



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



40.^a SESIÓN DEL SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 20 al 22 de marzo de 2006

Punto 12 del orden del día provisional

SPP40/11 (Esp.)
22 febrero 2006
ORIGINAL: INGLÉS

ESTRATEGIA REGIONAL SOBRE UN MÉTODO INTEGRADO PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS, INCLUYENDO RÉGIMEN ALIMENTARIO, ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD

En 2002, la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana reconoció el predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) como la principal causa de morbilidad y mortalidad en América Latina y el Caribe y aprobó una resolución (CSP26.R15) en la que se instaba a aumentar la cooperación técnica y coordinada de la OPS. En 2005, el 46.^o Consejo Directivo de la OPS solicitó que la OPS elaborara un plan estratégico para abordar esta carga creciente.

En respuesta a este llamamiento, se formularon la Estrategia Regional y el Plan de Acción Regional para la Prevención y el Control Integrados de las Enfermedades Crónicas basados también en las siguientes resoluciones de la OMS y la OPS: Estrategia Mundial de la OMS para la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas (WHA53.17, 2000), Convención Marco para el Control del Tabaco (WHA56.1, 2003), Estrategia sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud (WHA57.17, 2004), Cáncer (WHA58.22, 2005) y Enfermedades Cardiovasculares, especialmente Hipertensión (CD42.R9, 2000).

Con la Estrategia Regional se procura reducir la carga de las enfermedades no transmisibles crónicas en las Américas y garantizar que la prevención y el control de este tipo de enfermedades reciban la prioridad y los recursos apropiados según la carga de morbilidad.

La Estrategia incluye seis componentes: promoción de la causa y formulación de políticas, acciones comunitarias, servicios de salud fortalecidos, competencias reforzadas en la fuerza laboral de atención de la salud, alianzas y redes multisectoriales y mejor gestión de los conocimientos sobre las ENT. Hay también cuatro líneas de acción que son promoción de la salud, vigilancia, gestión integrada de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo y política pública y promoción de la causa.

Se ha encargado a la unidad de Enfermedades no Transmisibles la dirección y coordinación de la formulación del plan de acción con otras unidades dentro de la Secretaría. Se prevé que la Estrategia Regional guíe la cooperación técnica de la OPS sobre las ENT y sea usada por las unidades técnicas y las oficinas de países de la Organización.

Este documento se presenta para la consideración del Subcomité de Planificación y Programación con los siguientes objetivos: 1) obtener comentarios sobre el Plan de Acción Regional para la Prevención y el Control Integrados de las Enfermedades Crónicas; 2) proponer maneras en las cuales la OPS puede apoyar y fortalecer una estrategia unificada e integrada; y 3) asesorar a la Secretaría sobre cómo emprender mejor las iniciativas para la movilización de los recursos necesarios.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Introducción	3
Análisis de la situación	3
La hipertensión y otras enfermedades cardiovasculares	4
El cáncer	4
La diabetes mellitus	5
Factores de riesgo	5
La carga social y económica de las enfermedades crónicas	7
La capacidad nacional para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (ENT)	8
Marco para la acción	9
Pautas para la acción	10
Estrategias	11
Promoción de cambios de política y formulación de una política pública eficaz	11
Fortalecimiento de la capacidad para acciones comunitarias.	11
Fortalecimiento de los servicios de salud para la prevención y el control integrados de las enfermedades crónicas	12
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 y redes multisectoriales para las ENT	13
Gestión de los conocimientos sobre las ENT	13
Plan de acción	13
Líneas de acción	14
Promoción de la salud	14
Vigilancia	14
Manejo integrado de las enfermedades crónicas y los factores de riesgo	14
Política pública y promoción de la causa	14
Partes involucradas	14
Intervención del Subcomité de Planificación y Programación	15
Referencias	

Introducción

1. A fin de abordar la carga de las enfermedades no transmisibles (ENT) en la Región, se necesita una estrategia expuesta a largo plazo que integre la práctica actual con nuevas direcciones y enfoques. Esta estrategia regional refleja las áreas prioritarias y las líneas estratégicas de acción señaladas en la resolución CSP.R15 aprobada por la Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en 2002. Aprovecha aún más esa resolución con un plan de acción que incluirá metas específicas, metas secundarias, actividades que se realizarán y medidas del desempeño para marcar el grado de satisfacción del objetivo general. La Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud es una estrategia de este tipo, que aborda el problema del rápido aumento de las ENT al centrarse en dos de los principales factores de riesgo, el régimen alimentario y la actividad física. Se requieren medidas amplias e integradas para lograr cambios satisfactorios y eficaces que tengan el potencial para llegar a todos los sectores de la población. Este método de prevención y control de las enfermedades crónicas es necesario por las siguientes razones:

- Se considera que la distribución de ingresos en América Latina y el Caribe es la más desigual del mundo, y se calcula que en los últimos años el número de personas pobres ha aumentado a más de 224 millones.
- La creciente prevalencia de varios factores de riesgo como la obesidad requiere un enfoque multifacético que fomente la colaboración fuera del sector de la salud.
- Pruebas científicas nuevas indican la necesidad de un enfoque hacia la totalidad de la vida, que reconozca la repercusión interactiva y acumulativa de los factores sociales y biológicos como los factores del inicio de la vida (en el útero y la primera infancia) y todas las etapas posteriores de la vida.
- Una proporción considerable de países no cuentan con ninguna política o plan para combatir las enfermedades crónicas.

Análisis de la situación

2. Las ENT crónicas son la principal causa de muerte prematura y discapacidad en la gran mayoría de países de las Américas. Representan 44,1% de las defunciones entre los hombres y 44,7% entre las mujeres menores de 70 años de edad. También afectan desproporcionadamente a las economías y los presupuestos de atención de la salud de los países en desarrollo, y la calidad de vida de los individuos, sus familias y comunidades. Las fuerzas laborales de la mayor parte de los países están afectadas por las enfermedades fácilmente prevenibles y los factores de riesgo. Sin duda, en las Américas se ha puesto en marcha un cambio profundo en el equilibrio de las causas principales de muerte y enfermedad. Las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo de mayor

importancia para la salud pública en la Región son: 1) la hipertensión y otras enfermedades cardiovasculares; 2) el cáncer; 3) la diabetes mellitus; y 4) los factores de riesgo relacionados con el sobrepeso y la obesidad, los modos de vida sedentarios, el consumo de tabaco y la ingesta baja de fruta y verduras.

La hipertensión y otras enfermedades cardiovasculares

3. Cerca de 140 millones de personas en las Américas sufren hipertensión. De conformidad con datos de encuestas, se ha calculado que la prevalencia de la hipertensión en los habitantes de América Latina y el Caribe oscila entre 8% y 30%. El riesgo de hipertensión aumenta con la edad; 43% a 54% de las personas mayores de 60 años de edad padecen hipertensión, según un estudio reciente de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) realizado en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Otros informes indican que la hipertensión es, en efecto, un problema importante de salud pública en toda la Región. En México, uno de los pocos países donde se realizó más de una encuesta sobre los factores de riesgo de las enfermedades crónicas, se determinó que la prevalencia de la hipertensión había aumentado de 26% en 1993 a 30% en 2000. Un seguimiento del estudio realizado en 2000 informó que la mortalidad en las personas hipertensas fue 1,8 veces mayor a la de la población mexicana general. La hipertensión es uno de los factores de riesgo más importantes de las enfermedades cardiovasculares graves, como las enfermedades cerebrovasculares y la cardiopatía isquémica, que son las principales causas de muerte en los adultos en gran parte de los países.

4. En el primer decenio del siglo XXI, las enfermedades cardiovasculares cobrarán 20,7 millones de vidas en la Región. En América Latina y el Caribe, 31% de todas las defunciones son atribuibles a estas enfermedades. En 2000, se calculó que habría 180.000 defunciones debidas a las enfermedades cardiovasculares que se manifestarían en las mujeres entre 15 y 69 años de edad, con lo cual constituye la principal causa de muerte para las mujeres en este grupo de edad. En los hombres del mismo grupo de edad, las enfermedades cardiovasculares causaron 253.000 defunciones anualmente, lo cual representa la segunda causa principal de muerte después de causas externas.

El cáncer

5. En 2002, ocurrieron aproximadamente 1.112.000 de defunciones debido al cáncer en las Américas. Esto representa un aumento de 33% desde 1990 en América Latina y el Caribe, y un aumento de 14% en los Estados Unidos y Canadá. El cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer en los hombres en toda la Región, mientras los cánceres de próstata y estómago son la segunda causa en importancia de muerte por cáncer. En las mujeres, el cáncer cervicouterino es la principal causa de muerte por cáncer en México, Centroamérica y el Caribe, mientras que el cáncer de mama es la principal

causa de muerte por cáncer en América del Sur. La mortalidad por cáncer de mama está aumentando en gran parte de los países de las Américas. En América del Sur, la tasa de incidencia estandarizada por edad es 46,0 (por 100.000), y la tasa de mortalidad es 15,1 (por 100.000). El cáncer de estómago es la tercera causa de muerte por cáncer para las mujeres en muchos países, con lo cual las tasas de cáncer de estómago en América Latina y el Caribe se encuentran entre las más elevadas del mundo.

6. Los planes de programas de lucha contra el cáncer cervicouterino y de mama son los más comunes en la Región. Diecinueve países informaron que cuentan con un plan nacional contra el cáncer cervicouterino, entre ellos: Costa Rica, Guatemala, Honduras, El Salvador y Panamá. La OPS ha participado en los proyectos piloto contra el cáncer cervicouterino que se llevan a cabo en Guatemala y Honduras. En colaboración con el Ministerio de Salud de El Salvador, la OPS realizó pruebas piloto para un modelo de mejora continua de la calidad dirigido a aumentar la atención de seguimiento para las mujeres.

Diabetes mellitus

7. Más de 35 millones de personas en la Región están afectadas por la diabetes y la Organización Mundial de la Salud (OMS) proyecta un aumento a 64 millones para 2025. Se calcula que la diabetes se relaciona con unas 300.000 defunciones por año en América Latina y el Caribe, aunque las estadísticas oficiales vinculan solo unas 70.000 defunciones anuales a la enfermedad. La diabetes es sumamente común entre los habitantes adultos del Caribe, con prevalencia documentada de 17% en Barbados y 18% en Jamaica. En América Central y del Sur se calcula que la prevalencia de la diabetes oscila entre 6% y 8%. En México, la prevalencia de la diabetes aumentó de 7,2% en 1993 a 10,7% en 2003 en las personas cuyas edades oscilaron entre 20 y 69 años. El estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) notificó que la prevalencia de la diabetes diagnosticada entre las personas mayores de 60 años de edad provenientes de siete centros urbanos se ubicó entre 13% en Santiago de Chile y 21,7% en Bridgetown, Barbados. La diabetes representa una carga elevada para la sociedad dado que aumenta el número de muertes prematuras y la discapacidad debido al alto riesgo de cardiopatía, nefropatía, amputación de las extremidades inferiores y ceguera. En 2002, la carga económica de la diabetes, incluidos los costos indirectos debidos a muerte prematura, ausentismo y discapacidad y los costos directos atribuidos a medicamentos, consultas y hospitalizaciones ascendió a US\$ 65.000 millones en América Latina y el Caribe.

Factores de riesgo

8. Para las enfermedades no transmisibles, los factores de riesgo más importantes son la ingesta insuficiente de frutas y verduras, el exceso de peso o la obesidad, la inactividad física y el consumo de tabaco. Estos factores de riesgo representan gran parte

de la morbilidad y la mortalidad en la Región, y la pérdida de 12,5 millones en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). Los años de vida ajustados en función de la discapacidad miden la pérdida de un año de vida saludable.

9. Los cambios de conducta en relación con el régimen alimentario y la actividad física que impulsan en gran medida las ENT son en gran parte el resultado de cambios históricos, económicos y sociales que interactúan y moldean los comportamientos humanos. La globalización es solo un ejemplo de una dinámica que ejerce presión fundamental y ha contribuido a homogeneizar los patrones de consumo y modo de vida. La urbanización, la migración y el envejecimiento de la población son otras tendencias que repercuten en el problema creciente de las ENT. La prevalencia en aumento de la inactividad en el último medio siglo es muy probablemente el resultado del aumento de la urbanización y el transporte motorizado, políticas de zonificación urbanas que promueven zonas residenciales para las cuales se torna necesario el automóvil; la falta de atención a los peatones y los ciclistas en la planificación urbana; la presencia ubicua de dispositivos que ahorran trabajo en la vida doméstica y el uso creciente de computadoras en el trabajo y para entretenimiento.

10. La obesidad, debida en gran parte a estas tendencias en el régimen alimentario y la actividad física, es un problema creciente en la Región y varias encuestas nacionales en América Latina y el Caribe indican que alrededor de 50% a 60% de los adultos y cerca de 7% a 12% de los niños menores de 5 años tienen sobrepeso o son obesos. En Chile y México, las encuestas nacionales recientes indican que 15% de los adolescentes son obesos. En la mayoría de los países de América Latina, el aumento del sobrepeso y la obesidad está acompañado por un cambio en los hábitos alimentarios que se caracterizan por una disminución en el consumo de frutas, verduras, granos integrales, cereales y legumbres y un aumento paralelo en el consumo de alimentos con mucha grasa saturada, azúcares y sal, entre ellos leche, carnes, cereales refinados y alimentos procesados. Estos cambios en el hábito alimentario se producen con una disminución preocupante de la actividad física, lo cual ha sido bien documentado en varios países. Entre 30% y 60% de la población en la Región no logra siquiera la cantidad mínima recomendada.

11. El tabaquismo es la principal causa de muerte prevenible en las Américas, al igual que en otras partes del mundo. Es la causa de más de un millón de defunciones en la Región cada año 46% de las cuales corresponden a mujeres. La mitad de dichas defunciones ocurren en América Latina; el Cono Sur tiene la mortalidad más elevada atribuible al tabaquismo en las Américas (25% de todas las muertes calculadas en esa subregión). El consumo de tabaco produce aproximadamente un tercio de todas las defunciones por cardiopatía y cáncer en la Región. La adicción al tabaco suele empezar en la adolescencia, y en la mayoría de los países de la Región más de 70% de los

fumadores comienzan a fumar antes de los 18 años de edad. Según los datos de la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes, patrocinada por la OMS, entre 14% y 40% de los jóvenes en América Latina consumían tabaco al momento de la encuesta. Las cifras en el Caribe fueron inferiores, entre 14% y 21%.

La carga social y económica de las enfermedades crónicas

12. En el avance de las ENT relacionadas con la nutrición influyen factores de riesgo bien documentados; entre los más importantes se encuentran la pobreza, el efecto intergeneracional del crecimiento intrauterino deficiente, la desnutrición en los tres primeros años de vida, así como regímenes alimentarios inadecuados e inactividad física durante la juventud y la edad adulta. La incidencia de la mala salud y la mortalidad asociada con las ENT es muy elevada y plantea una carga enorme para los sistemas de atención de salud, los servicios sociales y la estabilidad personal económica y social.

13. La carga económica de las ENT crónicas puede analizarse en dos planos. El primero es el efecto de las políticas macroeconómicas en las oportunidades para la prevención y el control en grupos de población diferentes, en particular los pobres; y el segundo es la posible eficacia en función de los costos de las intervenciones. Cuando el capital social y humano es afectado por elevados costos de diagnóstico y atención, períodos largos de discapacidad y muerte prematura, los costos son elevados para la sociedad, las familias y los individuos. No se ha publicado ningún estudio integral sobre el costo de las ENT en América Latina y el Caribe. No obstante, se sabe que en los Estados Unidos de América, el costo de las enfermedades cardiovasculares es del orden de 2% del producto interno bruto, mientras que un estudio canadiense determinó que 21% de tales costos son atribuibles a las enfermedades cardiovasculares, por un total anual de US\$ 12.000 millones. Estos costos incluían tratamiento, consultas y costos indirectos como la pérdida de ingresos debido a la discapacidad y la muerte. Las enfermedades cardiovasculares también se consideraron responsables de la proporción más alta (32%) de ingresos perdidos debido a la muerte prematura. Además, las políticas asociadas con programas de prevención y control, como tributación, etiquetado de los alimentos, acceso financiero y continuidad del tratamiento de las afecciones crónicas, pueden tener efectos macroeconómicos que deben estudiarse en mayor profundidad.

14. El costo y la eficiencia general de las intervenciones deben evaluarse en cuanto a su eficacia y beneficios para la salud de la población en general. También cabe considerar debidamente a los que sufragan el costo de tales intervenciones: el sistema, a través de diferentes mecanismos, o el paciente y la familia. Las intervenciones potencialmente eficaces tal vez no produzcan resultados adecuados debido a los costos elevados. Por ejemplo, el tratamiento contra la hipertensión puede costar hasta \$100 por mes, con lo cual escapa al alcance de los países donde los ingresos mensuales promedios quizá sólo serían del orden de \$50 a \$200. El costo directo promedio de la diabetes en

América Latina y el Caribe se ha calculado en \$730 por paciente anualmente. La pregunta gira en torno a la asequibilidad. Un estudio en Jamaica determinó que 57% de las personas con cáncer y diabetes se tornaron médicamente indigentes, dada la proporción elevada del costo que tenía que pagar directamente el paciente, y que 50% de ellos tuvo que obviar el tratamiento porque no podían pagarlo.

15. Las políticas sanitarias deben tener en cuenta el efecto combinado de la pobreza y las ENT en la salud de las personas de menos recursos. La incidencia del cáncer cervicouterino avanzado en el Ecuador, por ejemplo, es mayor entre las mujeres en el extremo inferior de la escala socioeconómica, 50% de las cuales reciben un diagnóstico cuando la enfermedad ya no es curable. En cambio, 10% de las mujeres en el extremo más alto de la escala socioeconómica reciben el diagnóstico en esa etapa. Un esquema de costo-recuperación en el Ecuador requiere copago para el tamizaje y el tratamiento. En Chile, la mortalidad por accidente cerebrovascular es mayor entre las personas con poca educación. Además, la brecha es mayor entre las mujeres que entre los hombres. La cobertura y el acceso a los servicios también varían según el nivel educativo. Con respecto a la prevención, las personas que viven en vecindarios pobres e inseguros y que trabajan muchas horas, tienden a tener una escasa posibilidad, o ninguna, de aumentar la actividad física. Por otro lado, la disponibilidad de alimentos saludables, el acceso a servicios de salud y oportunidades de beneficiarse con las iniciativas de promoción de la salud pueden variar ampliamente según los vecindarios y las comunidades.

16. La Comisión de la OMS sobre Macroeconomía y Salud demostró el efecto perturbador de la enfermedad en el desarrollo y la importancia para el desarrollo económico de las inversiones en salud. El efecto alarmante de las ENT en las Américas es claro. Dada la complejidad de la carga de las ENT crónicas para los países en desarrollo, el problema no puede analizarse sólo en términos epidemiológicos. Las soluciones unidimensionales, que abordan los factores de riesgo o las enfermedades de forma independiente, tienen un alcance demasiado estrecho; se necesita un enfoque más concertado, estratégico y multisectorial. Dado que varias enfermedades y factores de riesgo tienen elementos subyacentes comunes, se necesita una perspectiva de sistemas integrales para abordar los procesos de varios niveles que forman parte de la prevención y el control de las ENT.

La capacidad nacional para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles

17. En 2005, se llevó a cabo en la Región una encuesta nacional sobre la capacidad de prevención y control de las ENT como parte de la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Los objetivos principales de la encuesta

fueron evaluar el progreso en la prevención y el control de las ENT y señalar las limitaciones y las necesidades. La encuesta se realizó a través de las Representaciones de la OPS/OMS y la completaron los funcionarios de gobierno responsables del sector de las enfermedades no transmisibles en 22 países.

18. El análisis preliminar indicó que 59% de los países entrevistados cuentan con una legislación sobre el consumo de tabaco, 68% sobre nutrición y 23% sobre actividad física. En general, 68% (15 países) tenían estrategias nacionales relacionadas con las ENT, pero solo 41% (9 países) dijeron contar con programas nacionales integrados para la prevención y el control de las ENT crónicas. Se identificaron programas nacionales para prevenir y controlar la hipertensión en 50% de los países, para la diabetes en 60%, para las cardiopatías en 36%, para los accidentes cerebrovasculares en 27%, para el cáncer en 46% y para las enfermedades respiratorias crónicas en 22%. En términos generales, 32% contaban con programas de lucha antitabáquica, mientras que 54% tenían programas nutricionales y solo 18% tenían programas para la actividad física. Únicamente 40% de los países informaron contar con un presupuesto específico para la prevención y el control de las ENT.

19. Estos resultados indican que:

- una proporción considerable de países carecen de política o planes para combatir las ENT crónicas;
- la falta de medidas concretas en el ámbito de las ENT crónicas parece deberse, al menos en parte, a la falta de capacidad nacional en materia de formulación de políticas;
- una considerable proporción de países no cuentan con ninguna legislación contra el tabaco o sobre los alimentos y la nutrición como parte de la prevención y el control de las ENT crónicas; y
- pocos países han asignado recursos para la prevención y el control de las ENT.

Marco para la acción

20. En los últimos años, la OMS ha establecido los marcos internacionales, en particular la Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (2000), el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (2003) y la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud (2005) para hacer frente a la carga cada vez mayor que suponen las enfermedades crónicas no transmisibles. Estos marcos han dado lugar a un impulso internacional para la prevención de las enfermedades crónicas y proporcionan una base para la acción.

21. La incidencia de la enfermedad y los factores de riesgo, así como la ejecución de intervenciones, se ven afectadas por el contexto social, como el entorno físico, social y cultural. El estado y los grupos sociales desempeñan funciones decisivas en la configuración del contexto social. Las ciencias conductuales y sociales han contribuido a una mejor comprensión de la manera en que estos factores pueden influir en la salud y ha quedado claro que los esfuerzos para la prevención deben extenderse más allá del individuo para abarcar al ambiente que afecta el comportamiento. La Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud es un componente integral del marco para solucionar el problema de las ENT, con un enfoque concertado, estratégico, en el cual la prevención desempeña un papel crucial. Esta estrategia señala intervenciones y políticas sostenibles e integrales para mejorar el régimen alimentario y la actividad física; comprende políticas que ayudan a traducir la investigación en materia de ENT en acciones, a saber: recomendaciones sobre los alimentos y el régimen alimentario, y para promover el crecimiento óptimo de los lactantes y niños; y medidas de tipo ambiental. El objetivo general de esta estrategia es promover y proteger la salud mediante la orientación de un entorno propicio para realizar actividades sostenibles que conducirán al mejoramiento de la vida y reducirán las tasas de enfermedad y mortalidad.

Pautas para la acción

22. Este plan de acción se basa en las siguientes pautas:

- apoyar el compromiso de la OPS en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la renovación de la atención primaria de salud y la extensión de la protección sanitaria;
- reflejar los esfuerzos de la OPS para abordar la agenda de salud inconclusa, mantener sus logros y afrontar los retos nuevos;
- reconocer la necesidad de priorizar a las poblaciones más pobres y los grupos sin representación;
- basar las estrategias en la eficacia en función de los costos, las mejores pruebas científicas disponibles y los principios de la Carta de Ottawa y la reciente Carta de Bangkok para la promoción de la salud;
- reflejar el espíritu del panamericanismo mediante la cooperación técnica centrada en los países;
- fundamentar el apoyo técnico de la OPS en las estrategias y las metas formuladas por los Estados Miembros, sus prioridades de salud, y el clima social, económico y político de cada país;

- reconocer que se formulan iniciativas nuevas a la luz de su relación con otras iniciativas o programas regionales y mundiales actuales y en desarrollo, como la Estrategia Regional sobre Nutrición;
- considerar un enfoque verdaderamente multisectorial que fomente la colaboración y movilice la energía, la pericia y los recursos de socios multidisciplinares; y
- destacar la función clave de las responsabilidades gubernamentales, incluidas las funciones de reglamentación en la lucha contra las ENT

Estrategias

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

23. Esta estrategia promoverá y prestará cooperación técnica para el establecimiento de políticas públicas sólidas y explícitas que respalden un mejor estado de salud y una vida sin discapacidad a raíz de las ENT. Las políticas se basarán en resoluciones y recomendaciones de la OMS, en particular, en relación con la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud y el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Las políticas abordarán los amplios factores determinantes sociales, económicos y políticos de la salud y reflejarán los valores de equidad, excelencia, justicia social, respeto, igualdad por razón de género e integridad. Se utilizará la promoción de la causa para impulsar los cambios políticos e institucionales que apoyarán los programas para la lucha contra las ENT.

Fortalecimiento de la capacidad para acciones comunitarias

24. La modificación del comportamiento no se basa exclusivamente en decisiones individuales o personales; más bien está influenciado en gran parte por factores ambientales como normas sociales, reglamentos, políticas institucionales y entorno físico. Por consiguiente, las estrategias de salud pública necesitan incluir acciones comunitarias que repercutan en los cambios dentro de las comunidades, promuevan los modos de vida saludables y ayuden a prevenir la obesidad. Esta estrategia se centrará en las intervenciones comunitarias que construyen entornos propicios para la reducción de los factores de riesgo, movilizan a las comunidades para cambiar las políticas institucionales y convertirse en participantes activos de los programas de lucha contra las ENT. Las intervenciones se basarán en la Estrategia Mundial de la OMS para la Prevención y el Control de las ENT 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

25. Esta estrategia reconoce que la prevención y el control de las ENT requieren el contacto a largo plazo de los pacientes con los servicios de atención primaria de salud, que se basan en normas altas de atención y prácticas óptimas. La prevención integrada abarca la concepción de intervenciones encaminadas a prevenir y reducir simultáneamente un conjunto de factores de riesgo comunes. Además, el tratamiento de las enfermedades crónicas requiere la integración de los servicios mediante derivaciones y relaciones fortalecidas entre los niveles primario, secundario y terciario de atención. La estrategia incorpora el tratamiento de las enfermedades crónicas mediante derivaciones y relaciones fortalecidas entre los niveles primario, secundario y terciario de atención y aborda los factores de riesgo comunes. El manejo apropiado también debe abarcar la prevención, el tamizaje y la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la atención paliativa. Se crearán y pondrán a prueba modelos innovadores en conexión con la calidad de la atención de las enfermedades crónicas, a saber, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión, los cánceres principales y la diabetes. La estrategia también incluirá la formulación, la prueba y la difusión de enfoques de tratamiento, enfoques, directrices y herramientas eficaces para controlar las ENT. Las intervenciones se basarán en las recomendaciones de los informes mundiales de la OMS, por ejemplo: *Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital*, y *Innovative care for chronic conditions: building blocks for action* (Atención innovadora para las afecciones crónicas: elementos fundamentales para la acción).

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

26. Los prestadores de asistencia sanitaria contribuyen al mejoramiento de la salud, y la prevención y el control de las enfermedades crónicas en los individuos. Al objeto de suministrar atención eficaz para las afecciones crónicas, se deben ampliar las aptitudes de los profesionales de la salud para que puedan afrontar las complejidades de las afecciones crónicas. Por consiguiente, esta estrategia contempla la formación educativa continua de la fuerza laboral sanitaria con el objetivo de reforzar los conocimientos y las capacidades básicas mediante la atención centrada en el paciente; la formación de alianzas con los pacientes y con otros proveedores; el uso de métodos de perfeccionamiento de alta calidad continuos; el empleo eficaz de la información y tecnología de las comunicaciones; y la adopción de una perspectiva de salud pública.

Creación de alianzas y redes multisectoriales para las ENT

27. La aplicación eficaz de las políticas y los programas para las ENT requiere esfuerzos concertados por parte de los múltiples socios e interesados directos de los sectores de la salud pública y privada, así como de los sectores relacionados (agrícola, económico, de obras públicas y servicios sociales). Por otra parte, requiere acción a diversos niveles de los organismos gubernamentales y no gubernamentales, incluidas las organizaciones internacionales y multilaterales, como 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 tienen funciones clave por desempeñar a fin de influir en las políticas y programas para el control de las ENT. Esta estrategia facilitará el diálogo y creará alianzas entre estos interesados directos multisectoriales clave con el objeto de impulsar el programa para el control de las ENT y lograr que los interesados directos participen en el establecimiento de las políticas y los programas. La estrategia incluirá también el trabajo con las redes regionales actuales como la Iniciativa CARMEN para la prevención integrada de las enfermedades no transmisibles en las Américas, y la Red de Actividad Física de las Américas.

Gestión de los conocimientos sobre las ENT

28. La información oportuna y precisa sobre los factores de riesgo, la aparición de enfermedades crónicas, la distribución y las tendencias es fundamental para la formulación de políticas, la planificación y la evaluación de los programas. Por consiguiente, esta estrategia fortalecerá la capacidad de los países para incorporar la vigilancia de las ENT al sistema de salud pública y utilizar la información sobre vigilancia para la elaboración de programas y la formulación de políticas. La estrategia promoverá la integración entre las fuentes de datos múltiples para obtener acceso a la gama completa de información que permita determinar la situación de las enfermedades crónicas. A nivel regional se analizará, resumirá y difundirá la información. El reto será mejorar los mecanismos actuales para la vigilancia en curso y sistemática de las ENT y hacer el seguimiento de las tendencias de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo en las escalas nacional y subregional. Además, se recopilará y divulgará información sobre el conocimiento nuevo y emergente para las intervenciones eficaces de prevención y control de las ENT.

Plan de acción

29. **Objetivo:** reducir la carga de las enfermedades no transmisibles crónicas en las Américas y conseguir que las enfermedades crónicas reciban la prioridad y los recursos apropiados en proporción con la carga de morbilidad que representan.

Líneas de acción

30. El plan de acción para la aplicación de la estrategia se adaptará a las necesidades específicas a nivel de subpaís.

Promoción de la salud

31. Propiciar, apoyar y promover las condiciones que permitan a las personas aumentar el control de su salud y adoptar comportamientos saludables, sobre todo alimentación saludable, vida activa y control del consumo de tabaco.

Vigilancia

32. Respaldar el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia al objeto de vigilar mejor las enfermedades crónicas, los factores de riesgo y la repercusión de las intervenciones.

Manejo integrado de las enfermedades crónicas y los factores de riesgo

33. Facilitar y apoyar el fortalecimiento de la capacidad y las competencias para prestar servicios de salud equitativos y de buena calidad para el manejo integrado de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo.

Política pública y promoción de la causa

34. Prestar apoyo técnico a la formulación de políticas públicas eficientes y eficaces relacionadas con las ENT y sus factores de riesgo.

Partes involucradas

35. La Unidad de Enfermedades no Transmisibles lleva adelante la formulación del plan de acción. Anteriormente, los retos principales para la cooperación técnica de la OPS en el área de la prevención y el control de las ENT han sido la formulación de un enfoque programático, la integración de actividades llevadas a cabo por las diversas oficinas técnicas de la Secretaría y el fomento de la colaboración y las alianzas a fin de emplear más eficazmente los escasos recursos disponibles en la Región. Por este motivo, la formulación del Plan de Acción ha sido un proceso participativo, que ha recurrido al aporte de una gama amplia de interesados directos, entre ellos: los representantes de los ministerios de salud, las organizaciones no gubernamentales (ONG), los sistemas universitarios, el sistema de escuelas primarias y secundarias y los gobiernos y los municipios locales. Las Representaciones de la OPS/OMS y las unidades técnicas

relacionadas de la Secretaría son también esenciales para la formulación de este plan. Las otras unidades técnicas pertinentes que participan en este proceso son: Evaluación y Gestión de Riesgos (SDE/RA), Entornos Saludables (SDE/HS), Medicamentos Esenciales, Vacunas y Tecnología de la Salud (THS/EV), Organización de Servicios de Salud (THS/OS), Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria (DPC/AIS) y Apoyo a los Países (CSU).

36. El proceso comenzó en mayo de 2005 con una consulta integrada por expertos de la OMS, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Brasil, Canadá, Chile, Jamaica, México y los Estados Unidos, que renovaron la prestación de cooperación técnica de la OPS y su propuesta para la formulación de este plan. La Oficina convocó una reunión de planificación con las unidades técnicas y los puntos focales que se celebró el 24 y 25 de enero de 2006. Se ha planificado una reunión de consulta con una gama amplia de expertos e interesados directos de los ministerios de salud, las ONG y otras organizaciones para el 23 y 24 de febrero de 2006. En marzo y abril de 2006 se prevé celebrar una consulta más amplia con una mayor variedad de interesados directos de los países, las subregiones, las Representaciones de la OPS/OMS y los centros panamericanos. La estrategia culminará con la finalización de las consultas más amplias.

Intervención del Subcomité de Planificación y Programación

37. Se presenta este documento para la consideración del Subcomité de Planificación y Programación con los siguientes objetivos: 1) que formule observaciones sobre el Plan de Acción Regional para la Prevención y el Control Integrados de las Enfermedades Crónicas; 2) que proponga maneras en las cuales la OPS puede apoyar y fortalecer una estrategia unificada e integrada; y 3) que asesore a la Oficina en cuanto a la mejor manera de emprender las iniciativas para movilizar los recursos necesarios.

Referencias

1. Pan American Health Organization. *Health in the Americas*. PAHO Scientific and Technical Publication No. 587. Washington, DC; 2002.
2. Murray C, Lopez AD. *The global burden of disease*. Cambridge, Mass, USA: World Health Organization, Harvard School of Public Health, and World Bank; 1996.
3. The World Health Organization. *Global Strategy on Diet and Physical Activity*. Geneva, Switzerland; 2004.
4. Menendez J, Guevara A, Arcia N, Leon Diaz EM, Marin C, Alfonso JC. *Chronic diseases and functional limitation in older adults: a comparative study in seven cities of Latin America and the Caribbean*. *Rev Panamá Salud Pública* 2005; 17(5-6):353-61.
5. Ministry of Health. *National Survey of Chronic Diseases*. ISBN 968-811-497-9. Mexico DF, Third Edition; 1996.
6. Velazquez-Monroy O, Rosas Peralta M, Lara Esqueda A, Pastelin Hernandez G, Sanchez-Castillo C, Attie F, Tapia Conyer R. *Prevalence and interrelations of noncommunicable chronic diseases and cardiovascular risk factors in Mexico. Final outcomes from the National Health Survey 2000*] *Arch Cardiol Mex*. 2003; 73(1):62-77.
7. Rosas Peralta M, et al. *National Re-survey of Arterial Hypertension (RENAHTA). Mexican consolidation of the cardiovascular risk factors, national follow-up cohort*. *Arch Cardiol Mex*. 2005; 75(1):96-111.
8. Foster C; Rotimi C, Fraser H, Sundarum C, Liao Y, Gibson E, Holder Y, Hoyos M, Mellanson-King R. *Hypertension, Diabetes, and Obesity in Barbados: findings from a recent population-based survey*. *Ethn Dis* 1993; 3(4): 404-12.
9. Ragoobirsingh D, Lewis-Fuller E, Morrison EY. *The Jamaican Diabetes Survey. A protocol for the Caribbean*. *Diabetes Care*; 1995; 18 (9): 1277-9.
10. Barceló A, Peláez M, Rodríguez-Wong L, Pastor-Valero M. *The Prevalence of Diagnosed Diabetes among the Elderly of Seven Cities in Latin America and the Caribbean: The Health Wellbeing and Aging (SABE) Project*. *Journal of Aging and Health* 2006; 18(2):1-16.
11. Barceló A, Aedo C, Rajpathak S, Robles S. *The Cost of Diabetes in Latin America and the Caribbean*. *WHO Bulletin* 2003; 81: 19-27.

12. Jacoby E. PAHO Regional *Consultation of the Americas on Diet, Physical Activity and Health: A CALL TO ACTION*. *Food and Nutrition Bulletin UNU*, vol 25, No2, 2004;172-174.

13. Henry-Lee A, Yearwood A. *Protecting the poor and the medically indigent under health insurance: a case study in Jamaica*. Small Applied research No. 6. Bethesda, MD. Partnership for Health Reform Project. Abi Associate Inc; 1999.

14. World Health Organization, *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva; 2001.

- - -