarias para mejorar la atención. <p>Estados Miembros: BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medir la utilización de los servicios de salud preventivos (tamizaje, exámenes de salud, programas de educación, etc.). • Planificar y realizar proyectos piloto sobre la atención integrada de las enfermedades crónicas que ayuden a fortalecer los servicios de salud para la prevención y el control de las enfermedades crónicas. <p>AMPLIADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crear una carta de derechos de los pacientes (con respecto a la calidad de la atención). • Determinar la disponibilidad y los puntos fuertes de los servicios comunitarios vinculados a los servicios de atención de salud. <p>ACONSEJABLES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuantificar el acceso, la oportunidad, la asequibilidad, la calidad y la cobertura de los servicios de atención sanitaria en lo que respecta a la prevención y el control de las enfermedades crónicas. • Llevar a cabo estudios sobre las barreras que se oponen a la atención de calidad y la satisfacción de los usuarios con los servicios de enfermedades crónicas para conocer más a fondo las cuestiones y las medidas correctivas necesarias para mejorar la atención.
<p>3. Fomentar la preparación, la difusión y la ejecución de directrices y protocolos integrados y basados en datos probatorios para la prevención y el control de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para 2008, todos los países habrán formulado directrices y protocolos, distribuidos ampliamente, y habrán iniciado la capacitación en su uso. • Para 2010, todos los Estados Miembros habrán institucionalizado las directrices clínicas para la detección y la atención integrada de las principales enfermedades crónicas y factores de riesgo, como accidente cerebrovascular, cardiopatía, hipertensión arterial, cánceres y cuidados paliativos graves, diabetes sacarina y asma. • Para 2015, todos los Estados Miembros habrán 	<p>Oficina: BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar y ayudar a los países en la creación o actualización de directrices de práctica clínica y protocolos programáticos que sean apropiados para el país, valiéndose de un proceso participativo. • Ayudar a los países a capacitar a los proveedores en la aplicación y el uso de las directrices (programa de formación de formadores, cursos de aprendizaje por medios

	<p>evaluado la aplicación de las directrices.</p>	<p>electrónicos, etc.).</p> <p>AMPLIADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difundir las directrices sobre las principales enfermedades crónicas y sus factores de riesgo, como accidente cerebrovascular, cardiopatía, hipertensión arterial, cánceres y cuidados paliativos graves, diabetes sacarina, asma, obesidad e hipercolesterolemia. • Ayudar a los países en la creación de sistemas de incentivos para promover las buenas prácticas clínicas según las directrices establecidas. <p>ACONSEJABLES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examinar, unificar y difundir nuevos conocimientos sobre estrategias económicas para la prevención y el control de las enfermedades crónicas que ayudarán a los países a establecer directrices y protocolos. • Ayudar a los países a establecer normas mínimas y sistemas de monitoreo y supervisión para controlar la aplicación de las directrices. <p>Estados Miembros:</p> <p>BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difundir las directrices sobre las principales enfermedades crónicas y sus factores de riesgo, como accidente cerebrovascular, cardiopatía, hipertensión arterial, cánceres graves y cuidados paliativos, diabetes sacarina, asma, obesidad e hipercolesterolemia. • Vigilar y evaluar la aplicación de las directrices. <p>AMPLIADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer un grupo de estudio o comité de monitoreo para velar por el uso adecuado de los protocolos y la capacitación periódica en todos los aspectos de las directrices y los protocolos, desde el desarrollo a la ejecución. <p>ACONSEJABLES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaborar y abogar con las asociaciones profesionales por la aplicación continua de las directrices normalizadas.
<p>4. Fomentar el desarrollo y la mejora de las competencias del personal sanitario para abordar apropiada y eficazmente la prevención y el control de las enfermedades crónicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para 2010, todos los Estados Miembros incorporarán programas de estudios de capacitación en la atención de las enfermedades crónicas en sus programas de formación de los profesionales sanitarios (facultades de medicina, escuelas de enfermería, y capacitación médica afín, etc.). • Para 2008, todos los Estados Miembros llevarán a la 	<p>Oficina</p> <p>BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definir las características de las competencias y tareas prácticas mínimas de los profesionales sanitarios y los gestores de programas. • Influir en la creación y ejecución de

	<p>práctica la formación continua del personal sanitario para reforzar las aptitudes y competencias para la atención de las enfermedades crónicas, incluida la calidad asistencial.</p>	<p>programas de estudios de capacitación en la prevención y el control de enfermedades crónicas en la educación de los profesionales sanitarios.</p> <p>AMPLIADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la creación de redes y centros regionales de capacitación para apoyar a los países en sus iniciativas de educación continua sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas. <p>ACONSEJABLES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar y exhortar a los Estados Miembros en la dotación de personal de los servicios sanitarios con equipos multidisciplinarios. • Definir las características de la composición mínima de los equipos de salud multidisciplinarios para la prevención y el control de las enfermedades crónicas en los servicios de salud. • Alentar a los países a que utilicen esas características en sus programas. • Facilitar, negociar y promover oportunidades de aprendizaje e intercambios entre países para apoyar el desarrollo de los profesionales sanitarios en el área de la atención de las enfermedades crónicas.
<p>5. Facilitar la creación y utilización de sistemas de información sanitaria para una gestión y evaluación adecuadas de los pacientes y los programas, como parte integrada del sistema de vigilancia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para 2015, los países habrán establecido sistemas de información (tecnología) para los registros clínicos que estén integrados en el sistema de vigilancia. • Para 2015, todos los Estados Miembros habrán implantado sistemas clínicos de información, basados en las directrices de práctica clínica para el tratamiento de pacientes, en su sistema de atención de salud. 	<p>Oficina: BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crear plantillas para los sistemas de información de las enfermedades crónicas. <p>AMPLIADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recopilar e intercambiar información sobre las herramientas, los métodos y las experiencias en sistemas de información sanitaria para programas contra enfermedades crónicas en los países de la Región. <p>Estados Miembros: BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover la automatización de los procesos de recopilación de información sanitaria clínica. • Facilitar la utilización y vigilar el uso del sistema de información sanitaria clínica para un apropiado tratamiento de los pacientes. <p>AMPLIADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover el uso de la Clasificación Internacional de Atención Primaria. <p>ACONSEJABLES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaborar con el sector sanitario privado para

		obtener los datos necesarios (sobre la atención de las enfermedades crónicas).
<p>6. Permitir la propia atención a las personas con afecciones crónicas y factores de riesgo y a sus familias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para 2015, todos los Estados Miembros habrán incorporado la educación de los pacientes, incluida la propia atención, como parte de sus programas de atención de las enfermedades crónicas. 	<p>Oficina: BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a los países a establecer programas para desarrollar habilidades de atención propia en los pacientes y sus familias, potenciar el cumplimiento, habilitar a los individuos y fomentar la responsabilidad personal en materia de salud. • Ayudar a los países a mejorar las competencias de los profesionales sanitarios en lo que respecta a la orientación y la educación de los pacientes. <p>AMPLIADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seleccionar y promover estrategias fructíferas usadas por otros grupos relacionados con la salud (por ejemplo, sida) sobre las aptitudes de la propia atención. • Crear y difundir herramientas sobre las aptitudes de la propia atención. <p>Estados Miembros: BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formular directrices para los profesionales sanitarios sobre la educación y el cambio de comportamiento. • Mejorar las competencias de los profesionales sanitarios en lo que respecta a la orientación y la educación de los pacientes. <p>AMPLIADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crear y difundir herramientas sobre aptitudes de la propia atención para personas con afecciones crónicas y con riesgo de sufrirlas. • Estimular y facultar a los grupos de pacientes para que presten apoyo. • Seleccionar y promover estrategias fructíferas usadas por otros grupos relacionados con la salud (por ejemplo, sida) sobre las aptitudes de la propia atención.
<p>7. Garantizar un mejor acceso a las tecnologías y los medicamentos esenciales para la atención de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo, y velar por su uso racional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para 2008, todos los Estados Miembros habrán evaluado el acceso a los medicamentos esenciales para las enfermedades crónicas. • Para 2010, todos los Estados Miembros garantizarán la disponibilidad y la accesibilidad de las tecnologías para el diagnóstico, el tratamiento y la propia atención. • Para 2010, todos los Estados Miembros dispondrán de una estrategia para el uso racional de los medicamentos, que incluirá una lista ACONSEJABLE de medicamentos esenciales, 	<p>Oficina: BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a los países a mejorar el acceso a los medicamentos esenciales para las enfermedades crónicas. • Evaluar la situación de acceso a los medicamentos esenciales para las enfermedades crónicas y determinar las necesidades específicas. • Apoyar a los países para que velen por la calidad de los medicamentos, desde la

	<p>directrices de prescripción, dispensación, efectos cruzados con otros medicamentos y establecimiento de precios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para 2015, todos los Estados Miembros habrán aumentado un 70% la accesibilidad de la población a los medicamentos esenciales para las enfermedades crónicas. 	<p>producción y la distribución hasta la dispensación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyar a los países en su promoción del uso racional de los medicamentos. • Preparar o actualizar listas de medicamentos esenciales, incluidos los necesarios para el tratamiento de las ENT. <p>AMPLIADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer las estrategias para mejorar la capacidad de negociación: utilizar el fondo estratégico de la OPS, negociar con fabricantes farmacéuticos y mayoristas, promover políticas que alienten la prescripción y la utilización de medicamentos genéricos como estrategia para reducir precios e intercambiar entre países información referente al costo de los medicamentos. • Abogar y alentar a los países para que consideren favorablemente el uso de los medicamentos necesarios para los cuidados paliativos. • Ejecutar y difundir prácticas óptimas para el funcionamiento de las farmacias y la farmacoterapia. <p>ACONSEJABLES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyar a los países en la evaluación, la incorporación y la gestión de las tecnologías sanitarias. • Evaluar las necesidades de tecnología sanitaria de los países para el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la propia atención. • Evaluar las tecnologías y la repercusión de las intervenciones tecnológicas mediante estudios específicos. • Apoyar a los países para que mejoren su capacidad de reglamentación de los dispositivos médicos. • Ayudar a los países a mejorar el acceso a fuentes de información necesarias para contar con tecnología sanitaria económica. • Mejorar las capacidades de los Estados Miembros para negociar la adquisición de equipos sanitarios y facilitar su conocimiento de las diferentes opciones de vanguardia de las que se dispone sobre el terreno. <p>Estados Miembros: BÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer las estructuras y los procedimientos para la planificación, la adquisición, el uso, el apoyo de los servicios tecnológicos, la
--	--	---

		<p>evaluación y la eliminación.</p> <p>AMPLIADAS</p> <ul style="list-style-type: none">• Apoyar el establecimiento y la organización de departamentos de ingeniería clínica en los hospitales y proporcionar educación profesional. <p>ACONSEJABLES</p> <ul style="list-style-type: none">• Evaluar las tecnologías y la repercusión de las intervenciones tecnológicas mediante estudios específicos.• Facilitar el acceso a la tecnología de la información relacionada con la asistencia sanitaria.
--	--	---

- - -