



PERFIL DE CAPACIDAD Y RESPUESTA FRENTE A LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y SUS FACTORES DE RIESGO EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Resultados de la encuesta de Perfil de Capacidad, 2015



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORCINA REGIONAL PARA LAS Américas

PERFIL DE CAPACIDAD Y RESPUESTA FRENTE A
**LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
Y SUS FACTORES DE RIESGO EN LA REGIÓN
DE LAS AMÉRICAS**

Resultados de la encuesta de Perfil de Capacidad, 2015



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

Washington, D.C. 2016

Perfil de capacidad y respuesta frente a las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo en la Región de las Américas.
Resultados de la encuesta de Perfil de Capacidad

ISBN: 978-92-75-31927-7

© Organización Panamericana de la Salud 2018

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) están disponibles en su sitio web en (www.paho.org). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones, deberán dirigirse al Programa de Publicaciones a través de su sitio web (www.paho.org/permissions).

Forma de cita propuesta. Organización Panamericana de la Salud. *Perfil de capacidad y respuesta frente a las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo en la Región de las Américas. Resultados de la encuesta de Perfil de Capacidad*. Washington, D.C.: OPS; 2018.

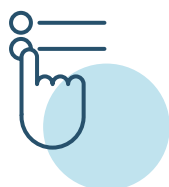
Catalogación en la Fuente: Puede consultarse en <http://iris.paho.org>.

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

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

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

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



ÍNDICE

PRÓLOGO	V
ABREVIACIONES	VI
RESUMEN	VII
1. INTRODUCCIÓN	1
2. MÉTODOS	6
2.1. Cuestionario	7
2.2. Recolección y validación de los datos	7
2.3. Tasa de respuesta y validación	8
2.4. Análisis	9
2.5. Limitaciones	10
3. RESULTADOS	12
3.1. Infraestructura de salud pública, alianzas y colaboración multisectorial para las ENT y sus FR.....	13
Unidad, división o departamento para las ENT	14
Fuentes de financiamiento e intervenciones fiscales	16
Comisión, agencia o mecanismo multisectorial.....	19
3.2. Políticas, estrategias y planes de acción para las ENT y sus FR.....	21
Políticas, estrategias o planes de acción integrales para las ENT y sus FR	22
Políticas, estrategias o planes de acción específicos para el abordaje de las principales ENT y sus FR	24
Políticas costo-efectivas sobre dieta y actividad física	26
3.3. Vigilancia	27
Infraestructura, sistemas de información de mortalidad y registros para las ENT.....	28
Encuestas poblacionales sobre los principales factores de riesgo	29
Encuestas poblacionales en adolescentes	30
Encuestas poblacionales en adultos	33
3.4. Capacidad de los servicios de salud.....	38
Guías, protocolos y normas basadas en evidencia para el abordaje de las principales ENT.....	39
Criterios estandarizados para la derivación o referencia de pacientes.....	40
Prevención primaria, tamizaje y detección temprana de los principales tipos de cáncer	41
Detección temprana, diagnóstico y tratamiento de las principales ENT en el primer nivel de atención.....	44
Estratificación del riesgo cardiovascular en los establecimientos de atención primaria	49
Diagnóstico y tratamiento de las principales ENT en el segundo y tercer nivel de atención.....	50
Disponibilidad de cuidados paliativos para los pacientes con ENT en el sistema de salud pública	52

4. DISCUSIÓN	53
5. CONCLUSIONES	65
6. REFERENCIAS	69
7. ANEXOS	74

CUADROS

Cuadro 1:	11
<i>Países que respondieron el Perfil de capacidad 2015 y estado del proceso de validación, por subregión y grupos de ingreso del Banco Mundial</i>	
Cuadro 2:	15
<i>Infraestructura para el abordaje de las ENT y sus FR, por grupos de ingreso</i>	
Cuadro 3:	20
<i>Integrantes de las comisiones, agencias o mecanismos multisectoriales para las ENT, por estado</i>	
Cuadro 4:	23
<i>Principales características de las políticas, estrategias o planes de acción nacionales operativos e integrales para las ENT</i>	
Cuadro 5:	29
<i>Disponibilidad de encuestas poblacionales para los principales factores de riesgo, en adultos y adolescentes</i>	
Cuadro 6:	30
<i>Categorías para la clasificación de las encuestas poblacionales en adultos y jóvenes</i>	
Cuadro 7:	43
<i>Principales características de los programas nacionales para el tamizaje de tipos específicos de cáncer: tipo de programa y cobertura</i>	
Cuadro A-1:	85
<i>Categorías para la clasificación de encuestas poblacionales sobre FR que no requieren mediciones: consumo nocivo de alcohol, tabaco, consumo de frutas y verduras, e inactividad física</i>	
Cuadro A-2:	85
<i>Categorías para la clasificación de encuestas poblacionales sobre FR que requieren mediciones: sobrepeso y obesidad, glucosa elevada en sangre/diabetes, presión arterial elevada/hipertensión, colesterol total elevado</i>	
Cuadro A-3:	87
<i>Resultados para el indicador de progreso número 1 y variables del Perfil de capacidad 2015 y respuesta frente a las ENT y sus FR 2015 utilizadas para su construcción, por países</i>	
Cuadro A-4:	89
<i>Resultados para el indicador de progreso número 3 y variables del Perfil de capacidad 2015 utilizadas para su construcción, por países</i>	
Cuadro A-5:	92
<i>Resultados para el indicador de progreso número 3 y variables del Perfil de capacidad y respuesta frente a las ENT y sus FR 2015 utilizadas para su construcción, por países</i>	
Cuadro A-6:	98
<i>Resultados para los indicadores de progreso 7a, 7b, 7c y 8, y variables del Perfil de capacidad y respuesta frente a las ENT y sus FR 2015 utilizadas para la construcción del indicador 8, por países</i>	

Cuadro A-7:	101
<i>Resultados para el indicador de progreso número 9 y variables del Perfil de capacidad y respuesta frente a las ENT y sus FR 2015 utilizadas para su construcción, por países</i>	
Cuadro A-8:	104
<i>Resultados para el indicador de progreso número 10 y variables del Perfil de capacidad y respuesta frente a las ENT y sus FR 2015 utilizadas para su construcción, por países</i>	

FIGURAS

Figura 1:	5
<i>Cronología de los principales hitos para la prevención y el control de las ENT y sus FR, con metas e indicadores</i>	
Figura 2:	16
<i>Principales fuentes de financiamiento para el abordaje de las ENT y sus FR, por nivel de ingresos</i>	
Figura 3:	18
<i>Porcentaje de países que reportaron intervenciones fiscales relacionadas con FR y factores protectores para las ENT por grupos de ingreso</i>	
Figura 4:	19
<i>Disponibilidad y estado de las comisiones, agencias o mecanismos nacionales multisectoriales para el abordaje de las ENT</i>	
Figura 5:	22
<i>Políticas, estrategias o planes de acción integrales para el abordaje de las ENT, según su estado</i>	
Figura 6:	24
<i>Políticas, estrategias y planes de acción específicos para las principales ENT y FR por estado de implementación</i>	
Figura 7:	25
<i>Disponibilidad de políticas, estrategias o planes de acción operativos integrados y/o específicos para el abordaje de las principales ENT y sus FR, por temas</i>	
Figura 8:	25
<i>Porcentaje de países en los que las principales ENT y sus FR no están cubiertos por ningún tipo de política, estrategia o plan de acción operativos (integral o específica), por nivel de ingresos</i>	
Figura 9:	28
<i>Disponibilidad de registros de cáncer y de diabetes, por cobertura y fuente de información</i>	
Figura 10:	31
<i>Porcentaje de países con encuestas poblacionales sobre FR en adolescentes, por categorías</i>	
Figura 11:	31
<i>Porcentaje de países con encuestas poblacionales sobre FR en adolescentes para cada una de las categorías, por grupos de ingreso</i>	
Figura 12:	33
<i>Porcentaje de países que disponen de encuestas poblacionales sobre FR en adultos, por categorías</i>	
Figura 13:	35
<i>Porcentaje de países que disponen de encuestas poblacionales sobre FR en adultos para cada una de las categorías, por grupos de ingreso</i>	
Figura 14:	39
<i>Disponibilidad y nivel de implementación de guías, protocolos y normas basadas en evidencia para el abordaje de las principales ENT</i>	
Figura 15:	40
<i>Disponibilidad y nivel de implementación de un sistema de derivación o referencia para las principales ENT</i>	

Figura 16:	41
<i>Disponibilidad de programas nacionales para el tamizaje de tipos específicos de cáncer y principal prueba de tamizaje utilizada</i>	
Figura 17:	44
<i>Disponibilidad de programas o guías para la detección temprana así como de sistemas de derivación o referencia, de los principales tipos de cáncer</i>	
Figura 18:	45
<i>Disponibilidad de tecnologías básicas para el abordaje de las ENT en los establecimientos de atención primaria del sector salud público y privado</i>	
Figura 19:	47
<i>Disponibilidad de medicamentos esenciales para las ENT en los establecimientos de atención primaria del sistema de salud público</i>	
Figura 20:	48
<i>Disponibilidad de medicamentos esenciales para las ENT en los establecimientos de atención primaria del sistema de salud público, por grupos de ingreso</i>	
Figura 21:	49
<i>Porcentaje de países que ofrecen estratificación del riesgo cardiovascular para el manejo de pacientes con alto riesgo de sufrir un episodio cardiovascular</i>	
Figura 22:	50
<i>Disponibilidad de procedimientos seleccionados para el tratamiento de las ENT en el sistema de salud público</i>	
Figura 23:	51
<i>Proporción de países donde los procedimientos seleccionados para el tratamiento de las ENT están generalmente disponibles en el sistema de salud público, por grupos de ingreso</i>	
Figura 24:	52
<i>Disponibilidad de cuidados paliativos para pacientes con ENT en el sistema de salud pública, por grupos de ingreso</i>	
Figura A-1:	86
<i>Indicador de progreso número 1 definido por la OMS para reportar ante la Asamblea General de las Naciones Unidas</i>	
Figura A-2:	88
<i>Indicador de progreso número 3 definido por la OMS para reportar ante la Asamblea General de las Naciones Unidas</i>	
Figura A-3:	91
<i>Indicador de progreso número 4 definido por la OMS para reportar ante la Asamblea General de las Naciones Unidas</i>	
Figura A-4:	94
<i>Indicador de progreso número 7a definido por la OMS para reportar ante la Asamblea General de las Naciones Unidas</i>	
Figura A-5:	95
<i>Indicador de progreso número 7b definido por la OMS para reportar ante la Asamblea General de las Naciones Unidas</i>	
Figura A-6:	96
<i>Indicador de progreso número 7c definido por la OMS para reportar ante la Asamblea General de las Naciones Unidas</i>	
Figura A-7:	97
<i>Indicador de progreso número 8 definido por la OMS para reportar ante la Asamblea General de las Naciones Unidas</i>	
Figura A-8:	100
<i>Indicador de progreso número 9 definido por la OMS para reportar ante la Asamblea General de las Naciones Unidas</i>	
Figura A-9:	103
<i>Indicador de progreso número 10 definido por la OMS para reportar ante la Asamblea General de las Naciones Unidas</i>	



PRÓLOGO

El aumento de las enfermedades no transmisibles (ENT) está obstaculizando cada vez más el desarrollo sostenible, especialmente en los países de ingreso bajo y medio, quienes sufren la mayor carga de enfermedad. En los últimos decenios, los países de la Región de las Américas han logrado grandes avances en materia de desarrollo económico y social, así como un progreso considerable en la reducción de enfermedades prevenibles por vacunación, desnutrición, acceso a agua potable y saneamiento, y mejora en la salud materno-infantil. Si bien esto ha dado paso a mejoras generales en la salud de la población, existen retos crecientes en materia de ENT.

Las ENT son un problema complejo, responsables del 79% de todas las muertes en la región de las Américas. Adicionalmente, causan un impacto económico significativamente negativo como resultado de la pérdida de ingresos y producción secundario a muertes prematuras, discapacidad y costos de la enfermedad. La prevención y control de las ENT requieren de un fuerte compromiso gubernamental, liderazgo y enfoque multisectorial, con el objetivo de reducir la exposición a los principales factores de riesgo: tabaquismo, uso problemático del alcohol, dieta no saludable e inactividad física. Esto es particularmente relevante en la región de las Américas, la cual es conocida por tener las tasas de sobrepeso y obesidad más altas a nivel mundial, aunado a la elevada densidad poblacional e insuficiente actividad física.

La ruta para el abordaje de las ENT ha sido marcada tanto por los Planes de Acción global y regionales para la Prevención y Control de las ENT, como por el documento final de la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el examen y la evaluación generales de los progresos realizados en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles del 2014. El objetivo principal es reducir la mortalidad prematura por ENT en un 25% para el año

2025. Esta ruta incluye un conjunto de intervenciones y políticas basadas en evidencia, así como un marco rendición de cuentas específico para hacer el seguimiento del desempeño y el progreso de los países en este tema. La capacidad para abordar las ENT en la región de las Américas se evalúa a través de la “Perfil de capacidad y respuesta frente a las ENT y sus Factores de Riesgo (FR)”, conocida como Perfil de Capacidad en ENT, periódicamente recopila información sobre la infraestructura, políticas, planes, vigilancia y respuestas de los sistemas de salud relacionados con las ENT. Este informe resume los resultados de la última encuesta.

Los resultados presentados en este informe son particularmente relevantes y oportunos, pues muestra que varios países han llevado a cabo importantes avances hacia el cumplimiento de los cuatro compromisos sujetos a plazos. Sin embargo, el progreso en la Región es desigual y aún existen países que no han cumplido los compromisos acordados para 2015: menos de la mitad de los Estados Miembros de la OPS/OMS informaron de la existencia de una política, estrategia o plan de acción multisectorial en ENT, y menos de la mitad de los países informaron de la existencia indicadores nacionales con metas para monitorear los avances obtenidos.

A través de este informe se hace un llamamiento a la urgente necesidad de acelerar esfuerzos e invertir más recursos en cumplir con los mencionados compromisos sujetos a plazos. Si no se adoptan urgentemente medidas para contener la epidemia de las ENT, el costo social, humano y económico no dejará de crecer y superará la capacidad de los sistemas de salud y economías de los países.

Dr. Anselm Hennis

Director, Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental
OPS/OMS



ABREVIACIONES

CARPHA	Agencia de Salud Pública del Caribe (<i>The Caribbean Public Health Agency</i>)
CC	canales de calcio
CMCT OMS	Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco
DIRAC	Directorio de Centros de Radioterapia (<i>Directory of Radiotherapy Centres</i>)
DM	Diabetes Mellitus
DNV	datos no validados
ECV	enfermedades cardiovasculares
EMSE	Encuesta Mundial de Salud a Escolares
EMTJ	Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes
ENT	enfermedades no transmisibles
ERC	enfermedades respiratorias crónicas
FR	factores de riesgo
HbA1c	hemoglobina glucosilada
IARC	Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (<i>International Agency for Research on Cancer</i>)
IECA	inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina
IVAA	inspección visual con ácido acético
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PSA	antígeno prostático específico, por sus siglas en inglés
US\$	dólares de Estados Unidos de América
VPH	virus del papiloma humano



RESUMEN

Las enfermedades no transmisibles (ENT) y sus factores de riesgo (FR) se han convertido en la principal causa de morbilidad, mortalidad y discapacidad en las Américas, y constituyen un reto complejo en términos de salud pública, además de una seria amenaza para el desarrollo económico y social de la Región. En respuesta a esta situación, los países de la Región han adquirido una serie de compromisos para afrontar el problema, desde una perspectiva global, regional y nacional. Estos incluyen los 4 compromisos con plazos, establecidos en el documento final de la segunda reunión de la Asamblea General de Naciones Unidas en 2014. En este contexto, el *Perfil de capacidad y respuesta frente a las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo* (en adelante,

Perfil de capacidad), realizado periódicamente por la Organización Mundial de la Salud (OMS), sirve de herramienta tanto para monitorear los progresos como para identificar brechas y necesidades en cada país. Además, se trata de la fuente de información establecida por la OMS para reportar avances ante la Asamblea General de las Naciones Unidas.

En total, el *Perfil de capacidad* fue completado por 34 de los 35 Estados Miembros de la Región de las Américas (97%), de los cuales 30 países (88%) validaron de forma completa sus respuestas. El presente informe resume los principales hallazgos del *Perfil de capacidad*, según lo reportado por los Estados Miembros, e incluye los resultados para los indicadores de progreso correspondientes.

Infraestructura de salud pública, alianzas y colaboración multisectorial para las ENT y sus FR

En lo que respecta a la infraestructura de salud pública disponible, 23 de 34 países (68%) indicaron que cuentan con una unidad, división o departamento dedicado a las ENT en su ministerio de salud, en el que hay al menos un profesional trabajando a tiempo completo, y que dispone de financiamiento para prevención primaria, promoción de la salud, detección temprana y tamizaje, y tratamiento, así como para vigilancia, monitoreo y evaluación. Además, los ingresos generales de la administración pública fueron la principal fuente de financiamiento para las ENT en la mayoría de los países, seguidos por los seguros de salud y, en menor medida, los impuestos selectivos al consumo.

En relación a la aplicación de intervenciones fiscales relacionadas con las ENT, 32 de 34 países (94%) indicaron estar aplicando al menos una de las intervenciones incluidas en el *Perfil de capacidad*, tratándose en la mayoría de los casos de impuestos sobre el tabaco y el alcohol. Sin embargo, es importante destacar que estos resultados solo reflejan la existencia de impuestos, y no revelan si las estructuras impositivas aplican buenas prácticas de modo que tengan el impacto deseado en la salud pública.

Por otra parte, 9 de 34 países (26%) informaron disponer de una comisión, agencia o mecanismo nacional multisectorial operativo para supervisar la

participación, la coherencia de las políticas y la rendición de cuentas en relación a las ENT de sectores diferentes al sector salud. En lo que se refiere al marco de políticas más amplio, las ENT forman parte del plan nacional de salud de 27 países (27/34, 79%), y están incluidas en la agenda nacional de desarrollo de 16 países (16/34, 47%). Estos resultados demuestran

la necesidad de promover la integración de las ENT y sus FR en los planes nacionales de desarrollo, así como de articular mecanismos operativos de trabajo multisectorial que faciliten un enfoque de todo el gobierno, de toda la sociedad y de salud en todas las políticas, tomando en consideración la nueva Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

Situación de las políticas, estrategias y planes de acción para las ENT y sus FR

En lo que respecta a la situación de las políticas, estrategias y planes de acción para las ENT y sus FR, 17 de 34 países (50%) indicaron contar con una política, estrategia o plan de acción multisectorial, operativa e integrada que aborda las 4 ENT y los 4 FR principales. Adicionalmente, 16 de 34 países (47%) respondieron que disponen de indicadores para las ENT asociados a un conjunto de metas nacionales con plazos. De acuerdo con estos resultados, aproximadamente la mitad de los países de la Región aún no han alcanzado 2 de los 4 compromisos con plazos adquiridos por los Estados Miembros en el documento final de la segunda reunión de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2014, concretamente “elaborar o establecer políticas y planes nacionales multisectoriales” y “establecer metas nacionales para 2025 e indicadores”. Ambos compromisos se establecieron para 2015, por tanto es prioritario impulsar su implementación.

En cuanto a la disponibilidad de políticas costo-efectivas relacionadas con la dieta, 6 de 34 países (18%)

reportaron la existencia de legislación gubernamental para limitar el uso de ácidos grasos saturados y virtualmente eliminar las grasas *trans* de producción industrial; 4 de 34 países (12%) indicaron contar con legislación gubernamental para reducir el impacto en los niños de la publicidad sobre alimentos y bebidas no alcohólicas con alto contenido de grasas saturadas, ácidos grasos *trans*, azúcares libres o sal. Solo uno de 34 países (3%) reportó disponer de legislación para reducir el consumo poblacional de sal mediante la reformulación de productos a nivel industrial en toda la cadena alimentaria.

La reducida proporción de países que han reportado la existencia de legislación gubernamental para estos temas señala la necesidad de fortalecer la capacidad institucional de la autoridad sanitaria para regular los factores de riesgo. Esto incluye el desarrollo de políticas fiscales como elemento imprescindible para poner en marcha 10 de las 15 intervenciones más costo-efectivas recomendadas por la OMS para el abordaje de las ENT y sus FR.

Vigilancia

En cuanto a la vigilancia para las ENT, 24 de 34 países (71%) indicaron que disponen de una instancia que trabaja en este tema dentro del Ministerio de Salud. Dentro de este grupo de países, 5 de 24 países (21%) disponían de ella de forma exclusiva, y 19 de 24 países (79%) de forma no exclusiva. Además, todos los países indicaron contar con un sistema para recolectar datos de mortalidad por causa de muerte de manera rutinaria, y 16 países reportaron registros de

base poblacional a nivel nacional (11/34, 32%) o subnacional (5/34, 15%). Finalmente, 9 países (9/34, 26%) respondieron que disponen de encuestas a adultos recientes (5 años o menos) y periódicas (al menos cada 5 años) sobre consumo nocivo de alcohol, inactividad física, consumo de tabaco, glucemia elevada/diabetes, presión arterial elevada/hipertensión, sobrepeso y obesidad, y consumo de sal/sodio.

Aunque el *Perfil de capacidad* pone de manifiesto una cierta capacidad para la vigilancia de las ENT y sus FR, continúa siendo prioritario fortalecer sistemas nacionales integrados, que sean capaces de producir datos de forma periódica, estandarizada, sistemática y sostenible. Esto debe realizarse a través de al menos 4 fuentes de información principales: los registros vitales, los registros de ENT, las encues-

tas poblacionales y los sistemas de información de los servicios de salud. Además, es necesario que las encuestas recojan mediciones físicas y bioquímicas para los factores de riesgo que las precisan, incluyendo sobrepeso y obesidad, consumo de sal/sodio, presión arterial, y glucosa y colesterol, como estándar para las encuestas poblacionales.

Capacidad de los servicios de salud

El módulo de sistemas de salud del *Perfil de capacidad* aporta una visión general de las capacidades nacionales para el manejo de las ENT y sus FR, incluyendo aspectos clave como la disponibilidad de guías, normas y protocolos basados en la evidencia y criterios de referencia. Incluye también los servicios para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de las principales ENT en el primer nivel de atención, así como los procedimientos para el diagnóstico y tratamiento de este grupo de enfermedades en el segundo y tercer nivel de atención. Además permite informar sobre dos de los indicadores de progreso desarrollados para reportar ante la Asamblea General de Naciones Unidas, en concreto el relativo a la disponibilidad e implementación de guías, protocolos o estándares basados en la evidencia, y el referido a la provisión de medicamentos y consejo a personas con alto riesgo cardiovascular.

Así, solo 7 de 34 países (21%) reportaron estar aplicando guías, protocolos o estándares basados en la evidencia, de forma completa o parcial, para las 4 principales ENT, y 14 de 34 países (41%) para al menos 2 de las 4 principales ENT. Por otra parte, solo 4 de 34 países (12%) indicaron realizar estratificación del riesgo cardiovascular para el manejo de pacientes con un riesgo cardiovascular alto en más de un 50% de sus establecimientos de atención primaria. Asimismo, los medicamentos esenciales para el manejo y prevención de dichas patologías (insulina, ácido acetilsalicílico, metformina, diuréticos tiazídicos, IECA, bloqueadores de los canales de calcio, estatinas y sulfonilureas) se encuentran generalmente disponibles en el primer nivel de atención. Estos resultados sugieren que es prioritaria la implementación de guías, protocolos o estándares para ENT con el objetivo de mejorar la calidad de la atención.

Limitaciones

Al revisar los resultados del *Perfil de capacidad 2015*, es necesario tomar en consideración las limitaciones que se describen a continuación. En primer lugar, se trata de una herramienta global que proporciona una visión general acerca de las capacidades nacionales para la prevención y el control de las ENT y sus FR. Sin embargo, este instrumento

no permite recoger todas las circunstancias específicas de cada país. Tampoco permite realizar un análisis de situación exhaustivo para cada uno de los temas de sus cuatro módulos.

El *Perfil de capacidad* es coordinado por un punto focal designado por las autoridades nacionales. La

calidad de la información recolectada depende de la amplitud del proceso de consulta realizado por dicho coordinador. Refleja además las perspectivas y el nivel de conocimiento de los informantes en el momento de completar el *Perfil de capacidad*.

Por último, aunque la presente ronda se ha acompañado de un proceso de validación ampliado, aún

incluye un número considerable de preguntas para las que no se dispone de un mecanismo de verificación independiente. No obstante, sus resultados son de gran utilidad para identificar brechas, ya que en esta edición se recopila información sobre la ausencia de aspectos fundamentales relacionados con la infraestructura, la vigilancia, las políticas y los servicios de salud.



1.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no transmisibles (ENT), entre las que se incluyen las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas, fueron responsables de 4,8 millones de defunciones en el 2012, lo cual representa un 79% de todas las defunciones en la Región de las Américas. (1).

El tabaco, el consumo nocivo de alcohol, la inactividad física y la dieta poco saludable son los principales factores de riesgo para las ENT. Según estimaciones de 2013, en las Américas existen unos 127 millones de fumadores de 15 años o más. La prevalencia del consumo actual de tabaco fumado en la población adulta es del 17,1%, la cuarta más alta a nivel global (2). Por otra parte, la prevalencia de episodios de consumo excesivo de alcohol en la población general asciende al 14%, lo que sitúa a las Américas en el segundo lugar de las 6 regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (3). Además, la Región registra la prevalencia más alta del mundo para sobrepeso y obesidad¹ en adultos (59%), y una prevalencia de inactividad física en adultos² casi 1.5 veces más elevada que el promedio global (32,4% frente a 23,3%). En lo que respecta al colesterol total elevado³, las Américas presentan la segunda prevalencia más alta a nivel global, con un valor del 12,6%. Por último, la Región ocupa el cuarto lugar en relación a la prevalencia de glucemia eleva-

da en ayunas en adultos⁴ (7,9%) y el sexto lugar en la prevalencia de presión arterial elevada⁵ (19,3%) (4)⁶.

En respuesta a esta situación, en los últimos 15 años se ha producido un número creciente de resoluciones y declaraciones políticas, tanto a nivel regional como global, que han contribuido a elevar el perfil de las ENT y sus FR en las agendas de salud y de desarrollo económico y social. Estos esfuerzos tuvieron como punto de inflexión la *Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles* en septiembre del 2011 (5). Ésta generó nuevos compromisos para el abordaje de las ENT y sus FR, incluyendo el plan de acción mundial para la prevención y el control de las ENT 2013-2020 (6), el *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019* de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (7) y el marco mundial de la OMS para la vigilancia de las ENT y sus FR, que establece 9 metas voluntarias y 25 indicadores para monitorear progresos a nivel global (8). En 2014 se celebró una segunda Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas para evaluar los progresos alcanza-

1 Índice de masa corporal de 25 kg/m² o más.

2 Menos de 150 minutos de actividad física moderada a la semana, o menos de 75 minutos de actividad física intensa a la semana, o el equivalente.

3 240 mg/dl o más de colesterol total.

4 Valores de glucemia en ayunas de 126 mg/dl o más (7,0 mmol/l) o en medicación para la glucemia elevada.

5 Presión arterial sistólica \geq 140 mmHg o presión arterial diastólica \geq 90 mmHg.

6 Todas las prevalencias presentadas son estandarizadas por edad, excepto la prevalencia de inactividad física. Todas las prevalencias se refieren a población de 18 años o más, excepto para tabaco y alcohol (población de 15 años o más), y colesterol total elevado (población de 25 años o más). Todas las prevalencias corresponden al 2010, excepto la prevalencia de consumo actual de tabaco (2013) y la prevalencia de colesterol total elevado (2008).

dos, que tuvo como resultado un *Documento final* (9) en el que los Estados Miembros establecieron cuatro compromisos con plazos (*ver el cuadro más adelante*), y acordaron celebrar una tercera reunión de seguimiento y evaluación en 2018. Por último, la nueva Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible aprobada en septiembre del 2015 recoge 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), uno de ellos relativo a salud y asociado a metas relacionadas con las ENT. Entre dichas metas figura la de reducir en un tercio la mortalidad prematura por ENT para el 2030 (10).

Todos estos compromisos para la acción cuentan con una serie de metas e indicadores para evaluar progreso e impacto (*figura 1*), así como plazos para que los Estados Miembros reporten a la OMS y a la Asamblea General de Naciones Unidas.

El *Perfil de capacidad*, que ha sido realizado en 2000, 2006, 2010 y 2013, es una herramienta para monitorear progresos, identificar brechas y necesidades y, de este modo, facilitar la cooperación técnica. Finalmente, el *Perfil de capacidad* será la fuente de infor-

mación utilizada para alcanzar 8 de los 9 indicadores de proceso definidos para monitorear la implementación del plan de acción mundial de la OMS (11). La OMS ha desarrollado 10 indicadores para reportar avances ante la Asamblea General de las Naciones Unidas. Estos 10 indicadores miden el progreso en cuatro áreas: vigilancia, factores de riesgo, servicios de salud y políticas en salud (12) (*ver el anexo 1* para una descripción detallada de los indicadores de progreso y sus fuentes de información):

- Vigilancia y monitoreo (indicadores 1,2 y 3).
- Factores de riesgo: consumo de tabaco (indicadores 5a,5b,5c,5d), consumo nocivo de alcohol (indicadores 6a,6b, 6c), dietas poco saludables (indicadores 7a,7b,7c,7d), promover la conciencia pública acerca de la dieta saludable y/o la actividad física (indicador 8).
- Políticas en ENT, directrices y terapia con medicamentos (indicadores 4,9 y 10)

Compromisos con plazos adquiridos por los Estados Miembros en el Documento final de la segunda Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de Naciones Unidas en el 2014 (9)

2015

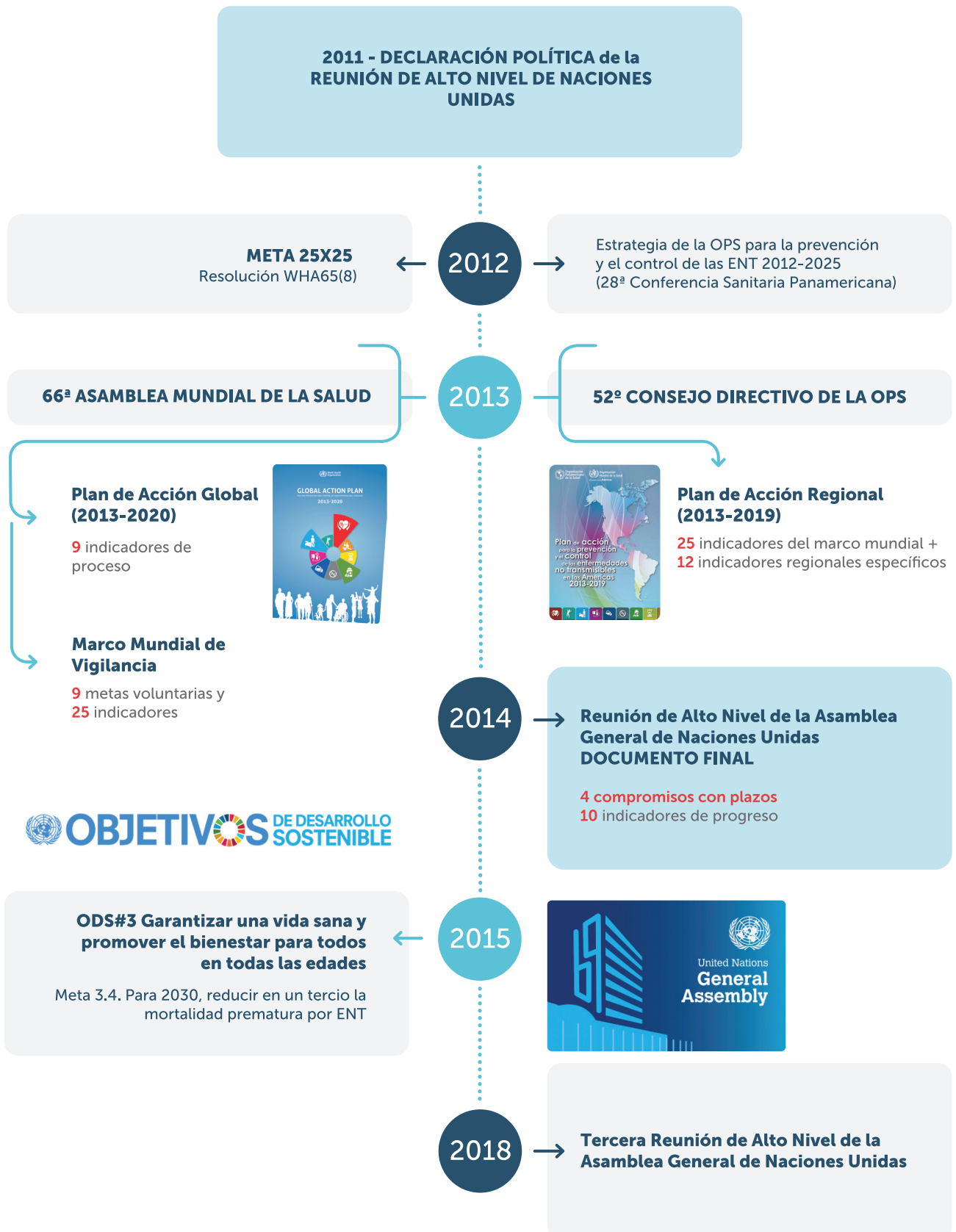
- Considerar la posibilidad de **establecer metas nacionales para 2025 e indicadores de proceso** en función de las situaciones nacionales, teniendo en cuenta las 9 metas mundiales voluntarias para las ENT, con arreglo a la orientación que proporcione la OMS, a fin de centrar la atención en las actividades destinadas a reducir los efectos de las ENT y evaluar los progresos que se logren en la prevención y control de las ENT, sus FR y sus elementos determinantes.
- Considerar la posibilidad de elaborar o fortalecer **políticas y planes nacionales** multisectoriales para lograr los objetivos nacionales en 2025, teniendo en cuenta el plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020.

2016

- Según proceda, **reducir los FR de las ENT y los factores sociales determinantes subyacentes** mediante la aplicación de intervenciones y opciones de política para crear entornos que promuevan la salud, sobre la base de la orientación que figura en el apéndice 3 del plan de acción mundial.
- Según proceda, **fortalecer y orientar los sistemas de salud** para abordar la prevención y el control de las ENT y los determinantes sociales, mediante la atención primaria de la salud y la cobertura universal de salud centrada en las personas durante toda su vida, sobre la base de la orientación que figura en el apéndice 3 del Plan de Acción Mundial.

FIGURA 1

Cronología de los principales hitos para la prevención y el control de las ENT y sus FR, con metas e indicadores





2.

MÉTODOS

2.1 CUESTIONARIO

El cuestionario del *Perfil de capacidad 2015* ha sido desarrollado por la OMS y está estructurado en los siguientes cuatro módulos:

1. Infraestructura de salud pública, alianzas y colaboración multisectorial relacionadas con las ENT y sus FR.
2. Situación de las políticas, estrategias y planes de acción relacionados con las ENT y sus FR.
3. Capacidad del sistema de salud en materia de detección precoz, tratamiento y atención de las ENT y sus FR.
4. Sistemas de información sanitaria, vigilancia y encuestas relacionados con las ENT y sus FR.

Se trata de un cuestionario autoadministrado y diseñado para completarlo en línea. La página web desarrollada para albergar el cuestionario incluye un glosario con las definiciones de términos importantes, así como instrucciones detalladas sobre cómo completar el *Perfil de capacidad*. El *anexo 2* presenta las definiciones de los principales términos utilizados en el cuestionario.

La metodología del *Perfil de capacidad 2015* incluyó como requisito que los países proporcionaran documentación de apoyo para la validación de un total de 38 preguntas, en caso de que sus respuestas fueran afirmativas. Para ello, se habilitó la funcionalidad de subir archivos a través de la página web de la encuesta. El *anexo 3* incluye el listado de preguntas para las que se solicitó documentación de apoyo como parte del proceso de validación.

El cuestionario de esta quinta edición se superpone sustancialmente con las preguntas utilizadas en el 2010 y 2013 (13). No obstante, se han introducido algunas modificaciones para responder a los indicadores de progreso y proceso definidos por la OMS, ampliar el alcance de la información relativa a los servicios de salud y reducir la extensión de los módulos, eliminando subpreguntas que no aportaban información imprescindible.

El cuestionario completo del *Perfil de capacidad 2015* se encuentra disponible online en la dirección: <http://bit.ly/2grm97w>

2.2 RECOLECCIÓN Y VALIDACIÓN DE LOS DATOS

Las instrucciones y los datos específicos de acceso (usuario y contraseña) al sitio web del *Perfil de capacidad 2015* se compartieron con las autoridades de los 35 Estados Miembros de la Región de las Américas en julio del 2015, a través de las oficinas de país de la OPS/OMS. El proceso de recolección y validación de los datos se extendió desde julio a noviem-

bre del 2015. Con el objetivo de mejorar la calidad y exhaustividad de las respuestas, se recomendó la designación de un punto focal en cada Ministerio de Salud. Este punto focal fue el encargado de coordinar la recolección y validación de los datos, así como de convocar a un grupo de informantes clave con el conocimiento experto requerido por los diferentes

módulos del cuestionario. Las autoridades de cada país fueron responsables de nominar a dicho punto focal y de establecer el proceso y el alcance de la consulta solicitada. Adicionalmente, el *Perfil de capacidad 2015* incluyó como novedad con respecto a rondas previas un proceso de validación más amplio que incluyó:

- La verificación de respuestas seleccionadas frente a **bases de datos de la OMS**. Entre ellas se encuentran el sistema de registros vitales del Departamento de Estadística e Informática para la Salud de la OMS, el sistema de registros de cáncer de la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés), así como el Observatorio Mundial de la Salud de la OMS (4), el Informe sobre la Epidemia Mundial del Tabaquismo de la OMS (14) y el sistema interno para el registro de encuestas de factores de riesgo para las que la OMS brinda cooperación técnica (incluyendo la encuesta STEPS y la Encuesta Mundial de Salud a Escolares, EMSE).

- La verificación de respuestas seleccionadas sobre prevención y tratamiento del cáncer frente al *Atlas del cáncer* (15) y el directorio de centros de radioterapia de la Agencia Internacional de la Energía Atómica (16).
- La revisión de la **documentación de apoyo** requerida para sustentar las respuestas afirmativas a preguntas seleccionadas de los cuatro módulos.

En los casos en los que se encontraron discrepancias entre las respuestas proporcionadas por el país y la información recabada a través de la validación, se inició un proceso de intercambio con las autoridades nacionales hasta llegar a una posición de consenso sobre las respuestas en cuestión.

El *Anexo 3* presenta un resumen del proceso de validación definido por la OMS.

2.3 TASA DE RESPUESTA Y VALIDACIÓN

En total, 34 de los 35 Estados Miembros de las Américas completaron el *Perfil de capacidad 2015*, lo que representa una tasa de respuesta del 97%. Adicionalmente, 30 de los 34 países que realizaron la encuesta (88%) llevaron a cabo la validación completa de sus respuestas según el proceso establecido por la OMS. Como resultado de este proceso, los países proporcionaron un total de 811 documentos para respaldar sus respuestas.

En el *cuadro 1* se presenta una lista completa de los países que completaron el cuestionario y el proceso de validación, clasificados por subregión y grupos de ingresos definidos por el Banco Mundial (17).

2.4 ANÁLISIS

La base de datos con las respuestas proporcionadas por los Estados Miembros de la Región se descargó en un archivo de Microsoft Excel (18) desde el sitio web utilizado para administrar el cuestionario. En primer lugar, se realizó una revisión crítica de los datos para asegurar la consistencia entre las respuestas de cada pregunta y sus subpreguntas, así como para identificar las respuestas no validadas. A continuación se llevó a cabo un análisis descriptivo para los 34 Estados Miembros, incluyendo grupos de países según ingresos de acuerdo con las definiciones del Banco Mundial (17). A efectos del presente informe, Haití, el único país de ingresos bajos de la Región (cuadro 1), se clasificó junto a los países de ingresos medios-bajos bajo una única categoría con el nombre “países de ingresos bajos y medios-bajos”.

Para el análisis de las encuestas poblacionales reportadas por los países en el Módulo III, “Sistemas de información sanitaria, vigilancia y encuestas en relación con las ENT/FR”, se establecieron categorías utilizando los principales atributos necesarios para un sistema de vigilancia de las ENT y sus FR: representatividad (nacional), periodicidad (al menos cada 5 años), oportunidad (datos recolectados en los últimos 5 años) y existencia de mediciones, en el caso de los factores de riesgo que las precisan. La nota técnica del anexo 4 ofrece una descripción detallada de estas categorías, según se trate de factores de riesgo

que impliquen mediciones o no.

Adicionalmente, en el anexo 5 se presentan mapas con los resultados para los indicadores de progreso que utilizan el *Perfil de capacidad* como principal fuente de información, así como las tablas con las variables empleadas para la construcción de dichos indicadores, desagregadas por país. Los mapas se acompañan de la definición de los indicadores y sus criterios de desempeño.

Para todos los análisis se utilizó como denominador el número de países que completaron el cuestionario, tanto en el total como en el subgrupo de interés, tal y como se especifica en los cuadros y figuras que se presentan en el apartado de resultados. En todos los casos, las respuestas no validadas se trataron como una categoría separada en los análisis. Todos los análisis estadísticos se realizaron utilizando STATA 14.1 (19).

Finalmente, el cuestionario del *Perfil de capacidad 2015* se superpone sustancialmente con las preguntas incluidas en las rondas del 2010 y 2013. Sin embargo, el presente informe no incluye una comparación de los resultados de estos 3 tiempos, debido a los cambios introducidos en la metodología utilizada para la validación de las respuestas en el 2015.

2.5 LIMITACIONES

Al revisar los resultados del *Perfil de capacidad 2015*, es necesario tomar en consideración las limitaciones que se describen a continuación. En primer lugar, se trata de una herramienta global que proporciona una visión general acerca de las capacidades nacionales para la prevención y el control de las ENT y sus FR. Sin embargo, este instrumento no permite un análisis de situación exhaustivo para cada una de las temáticas que se recogen en sus cuatro módulos. A modo de ejemplo, aunque el *Perfil de capacidad* permite identificar la existencia de intervenciones fiscales para las ENT y sus FR, no proporciona información suficiente para establecer si dichas intervenciones cuentan con los atributos necesarios para lograr el impacto deseado en términos de salud pública.

Adicionalmente, su diseño como herramienta global direccionada a monitorear progresos en relación a los compromisos globales y regionales adquiridos por los Estados Miembros, no permite acomodar todas las circunstancias específicas que acontecen a nivel de país.

El *Perfil de capacidad* es coordinado por el punto focal para las ENT designado por las autoridades nacionales. Dicho coordinador asume la tarea de identificar a los informantes clave para cada uno de los apartados que lo integran. De este modo, la calidad de la información recolectada está asociada a la amplitud de este proceso de consulta. Refleja además las perspectivas y el nivel de conocimiento de los informantes en el momento de completar el *Perfil de capacidad*. El relevo de las autoridades nacionales en algunos Estados Miembros puede representar un reto para la calidad de algunas de las respuestas proporcionadas.

Por último, aunque la presente ronda del *Perfil de capacidad* se ha acompañado de un proceso de validación ampliado, aún incluye un número considerable de preguntas para las que no se dispone de un mecanismo de verificación independiente. A pesar de esta limitación, sus resultados son de gran utilidad para identificar brechas al recabar información sobre la ausencia de aspectos clave en términos de infraestructura, vigilancia, políticas y servicios de salud.

CUADRO 1

Países que respondieron el *Perfil de capacidad 2015* y estado del proceso de validación, por subregión y grupos de ingreso del Banco Mundial (17)*

Subregión	País	Grupo de ingreso del Banco Mundial*	Respuesta	Validación
América del Norte	Canadá	Altos	Sí	Sí
	Estados Unidos de América	Altos	Sí	Sí
Centroamérica y México	Costa Rica	Medios-altos	Sí	Sí
	El Salvador	Medios-bajos	Sí	Incompleta
	Guatemala	Medios-bajos	Sí	Sí
	Honduras	Medios-bajos	Sí	Sí
	México	Medios-altos	Sí	Sí
	Nicaragua	Medios-bajos	Sí	Sí
	Panamá	Medios-altos	Sí	Sí
Región Andina	Bolivia (Estado Plurinacional de)	Medios-bajos	Sí	Incompleta
	Colombia	Medios-altos	Sí	Sí
	Ecuador	Medios-altos	Sí	Sí
	Perú	Medios-altos	Sí	Sí
	Venezuela (República Bolivariana de)	Altos	No	N/A
Cono Sur	Argentina	Altos	Sí	Sí
	Brasil	Medios-altos	Sí	Sí
	Chile	Altos	Sí	Sí
	Paraguay	Medios-altos	Sí	Sí
	Uruguay	Altos	Sí	Incompleta
Caribe No Latino	Antigua y Barbuda	Altos	Sí	Sí
	Bahamas	Altos	Sí	Sí
	Barbados	Altos	Sí	Sí
	Belice	Medios-altos	Sí	Sí
	Dominica	Medios-altos	Sí	Sí
	Granada	Medios-altos	Sí	Sí
	Guyana	Medios-bajos	Sí	Sí
	Jamaica	Medios-altos	Sí	Sí
	Saint Kitts y Nevis	Altos	Sí	Sí
	Santa Lucía	Medios-altos	Sí	Sí
	San Vicente y las Granadinas	Medios-altos	Sí	Sí
	Suriname	Medios-altos	Sí	Sí
	Trinidad y Tabago	Altos	Sí	Sí
Caribe Latino	Cuba	Medios-altos	Sí	Sí
	Haití	Bajos	Sí	Incompleta
	República Dominicana	Medios-altos	Sí	Sí

* Los grupos de ingreso se definen en función de los siguientes rangos del producto interno bruto per cápita para 2014, calculado en función del método Atlas del Banco Mundial: ingresos bajos, menos de US\$ 1 045; ingresos medios-bajos, de US\$ 1 046 a 4 125; ingresos medios-altos, US\$ 4 126 a 12 735; e ingresos altos, US\$ 12 736 o más.

Nota: N/A: no aplicable



3.

MÉTODOS

3.1

INFRAESTRUCTURA DE SALUD PÚBLICA, ALIANZAS Y COLABORACIÓN MULTISECTORIAL PARA LAS ENT Y SUS FR

Datos destacados

01

23 de 34 países (68%) indicaron que cuentan con una **unidad, división o departamento** para las ENT en su ministerio de salud con **al menos un profesional trabajando a tiempo completo y financiamiento** para prevención primaria, promoción de la salud, detección temprana y tamizaje, tratamiento, vigilancia, monitoreo y evaluación.



Los **ingresos generales de la administración pública** fueron señalados como la **principal fuente de financiamiento** para las ENT por la mayoría de los países, con independencia del nivel de ingresos.

02

03

9 de 34 países (26%) informaron disponer de una **comisión, agencia o mecanismo nacional multisectorial operativo** para supervisar la participación, la coherencia de las políticas y la rendición de cuentas en relación a las ENT de sectores diferentes al sector salud.



32 países (32/34, 94%) indicaron estar aplicando al menos una **intervención fiscal relacionada con las ENT**, en la mayoría de los casos impuestos al tabaco y al alcohol. Sin embargo, estos resultados reflejan la existencia de impuestos, pero no revelan si las estructuras impositivas aplican buenas prácticas que tengan el impacto deseado en términos de salud pública⁷.

04

⁷ Para mayor detalle, consultar las páginas 52-54 de la discusión.

Unidad, división o departamento para las ENT

El *cuadro 2* muestra los principales resultados de la encuesta en términos de infraestructura, recursos humanos y financiamiento para las ENT y sus FR por grupos de ingresos. Así, **29 de 34 países (85%)** indicaron disponer de una **unidad, división o departamento** en el ministerio de salud con responsabilidad para las ENT y sus FR, y al menos un técnico o profesional trabajando a tiempo completo.

En cuanto a la existencia de **financiamiento** para las principales funciones o actividades relacionadas con las ENT y sus FR, la mayoría de los países respondieron contar con financiamiento para prevención primaria (32/34, 94%), promoción de la salud (31/34, 91%), detección temprana y tamizaje (31/34, 91%), tratamiento (32/34, 94%), así como vigilancia, monitoreo y evaluación de las ENT y sus FR (30/34, 88%); mientras que una menor proporción de países reportaron la existencia de financiamiento para el desarrollo de capacidades (24/34, 71%) y para cuidados paliativos (15/34, 44%).

En total, **23 de 34 países (68%)** disponían de una **unidad, división o departamento operativo** para las ENT en su ministerio de salud o equivalente, esto es, había **al menos un profesional trabajando a tiempo completo** y **financiamiento** para prevención primaria, promoción de la salud, detección temprana y tamizaje, tratamiento, vigilancia, monitoreo y evaluación.

Por otra parte, la proporción de países que indicaron contar con una unidad, división o departamento para las ENT con al menos un profesional y financiamiento para las principales actividades o funciones relacionadas con las ENT resultó similar, con independencia del grupo de ingresos. Destaca como excepción la disponibilidad de financiamiento para la generación de capacidades y para los cuidados paliativos, que fue considerablemente inferior en el grupo de países de ingresos bajos y medios-bajos.

CUADRO 2

Infraestructura para el abordaje de las ENT y sus FR, por grupos de ingreso*

	Ingreso bajo y medio-bajo		Ingreso medio-alto		Ingreso alto		Total	
	Número de países (del total de 34)	%	Número de países (del total de 34)	%	Número de países (del total de 34)	%	Número de países (del total de 34)	%
Unidad, división o departamento en el ministerio de salud o equivalente responsable de las ENT y sus FR	6/7	86	15/17	88	8/10	80	29/34	85
Número de funcionarios técnicos/profesionales a tiempo completo en la unidad, división o departamento								
1	1/6	14	2/15	12	0/8	0	3/29	10
2 a 5	3/6	43	5/15	29	3/8	30	11/29	38
6 a 10	2/6	29	4/15	24	1/8	10	7/29	24
11 o más	0/6	0	4/15	24	4/8	40	8/29	28
Financiamiento para las siguientes actividades o funciones relacionadas con las ENT y sus FR								
Prevención primaria	6/7	86	16/17	94	10/10	100	32/34	94
Promoción de la salud	6/7	86	16/17	94	9/10	90	31/34	91
Detección temprana/tamizaje	5/7	71	16/17	94	10/10	100	31/34	91
Atención sanitaria y tratamiento	5/7	71	17/17	100	10/10	100	32/34	94
Vigilancia, seguimiento y evaluación	5/7	71	17/17	100	8/10	80	30/34	88
Desarrollo de capacidades	3/7	43	13/17	76	8/10	80	24/34	71
Cuidados paliativos	1/7	14	10/17	59	4/10	40	15/34	44

* Consultar en el cuadro 1 la lista de países según grupos de ingreso del Banco Mundial.

Fuentes de financiamiento e intervenciones fiscales

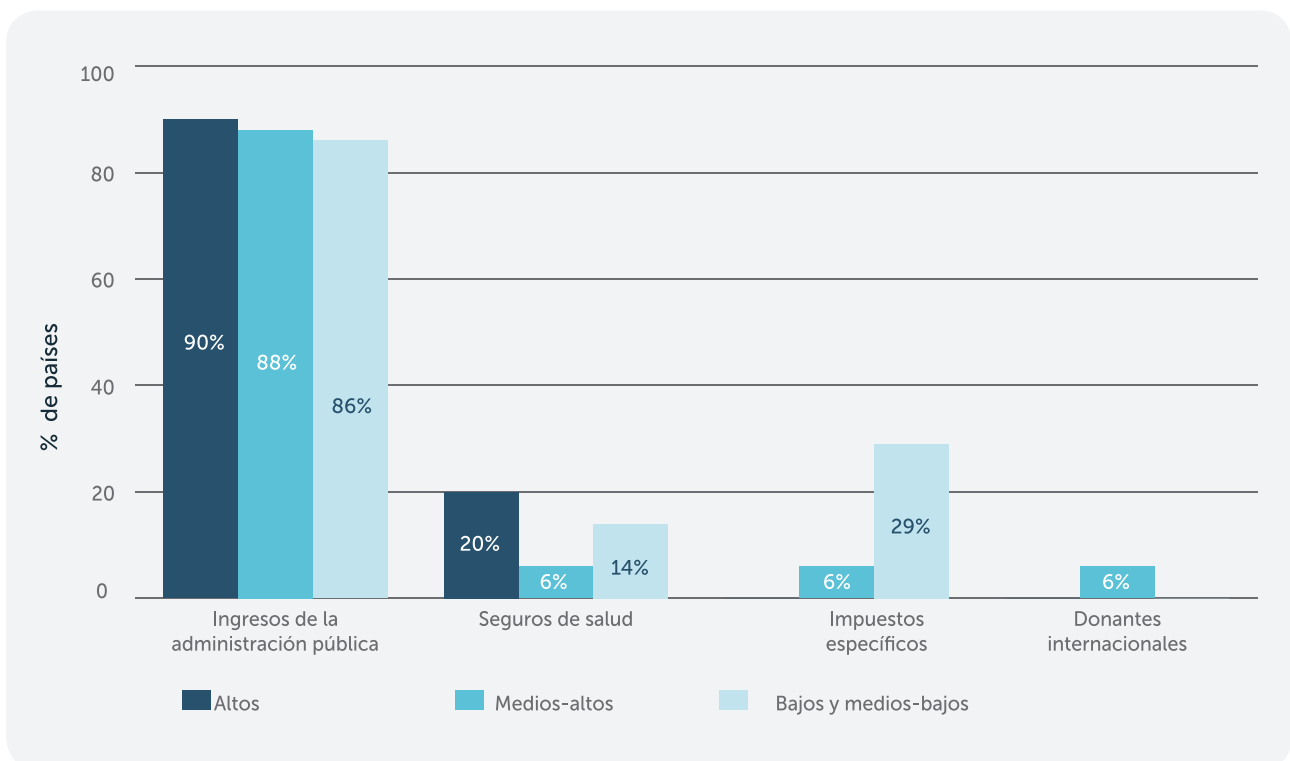
En lo que respecta a la **procedencia del financiamiento para las ENT y sus FR**, los ingresos generales de la administración pública fueron señalados como la **principal fuente** de financiamiento por la mayoría de los países, con independencia de su nivel de ingresos. En cuanto a la **segunda fuente** en orden de importancia, los seguros de salud ocuparon esta posición en un 40% de los países de ingresos altos (4/10, 40%) y un 47% de los países de

ingresos medios-altos (8/17, 47%). Los impuestos selectivos al consumo representaron la segunda fuente de financiamiento en un 29% de los países del grupo de ingresos bajos y medios-bajos (2/7, 29%). Por último, los donantes internacionales figuraron como la **tercera fuente** en orden de relevancia en la mayoría de los países, incluyendo un 40% de los países de ingresos altos (4/10, 40%) (figura 2).

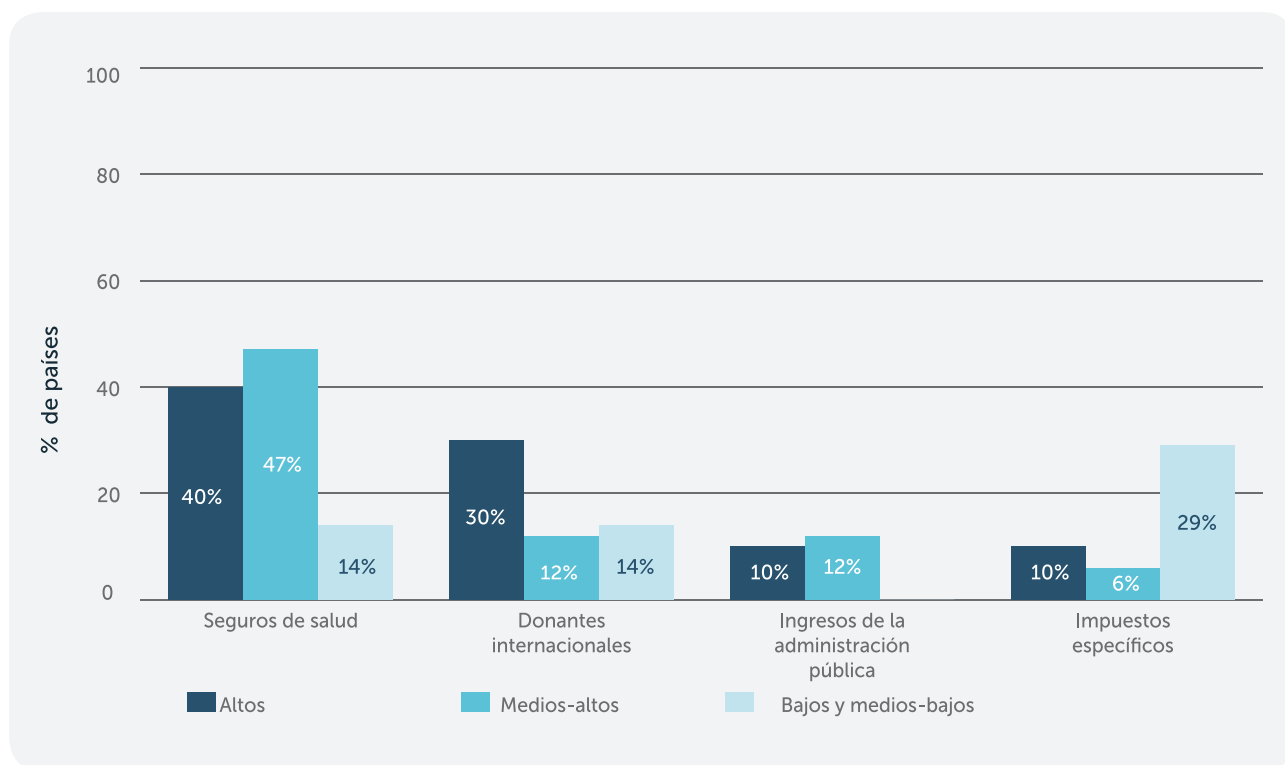
FIGURA 2

Principales fuentes de financiamiento para el abordaje de las ENT y sus FR, por nivel de ingreso*

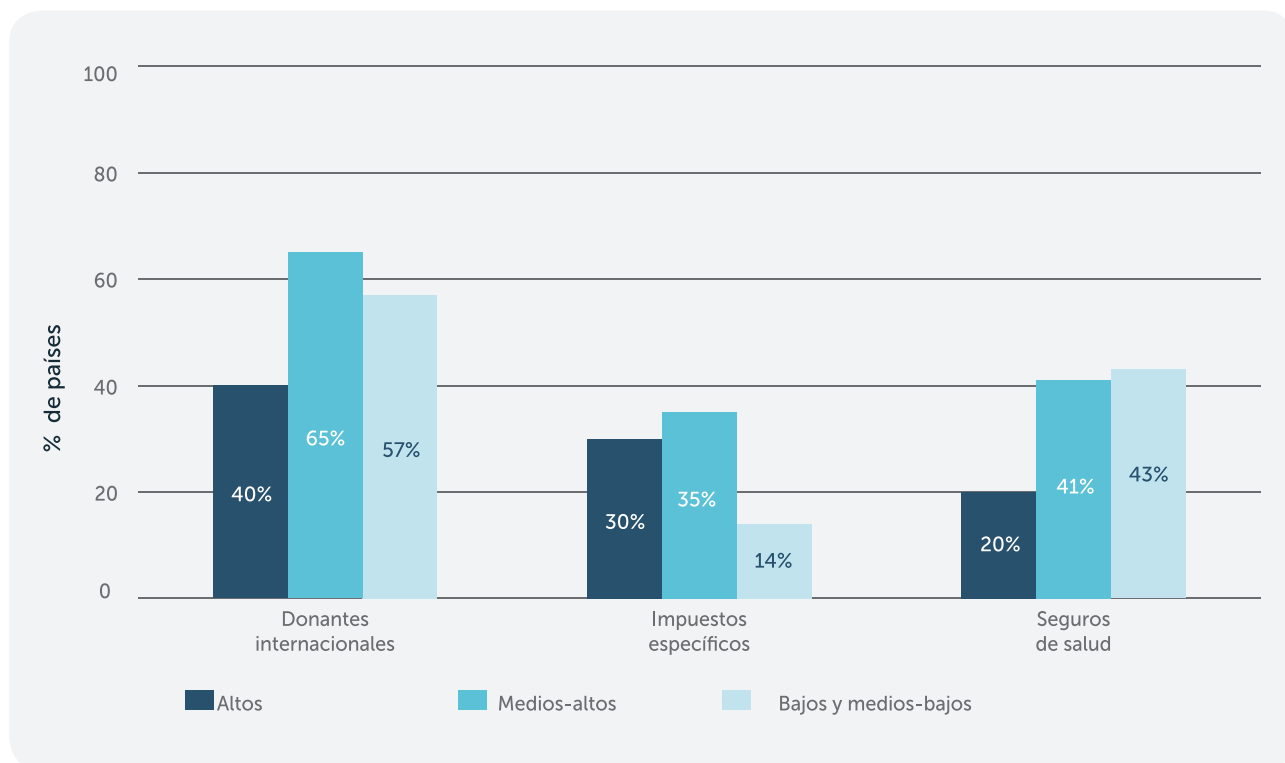
Primera fuente de financiamiento



Segunda fuente de financiamiento



Tercera fuente de financiamiento



* Consultar en el cuadro 1 la lista de países según grupos de ingreso del Banco Mundial.

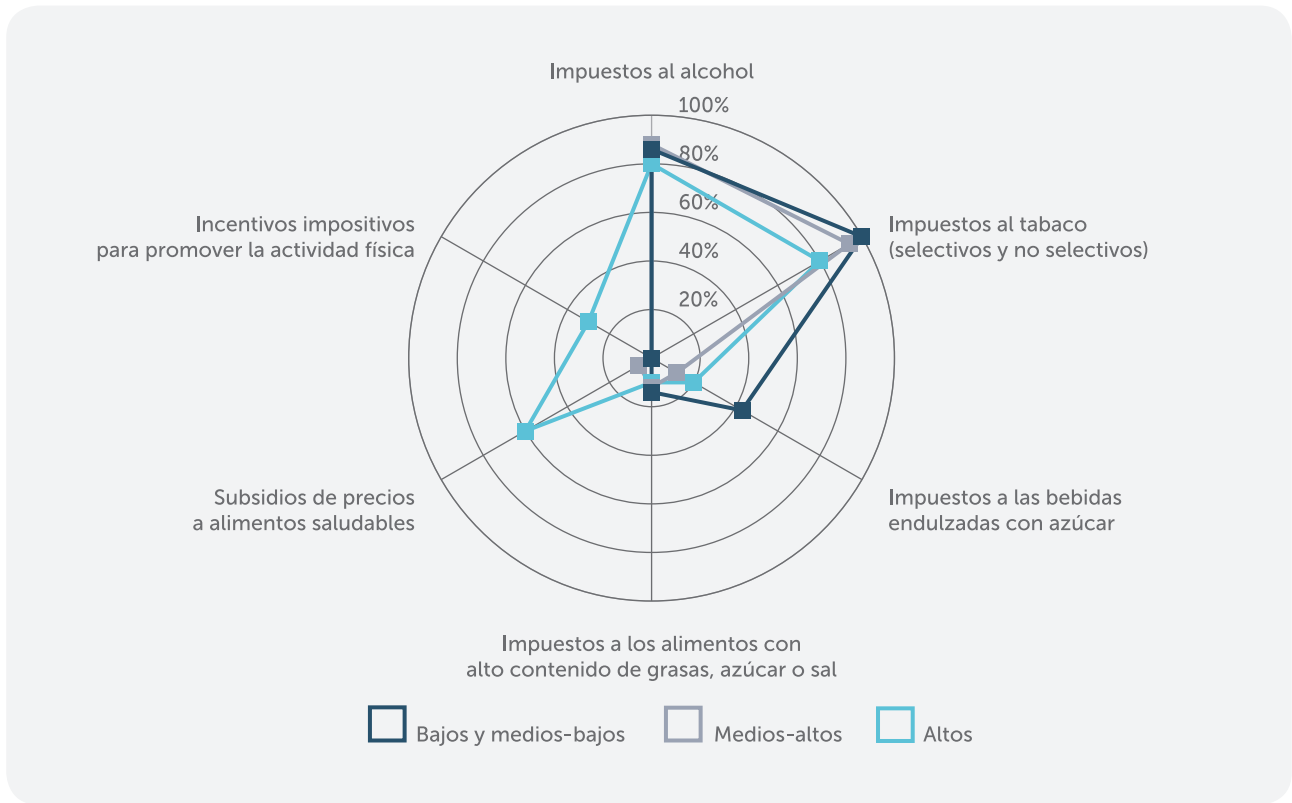
Por otra parte, 32 de 34 países (94%) indicaron estar aplicando al menos una de las 6 **intervenciones fiscales relacionadas con FR y factores protectores para las ENT**⁸. En la mayoría de los casos estos impuestos fueron selectivos⁹ y no selectivos al tabaco (31/34, 91%) y al alcohol (29/34, 85%). En cambio, la presencia de otro tipo de intervenciones, como impuestos a las bebidas azucaradas (7/34, 21%), impues-

tos a los alimentos con alto contenido de grasas, azúcar o sal (4/34, 12%), subsidio de precios a alimentos saludables (7/34, 21%), o incentivos para la promoción de la actividad física (3/34, 9%), fue considerablemente inferior. La **figura 3** muestra la proporción de países que están implementando estas intervenciones fiscales, por grupos de ingresos. Efectivamente, los impuestos sobre el tabaco y el alcohol fueron los reportados con mayor frecuencia por todos los países, con independencia de su grupo de ingreso, mientras que los impuestos a las bebidas azucaradas predominaron en los países de ingreso bajo y medio-bajo, y los incentivos a los alimentos saludables y la promoción de la actividad física en los países de ingreso alto.

- 8 Estos resultados solo reflejan la existencia de impuestos, pero no revelan si reúnen los atributos necesarios para tener el impacto deseado en términos de salud pública. Para mayor detalle, consultar las páginas 52-54 de la discusión.
- 9 Los impuestos selectivos tienen un mayor impacto en términos de salud pública, ya que afectan únicamente a los productos de tabaco, incrementando su valor en comparación con otros productos o servicios (3).

FIGURA 3

Porcentaje de países que reportaron intervenciones fiscales relacionadas con FR y factores protectores para las ENT, por grupos de ingreso*



* Consultar en el cuadro 1 la lista de países por grupos de ingreso del Banco Mundial.

Por último, de los 31 países que reportaron estar aplicando al menos uno de los tipos de impuestos enumerados anteriormente, 20 (65%) indicaron que el principal uso de los fondos recaudados es contribuir a los ingresos generales del Estado, 8 países (26%)

señalaron que los recursos se suman a los fondos generales destinados a salud y servicios de salud, mientras que solo dos países (2/31, 6%) respondieron que los utilizan para influenciar conductas relacionadas con la salud

Comisión, agencia o mecanismo multisectorial

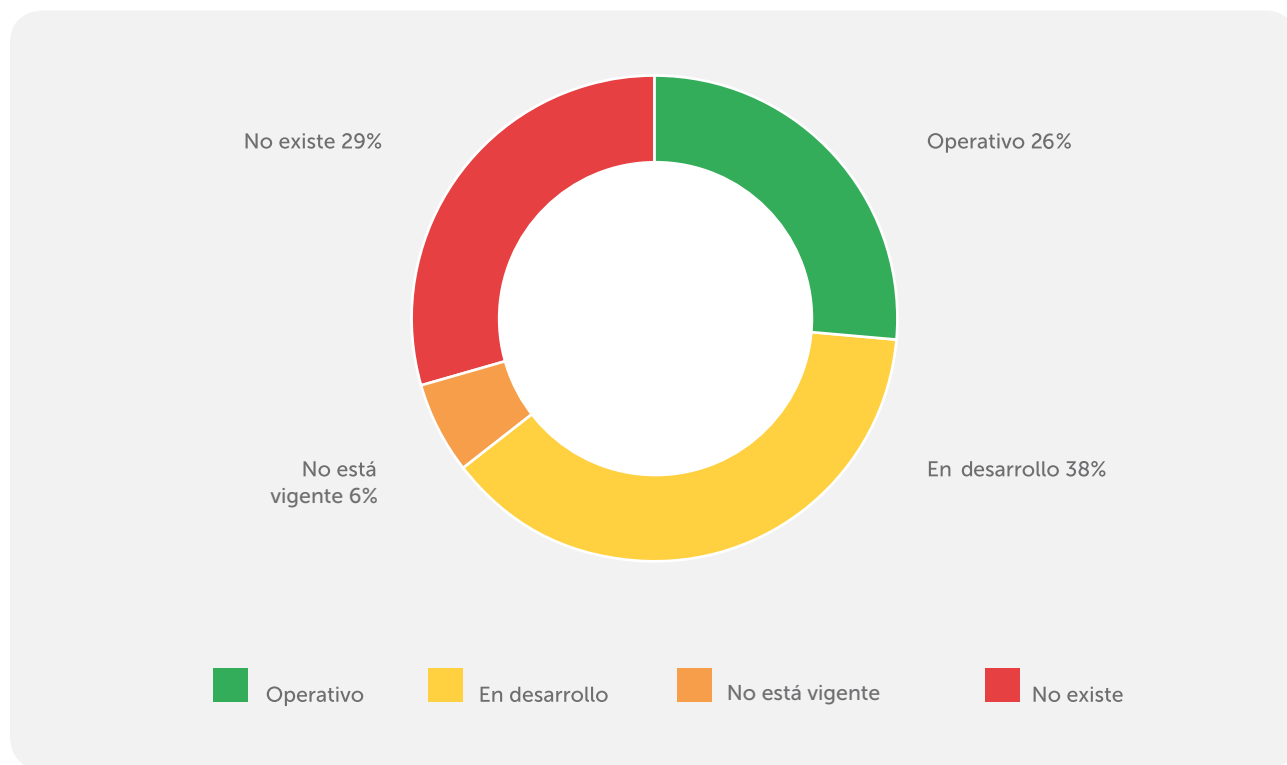
Veinticuatro países (24/34, 71%) informaron disponer de una comisión, agencia o mecanismo nacional multisectorial¹⁰ para supervisar la participación, la

coherencia de las políticas y la rendición de cuentas en relación a las ENT de sectores diferentes al sector salud. No obstante, dicha comisión, agencia o mecanismo solo fue catalogada como operativa por 9 países (9/34, 26%), mientras que el resto de los países indicaron que se encuentra en desarrollo o no está vigente (figura 4).

¹⁰ Según el glosario del *Perfil de capacidad*, el término “multi-sectorial” indica que “incluye sectores diferentes, como salud, agricultura, educación, finanzas, infraestructura, transporte, comercio, etc.” (anexo 2).

FIGURA 4

Disponibilidad y estado de las comisiones, agencias o mecanismos nacionales multisectoriales para el abordaje de las ENT



Nota: La suma de los porcentajes no coincide con el total (100) debido al redondeo.

El **cuadro 3** muestra los principales **tipos de entidades** que integran las comisiones, agencias o mecanismos multisectoriales según su estado de operación. En términos generales, los integrantes reportados con mayor frecuencia en esos 24 países fueron ministerios diferentes al ministerio de salud (22/24, 92%), la sociedad civil (21/24, 88%) y la academia (20/24,

83%), seguidos del sector privado (17/24, 71%). Por el contrario, las agencias de Naciones Unidas (14/24, 58%) y otras instituciones internacionales (9/24, 38%) estuvieron representadas en menor medida. Este patrón de composición se aprecia tanto en las comisiones, agencias o mecanismos operativos como en los que se encuentran en desarrollo.

CUADRO 3

Integrantes de las comisiones, agencias o mecanismos multisectoriales para las ENT, por estado

	Operativo		En desarrollo		No operativo		Total	
	Número de países (del total de 34)	%	Número de países (del total de 34)	%	Número de países (del total de 34)	%	Número de países (del total de 34)	%
Miembros de la comisión, agencia o mecanismo multisectorial								
Otros ministerios del gobierno	9/9	100	11/13	85	2/2	100	22/24	92
Agencias de Naciones Unidas	5/9	56	8/13	62	1/2	50	14/24	58
Otras instituciones internacionales	3/9	33	6/13	46	0/2	0	9/24	38
Comunidad académica (incluyendo centros de investigación)	9/9	100	10/13	77	1/2	50	20/24	83
Organizaciones no gubernamentales/ de la sociedad civil/ comunitarias	9/9	100	10/13	77	2/2	100	21/24	88
Sector privado	7/9	78	8/13	62	2/2	100	17/24	71
Otros	1/9	11	2/13	15	0/2	0	3/24	13

3.2 POLÍTICAS, ESTRATEGIAS Y PLANES DE ACCIÓN PARA LAS ENT Y SUS FR

Datos destacados

01

Las ENT forman parte del **plan nacional de salud de 27 países (27/34, 79%)**, y están incluidas en la **agenda nacional de desarrollo de 16 países (16/34, 47%)**.



17 países (17/34, 50%) reportaron una **política, estrategia o plan de acción multisectorial y operativa** que aborda las 4 ENT y los 4 FR principales.

02

03

16 países (16/34, 47%) respondieron que disponen de **indicadores** para las ENT asociados a un conjunto de **metas nacionales con plazos**.



Cuatro países (4/34, 12%) indicaron contar con **legislación del gobierno para reducir el impacto en los niños de la publicidad** sobre alimentos y bebidas no alcohólicas con un alto contenido de grasas saturadas, ácidos grasos *trans*, azúcares libres o sal.

04

05

Seis países (6/34, 18%) reportaron la existencia de **legislación del gobierno para limitar los ácidos grasos saturados y virtualmente eliminar las grasas *trans* de producción industrial**.



Un país (1/34, 3%) informó disponer de **legislación** para reducir el **consumo poblacional de sal** mediante la reformulación de productos a nivel industrial en toda la cadena alimentaria.

06

07

Alrededor de dos tercios de los países reportaron haber llevado a cabo algún **programa nacional de concientización sobre dieta saludable (24/34, 71%)** o **actividad física (21/34, 62%)** en los últimos 5 años.



Políticas, estrategias o planes de acción integrales para las ENT y sus FR

En lo que respecta al posicionamiento de las ENT en el marco político nacional, 27 países (27/34, 79%) indicaron que este grupo de enfermedades forman parte del **plan nacional de salud**. Casi la mitad de los países (16/34, 47%) informaron que están incluidas en la **agenda nacional de desarrollo**.

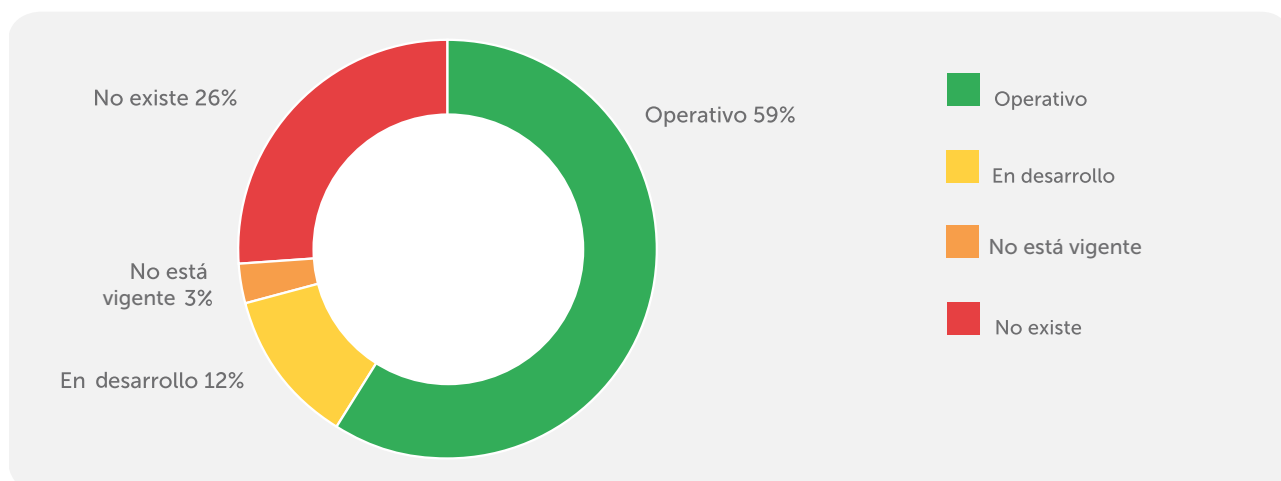
Adicionalmente, 25 países (25/34, 74%) respondieron que cuentan con una **política, estrategia o plan de acción nacional que integra las principales ENT y sus FR**. En total, 20 países (20/34, 59%) confirmaron que la política, estrategia o plan de acción se encuen-

tra **operativa**¹¹, 4 países (4/34, 12%) señalaron que se encuentra **en desarrollo**, y un país (1/34, 3%) manifestó que **no está vigente** (*figura 5*). Cabe destacar que **6 de los 9 países** que carecen de una política, estrategia o plan de acción integral para las ENT, disponen al menos de un plan nacional de salud que las incluye.

¹¹ Según el glosario del *Perfil de capacidad*, se define como **operativa** aquella política, estrategia o plan de acción que se utiliza y se aplica en el país, y que además cuenta con recursos y financiamiento disponibles para ello (*Anexo 2*).

FIGURA 5

Políticas, estrategias o planes de acción integrales para el abordaje de las ENT, según su estado



Según se muestra en el *cuadro 4*, todas las políticas, estrategias o planes de acción operativos reportados tienen un carácter multisectorial (20/20, 100%), 17 (17/20, 85%) abordan los 4 FR y las 4 ENT principales, mientras que solo 11 (11/20, 55%) contemplan cuidados paliativos para los pacientes con ENT. Poco más de la mitad (11/20, 55%) comenzaron a implementarse en 2013 o más tarde, lo que demuestra un rápido progreso en la Región.

Estos resultados proveen información sobre el **indicador de progreso número 4**, definido por la OMS para reportar ante la Asamblea General de las

Naciones Unidas (12), que mide el número de Estados Miembros con una estrategia o plan de acción nacional multisectorial y operativo, que integre las principales ENT y sus FR. Concretamente, **17 países (17/34, 50%)** cumplieron con este indicador de forma **completa**, al disponer de políticas, estrategias o planes de acción multisectoriales y operativos para las 4 ENT y los 4 FR. **Tres países (3/34, 9%)** lo alcanzaron **parcialmente**, al abordar al menos 2 de las 4 ENT principales y al menos 2 de los 4 FR principales. En el *anexo 5* se presentan los resultados para este indicador desagregados por país (*ver la figura A-3 y el cuadro A-5*).

CUADRO 4

Principales características de las políticas, estrategias o planes de acción nacionales operativos e integrales para las ENT

	Número de países con respuestas afirmativas	%
¿Existe una política, estrategia o plan de acción nacional que integre varias ENT y sus FR?	20/34	59
¿Es una política o estrategia?	18/20	90
¿Es un plan de acción?	16/20	80
¿Es multisectorial?	20/20	100
¿Tiene múltiples interesados directos?	19/20	95
¿Aborda las 4 ENT y sus 4 FR?	17/20	85
¿Implementación reciente (2013 o posterior)?	11/20	55
¿Aborda las siguientes ENT y FR?		
Consumo nocivo de alcohol	18/20	90
Dieta no saludable	20/20	100
Inactividad física	20/20	100
Tabaco	19/20	95
Cáncer	18/20	90
ECV	20/20	100
ERC	18/20	90
Diabetes	20/20	100
¿Incluye cuidados paliativos para pacientes con ENT?	11/20	55

Nota: ECV: enfermedades cardiovasculares; ERC: enfermedades respiratorias crónicas.

Aunque **22 países (22/34, 65%)** reportaron que cuentan con **indicadores** nacionales para las ENT y sus FR, solo en **16 de ellos (16/34, 47%)** están asociados un conjunto de **metas** nacionales con plazos determinados. Por otra parte, 14 de los 16 países con metas e indicadores para las ENT cuentan además con una política, estrategia o plan de acción integrado y operativo para la prevención y el control de este grupo de enfermedades.

Estos resultados se han utilizado para construir el **indicador de progreso número 1 (12)**, que mide el número de Estados Miembros que han establecido metas nacionales con plazos e indicadores, toman-

do como base las 3 áreas cubiertas por las metas del *Marco mundial de vigilancia de la OMS*: mortalidad, factores de riesgo y servicios de salud (8). Así, **14 países (14/34, 41%)** lograron el indicador de forma **completa** al contar con indicadores y metas con plazos, que cubren mortalidad por ENT, así como FR claves para el país y/o servicios de salud; mientras que **2 países (2/34, 2%)** lo alcanzaron **parcialmente** al cubrir solo 2 de los 3 bloques temáticos del *Marco mundial de vigilancia* (incluyendo mortalidad), o al no tener plazos. En el **anexo 5** se proporciona información desagregada por país para este indicador (**ver la figura A-1 y el cuadro A-3**).

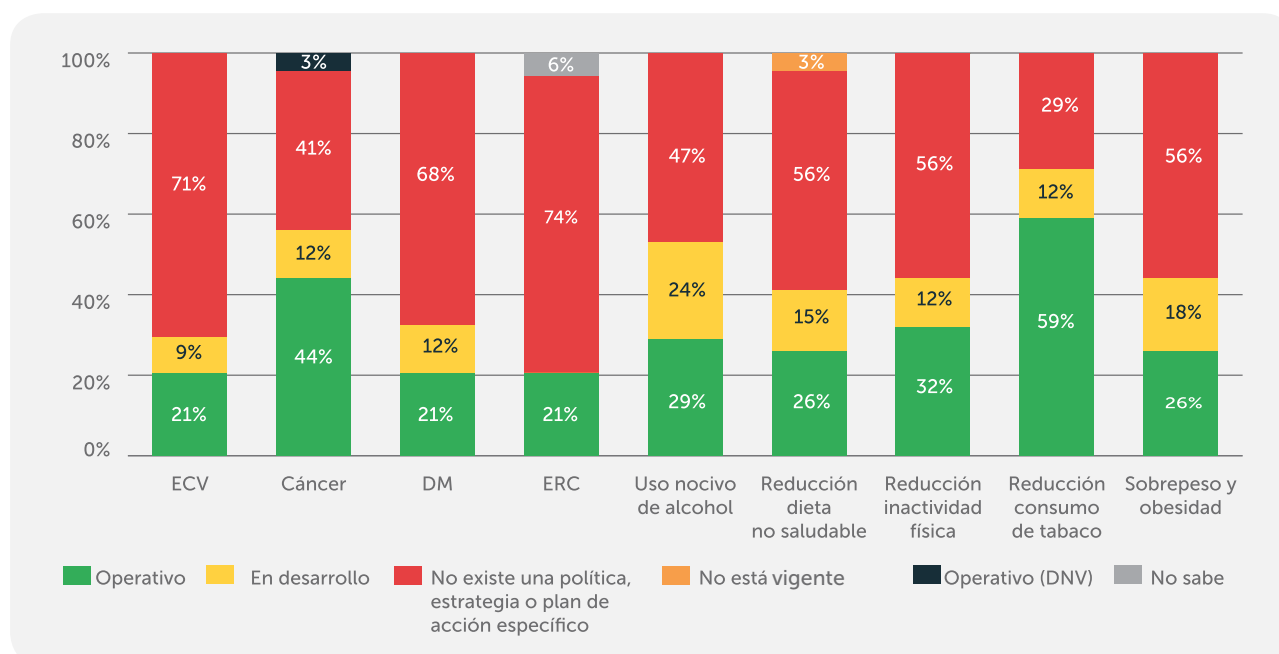
Políticas, estrategias o planes de acción específicos para el abordaje de las principales ENT y sus FR

La *figura 6* muestra la existencia de políticas, estrategias o planes de acción específicos para las principales ENT y sus factores de riesgo, según su estado de implementación. El cáncer (15/34, 44%) y la reducción del consumo de tabaco (20/34, 59%) fueron los temas para los que una mayor proporción

de países indicaron contar con políticas, estrategias y planes de acción específicos operativos; mientras que las restantes ENT y FR solo se encuentran cubiertas por políticas, estrategias o planes operativos específicos en un 21-32% de los países, según los temas.

FIGURA 6

Políticas, estrategias y planes de acción específicos para las principales ENT y FR, por estado de implementación



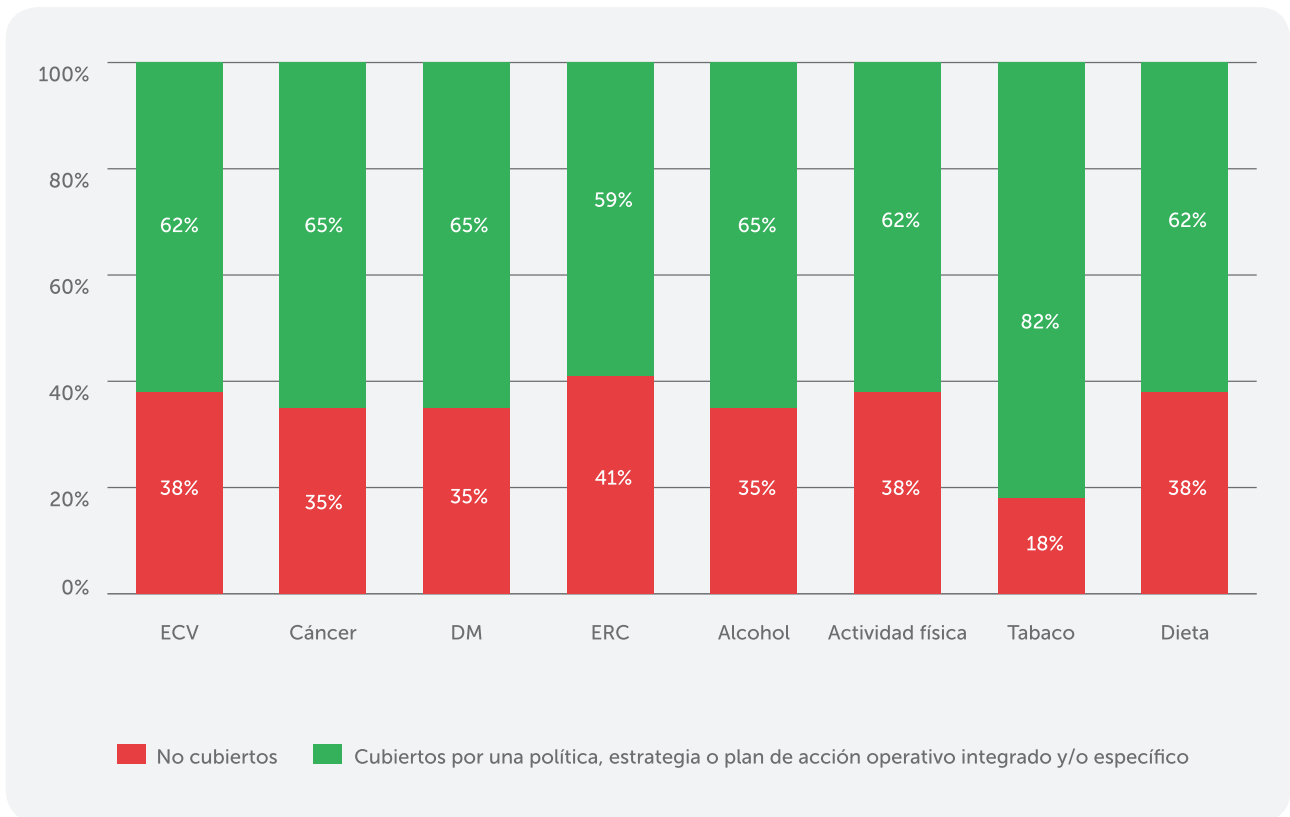
Notas: ECV: enfermedades cardiovasculares; DM: diabetes; ERC: enfermedades respiratorias crónicas; DNV: datos no validados. La suma de los porcentajes puede no coincidir con el total (100) debido al redondeo.

Al analizar el abordaje de las ENT y sus FR a través de políticas, estrategias o planes de acción, es importante tomar en consideración la proporción de países en los que las 4 principales ENT y sus 4 principales FR no están cubiertas por ningún tipo de política, estrategia o plan de acción operativo, ya sea integrado para las ENT o específico para la enfermedad o el factor de riesgo en cuestión. Tal y como se puede apreciar en la *figura 7*, esta es la situación en la que se encuentran algo más de un tercio de los 34 países que completaron la encuesta. Destaca como excepción el control del tabaco, para el que solo seis países (6/34,

18%) indicaron que carecen de políticas, estrategias o planes de acción operativos para su abordaje, tanto integrados como específicos. Aunque este patrón se mantiene con independencia del nivel de ingresos, la proporción de países que carecen de políticas, estrategias o planes de acción fue superior en el grupo de ingresos bajos y medios-bajos, seguidos a una considerable distancia de los países de ingresos altos. Finalmente, los países de ingresos medios-altos fueron los que reportaron una mayor cobertura en términos de políticas, estrategias y planes de acción operativos para las principales ENT y FR (*figura 8*).

FIGURA 7

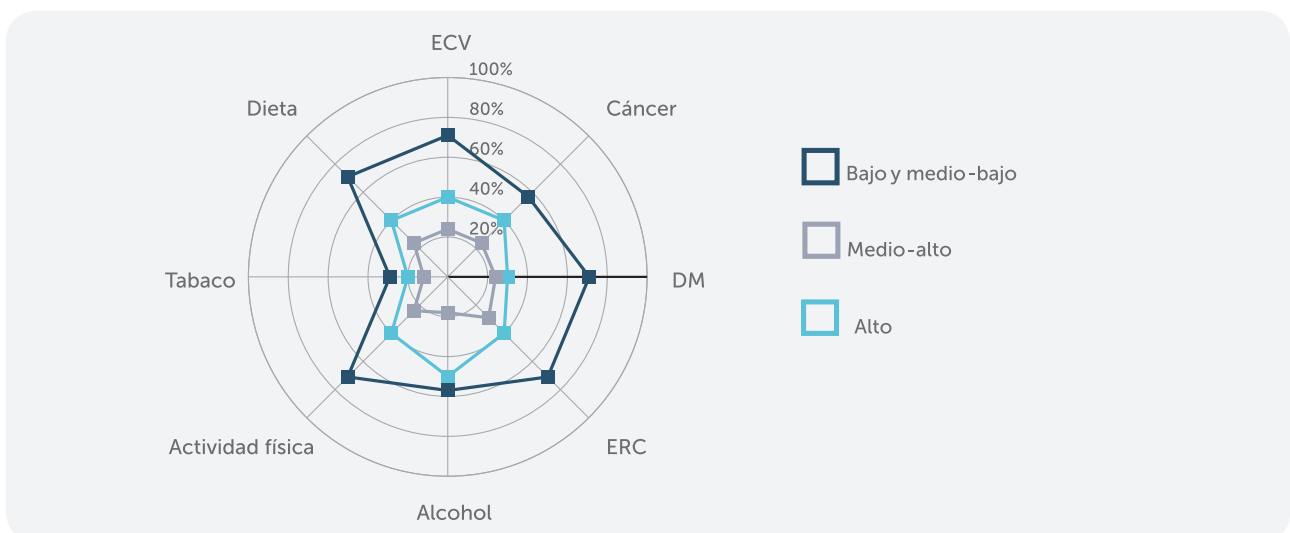
Disponibilidad de políticas, estrategias o planes de acción operativos integrales y/o específicos para el abordaje de las principales ENT y sus FR, según temas



Notas: ECV: enfermedades cardiovasculares; DM: diabetes mellitus; ERC: enfermedades respiratorias crónicas.

FIGURA 8

Porcentaje de países en los que las principales ENT y sus FR no están cubiertos por ningún tipo de política, estrategia o plan de acción operativos (integral o específica), por nivel de ingresos



Notas: ECV: enfermedades cardiovasculares; DM: diabetes mellitus; ERC: enfermedades respiratorias crónicas.

Políticas costo-efectivas sobre dieta y actividad física

En cuanto a la disponibilidad de políticas costo-efectivas relacionadas con la dieta y la actividad física, **6 países (6/34, 18%)** indicaron contar con alguna **política para reducir el impacto en los niños de la publicidad** sobre alimentos y bebidas no alcohólicas con un alto contenido de grasas saturadas, ácidos grasos *trans*, azúcares libres o sal, de los cuales 4 países (4/34, 12%) señalaron que estas políticas consisten en legislación del gobierno, mientras que en el resto (2/34, 6%) tienen un carácter voluntario o autorregulado. Por otra parte, **9 países (9/34, 26%)** reportaron la existencia de alguna **política nacional para limitar los ácidos grasos saturados y virtualmente eliminar las grasas *trans* de producción industrial**, aunque solo 6 países (6/34, 18%) indicaron que estas políticas consisten en legislación del gobierno, siendo voluntarias o autorreguladas en los otros 3 países (3/34, 9%).

De forma similar, **11 países (11/34, 32%)** respondieron que cuentan con alguna **política nacional para reducir el consumo poblacional de sal**, aunque solo **un país (1/34, 3%)** reportó disponer de legislación del gobierno para la reformulación de productos a nivel industrial en toda la cadena alimentaria. Adicionalmente, 8 países (8/34, 24%) informaron que la política para la reducción del consumo de sal incluye la reformulación voluntaria de productos a nivel industrial, 10 países (10/34, 29%) indicaron que dicha política implica programas de concientización dirigidos al público general, y en 8 países (8/34, 24%) incorpora

la regulación del contenido de sal en los alimentos¹². En lo que respecta al **etiquetado de alimentos envasados**, 20 países (20/34, 59%) señalaron la existencia de reglamentación sobre el etiquetado nutricional de acuerdo con normas internacionales¹³.

Por último, en torno a dos tercios de los países reportaron haber llevado a cabo algún **programa nacional de concientización sobre dieta (24/34, 71%)** o **actividad física (21/34, 62%)** en los últimos 5 años.

Cabe destacar que las preguntas referentes a la disponibilidad de políticas para reducir el consumo poblacional de sal, limitar los ácidos grasos saturados y virtualmente eliminar las grasas *trans* de producción industrial y reducir el impacto en los niños de la publicidad, así como las relativas a la existencia de programas nacionales de concientización sobre dieta y/o actividad física, representan la fuente de información utilizada para reportar los **indicadores de progreso 7a, 7b, 7c y 8**, respectivamente (12). En el **anexo 5** se presentan los resultados para estos indicadores desagregados por país (**ver las figuras A-4, A-5, A-6, A-7 y el cuadro A-6**).

¹² El *Perfil de capacidad* no recopiló información sobre si la regulación del contenido de sal en los alimentos es de carácter voluntario o se trata de legislación del gobierno.

¹³ Para más información sobre las normas del Codex Alimentarius sobre etiquetado nutricional, consultar: <http://bit.ly/29tHTMf>

3.3 VIGILANCIA

Datos destacados

01

24 países (24/34, 71%) indicaron que disponen de una **instancia** dentro del Ministerio de Salud que trabaja para la vigilancia de las ENT, ya sea en exclusividad (5/34, 15%) o no (19/34, 56%).



Todos los países reportaron disponer de un sistema capaz de recolectar **datos de mortalidad por causa de muerte de manera rutinaria.**

02

03

11 países (11/34, 32%) indicaron disponer de **registros de base poblacional** a nivel nacional y 5 países (5/34, 15%) a nivel sub-nacional.



Nueve países (9/34, 26%) reportaron que disponen de **encuestas recientes (5 años o menos) y periódicas (al menos cada 5 años) en adultos** sobre consumo nocivo de alcohol, inactividad física, consumo de tabaco, glucemia elevada/diabetes, presión arterial elevada/hipertensión, sobrepeso y obesidad, y consumo de sal/sodio.

04

Infraestructura, sistemas de información de mortalidad y registros para las ENT

En total, 5 países (5/34, 15%) indicaron que disponen de una **oficina, departamento o división administrativa** dentro del ministerio de salud, que trabaja exclusivamente para la vigilancia de las ENT. Otros 19 países (19/34, 56%) reportaron que la vigilancia de las ENT recae sobre una instancia del ministerio de salud que no está dedicada exclusivamente a esa actividad. En el caso de los 10 países restantes (10/34, 29%) respondieron que la responsabilidad para la vigilancia se encuentra distribuida entre varias oficinas, departamentos o divisiones del ministerio de salud.

Todos los países que completaron el *Perfil de capacidad* reportaron disponer de un **sistema capaz de recolectar datos de mortalidad por causa de muerte** de manera rutinaria, y 24 países (24/34, 71%) señalaron que los últimos datos de mortalidad disponibles corresponden al año 2013 en adelante. Todos los países indicaron que pueden desagregar los datos de

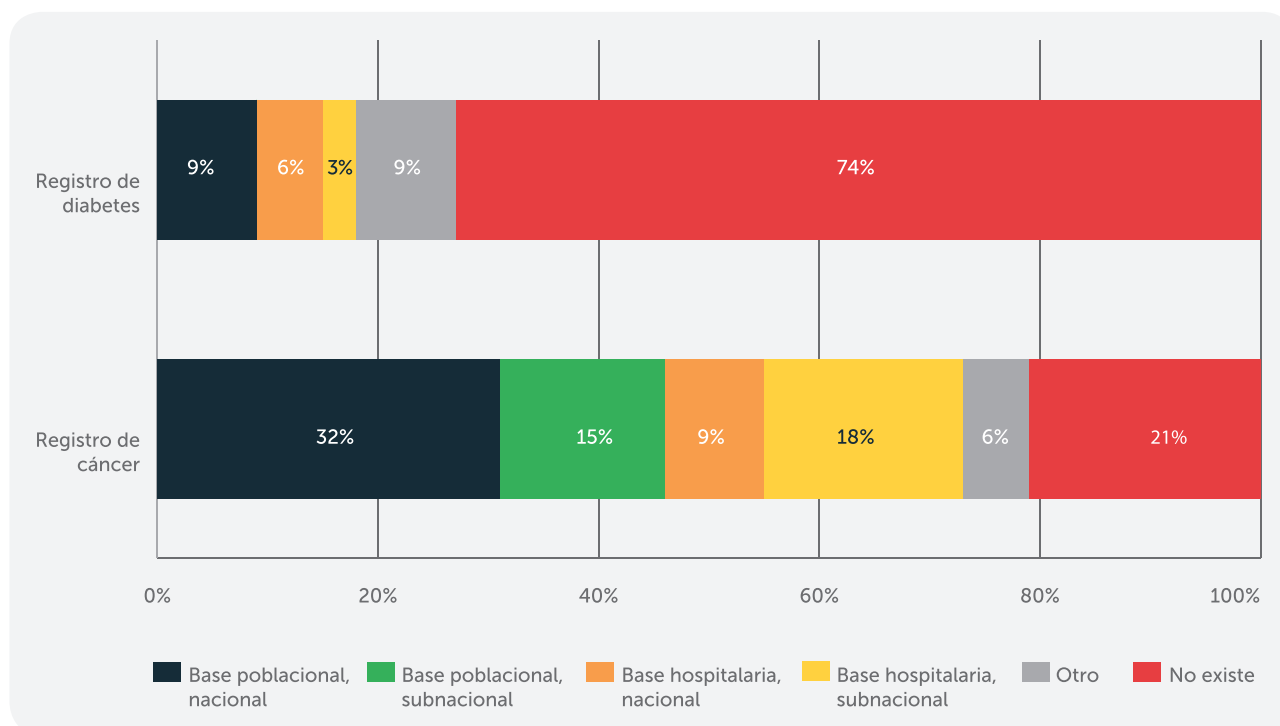
mortalidad por sexo y edad, y 28 países (28/34, 82%) afirmaron poder desagregarla por otras variables sociodemográficas.

En total, 27 países (27/34, 79%) informaron que cuentan con **registros de cáncer**, aunque la proporción de registros de base poblacional a nivel nacional (11/34, 32%) o subnacional (5/34, 15%) fue considerablemente inferior. Adicionalmente, 14 países (14/34, 41%) indicaron que el último año con datos disponibles fue el año 2013 o en adelante (*figura 9*).

Por último, 9 países (9/34, 26%) respondieron que cuentan con un **registro de diabetes**, y de ellos ocho países (8/34, 24%) afirmaron tener datos recientes (obtenidos en 2013 o en adelante), y solo 3 (3/34, 9%) reportaron capacidad para registrar y actualizar complicaciones crónicas asociadas a esta enfermedad (*figura 9*).

FIGURA 9

Disponibilidad de registros de cáncer y de diabetes, por cobertura y fuente de información



Nota: La suma de los porcentajes puede no coincidir con el total (100) debido al redondeo.

Encuestas poblacionales sobre los principales factores de riesgo

En lo que respecta a las encuestas poblacionales para la vigilancia de las ENT y sus FR, la proporción de países que indicó haber realizado encuestas en adultos o en jóvenes osciló entre un 74%-91%, según factores de riesgo (*cuadro 5*).

CUADRO 5

Disponibilidad de encuestas poblacionales para los principales factores de riesgo, en adultos y adolescentes

Población diana	Tema	Número de países (del total de 34)	%
Adolescentes	Consumo nocivo de alcohol	27	79
	Bajo consumo de frutas y verduras	25	74
	Inactividad física	28	82
	Consumo de tabaco	31	91
	Sobrepeso y obesidad	27	79
Adultos	Consumo nocivo de alcohol	30	88
	Bajo consumo de frutas y verduras	26	76
	Inactividad física	27	79
	Consumo de tabaco	30	88
	Sobrepeso y obesidad	29	85
	Glucosa elevada en sangre/diabetes	29	85
	Colesterol total elevado	27	79
	Presión arterial elevada/hipertensión	29	85

En los siguientes apartados se presenta una descripción de las encuestas reportadas en adolescentes y adultos. Para ello se utilizan categorías con un código de color que han sido establecidas en función de la representatividad, la periodicidad y la fecha de la recolección de datos de las encuestas, así como la existen-

cia de mediciones físicas o bioquímicas, en caso de ser aplicables (ver el *cuadro 6*). Así, la categoría verde se corresponde con las encuestas que reúnen todos los atributos necesarios para una adecuada vigilancia de las ENT y sus FR. La nota técnica del *anexo 4* incluye una descripción detallada de estas categorías.

CUADRO 6

Categorías para la clasificación de las encuestas poblacionales en adultos y jóvenes

Categorías para los factores de riesgo que no implican mediciones (tabaco, consumo de alcohol, consumo de frutas y verduras, inactividad física)	Categorías para los factores de riesgo que implican mediciones físicas (peso, talla, presión arterial) o bioquímicas (glucosa, colesterol, sodio)
Verde: datos recientes, representativos y periódicos	Verde: datos recientes, representativos, medidos y periódicos
Amarillo: datos recientes y representativos (no periódicos)	Amarillo: datos recientes, representativos y medidos (no periódicos)
Naranja: datos recientes y periódicos (no representativos)	Naranja: datos recientes (representativos o no, periódicos o no, medidos o auto reportados)
Rojo: no hay datos o no hay datos recientes	Rojo: no hay datos o no hay datos recientes
Gris: Sin respuesta o respuesta no validada	Gris: Sin respuesta o respuesta no validada

Encuestas poblacionales en adolescentes

La *figura 10* muestra la proporción de países que reportaron haber realizado encuestas en adolescentes (jóvenes entre los 10 y 19 años) acerca de los principales factores de riesgo por categorías definidas en el *Cuadro 6*.

Para los factores de riesgo que no precisan mediciones, la **categoría verde** corresponde a los países que cuentan con encuestas de representatividad nacional recientes (menos de 5 años) y periódicas (realizadas al menos cada 5 años). Así, 21 países (21/34, 62%) reunieron estos criterios para sus encuestas de tabaco en adolescentes; 17 países (17/34, 50%), para las de alcohol; 14 países (14/34, 41%), para las encuestas sobre bajo consumo de frutas y verduras, y solo 11 países (11/34, 38%) para las encuestas relativas a la inactividad física.

En el caso del sobrepeso y la obesidad, la categoría verde corresponde a los países con encuestas de

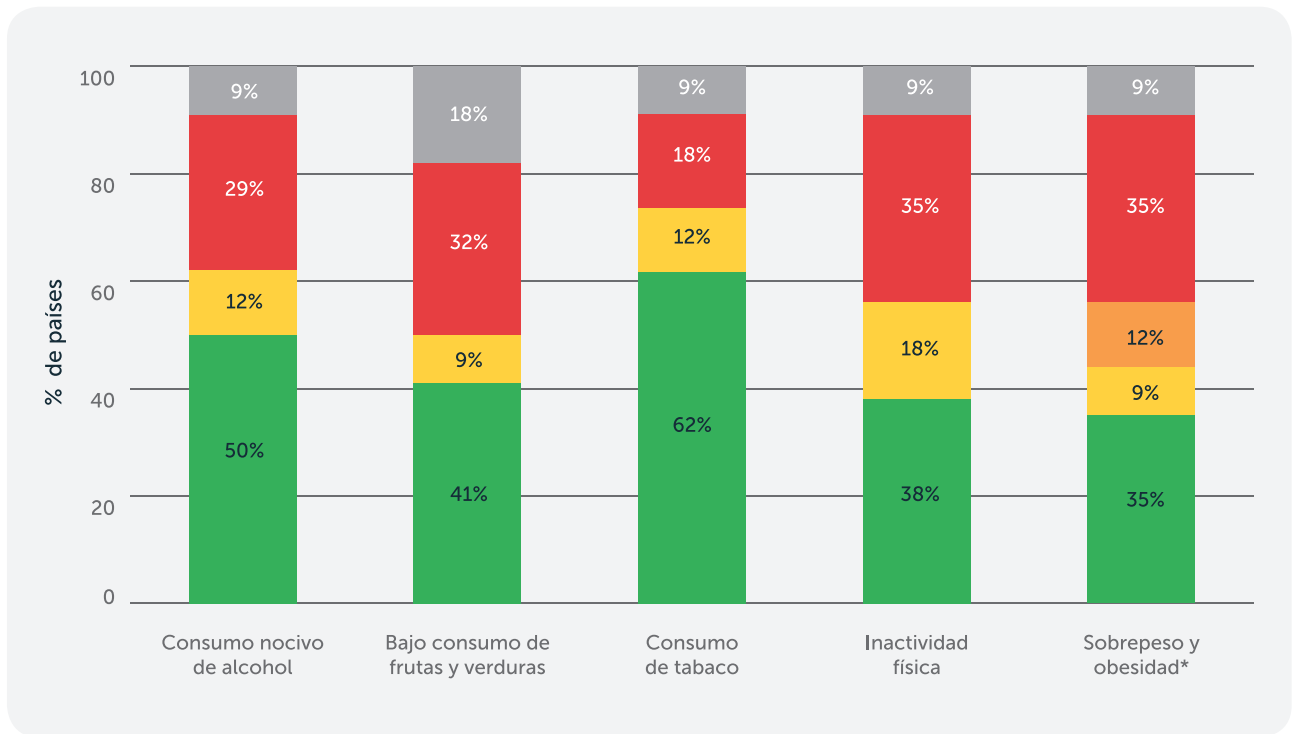
representatividad nacional, recientes y periódicas, que además incluyen mediciones de peso y talla. En total, 12 países (12/34, 35%) reportaron encuestas con estos atributos.

A modo de resumen, tan solo 8 países (8/34, 24%) reportaron encuestas clasificadas en la categoría verde de máximo desempeño para todos los factores de riesgo considerados en adolescentes (tabaco, consumo de alcohol, consumo de frutas y verduras, inactividad física y sobrepeso y obesidad).

Adicionalmente, cabe destacar la proporción de países que indicaron carecer de datos para adolescentes o bien reportaron encuestas de más de 5 años de antigüedad, que osciló entre el 20%-35%, según factores de riesgo, tal y como indica la **categoría roja** de la *figura 10*.

FIGURA 10

Porcentaje de países que reportan conducir encuestas poblacionales sobre FR en adolescentes, por categorías*



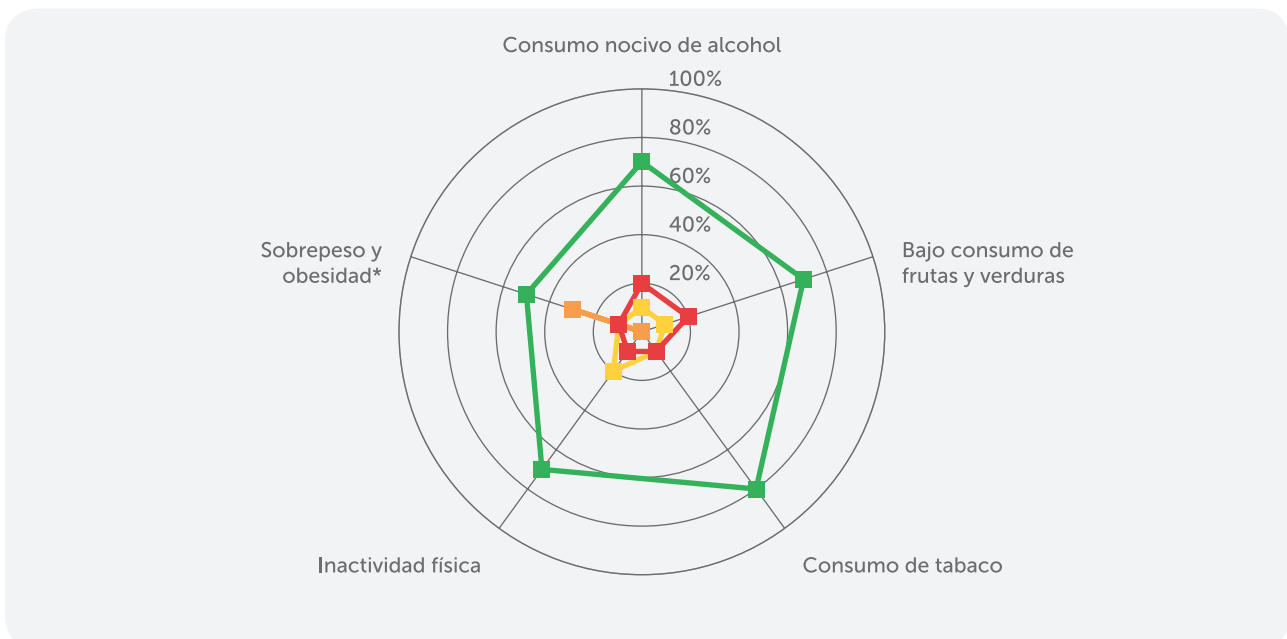
* Para una descripción detallada de las categorías, consultar el cuadro 6 y la nota técnica del anexo 4.

Nota: La suma de los porcentajes puede no coincidir con el total (100) debido al redondeo.

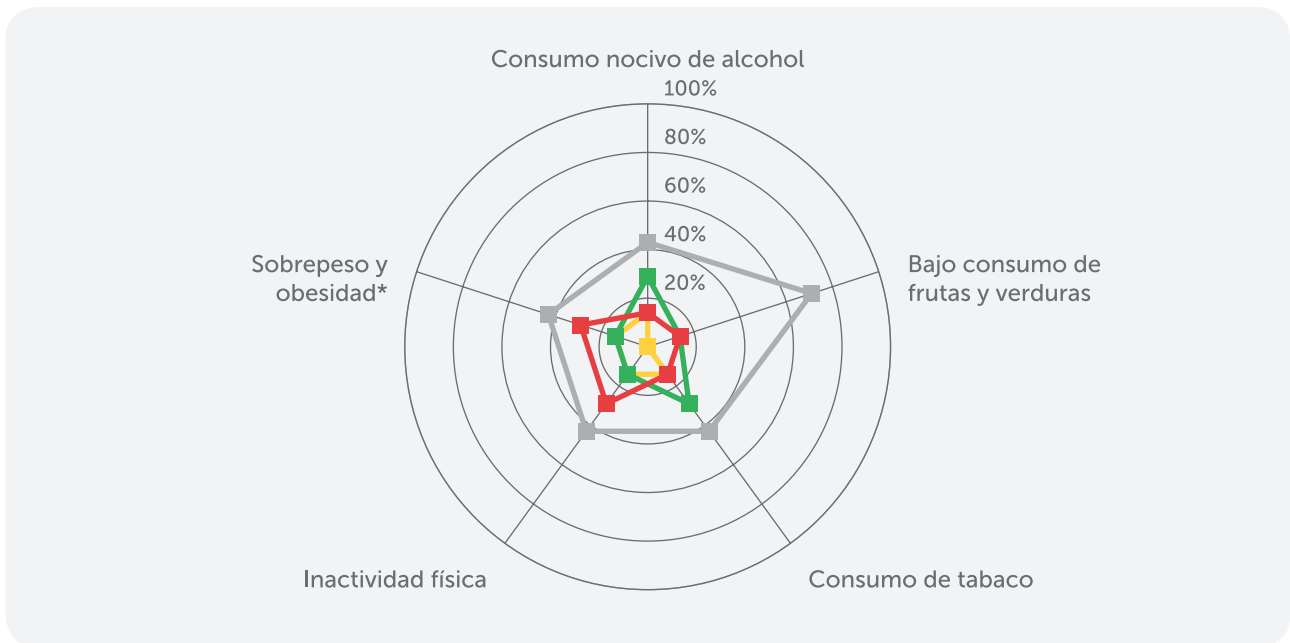
FIGURA 11

Porcentaje de países con encuestas poblacionales sobre FR en adolescentes para cada una de las categorías*, por grupos de ingreso**

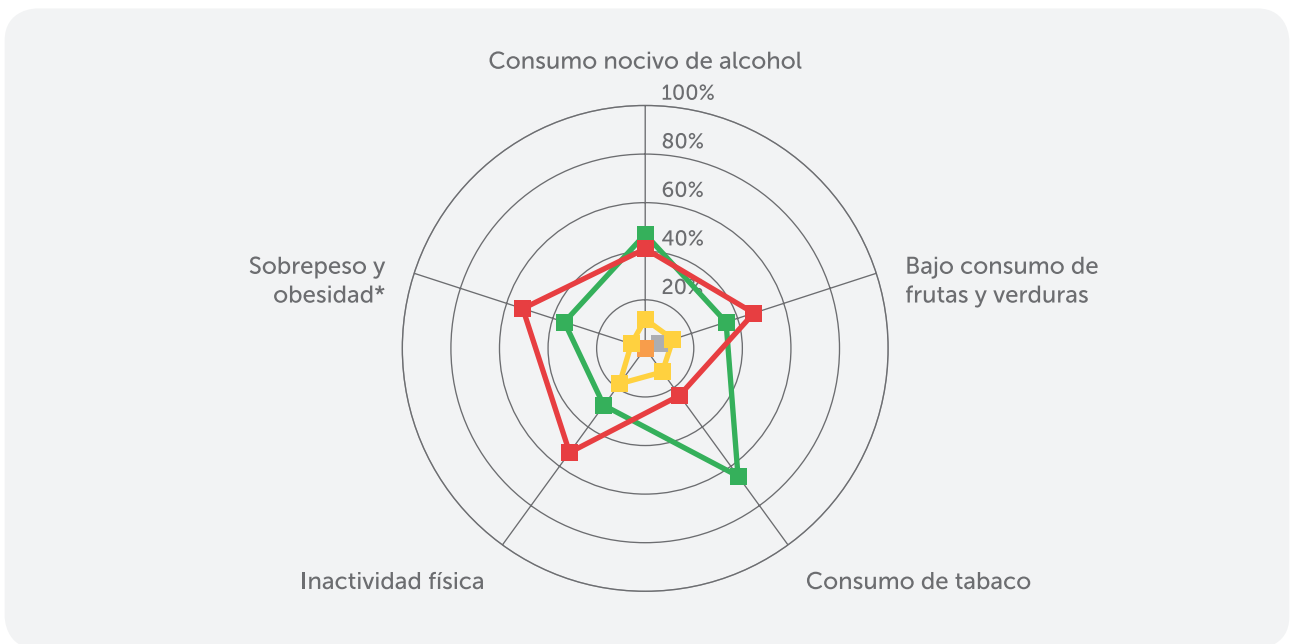
Alto ingreso (n=10 países)



Ingreso bajo y medio-bajo (n=7 países)



Ingreso medio-alto (n=17 países)



* Para una descripción detallada de las categorías, consultar el cuadro 6 y la nota técnica del anexo 4.

** Consultar en el cuadro 1 la lista de países por grupos de ingresos del Banco Mundial.

Por último, la proporción de países con encuestas recientes, representativas y periódicas (categoría verde) para tabaco, alcohol, actividad física y consumo

de frutas y verduras, aumentó con el nivel de ingresos, tal y como muestra el área comprendida por la línea verde en los gráficos de la [figura 11](#).

Encuestas poblacionales en adultos

En cuanto a las encuestas poblacionales en adultos, aproximadamente la mitad de los países dijeron disponer de encuestas de representatividad nacional, periódicas y recientes para tabaco (19, 56%), consumo de alcohol (18, 53%), consumo de frutas y verduras (17, 50%) e inactividad física (17, 50%), tal y como indica la categoría verde de la *figura 12-a*. En el caso de los factores que implican mediciones, entre un 35%-44% de los países reportaron encuestas de representatividad nacional, periódicas, recientes y con mediciones para el sobrepeso y la obesidad (14, 41%), la glucemia elevada o diabetes (13, 38%), el colesterol total (12, 35%), y la presión arterial elevada o hipertensión (15, 44%), representadas por la categoría verde de la *figura 12-b*. En contraste con estas cifras, solo 3 países (3/34, 9%) reportaron encuestas sobre el consumo de sal/sodio que reunieron los requisitos correspondientes a la categoría verde.

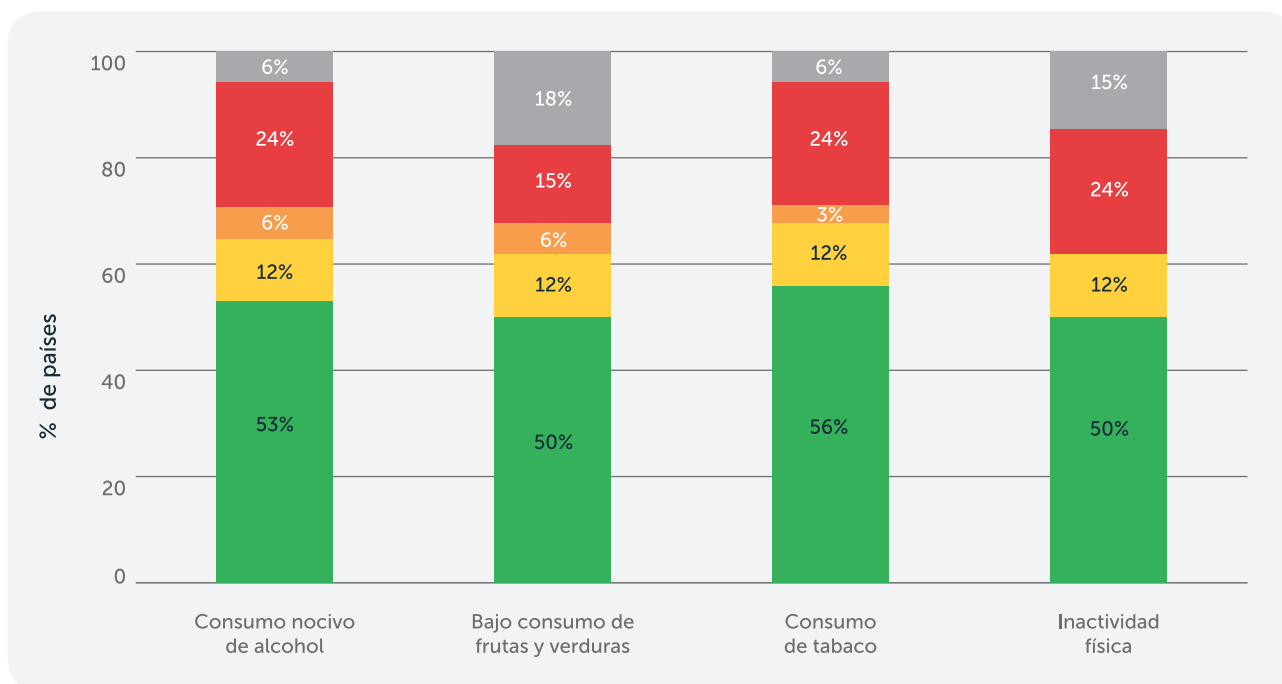
Ninguno de los países que completaron el *Perfil de capacidad* reportó encuestas bajo la categoría verde de máximo desempeño para todos los factores de riesgo considerados en adultos. No obstante, 10 países (10/34, 29%) afirmaron disponer de encuestas con estos requisitos para todos los factores de riesgo excepto para el consumo de sal/sodio.

Por otra parte, entre un 15%-35% de los países indicaron que no tienen encuestas en adultos para los principales factores de riesgo, o bien disponen de encuestas que fueron realizadas hace más de 5 años, como se muestra en la categoría roja de las *figuras 12-a* y *12-b*. De nuevo destaca el consumo de sal/sodio, para el que un total de 21 países (21/34, 62%) quedaron clasificados bajo esta categoría.

FIGURA 12

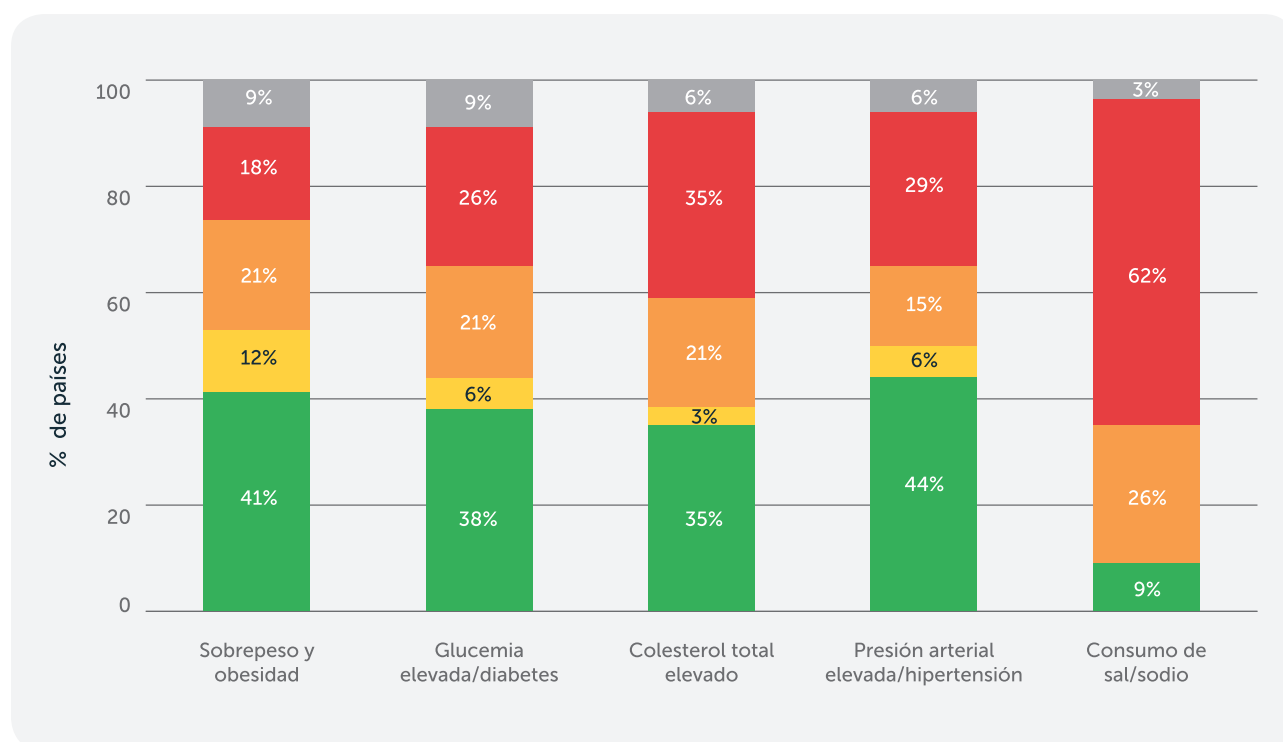
Porcentaje de países que disponen de encuestas poblacionales sobre FR en adultos, por categorías*

12-a. Encuestas sobre FR que no requieren mediciones físicas o bioquímicas



Nota: La suma de los porcentajes puede no coincidir con el total (100) debido al redondeo.

12-b. Encuestas sobre FR susceptibles de mediciones físicas o bioquímicas



* Para una descripción detallada de las categorías, consultar el cuadro 6 y la nota técnica del anexo 4.

Nota: La suma de los porcentajes puede no coincidir con el total (100) debido al redondeo.

Al analizar esta información en función de los grupos de ingresos, se observó una clara correspondencia entre la proporción de encuestas clasificadas bajo la categoría verde, por disponer de todos los atributos necesarios para la vigilancia de las ENT, y el nivel de ingresos de los países (*figura 13*). Destacan como excepción las encuestas sobre consumo de sal/sodio, que estuvieron mínimamente representadas en la categoría verde de forma consistente en los 3 grupos de países según ingresos.

Por último, el **indicador de progreso número 3**, para reportar a la Asamblea General de las Naciones Unidas (*12*), se basa en la información recolectada por el *Perfil de capacidad* para informar sobre el número de Estados Miembros que realiza cada 5 años una encuesta STEPS o una encuesta de salud similar.

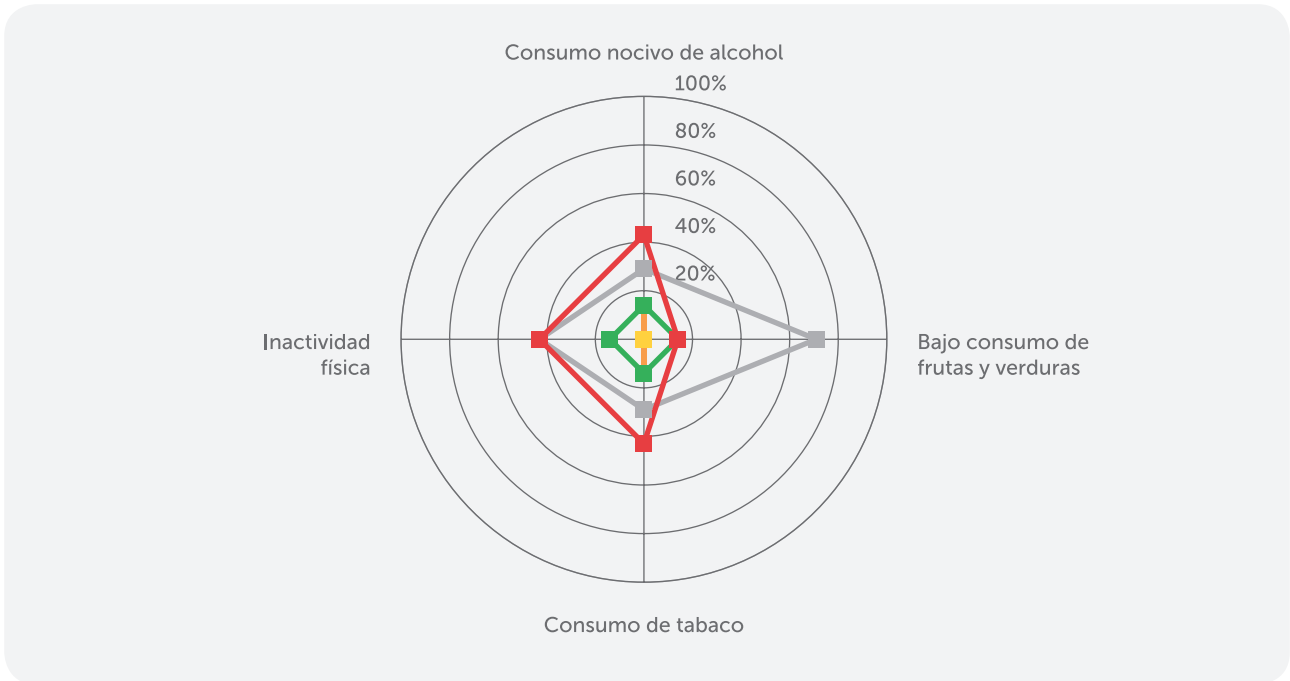
Así, **nueve países (9/34, 26%)** alcanzaron el indicador de forma **completa**, al disponer de encuestas poblacionales en adultos recientes (2010 o más tarde) y realizadas periódicamente (al menos cada 5 años) para los siguientes temas: consumo nocivo de alcohol, inactividad física, consumo de tabaco, glucemia elevada/diabetes, presión arterial elevada/hipertensión, sobrepeso y obesidad, y consumo de sal/sodio. Por otra parte, **19 países (19/34, 56%)** lograron el indicador **parcialmente** al disponer de encuestas con estas características para al menos 3 de los 7 factores de riesgo enumerados anteriormente, o que no son recientes (realizadas hace más de 5 años pero menos de 10). En el *anexo 5* se presentan los resultados para estos indicadores, desagregados por país (*ver la figura A-2 y el cuadro A-4*).

FIGURA 13

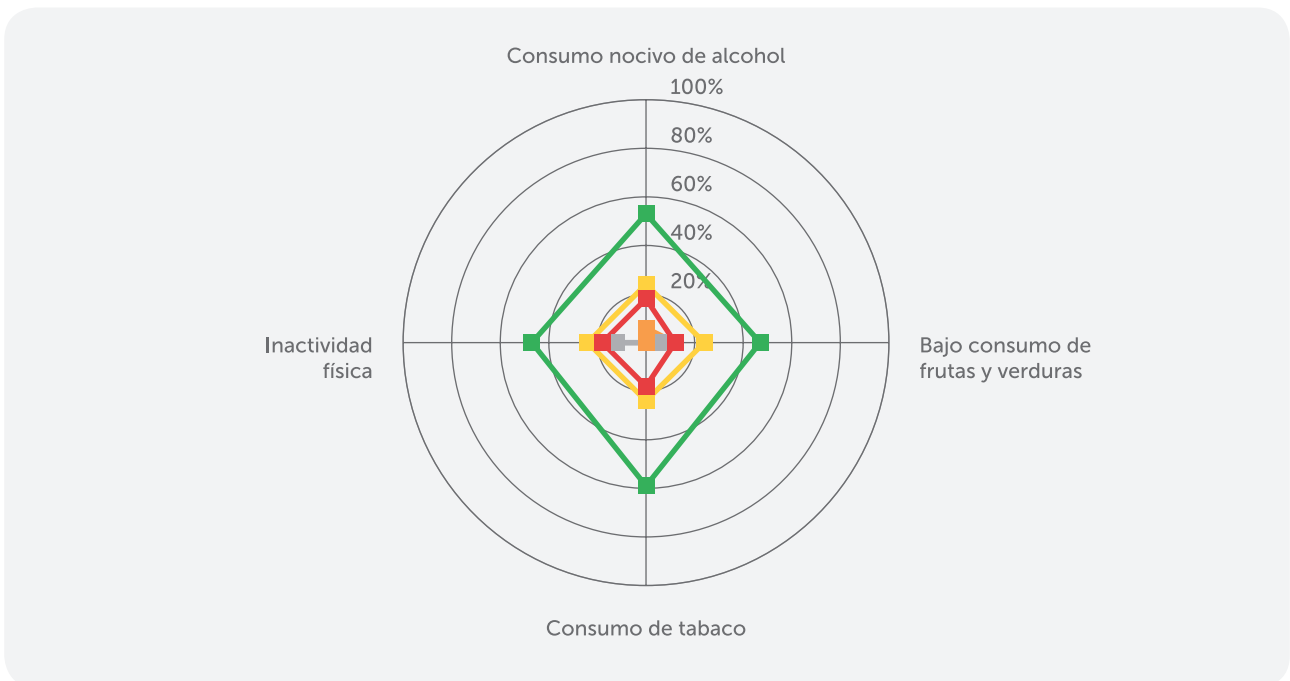
Porcentaje de países que disponen de encuestas poblacionales sobre FR en adultos para cada una de las categorías*, por grupos de ingreso**

13-a. Encuestas sobre FR que no requieren mediciones físicas o bioquímicas.

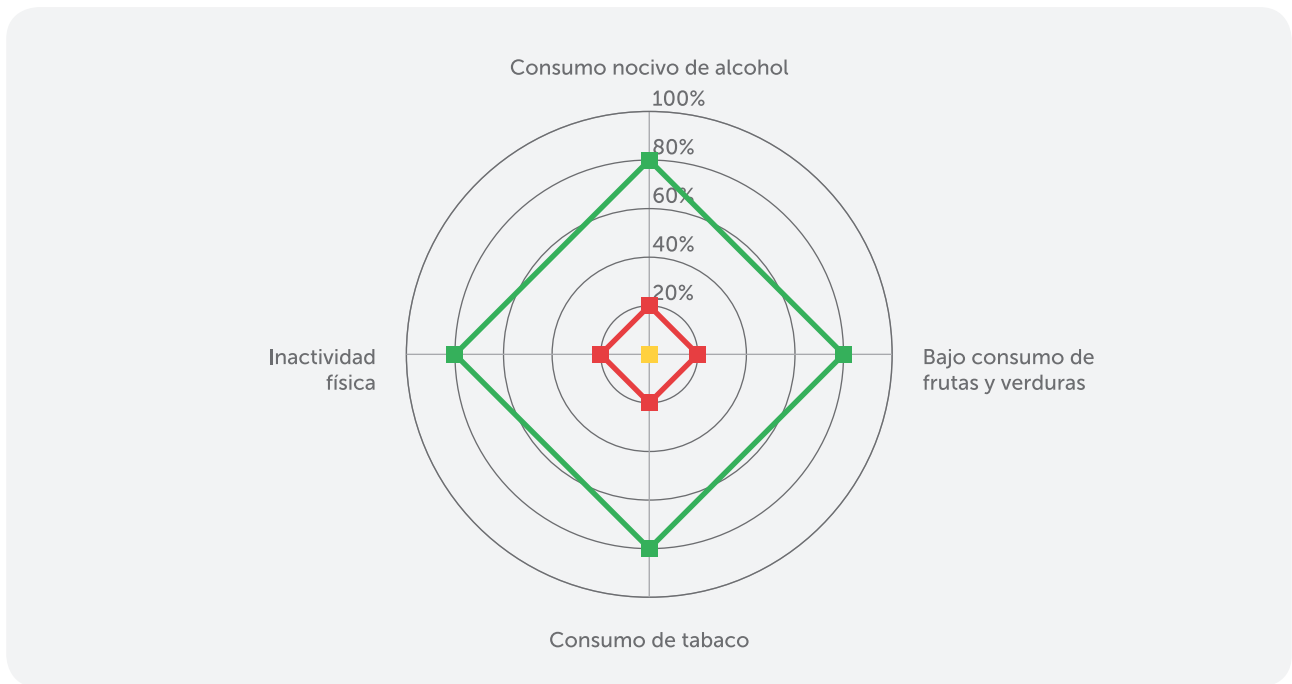
Ingresos bajos y medios-bajos (n=7 países)



Ingresos medios-altos (n=17 países)

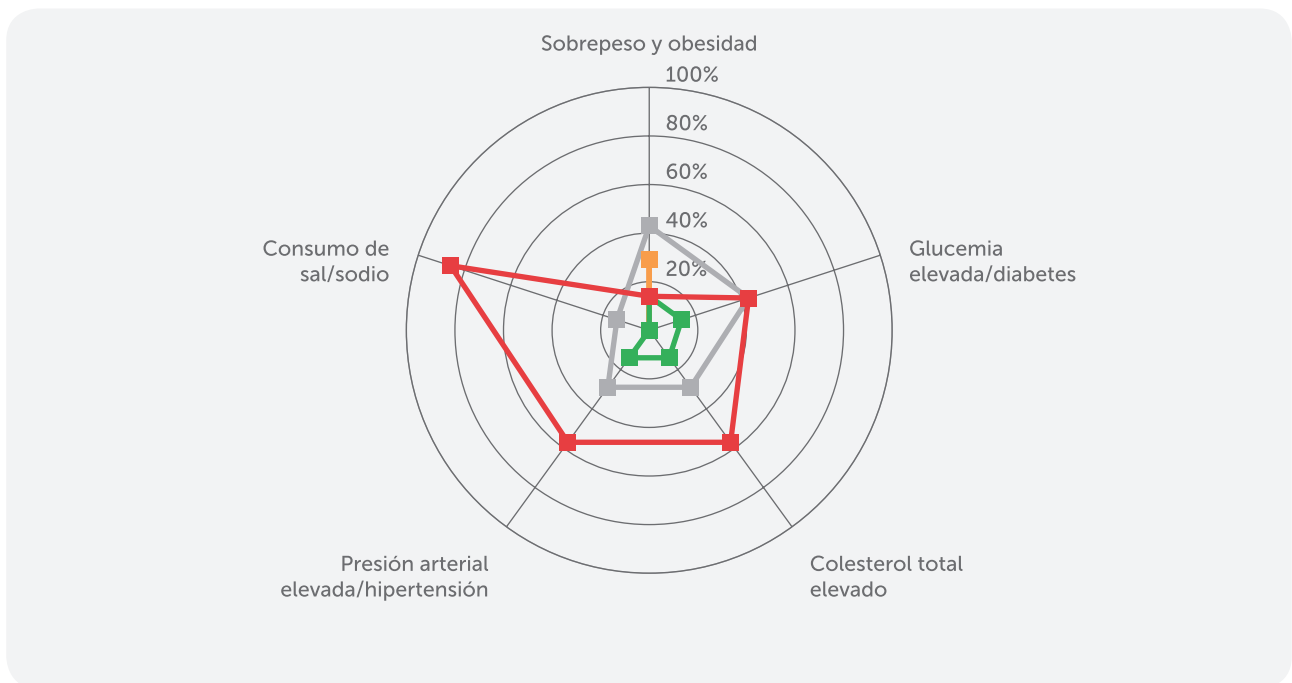


Ingresos altos (n=10 países)

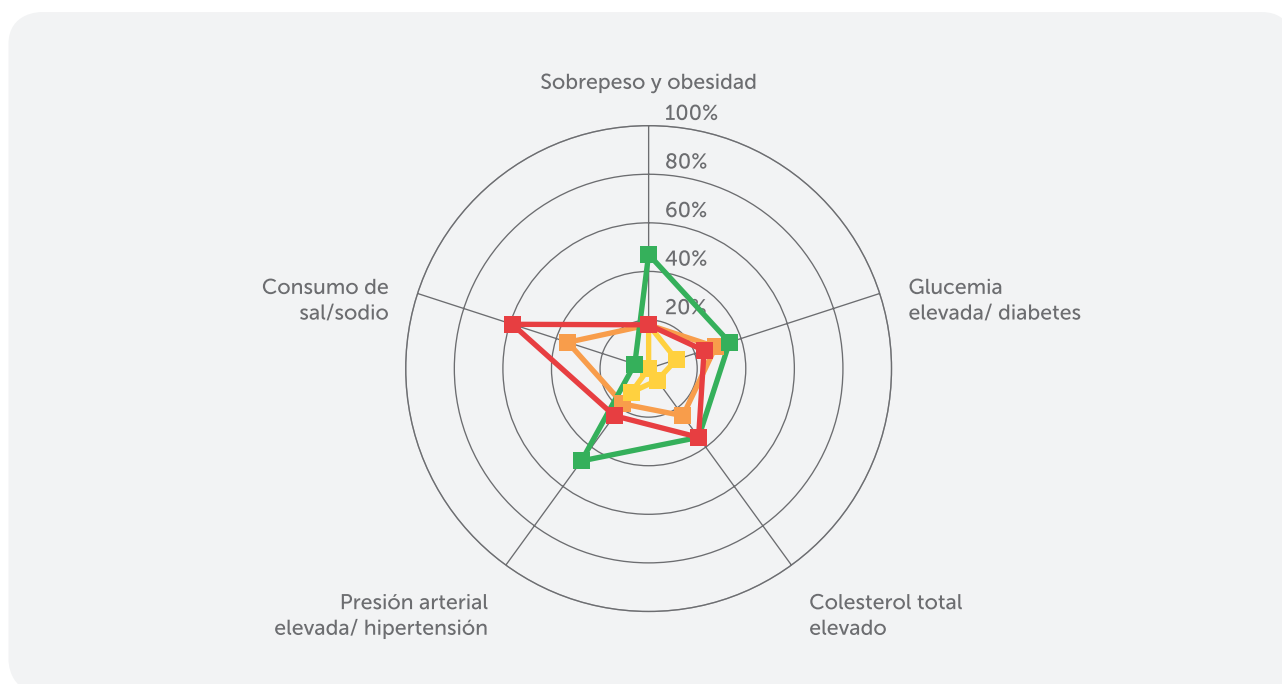


13-b. Encuestas sobre FR susceptibles de mediciones físicas o bioquímicas.

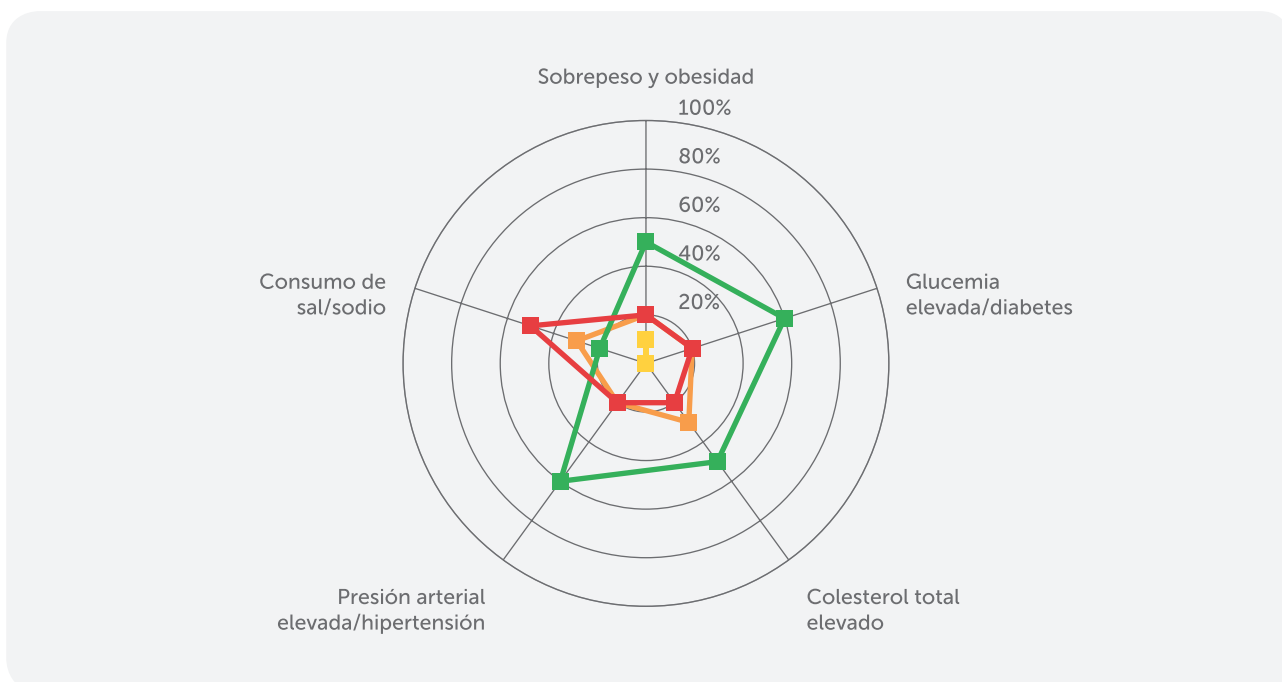
Ingresos bajos y medios-bajos (n=7 países)



Ingresos medios-altos (n=17 países)



Ingresos altos (n=10 países)



* Para una descripción detallada de las categorías, consultar el cuadro 6 y la nota técnica del anexo 4.

** Consultar en el cuadro 1 la lista de países por grupos de ingresos del Banco Mundial.

3.4 CAPACIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Datos destacados

01

Siete países (7/34, 21%) reportaron estar implementando de forma completa o parcial guías, **protocolos o estándares basados en la evidencia** para las 4 principales ENT y 14 países (14/34, 41%) para al menos 2 de las 4 ENT.

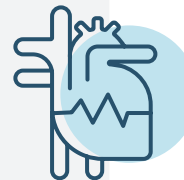


Casi todos los países indicaron disponer de **programas nacionales para el tamizaje** del cáncer cervicouterino (31/34, 91%) y el cáncer de mama (28/34, 82%), mientras que solo en torno a un tercio reportó programas nacionales para el tamizaje del cáncer de próstata (12/34, 35%), y aproximadamente un cuarto para el de colon (8/34, 24%). No obstante, la proporción de países que reportaron una cobertura efectiva para estos programas (70% o más) fue muy reducida para los 4 tipos de cáncer.

02

03

Solo **cuatro países (4/34, 12%)** indicaron **que estratifican el riesgo cardiovascular** para el manejo de pacientes con riesgo cardiovascular alto en más de un 50% de sus establecimientos de atención primaria.



10 países (10/34, 29%) indicaron contar con servicios de **cuidados paliativos** en los establecimientos de atención primaria y nueve países (9/34, 26%), como parte de la asistencia prestada a domicilio, en ambos casos con una cobertura del 50% o más de los pacientes.

04

Guías, protocolos y normas basados en evidencia para el abordaje de las principales ENT

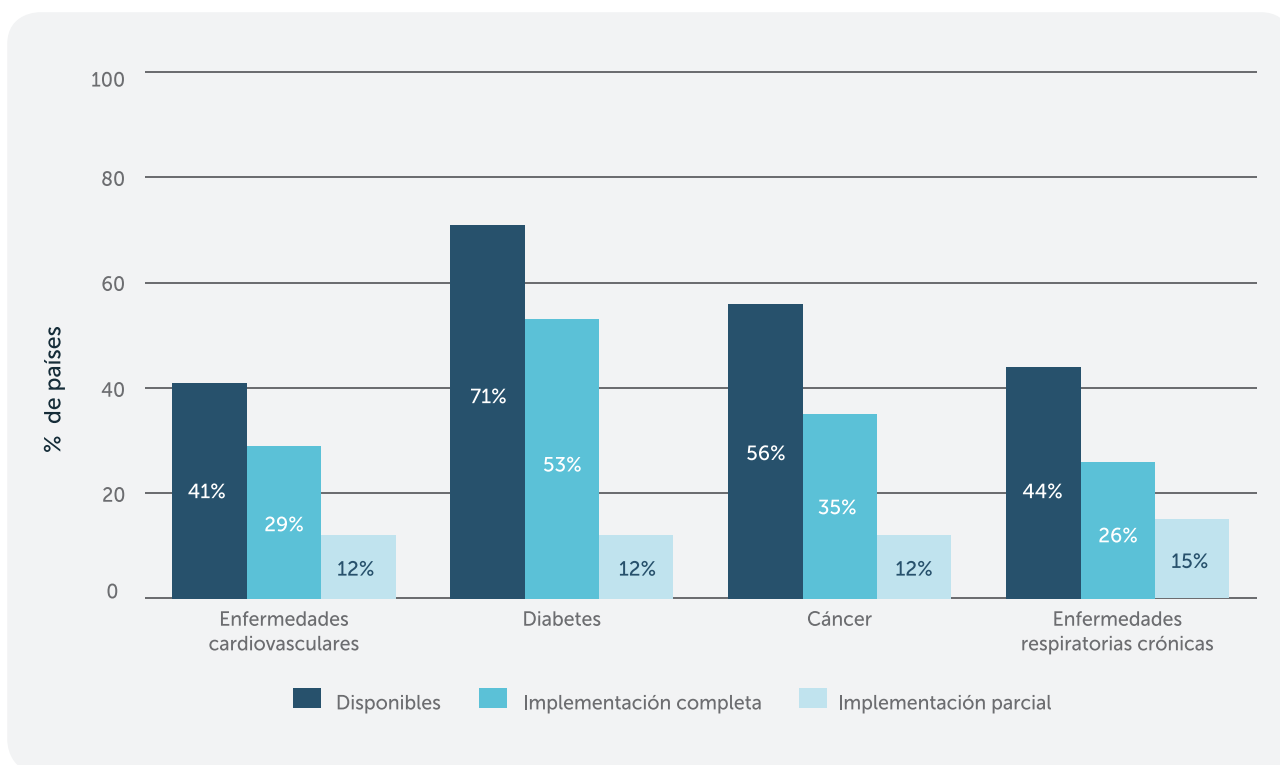
En cuanto a la existencia de **guías, protocolos o estándares**¹⁴ para el manejo de las principales ENT basadas en evidencia y reconocidas por el gobierno o la autoridad de salud competente, 24 de 34 países (71%) respondieron que disponen de guías para la diabe-

tes, 19 de 34 países (56%) señalaron que cuentan con guías para el cáncer, mientras que menos de la mitad de los países indicaron tener guías para el manejo de las ECV (14/34, 41%) y de las ERC (15/34, 44%). Tal y como muestra la **figura 14**, la proporción de países en los que estas guías están siendo plenamente implementadas fue considerablemente inferior: alrededor de un tercio o menos del total de los países en el caso de las ERC, ECV y DM, y algo más de la mitad para las guías sobre cáncer.

14 En el caso de las ECV, el cáncer y las ERC que comprenden más de una enfermedad, los datos reportados se refieren a la existencia y nivel de implementación de guías, protocolos o estándares para al menos una de ellas.

FIGURA 14

Disponibilidad y nivel de implementación de guías, protocolos y normas basadas en evidencia para el abordaje de las principales ENT



El **indicador de progreso 9**, para reportar ante la Asamblea General de las Naciones Unidas, utiliza estos datos para medir el número de Estados Miembros que disponen de guías, protocolos o estándares nacionales y basados en evidencia para el manejo (diagnóstico y tratamiento) de las 4 principales ENT (ECV, DM, cáncer y ERC), aprobadas por el gobierno o la autoridad de salud competente (12). De acuerdo con los

resultados del *Perfil de capacidad*, **7 países (7/34, 21%)** lograron el indicador de forma **completa** al disponer de guías, protocolos o estándares nacionales para las 4 ENT que están implementándose de forma completa o parcial; y **14 países (14/34, 41%)** lo alcanzaron **parcialmente** al cubrir al menos 2 de las 4 ENT. El **Anexo 5** presenta los resultados para este indicador, desagregados por país (*ver la figura A-8 y el cuadro A-7*).

Criterios estandarizados para la derivación o referencia de pacientes

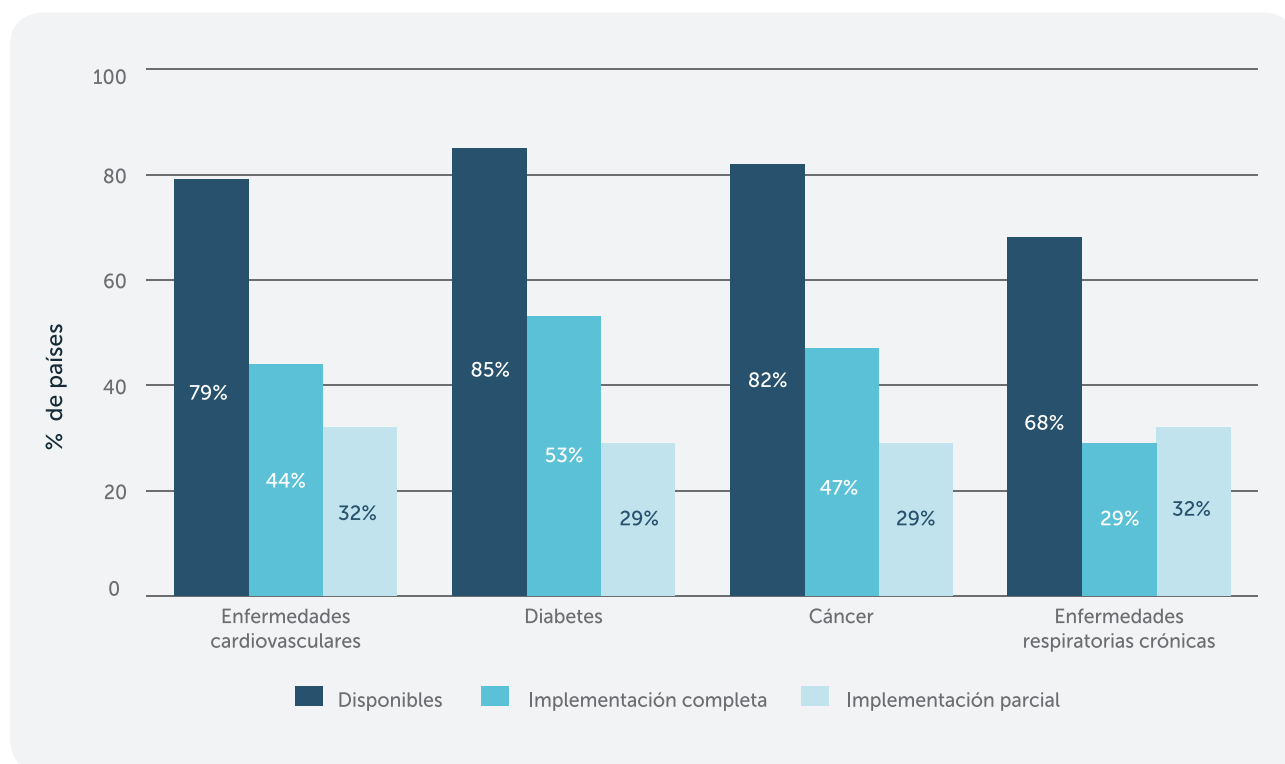
La mayoría de los países informaron que disponen de **criterios estandarizados para la referencia**¹⁵ de pacientes desde atención primaria a niveles de cuidados de mayor complejidad (secundario y terciario)

para la diabetes (29/34, 85%), el cáncer (28/34, 82%), las ECV (27/34, 79%), y en menor medida, las ERC (23/34, 68%). Sin embargo, estos criterios están **implementándose de forma completa** en aproximadamente la mitad de los países en el caso de las ECV, la diabetes y el cáncer, y en algo menos de un tercio de los países para las ERC (*figura 15*).

15 En el caso de las ECV, el cáncer y las ERC que incluyen a un grupo de enfermedades, los datos reportados se refieren a la existencia y nivel de implementación de criterios de referencia para al menos una de ellas.

FIGURA 15

Disponibilidad y nivel de implementación de un sistema de referencia para las principales ENT



Prevención primaria, tamizaje y detección temprana de los principales tipos de cáncer

En lo que respecta a la disponibilidad de **estrategias para la prevención primaria** del cáncer, aproximadamente la mitad de los países (18/34, 53%) indicaron disponer de un programa nacional de inmunización frente al virus del papiloma humano (VPH), aunque solo cuatro (4/34, 12%) reportaron coberturas de vacunación del 70% o superiores.

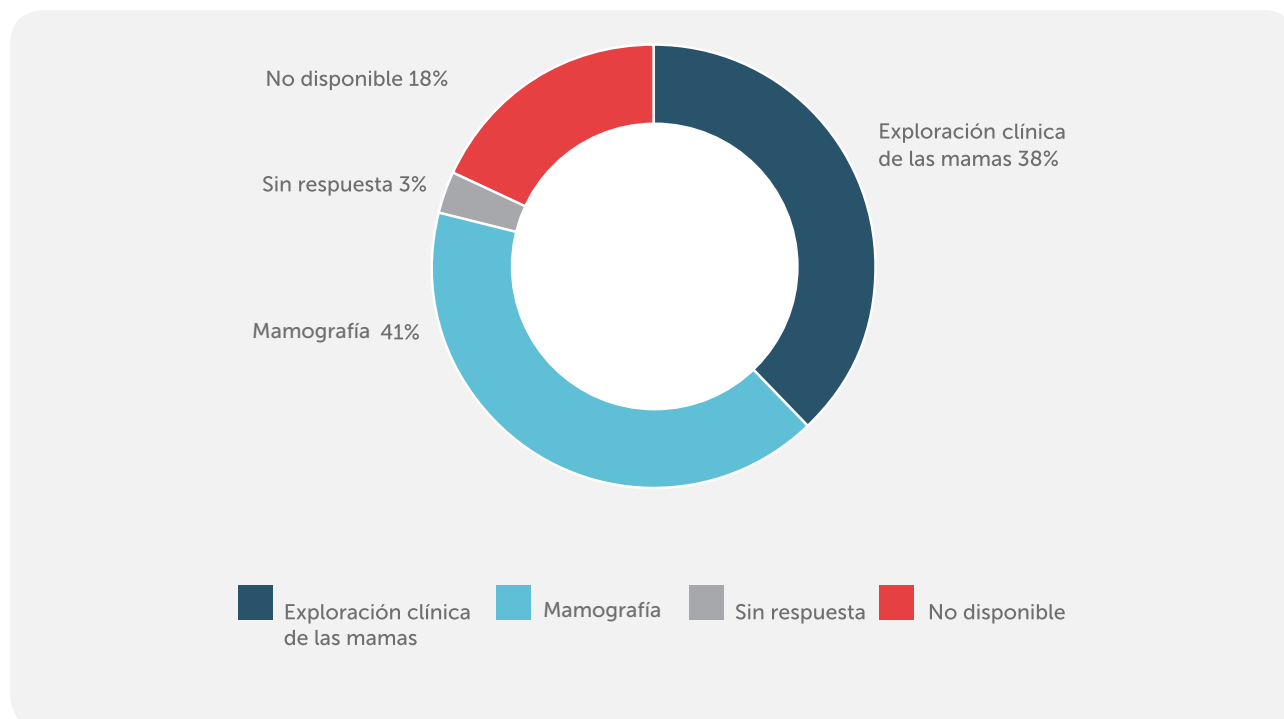
La **figura 16** muestra la proporción de países con **programas nacionales para el tamizaje de tipos específicos de cáncer**, así como la principal prueba de tamizaje utilizada. De este modo, casi todos los países indicaron disponer de programas nacionales

para el tamizaje del cáncer cervicouterino (31/34, 91%) y el cáncer de mama (28/34, 82%), mientras que solo en torno a un tercio reportó programas nacionales para el tamizaje del cáncer de próstata (12/34, 35%), y aproximadamente un cuarto para el de colon (8/34, 24%). No obstante, la proporción de países que reportaron una cobertura para estos programas del 70% o más fue muy reducida para el cáncer cervicouterino (6/34, 18%) y el cáncer de mama (4/34, 12%), y aún menor para cáncer de colon y cáncer de próstata (1/34, 3%) (*ver el cuadro 7*).

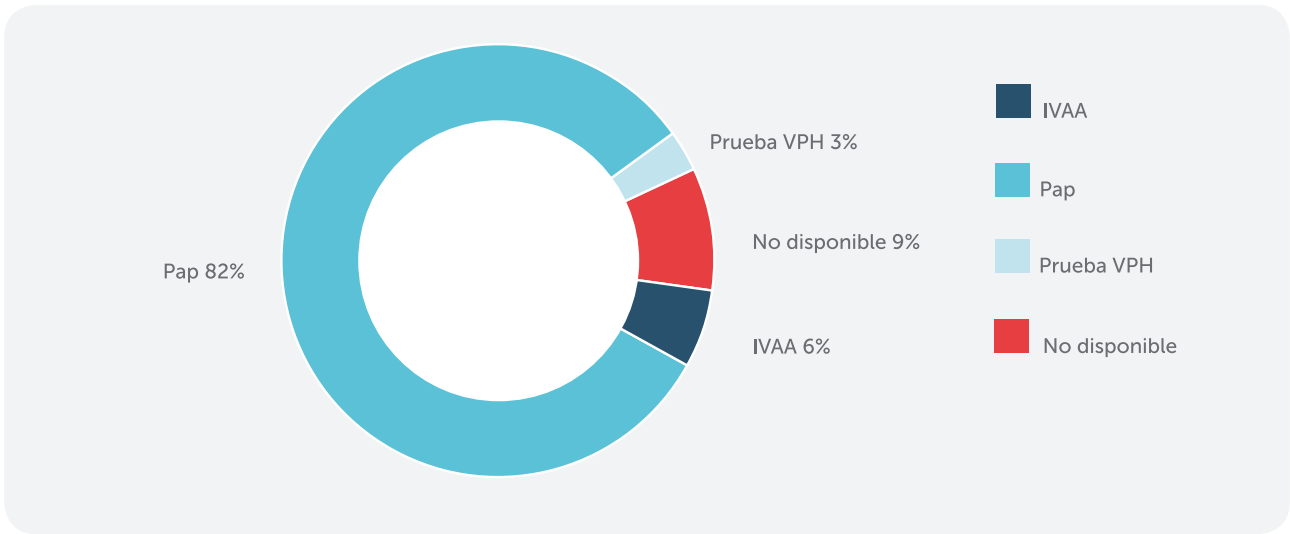
FIGURA 16

Disponibilidad de programas nacionales para el tamizaje de tipos específicos de cáncer y principal prueba de tamizaje utilizada

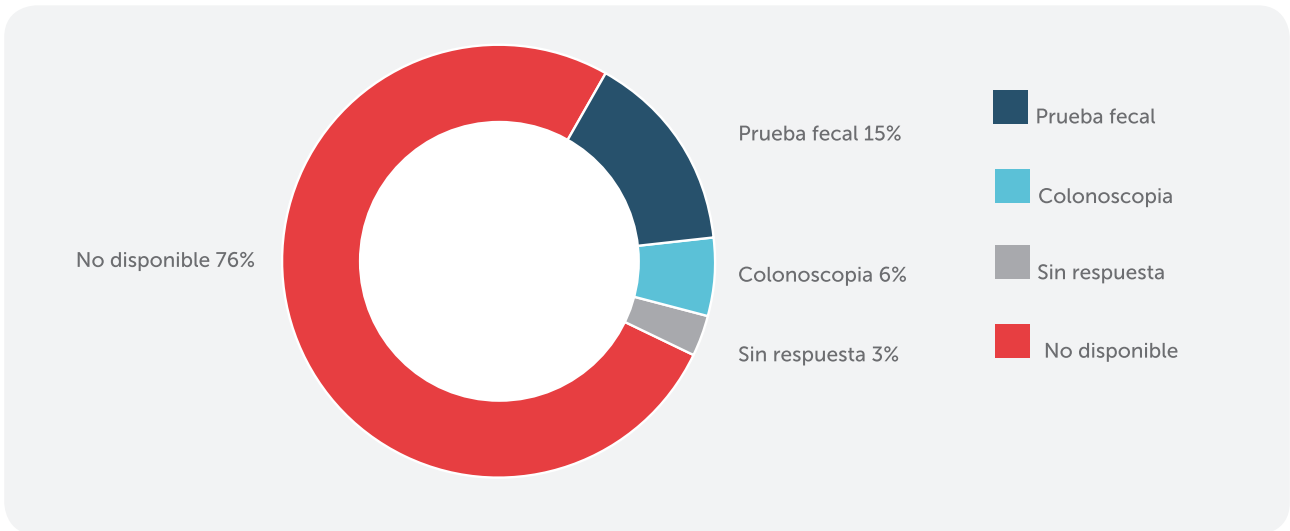
Cáncer de mama



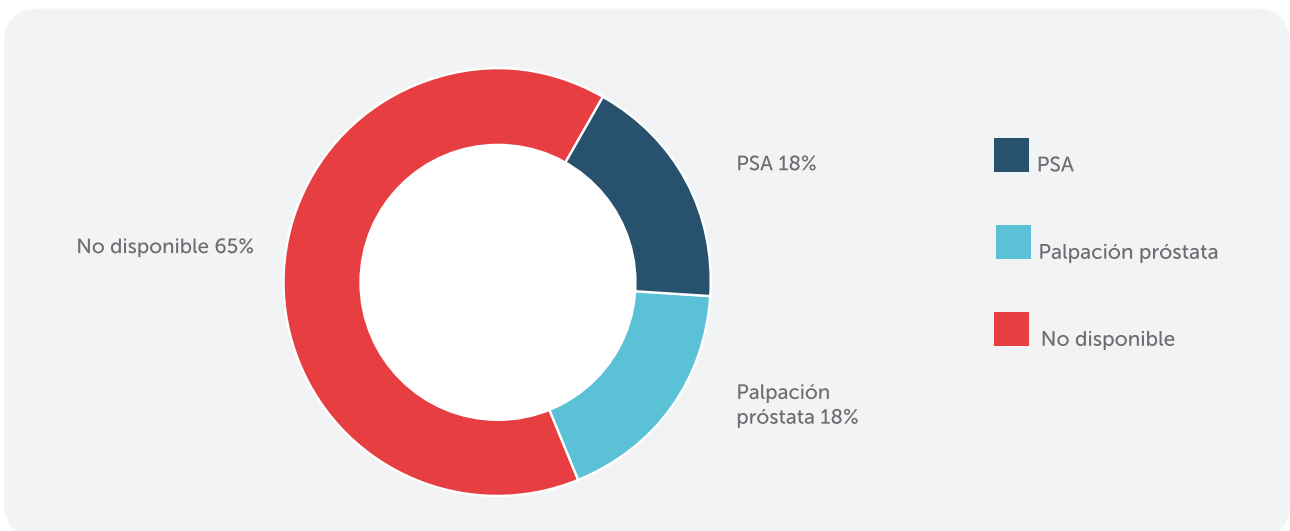
Cáncer cervicouterino



Cáncer de colon



Cáncer de próstata



Notas: IVAA: Inspección visual con ácido acético; PAP: prueba de Papanicolaou; PSA: antígeno prostático específico (por sus siglas en inglés); VPH: virus del papiloma humano.

CUADRO 7

Principales características de los programas nacionales para el tamizaje de tipos específicos de cáncer: tipo de programa y cobertura

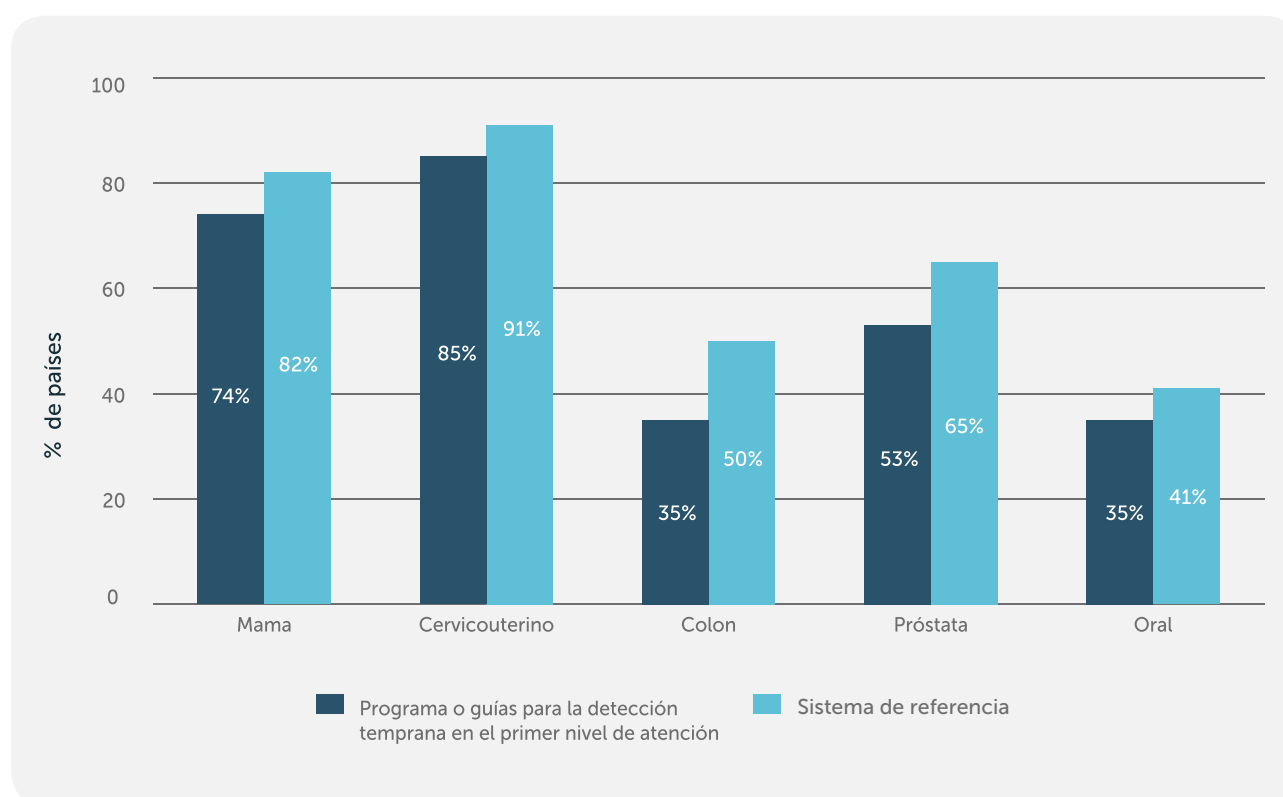
	Cáncer de mama		Cáncer cervicouterino		Cáncer de colon		Cáncer de próstata	
	Número de países, del total de 34	%	Número de países, del total de 34	%	Número de países, del total de 34	%	Número de países, del total de 34	%
Programa nacional de tamizaje	28	82	31	91	8	24	12	35
Tipo de programa								
Organizado de base poblacional	9	26	16	47	4	12	0	0
Oportunista	18	53	15	44	4	12	12	35
No sabe	1	3	0	0	0	0	0	0
Cobertura de tamizaje								
Menos del 10%	2	6	1	3	1	3	2	6
10%-50%	11	32	13	38	3	9	3	9
Más de 50% pero menos de 70%	3	9	4	12	1	3	0	0
70% o más	4	12	6	18	1	3	1	3
No sabe	8	24	7	21	2	6	6	18

El programa o guía para la detección temprana más común fue para el cáncer cervicouterino (29/34, 85%), el cáncer de mama (25/34, 74%) y el cáncer de próstata (18/34, 53%) fueron los reportados con más frecuencia. Solo alrededor de un tercio de los países disponen de este tipo de guías o programas para la detección temprana del cáncer de colon (12/34, 35%) y el cáncer oral (12/34, 35%). La disponibilidad

de **sistemas de referencia** desde el primer nivel de atención hacia los niveles secundario y terciario mostró un patrón similar en cuanto a tipos de cáncer abordados, aunque la proporción de países que los reportaron fue algo superior en comparación con la existencia de programas o guías para la detección temprana (*figura 17*).

FIGURA 17

Disponibilidad de programas o guías para la detección temprana así como de sistemas de referencia de los principales tipos de cáncer



Detección temprana, diagnóstico y tratamiento de las principales ENT en el primer nivel de atención

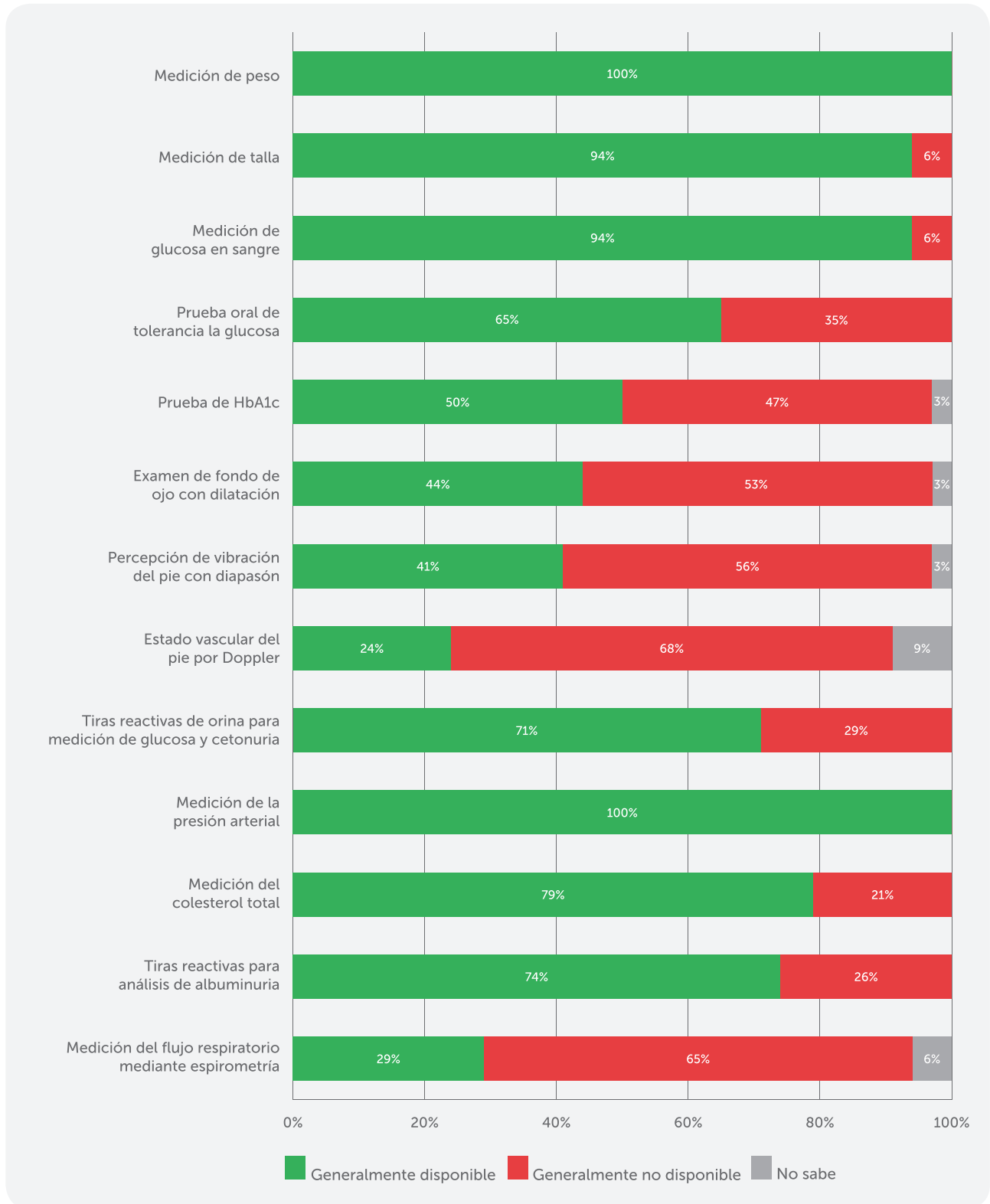
La *figura 18* muestra la disponibilidad de tecnologías básicas para la detección temprana, el diagnóstico y el seguimiento de las principales ENT en los establecimientos de atención primaria del sector de salud pública (*figura 18-a*) y privada (*figura 18-b*). Así, entre unos dos tercios y la práctica totalidad de los países indicaron que la medición de peso y altura, presión arterial, glucemia, colesterolemia y albuminuria se encuentran generalmente disponibles, tanto en el sector público como en el privado. Por el contrario, tecnologías con un cierto nivel de complejidad, como

la determinación de hemoglobina glucosilada, la exploración del fondo de ojo, la evaluación vascular de los pies mediante Doppler, o la medición del flujo aéreo a través de espirometría, fueron reportadas como generalmente disponibles por entre la mitad y un tercio de los países. Aunque no se registraron grandes diferencias entre los resultados informados para el sector público y privado, es necesario destacar que entre un 6% y un 26% de los países indicaron desconocer la disponibilidad de ciertas tecnologías en el sistema de salud privado.

FIGURA 18

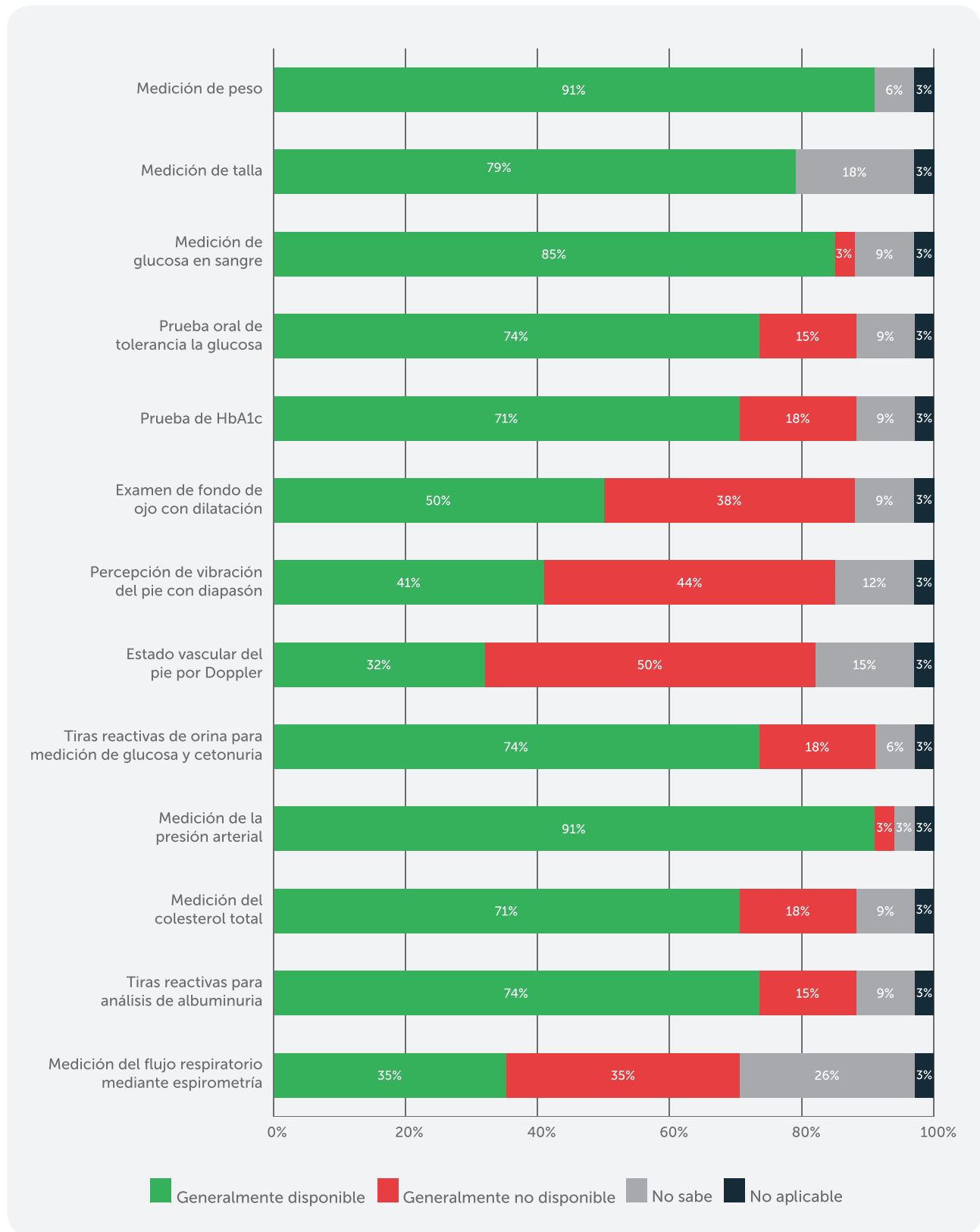
Disponibilidad de tecnologías básicas para el abordaje de las ENT en los establecimientos de atención primaria del sector salud público y privado

18-a. Sector de salud pública



Nota: La suma de los porcentajes puede no coincidir con el total (100) debido al redondeo.

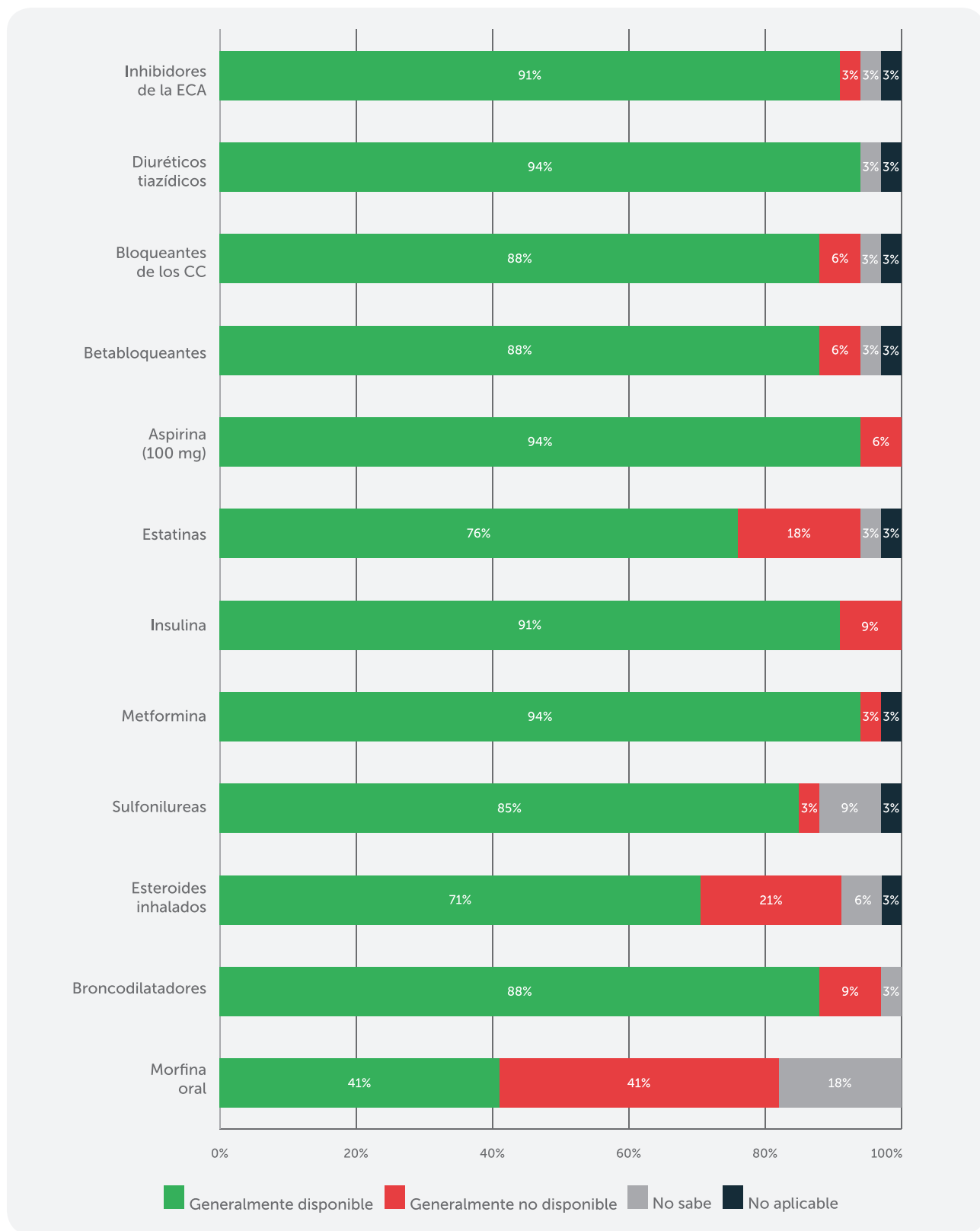
18-b. Sector de salud privada



Notas: A efectos del Perfil de capacidad, se define como “generalmente disponible” la disponibilidad en el 50% o más de los establecimientos de salud; HbA1c: hemoglobina glucosilada.
La suma de los porcentajes puede no coincidir con el total (100) debido al redondeo.

FIGURA 19

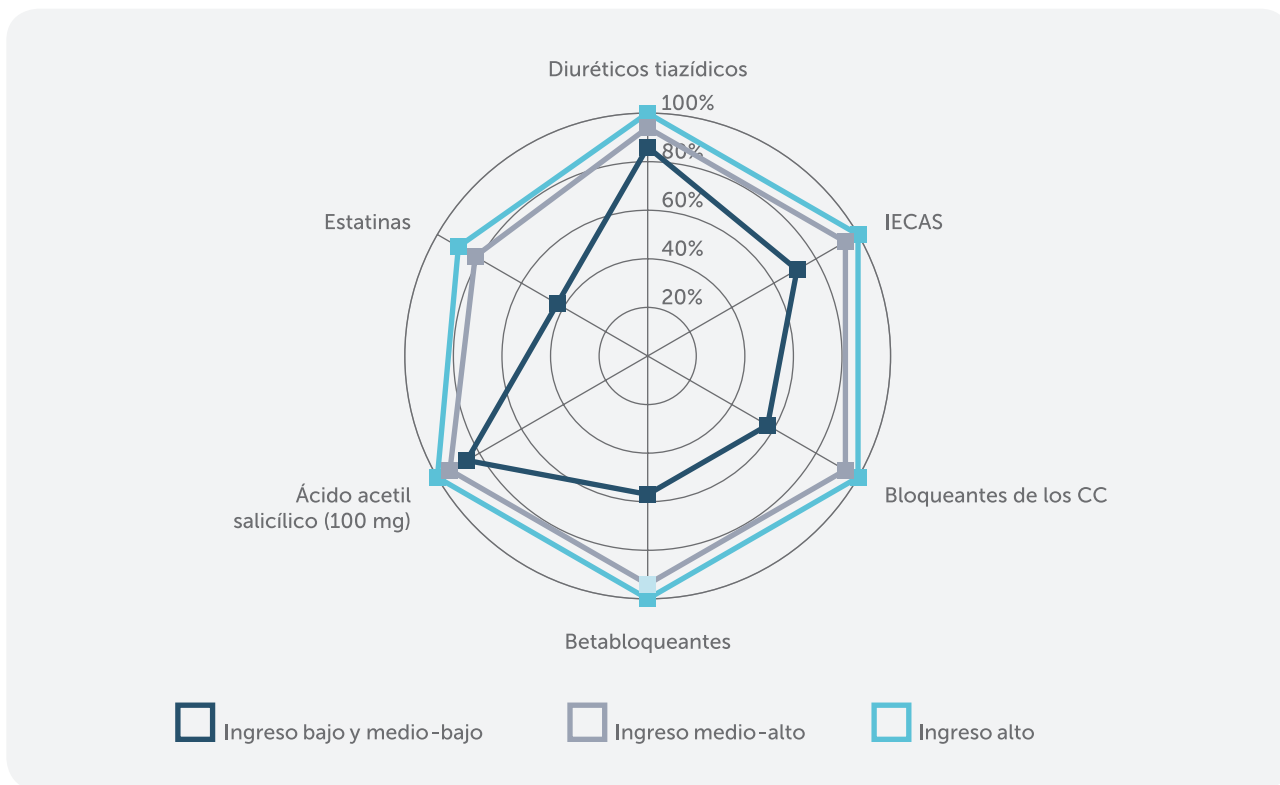
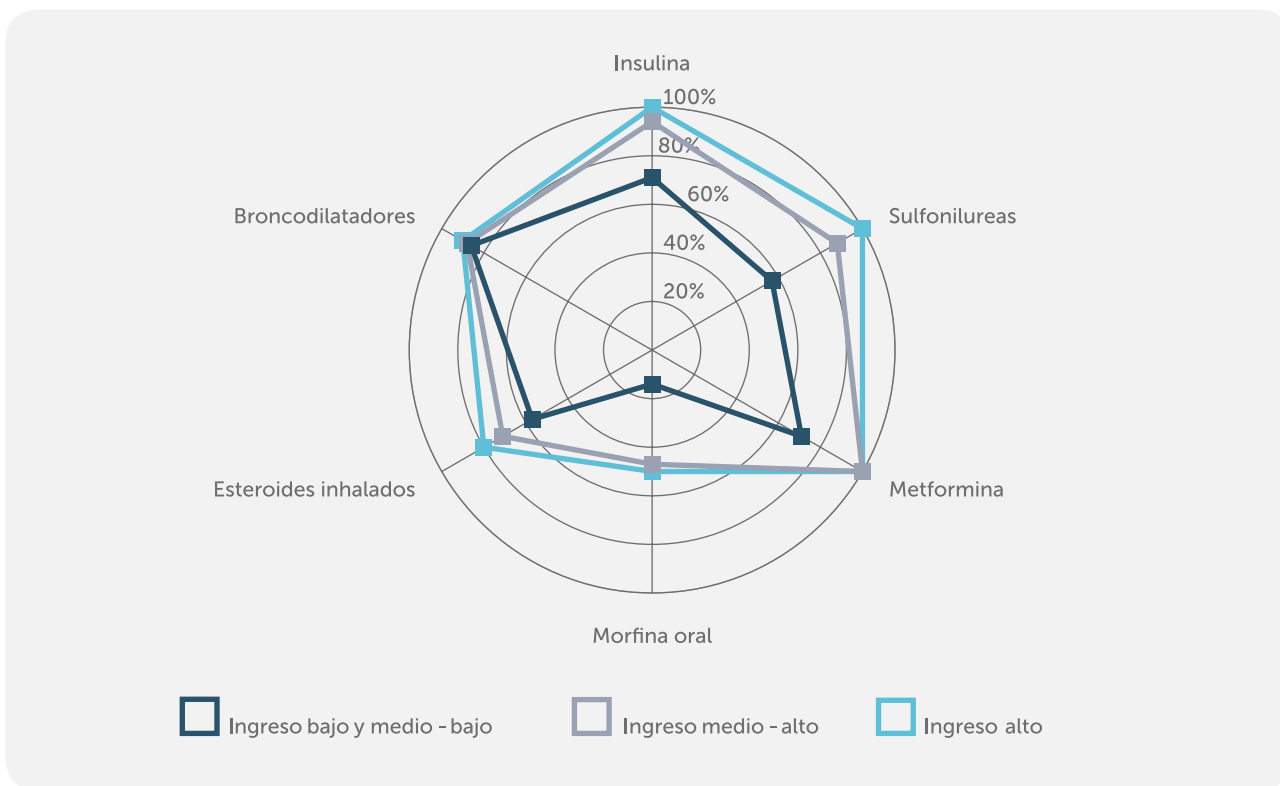
Disponibilidad de medicamentos esenciales para las ENT en los establecimientos de atención primaria del sistema de salud público



Notas: A efectos del *Perfil de capacidad*, se define como “generalmente disponible” la disponibilidad en el 50% o más de las farmacias. ECA: enzima convertidora de angiotensina; CC: canales de calcio. La suma de los porcentajes puede no coincidir con el total (100) debido al redondeo.

FIGURA 20

Disponibilidad de medicamentos esenciales para las ENT en los establecimientos de atención primaria del sistema de salud público, por grupos de ingreso*



* Consultar en el cuadro 1 la lista de países por grupos de ingreso del Banco Mundial.

Notas: A efectos del *Perfil de capacidad*, se define como “generalmente disponible” la disponibilidad en el 50% o más de las farmacias; CC: canales de calcio. IECA: inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina.

En cuanto a los **medicamentos esenciales para el abordaje de las ENT**, la mayoría de los 34 países que respondieron la encuesta indicaron que la insulina (91%), la metformina (94%), las sulfonilureas (85%), el ácido acetilsalicílico de 100 mg (94%), los principales antihipertensivos (88%-94%) y los broncodilatadores (88%) se encuentran generalmente disponibles en un 50% o más de sus farmacias o establecimientos de atención primaria del sector de salud pública.

La disponibilidad reportada para las estatinas y los esteroides inhalados fue algo menor (76% y 71%, respectivamente), mientras que menos de la mitad de los países (41%) indicaron disponer de morfina oral (*figura 18*). Este patrón fue similar con independencia del nivel de ingresos (*figura 20*), aunque en términos generales, la disponibilidad de medicamentos esenciales fue menor en el grupo de países de bajo y medio ingreso.

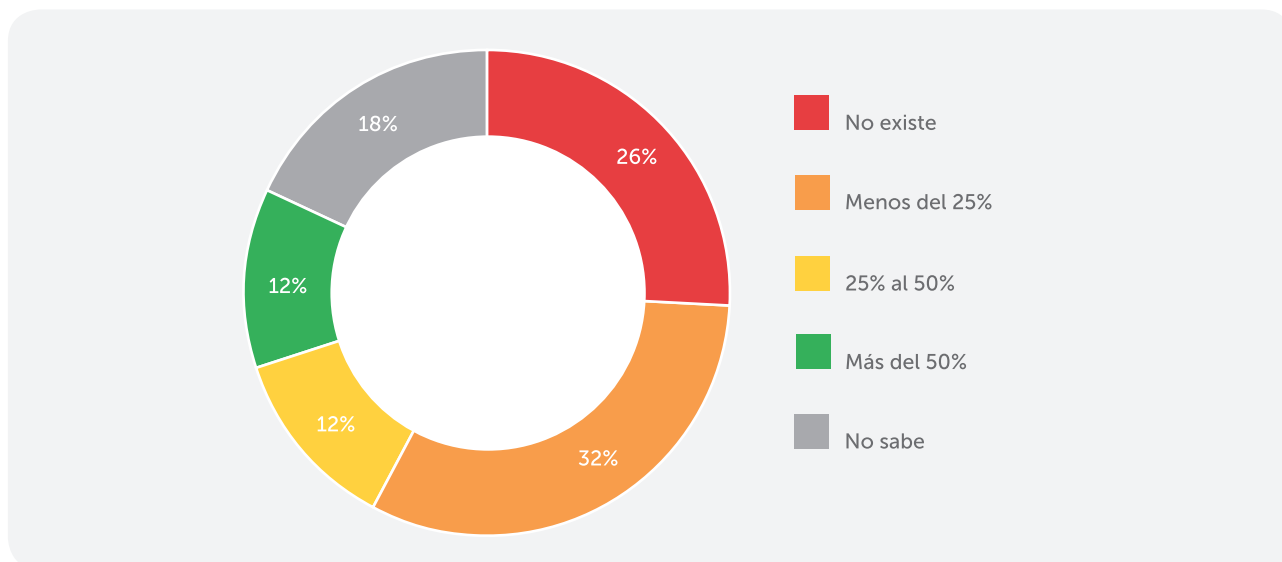
Estratificación del riesgo cardiovascular en los establecimientos de atención primaria

Finalmente, 19 países (19/34, 56%) afirmaron que ofrecen la **estratificación del riesgo cardiovascular** para el manejo de pacientes con un riesgo cardiovascular

alto, aunque solo cuatro países (4/34, 12%) indicaron disponer de este servicio en más de un 50% de sus establecimientos de atención primaria (*Figura 21*).

FIGURA 21

Porcentaje de países que ofrecen estratificación del riesgo cardiovascular para el manejo de pacientes con alto riesgo de sufrir un episodio cardiovascular



El *Perfil de capacidad* se ha identificado como fuente de información para aproximar el **indicador de progreso 10**, que mide el número de Estados Miembros que proveen medicamentos (incluyendo aquellos para el control glucémico) y consejería a personas elegibles con alto riesgo cardiovascular, con énfasis en el primer nivel de atención. De acuerdo con las

especificaciones técnicas del indicador, solo **cuatro países (4/34, 12%)** lo alcanzaron de forma **completa** al reportar que más del 50% de los establecimientos de atención primaria ofrecen estratificación del riesgo cardiovascular para el manejo de pacientes de alto riesgo y que los medicamentos esenciales para su manejo y prevención (insulina, ácido acetilsalicílico,

metformina, diuréticos tiazídicos, IECA, bloqueantes de los canales de calcio, estatinas y sulfonilureas) se encuentran generalmente disponibles en el primer nivel de atención. Otros **tres países (3/34, 9%)** lograron el indicador **parcialmente** al disponer de los medicamentos esenciales mencionados antes en

al menos un 50% de sus farmacias o establecimientos, pero ofertan la estratificación del riesgo cardiovascular en solo un 25%-50% de sus establecimientos de atención primaria. En el [anexo 5](#) se muestran los resultados desagregados por país para este indicador de progreso.

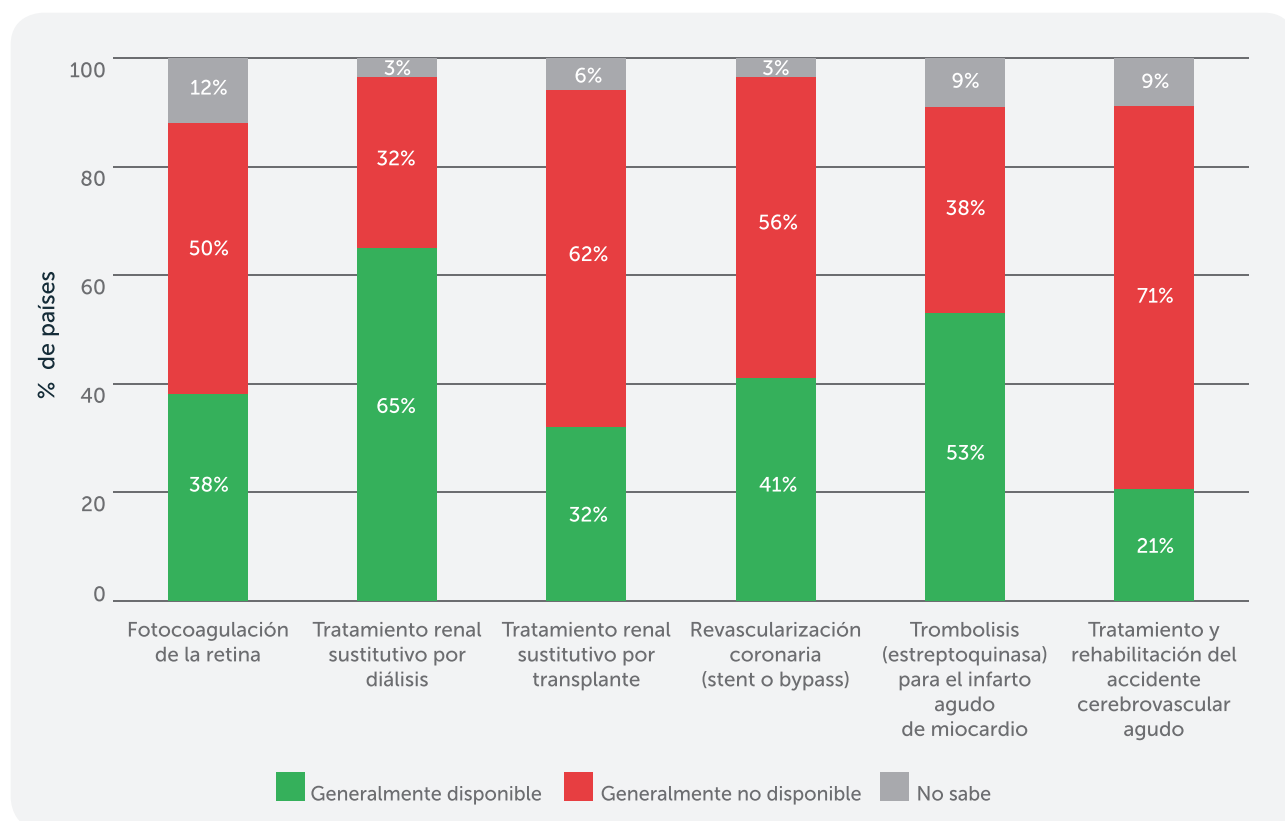
Diagnóstico y tratamiento de las principales ENT en el segundo y tercer nivel de atención

La [figura 22](#) muestra la disponibilidad de procedimientos para el tratamiento de las ENT en el segundo y tercer nivel de atención del sistema de salud público. Las modalidades terapéuticas reportadas como generalmente disponibles por una mayor proporción de países fueron el tratamiento renal sustitutivo mediante diálisis (22/34, 65 %) y la fibrinólisis del in-

farto agudo de miocardio (18/34, 53%), seguidos por la revascularización coronaria mediante *stent* o *bypass* (14/34, 41%) y la fotocoagulación de la retina (13/34, 38%). En total, solo 2 países (2/34, 6%) reportaron que los 6 procedimientos que se indican en la [figura 22](#) están disponibles en un 50% o más de los establecimientos de sus sistemas de salud pública.

FIGURA 22

Disponibilidad de procedimientos seleccionados para el tratamiento de las ENT en el sistema de salud público



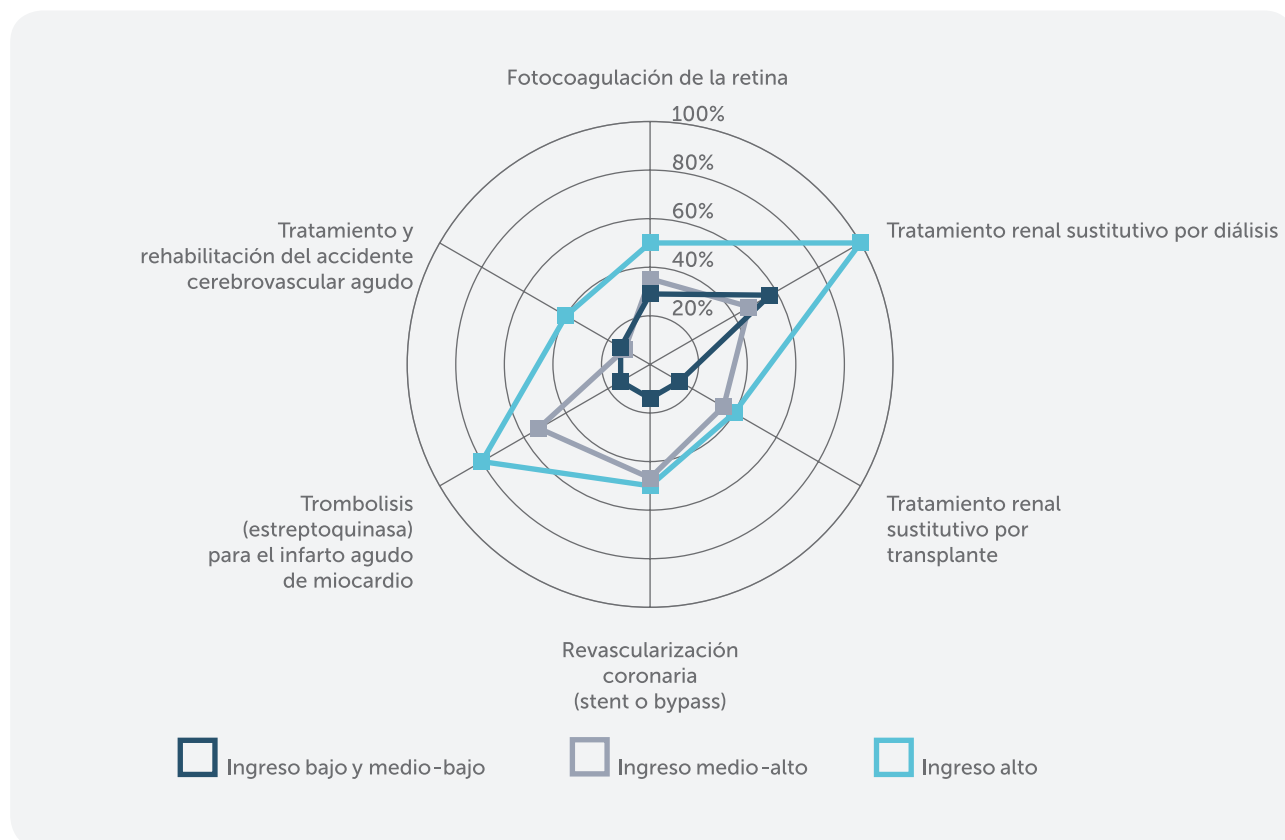
Notas: A efectos del *Perfil de capacidad*, se define como “generalmente disponible” la disponibilidad en el 50% o más de las farmacias. La suma de los porcentajes puede no coincidir con el total (100) debido al redondeo.

En términos generales, existe una relación directa entre la disponibilidad de procedimientos para el tratamiento de las ENT en el sistema de salud público y el grupo de ingreso (figura 23). Destaca la baja dis-

ponibilidad de ciertas opciones terapéuticas como la revascularización coronaria, la atención al accidente cerebrovascular agudo o la fotocoagulación de la retina, incluso en los países de ingreso alto.

FIGURA 23

Proporción de países donde los procedimientos seleccionados para el tratamiento de las ENT están generalmente disponibles en el sistema de salud público, por grupos de ingreso*



* Consultar en el cuadro 1 la lista de países por grupos de ingreso del Banco Mundial.

Nota: A efectos del *Perfil de capacidad*, se define como “generalmente disponible” la disponibilidad en el 50% o más de los establecimientos de salud.

Disponibilidad de cuidados paliativos para los pacientes con ENT en el sistema de salud pública

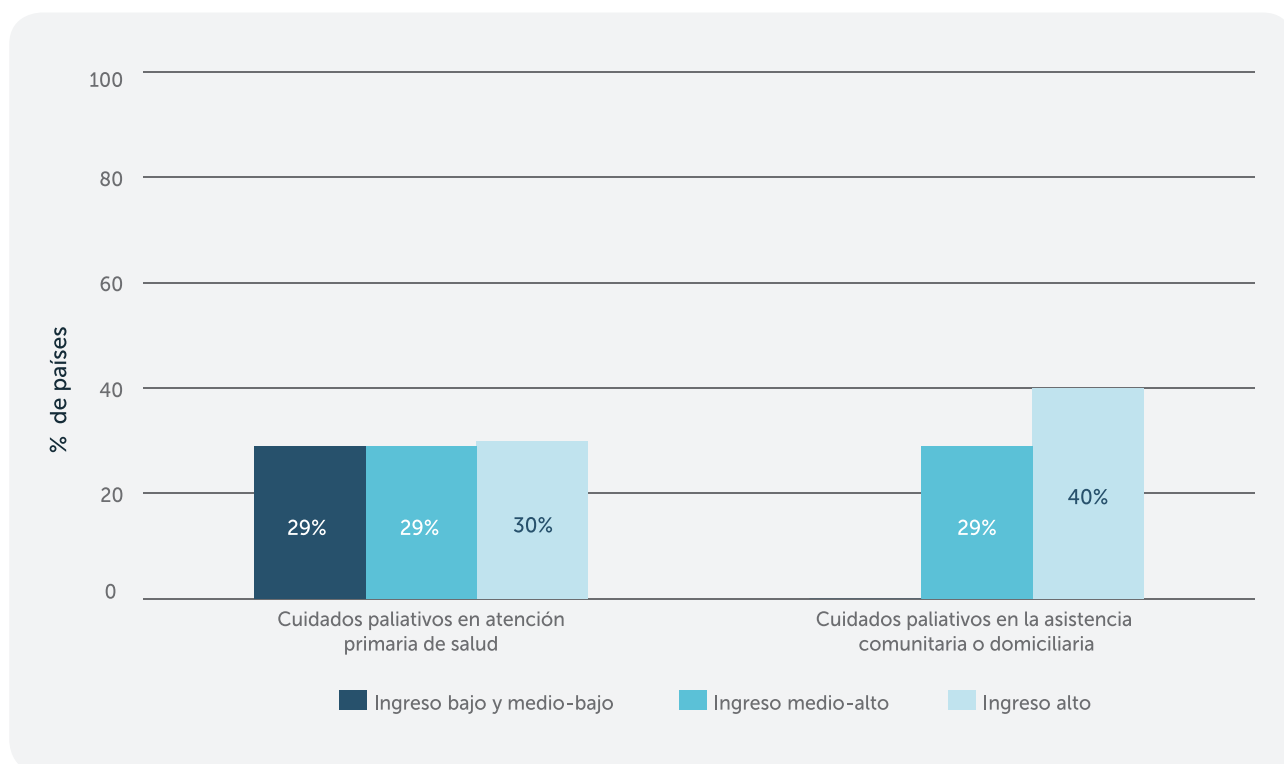
En lo que respecta a la disponibilidad de cuidados paliativos¹⁶ para los pacientes con ENT en el sistema de salud pública, 10 países (10/34, 29%) indicaron contar con estos servicios en los establecimientos de atención primaria, y 9 países (9/34, 26%)

¹⁶ El *Perfil de capacidad* no ha evaluado específicamente la accesibilidad y el uso de opioides como parte de los servicios de cuidados paliativos ofrecidos a través del sistema de salud pública.

como parte de la asistencia prestada en domicilio, en ambos casos con una cobertura del 50% o más de los pacientes. Tal y como muestra la *figura 24*, la disponibilidad de cuidados paliativos en atención primaria fue similar con independencia del nivel de ingresos, mientras que la existencia de estos servicios como parte de la atención domiciliaria fue mayor entre los países con un nivel de ingresos más alto.

FIGURA 24

Disponibilidad de cuidados paliativos para pacientes con ENT en el sistema de salud pública, por grupos de ingreso*



* Consultar en el cuadro 1 la lista de países por grupos de ingreso del Banco Mundial.



4.

DISCUSIÓN

A continuación se discuten los hallazgos más importantes del *Perfil de capacidad 2015*, organizados en torno a sus cuatro módulos, y tomando en consideración

los compromisos con plazos adquiridos por los Estados Miembros en el documento final de la segunda reunión de la Asamblea General de las Naciones Unidas (9).

Infraestructura de salud pública, alianzas y colaboración multisectorial para las ENT y sus FR

Los resultados del *Perfil de capacidad 2015* han permitido evidenciar la existencia de una **infraestructura mínima operativa** en la mayoría de los países, con independencia de su grupo de ingreso. Aproximadamente dos tercios de los 34 Estados Miembros que completaron el cuestionario indicaron disponer de una unidad, división o departamento para las ENT, con al menos un profesional dedicado a tiempo completo y financiamiento para las principales actividades o funciones para el abordaje de este grupo de enfermedades (prevención primaria, promoción de la salud, detección temprana y tamizaje, tratamiento, vigilancia, monitoreo y evaluación). Aunque estos resultados parecen apuntar en la dirección correcta, es importante señalar que no revelan si los recursos financieros y humanos reportados son adecuados y suficientes para hacer frente a la carga de las ENT y sus FR en cada país. En efecto, en muchos países de la región la prioridad y los recursos aún tienden a concentrarse en las enfermedades transmisibles y la salud maternoinfantil, especialmente en el contexto de enfermedades emergentes como el dengue, el chikungunya o el Zika, por lo que disponer de una infraestructura sostenible y acorde a la magnitud de las ENT y sus FR continúa siendo un reto (20).

En relación a las **principales fuentes de financiamiento** para las ENT, los ingresos generales del Estado y los seguros de salud fueron reportados por la mayoría de los países como la primera y la segunda fuente de financiamiento en orden de importancia, respectivamente, mientras que los impuestos selectivos al consumo ocuparon el tercer lugar o más. Estos

resultados sugieren la existencia de un cierto margen para incrementar la movilización de fondos a través de políticas fiscales. Esta estrategia ha sido propuesta en diversos foros como mecanismo de financiamiento para el desarrollo (21), para eliminar el pago directo en los servicios de salud (22), así como en el Convenio Marco para el Control de Tabaco de la OMS (CMCT OMS) (23) y las directrices para la aplicación de su artículo 6 (24).

Las **intervenciones fiscales** no solo representan una potencial fuente de financiamiento, sino que además constituyen una de las estrategias más efectivas para reducir el consumo de productos que afectan negativamente a la salud de la población, como el tabaco, el alcohol, las bebidas azucaradas o los alimentos ultra-procesados (2, 25-27). De hecho, el uso de impuestos selectivos sobre el tabaco y el alcohol forman parte de los llamados *best buys* o intervenciones muy costo-efectivas recomendadas por la OMS para el abordaje de las ENT y sus FR (3). Para alcanzar la meta de disminuir el consumo de estos productos y con ello la carga de enfermedad y de muerte asociadas, es necesario que los impuestos se apliquen de forma que estos productos sean relativamente más caros que otros productos en la economía, y que además se ajusten de forma periódica por encima del nivel de inflación e ingresos del país (2, 25-28).

En este sentido, la mayoría de los países señalaron la existencia de impuestos sobre el tabaco (91%) y sobre el alcohol (85%), y una menor proporción de países indicaron estar aplicando impuestos sobre otros tipos

de productos, como las bebidas azucaradas (21%) o los alimentos con alto contenido en grasas, azúcares o sal (12%). Sin embargo, es importante señalar que estos resultados solo reflejan la existencia de impuestos, sin aportar información acerca del tipo (impuestos selectivos al consumo, impuestos al valor agregado o a las ventas, u otros), el porcentaje que representan sobre el precio del producto, o si está previsto su ajuste en función de la inflación, entre otras prácticas para asegurar que contribuyan a metas de salud pública (2, 25-28).

En el caso de los **impuestos al tabaco**, la OMS utiliza la proporción que los impuestos representan sobre el precio final de venta al consumidor de la marca más vendida en un país determinado como indicador para evaluar progresos según lo establecido en el CMCT OMS (23), y establece el máximo nivel de aplicación de esta medida en más de un 75%. Así, aunque 31 de los 34 Estados Miembros que completaron el *Perfil de capacidad* reportaron la existencia de impuestos al tabaco (selectivos y no selectivos), según los datos del Informe Mundial sobre la Epidemia del Tabaquismo de la OMS del 2015 (14) solo un país de la región (Chile) logra el nivel más alto de aplicación de esta medida del CMCT OMS, con un impuesto que representa el 80% del precio final de venta al consumidor de la marca más vendida. Otros 13 países (Argentina, Brasil, Canadá, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México, Panamá, República Dominicana, Santa Lucía, Suriname, Uruguay y Venezuela) establecen impuestos de entre un 51% y un 75%, mientras que el resto de los países aplican impuestos que representan menos del 50% del precio final.

En cuanto al **alcohol**, a pesar de que 29 de los 34 países que completaron el *Perfil de capacidad* indicaron estar aplicando impuestos, estos resultados no revelan si las estructuras impositivas buscan disminuir la asequibilidad del alcohol, y con ello desalentar su consumo. A modo de ejemplo, los datos obtenidos a través de la *Encuesta mundial sobre el alcohol y la salud de la OMS* en el 2012 (29) muestran que solo siete países ajustan los impuestos sobre todas las bebidas alcohólicas en función de la inflación. Por otra parte, la *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de al-*

cohol de la OMS (25) recomienda combinar la carga fiscal con otras políticas de precios, como la prohibición de ofrecer descuentos por volúmenes o el establecimiento de precios mínimos. Sin estas restricciones complementarias, la industria del alcohol puede compensar la carga impositiva ofreciendo promociones (25, 29).

A la luz de estos resultados, es evidente la necesidad de continuar fortaleciendo la capacidad regulatoria de los países para establecer políticas fiscales sobre el tabaco y el alcohol, que reúnan los atributos establecidos en el CMCT OMS (23), la *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol* (25) y los *best buys* de los *Planes de acción global* (6) y *regional* (7), con el objetivo de alcanzar el impacto deseado en términos de salud pública. Estos esfuerzos deben acompañarse de estrategias para eliminar el comercio ilícito de productos de tabaco (30) y alcohol (25).

Por otra parte, según los resultados del *Perfil de capacidad*, siete países indicaron estar aplicando impuestos sobre bebidas azucaradas y 4 países sobre los alimentos con un alto contenido en grasas, azúcares o sal. No obstante, hasta donde sabemos, solo Barbados, Dominica y México han puesto en marcha este tipo de medidas fiscales como un instrumento de salud pública para frenar la epidemia de obesidad. En el caso de México, la medida se introdujo en enero de 2014, y se acompañó de una campaña de concientización social. En concreto, consistió en la aplicación de un impuesto selectivo específico de 1 peso por litro sobre bebidas azucaradas y un impuesto *ad valorem* del 8% sobre una lista de alimentos no esenciales con un alto contenido calórico. Según los resultados de una evaluación independiente, el impuesto ha logrado una reducción promedio del 6% del consumo de bebidas gravadas, y un incremento del 4% en bebidas no gravadas, principalmente agua embotellada, durante su primer año de implementación. Estos efectos son aún mayores en los hogares con menor nivel socioeconómico (31). Cabe mencionar que, en algunos países de la Región, los impuestos sobre alimentos con alto contenido calórico y bajo nivel nutricional también son parte de las reformas fiscales impulsadas con el objetivo de incrementar los ingresos del Estado, es decir,

sin un objetivo de salud pública. No obstante, existe un claro mandato para la aplicación de regulaciones y medidas fiscales como medidas costo-efectivas para reducir el consumo de estos productos, frenar el rápido aumento de la epidemia de obesidad y prevenir las ENT. Dicho mandato queda establecido tanto en la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y Control de las ENT (5), como en varias estrategias globales y regionales de la OMS (32) y la OPS (26).

Por último, el *Perfil de capacidad* ha puesto de manifiesto que solo nueve países disponen de una **comisión, organismo o mecanismo nacional multisectorial operativo** para supervisar la participación, la coherencia de las políticas y la rendición de cuentas en relación a las ENT en sectores diferentes al sector

de la salud. El abordaje efectivo de las ENT y sus FR requiere de estrategias multisectoriales y un enfoque de todo el gobierno, de toda la sociedad y de salud en todas las políticas, tal y como se reconoce en la *Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de Naciones Unidas* (5), y en los *Planes de acción global* (6) y *regional* (7). Este esfuerzo resulta especialmente importante en el contexto de la nueva Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y del Objetivo de Desarrollo Sostenible sobre salud y bienestar, que por primera vez incluye metas específicas relacionadas con las ENT y sus FR (10). En este contexto, los resultados del *Perfil de capacidad* marcan una clara prioridad de trabajo en la Región, a la vez que pueden servir como punto de partida para identificar experiencias exitosas que puedan replicarse en otros países de la Región.

Situación de las políticas, estrategias y planes de acción para las ENT y sus FR

El *Perfil de capacidad* ha permitido constatar avances en la Región en términos de **políticas, estrategias y planes de acción** para la prevención y el control de las ENT y sus FR. Las ENT forman parte del **plan nacional de salud** de aproximadamente dos tercios de los países, y se han integrado en la **agenda nacional de desarrollo** de casi la mitad de los países, mejorando su posicionamiento en el marco de políticas más amplio. La progresiva incorporación de las ENT y sus FR a los planes de desarrollo es de especial relevancia en el contexto de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (10). Supone además un reconocimiento del impacto de este grupo de enfermedades y sus FR sobre las posibilidades de desarrollo económico y social (10, 33).

Por otra parte, 20 países indicaron contar con **políticas, estrategias o planes de acción integrados, multisectoriales y operativos** para las ENT, de los cuales 17 incluyen el abordaje de las cuatro ENT y los FR relacionados. Además, aproximadamente la mitad de estas políticas, estrategias o planes de acción se desarrollaron en 2013 o después, lo que demuestra un rápido progreso en la Región, que coincide con la *Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de Nacio-*

nes Unidas en el 2011 (5), y la consiguiente aprobación del *Marco mundial de vigilancia* (8) y los *Planes de acción global* (6) y *regional* (7) en el 2013. Aunque estos resultados son alentadores, es necesario tomar en consideración que la mitad de los países que completaron la encuesta aún no han cumplido el **compromiso con plazos** que establece “*considerar la posibilidad de desarrollar o fortalecer políticas o planes nacionales multisectoriales para 2015*” (9). Por otra parte, el *Perfil de capacidad* no aporta información detallada sobre el alcance y el nivel de implementación de las políticas, estrategias o planes de acción reportados. A modo de ejemplo, solo siete de los 20 países que reportaron políticas, estrategias o planes de acción integrados y operativos para las ENT, afirmaron disponer también de una **comisión, agencia o mecanismo nacional multisectorial operativo** en relación a las ENT. De este modo, aunque las políticas, planes y estrategias reflejan la importancia del trabajo multisectorial para el abordaje de las ENT y sus FR, estos resultados parecen indicar que la disponibilidad de instancias formales que hagan operativo dicho enfoque continúa siendo limitada.

De forma similar, aunque 20 países (20/34, 59%) in-

dicaron contar con políticas, estrategias o planes de acción específicos para la reducción del consumo de tabaco, y 19 países (19/34, 56%) reportaron que el tema es abordado en la política, estrategia o plan de acción integrado para las ENT, solo cuatro países han implementado tres de los cuatro *best buys* para el control de tabaco en su nivel de aplicación más alto según lo definido por la OMS¹⁷. Por lo tanto, continúa siendo prioritario acelerar la adopción y aplicación de leyes nacionales acordes con los mandatos del CMCT de la OMS y sus directrices, que permitan la implementación completa y coordinada de todas sus medidas para obtener un impacto significativo en términos de salud pública (2). Estas acciones cobran especial relevancia a la luz de la meta acordada a nivel global consistente en una reducción relativa del 30% en la prevalencia de consumo de tabaco en personas de 15 años o más, y que a su vez resulta crítica para alcanzar la meta global de reducción en un 25% de la mortalidad prematura por ENT para el 2025 (8). En este sentido, se ha estimado que una reducción más ambiciosa de la prevalencia de consumo de tabaco consistente en un 50% sería el abordaje más eficaz para alcanzar la meta de reducción de la mortalidad prematura por ENT en la Región de las Américas, tanto en hombres como en mujeres (34), lo que refuerza la necesidad urgente de avanzar hacia la aplicación plena del CMCT de la OMS.

En el caso del consumo nocivo de alcohol, la *Estrategia mundial* para lograr su reducción (25) establece 10 áreas de actuación política¹⁸, entre las que figuran tres intervenciones muy costo-efectivas o *best buys*, que han sido promovidas para reducir el im-

pacto sobre las ENT: limitar la disponibilidad física de alcohol, restringir todas las formas de publicidad (directa e indirecta) y poner en marcha políticas de precios (3).

En efecto, la OPS/OMS propone priorizar la puesta en marcha de los tres *best buys*, ya que estas intervenciones muy costo-efectivas tienen una capacidad de impacto superior a las otras siete áreas de políticas, sobre todo si se aplican en conjunto. A modo de ejemplo, las políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol logran reducir la fatalidad en el tránsito, mientras que las políticas sobre precios, y las que limitan la disponibilidad física del alcohol permiten amplificar el impacto al afectar a otras causas de mortalidad y daños asociados al consumo de alcohol (35). Otro ejemplo es la restricción de todas las formas de publicidad y patrocinio, cuyo impacto es muy superior al de iniciativas de educación para la salud, que deben competir con la promoción masiva del consumo de bebidas alcohólicas en todos los medios (36). No obstante, las siete áreas de política restantes adquieren relevancia en el contexto de una política integral para la reducción del consumo nocivo de alcohol (25).

Por último, el *Perfil de capacidad* consta de una serie de preguntas acerca de la disponibilidad de **políticas sobre dieta y actividad física**, entre los que se incluyen tres de los *best buys* de la OMS y otras opciones de políticas propuestas en los *Planes de acción global* (6) y *regional* (7).

En este apartado, en torno a dos tercios de los países reportaron haber realizado algún **programa nacional de concientización sobre dieta** (24/34, 71%) o

17 El máximo nivel de implementación de los *best buys* para el control del tabaco según lo establecido por la OMS incluye (2):

- Todos los lugares públicos y de trabajo cerrados y el transporte público están totalmente libres de humo de tabaco (o al menos, el 90% de la población está cubierta por una legislación subnacional).
- Advertencia grande (promedio de frente y dorso del paquete al menos 50%) con todas las características apropiadas.
- Prohibición de todas las formas de publicidad directa e indirecta.
- Impuestos al tabaco que representan más de 75% del precio de venta al por menor.

18 La *Estrategia mundial para reducir el consumo nocivo de alcohol* contiene 10 áreas de actuación política: liderazgo, concienciación y compromiso; respuesta de los servicios de salud; acción comunitaria; políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol; mitigación de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y la intoxicación etílica; reducción del impacto en la salud pública del alcohol ilícito y el alcohol de producción informal; seguimiento y vigilancia; disponibilidad de alcohol; marketing de las bebidas alcohólicas; y políticas de precios (25).

actividad física (21/34, 62%) en los últimos 5 años. Sin embargo, la proporción de países que indicaron estar aplicando intervenciones más efectivas, que implican el uso de legislación o regulación, fue considerablemente inferior. Así, menos de un tercio de los países respondieron estar aplicando **políticas para la reducción del consumo poblacional de sal** (11/34, 32%), de los que solo un país afirmó disponer de legislación para la reformulación de productos a nivel industrial en toda la cadena alimentaria. Por otra parte, alrededor de una cuarta parte de los países reportó **políticas para limitar ácidos grasos saturados y virtualmente eliminar grasas trans** (9/34, 26%), pero solo seis países indicaron que consisten en legislación del gobierno.

De forma similar, la proporción de países que indicaron disponer de alguna política para **reducir el impacto en los niños de la publicidad sobre alimentos y bebidas no alcohólicas con un alto contenido calórico y bajo valor nutricional** (6/34, 18%) fue muy reducida. El porcentaje de países en los que estas políticas consisten en legislación del gobierno (4/34, 12%) es aún menor. Por otra parte, aunque 20 países (20/34, 59%) señalaron la existencia de reglamentación sobre el contenido nutricional en el **etiquetado de los alimentos envasados**, tan solo dos países de la Región (Chile y Ecuador) cuentan con normas que permiten la identificación rápida y fácil de los productos con un alto contenido calórico y un bajo valor nutricional. Ambas medidas, fundamentales para proteger a los niños del poder persuasivo de los mensajes comerciales, a los que son especialmente susceptibles, y para promover las elecciones saludables al permitir la identificación rápida y sencilla del contenido calórico y del valor nutricional de los alimentos, forman parte del

Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y en la adolescencia de la OPS (26) y de las opciones de políticas recomendadas por los *Planes de acción global* (6) y *regional* (7), por lo que existe un claro mandato para su implementación.

Estos resultados, sumados a la necesidad de fortalecer las políticas fiscales, resaltan la importancia de mejorar la capacidad regulatoria de los Estados Miembros como función esencial de salud pública para el abordaje de las ENT y sus FR. Además, demuestran la relevancia de enfatizar el establecimiento de políticas fiscales y mecanismos regulatorios entre los instrumentos de política frente a los enfoques voluntarios. Los abordajes voluntarios no han demostrado tener un impacto sobre problemáticas tan prioritarias como la obesidad infantil (26), y facilitan la interferencia de los sectores regulados sobre la toma de decisiones, debilitando, retrasando o impidiendo la puesta en marcha de las medidas más efectivas. Esto también se encuentra en la base del proceso que llevó a la negociación del CMCT de la OMS, como instrumento legal internacional para enfrentar la epidemia de tabaquismo.

Para apoyar estos esfuerzos, la OPS ha lanzado la Iniciativa REGULA, que tiene como propósito fortalecer la capacidad institucional de la autoridad sanitaria en los Estados Miembros para regular sobre los factores de riesgo (27). Adicionalmente, se dispone de herramientas para facilitar este trabajo en los países, como el manual para desarrollar legislación para el control del tabaco en la Región de las Américas (37), el manual técnico de la OMS sobre administración de impuestos al tabaco (28), las recomendaciones para la regulación de la publicidad dirigida a niños de la OMS (38) y la OPS (39) o el modelo de perfil de nutrientes de la OPS, que tiene como propósito facilitar la identificación de los productos que deben ser objeto de regulación (40).

Sistemas de información sanitaria, vigilancia y encuestas en relación con las ENT y sus FR

La Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de Naciones Unidas en el 2011 (5) y las resoluciones subsiguientes han permitido establecer un claro mandato para la vigilancia de las ENT y sus FR como función esencial de salud pública. En este sentido, destacan las nueve metas voluntarias y los 25 indicadores del *Marco mundial de vigilancia de la OMS* (8), y los indicadores de progreso desarrollados para reportar ante la Asamblea General de las Naciones Unidas (12). Dicho marco y el establecimiento de plazos para reportar constituyen una hoja de ruta para fortalecer la vigilancia en los países y garantizar un mecanismo que permita la rendición de cuentas, que se verá reforzado por el desarrollo del marco de monitoreo de los ODS, que por primera vez incluyen metas relacionadas con las ENT y sus FR (10).

En este contexto, los países se comprometieron a establecer **metas e indicadores nacionales** para el 2015, teniendo en cuenta las nueve metas voluntarias y los 25 indicadores del *Marco mundial de vigilancia de la OMS*, como uno de los cuatro compromisos con plazos adoptados en el documento final de la segunda reunión de la Asamblea General de las Naciones Unidas en el 2014 (9). Según los resultados del *Perfil de capacidad*, aunque casi dos tercios de los 34 Estados Miembros que completaron el cuestionario indicaron tener indicadores nacionales para las ENT y sus FR (65%), algo menos de la mitad reportaron metas nacionales con plazos asociadas a dichos indicadores. Estos resultados son de gran utilidad, ya que identifican a los países que carecen de metas e indicadores, y que deben ser priorizados en preparación para la tercera reunión Asamblea General en el 2018. Sin embargo, es necesario realizar un análisis más detallado de las metas e indicadores disponibles para verificar aspectos clave, como su alineamiento con el *Marco mundial de vigilancia*, la existencia de líneas de base, la capacidad de reportar de los países, su relación con los niveles de mortalidad, exposición y provisión de servicios, así como con las intervenciones disponibles o previstas en el país (8).

Los sistemas nacionales de vigilancia para las ENT y sus FR deben estar integrados y producir datos de forma periódica, estandarizada, sistemática y sostenible, cubriendo al menos a adultos y jóvenes. El enfoque de multisectorialidad, necesario para el abordaje de las ENT y sus FR, también es clave en términos de vigilancia, al facilitar el uso de datos recolectados fuera del sector salud. Además, la información generada debe utilizarse para orientar el desarrollo y la evaluación de políticas. Para ello, los sistemas de vigilancia deben ser capaces de obtener datos a través de al menos 4 fuentes de información principales: los registros vitales, los registros de ENT, las encuestas poblacionales y los sistemas de información de los servicios de salud. La información aportada por el *Perfil de capacidad* permite conocer los principales aspectos relativos a las 3 primeras fuentes de información mencionadas.

Así, todos los países indicaron contar con **sistemas de información de mortalidad** capaces de generar datos por causa de muerte de manera rutinaria. Aproximadamente dos tercios de los países afirmaron que disponen de datos correspondientes a 2013 o a años posteriores. Efectivamente, la calidad de los datos de mortalidad en las Américas ha mejorado en años recientes, gracias al fortalecimiento de los sistemas nacionales de estadísticas vitales. Entre los avances logrados destacan una mejor cobertura y la disminución de las defunciones asignadas a causas mal definidas. No obstante, estos avances no han sido parejos en toda la Región, lo que implica un aumento de la desigualdad entre los países en lo que respecta a la calidad de las estadísticas de mortalidad (41).

En cuanto a los **registros de cáncer**, menos de la mitad de los 34 Estados Miembros que completaron el *Perfil de capacidad* indicaron que disponen de registros de cáncer de base poblacional (16/34, 47%). Otros nueve países (9/34, 26%) informaron que cuentan con registros de base hospitalaria y, aunque su existencia puede considerarse un buen punto de parti-

da, es importante recordar que solo los registros de base poblacional pueden generar datos de incidencia para este grupo de enfermedades (42). La incidencia según tipos de cáncer, uno de los indicadores adicionales del *Marco mundial de vigilancia* (8), representa la mejor forma de evaluar el impacto de las intervenciones de prevención primaria, como las dirigidas a la reducción de la exposición a los factores de riesgo. Estos datos proporcionan información clave para apoyar los procesos de toma de decisiones, así como el monitoreo y la evaluación de los programas de cáncer (43). En este sentido, la mayoría de los Estados Miembros aún no proporcionan datos de incidencia completos y precisos como parte de la información en salud reportada a la OPS. Para mejorar esta situación, la OPS está colaborando con la Iniciativa Global sobre Registros de Cáncer de la IARC, con el propósito de fortalecer la calidad de los registros de cáncer en la región (44). Estos esfuerzos incluyen el establecimiento de un centro de entrenamiento para Latinoamérica, con sede en el Instituto Nacional de Cáncer de Argentina, y el futuro desarrollo de un segundo centro de entrenamiento para el Caribe, a través de la Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA, por sus siglas en inglés).

La tercera fuente de información considerada en el *Perfil de capacidad* fueron las **encuestas poblacionales sobre factores de riesgo**, disponibles en un 74%-91% de los países, según temas, tanto en adultos como en jóvenes. Sin embargo, al analizar las encuestas reportadas tomando en consideración su representatividad (nacional), periodicidad (al menos cada 5 años), año de la recolección de los datos (hace 5 años o menos) y existencia de mediciones físicas y bioquímicas (en el caso de los factores de riesgo que las precisan), la proporción de países con encuestas clasificadas en la categoría de mayor desempeño fue considerablemente menor.

En concreto, aproximadamente la mitad de los países reportaron encuestas poblacionales en adultos para factores de riesgo sin mediciones (tabaco, alcohol, consumo de frutas y verduras y actividad física), que se clasificaron en la categoría verde de máximo nivel de desempeño, siendo dicha proporción de algo

más de un tercio para los factores de riesgo susceptibles de mediciones físicas o bioquímicas (sobrepeso y obesidad, presión arterial, glucemia y colesterolemia). Destaca el consumo de sal, para el que solo tres países reportaron encuestas con los atributos del máximo nivel de desempeño al incluir mediciones de sodio en orina. Como era de esperar, se identificó una relación directa entre la proporción de países con encuestas bajo la categoría verde y el nivel de ingresos, con la excepción del consumo de sal/sodio, que se objetivó como una brecha con independencia del nivel de ingresos.

La información generada a través de encuestas poblacionales de factores de riesgo en adultos resulta clave al informar un total de 13 indicadores del *Marco mundial de vigilancia* (8), aportando datos estratégicos para el desarrollo y la evaluación de políticas e intervenciones para las ENT y sus FR. Para apoyar este proceso, la OMS ha desarrollado la metodología STEPS, orientada a obtener datos básicos sobre los factores de riesgo de las principales ENT. El instrumento de esta encuesta de hogares comprende tres pasos para la evaluación de los factores de riesgo: el cuestionario, medidas físicas y medidas bioquímicas (45). Otra estrategia para mejorar la eficiencia y la calidad de los datos consiste en el uso de nuevas tecnologías, incluyendo el uso de dispositivos móviles para medición de glucemia y colesterolemia en sangre capilar. De este modo, se espera incrementar la proporción de países con datos recientes y de calidad, incluyendo mediciones.

En el caso de los jóvenes, la proporción de países con encuestas clasificadas bajo la categoría verde por ser de representatividad nacional, periódicas, recientes e incluir mediciones en lugar de datos autorreportados (para los factores de riesgo susceptibles de medición), osciló entre un 62% en el caso del consumo de tabaco y un 35% para el sobrepeso y la obesidad.

La EMSE y la EMTJ son las principales encuestas escolares realizadas en este grupo de edad. Su aplicación desde hace más de una década ha contribuido a consolidar la vigilancia de las ENT y sus FR en jóvenes. En el caso de la EMTJ, un 73% y 54% de los Estados Miembros de la Región han implementado

dos y tres rondas de la encuesta, respectivamente (2). Estos logros son de especial relevancia, puesto que proporcionan datos para reportar cuatro indicadores del *Marco mundial de vigilancia* (8), y aportan información sobre la exposición a factores de riesgo y a políticas para el control de tabaco entre los jóvenes, que representan una población especialmente vulnerable y reflejan la potencial carga de enfermedad de generaciones futuras.

A pesar de estos progresos, y de forma similar a lo constatado en las encuestas en adultos, la proporción de países con encuestas clasificadas bajo la categoría de máximo nivel de desempeño fue directamente proporcional al nivel de ingresos. En este sentido, es importante destacar que tanto la EMTJ como la EMSE son encuestas de bajo costo, y que además cuentan con financiamiento externo, el cual ha venido facilitando su implementación periódica desde hace más de una década. Por lo tanto, los resultados del *Perfil de capacidad* demuestran la existencia de retos para la sostenibilidad del uso de encuestas, como parte de un sistema de vigilancia que no solo requiere la asignación de fondos, sino también la institucionalización de los esfuerzos y el fortalecimiento de las capacidades técnicas.

Los resultados del *Perfil de capacidad* aportan información estratégica acerca de la disponibilidad de encuestas poblacionales sobre factores de riesgo en adultos y jóvenes. Además, ha permitido recopi-

lar los informes de dichas encuestas como parte del proceso de validación. A pesar de la utilidad de estos resultados, sería oportuno realizar un análisis más detallado de la documentación obtenida. Por otra parte, el *Perfil de capacidad* presenta la limitación de no recopilar información acerca de la existencia de encuestas para menores de 10 años, población de especial relevancia en el contexto de las metas globales de nutrición (46), así como de la creciente epidemia de obesidad infantil (26).

En este contexto, la OPS está trabajando con los países de la región para fortalecer sus sistemas de vigilancia mediante la institucionalización de esfuerzos, enfatizando la importancia de garantizar financiamiento para proporcionar la sostenibilidad y continuidad, imprescindibles si se pretende monitorear este grupo de enfermedades y sus factores de riesgo. Además, se está trabajando con los países de la Región para coordinar la implementación de encuestas evitando sobrecargas, y armonizar las preguntas para asegurar la generación de datos que permitan informar los indicadores que los países se han comprometido reportar.

Por último, hay que destacar que el *Perfil de capacidad* no incluye preguntas sobre los sistemas de información de los servicios de salud, una de las 4 fuentes de información necesarias para la vigilancia de las ENT y sus FR, que además aporta datos clave para la planificación y la gestión de los servicios de salud.

Capacidad de los sistemas de salud en materia de detección precoz, tratamiento y atención de las ENT y sus FR

El abordaje integrado de las ENT y sus FR hace necesario el fortalecimiento y la reorientación de los servicios de salud, con énfasis en el primer nivel de atención, según lo establecido en la *Declaración Política de la reunión de alto nivel de Naciones Unidas* (5), y los *Planes de acción global* (6) y *regional* (7), y tomando como referencia las cuatro líneas estratégicas de la *Estrategia de la OPS para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de la salud* (22). Adicionalmente, en el documento final de la segunda reunión de la Asamblea

General de las Naciones Unidas, los países se comprometieron a fortalecer y orientar los sistemas de salud para abordar la prevención y el control de las ENT y los factores sociales determinantes subyacentes, mediante una atención primaria de la salud y la cobertura sanitaria universal centrada en las personas durante toda su vida, fijando como plazo el 2016 (9). Recientemente, la Salud Universal ha sido incorporada como meta bajo el ODS de salud, reforzando el mandato de mejorar la respuesta de los servicios de salud (10).

El módulo de sistemas de salud del *Perfil de capacidad* aporta una visión general de las capacidades nacionales para el manejo de las ENT y sus FR, incluyendo aspectos clave como: (i) la disponibilidad de guías, normas y protocolos basados en la evidencia y criterios de referencia; (ii) los servicios para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de las

principales ENT en el primer nivel de atención, y (iii) los procedimientos para el diagnóstico y tratamiento de este grupo de enfermedades en el segundo y tercer nivel de atención. A continuación se discuten los principales hallazgos sobre la respuesta de los sistemas de salud, ordenados en función de estos tres grandes bloques.

I. Disponibilidad de guías, normas y protocolos basados en la evidencia y criterios de referencia

Según los resultados del *Perfil de capacidad*, entre un tercio o menos de los países disponen de **guías, protocolos y normas** basadas en la evidencia para las cuatro ENT que están siendo plenamente puestas en marcha, y entre la mitad y un tercio cuenta con criterios de referencia completamente implementados para dichas enfermedades. En ambos casos, las ERC son las abordadas por una menor proporción de países. Estos bajos niveles de implementación completa son preocupantes y señalan un área de trabajo prioritaria. De una parte, la disponibilidad y la adecuada implementación de guías, protocolos y normas basadas en la evidencia son imprescindibles para prestar una atención de calidad, reducir la variabilidad injustificada en la práctica clínica y, por consiguiente, mejorar los

resultados en salud (47). Así, la diseminación de guías de práctica clínica basadas en la evidencia, su actualización periódica y su integración en la práctica clínica diaria representan el núcleo de uno de los componentes del Modelo de Cuidados Crónicos: el apoyo a la toma de decisiones (48). Por otra parte, la existencia de criterios en **funcionamiento para la derivación** de pacientes -- desde el primer nivel de atención hacia niveles de mayor complejidad dentro del sistema de salud -- es un requisito para la calidad del sistema, ya que se mejora la continuidad asistencial y se maximiza la capacidad resolutoria y la efectividad de las prestaciones en cada nivel. Su implantación conduce a reducir demoras, evitar duplicidades y pruebas diagnósticas inadecuadas, y a reducir la prescripción inducida (47).

II. Detección temprana, diagnóstico y tratamiento de las principales ENT en el primer nivel de atención

En cuanto a las **tecnologías para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de las principales ENT**, la mayoría de los países indicaron que se encuentran disponibles en un 50% o más de sus establecimientos de atención primaria. La excepción son las tecnologías con un cierto nivel de complejidad, como la exploración del fondo de ojo con dilatación o la evaluación vascular de los pies mediante Doppler, entre otras. De forma similar, la mayoría de los países indicaron que los principales **medicamentos esenciales para las ENT** incluidos en el cuestionario están disponibles en al menos un 50% de los establecimientos de atención primaria del

sistema de salud pública. La excepción es la morfina oral, que fue reportada como generalmente disponible en menos de la mitad de los países (14/34, 41%).

Aunque las respuestas del *Perfil de capacidad* parecen apuntar en la dirección adecuada en lo que respecta a la disponibilidad de medicamentos y tecnologías básicas para las ENT, es importante tomar en consideración ciertas limitaciones al interpretar estos resultados. Por una parte, la evaluación de si los medicamentos y tecnologías se encuentran disponibles en al menos un 50% de los establecimien-

tos de atención primaria es eminentemente subjetiva. La mayoría de los países carecen de un sistema de información capaz de informar al respecto, por lo que las respuestas aportadas al *Perfil de capacidad* se basan en gran medida en el criterio de expertos. Por otra parte, las preguntas del *Perfil* no están diseñadas para evaluar aspectos importantes como la asequibilidad de los medicamentos y servicios, su adecuada prescripción, la existencia de recursos humanos capacitados para el uso de tecnologías o la adherencia terapéutica de los pacientes. En cuanto a la asequibilidad, la existencia de pagos directos es de especial relevancia en el caso de las ENT. Éstos pueden convertirse en una barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios y generar gastos catastróficos que conduzcan al empobrecimiento. Por estas razones, avanzar hacia la eliminación del pago directo es una de las prioridades de la Estrategia de Salud Universal de la OPS (22). Finalmente, este apartado del *Perfil de capacidad* no incluye preguntas acerca de la disponibilidad de medicamentos esenciales para el tratamiento del cáncer.

A pesar de estas limitaciones, el *Perfil de capacidad* aporta información valiosa al identificar brechas y ayudar a establecer prioridades. En este sentido, el Fondo Rotatorio (49) y el Fondo Estratégico (50) de la OPS son recursos para mejorar la disponibilidad y asequibilidad de vacunas, medicamentos esenciales y tecnologías, al ofrecer la posibilidad de adquirir estos productos al menor costo posible y en cumplimiento con los estándares internacionales de calidad. Adicionalmente, el uso de estos Fondos tiene como valor añadido la asistencia técnica en la gestión de suministros, incluyendo aspectos clave como la planificación, almacenamiento y distribución.

El cuestionario del *Perfil de capacidad 2015* incluyó como novedad una serie de preguntas sobre el abordaje en el primer nivel de atención del cáncer y las ECV, las dos principales causas de mortalidad prematura por ENT en la Región (1). En lo que respecta al cáncer, destacan los resultados referentes a la disponibilidad de **programas nacionales de tamizaje**

para tipos específicos de cáncer. En concreto, una elevada proporción de países reportó disponer de programas para el tamizaje del cáncer de cuello uterino (31/34, 91%) y de mama (28/34, 82%). Sin embargo, la mayoría de programas continúan siendo oportunistas y/o registran coberturas insuficientes (inferiores al 70%) para tener un impacto significativo a nivel poblacional. Por otra parte, existe un amplio margen para mejorar la disponibilidad de servicios de tamizaje para otros tipos de cáncer, entre los que destaca el cáncer colorrectal, para el que solo 8 países indicaron contar con un programa nacional. Por último, es necesario tener en cuenta que, para ser efectivos, los programas de tamizaje deben acompañarse de pruebas de calidad y de un adecuado abordaje de las lesiones identificadas, aspectos que no pudieron evaluarse a través del cuestionario del *Perfil de capacidad*. Por ello, es necesario un análisis en mayor profundidad de los servicios de salud que aporte una evaluación completa de la capacidad de los países.

En cuanto a las ECV, el *Perfil de capacidad* incluyó preguntas para aproximar la capacidad de los países en términos de acceso a **medicamentos esenciales para la prevención de episodios cardiovasculares en personas de riesgo cardiovascular alto** -- una de las metas del *Marco mundial de vigilancia* para las ENT (8) y de las estrategias señaladas como altamente costo-efectivas en los *Planes de acción global* (6) y *regional* (7). En este contexto, aunque los medicamentos esenciales necesarios para la prevención primaria y secundaria de episodios cardiovasculares fueron reportados como generalmente disponibles por una elevada proporción de países de la Región, la capacidad para estratificar a los pacientes en función de su riesgo cardiovascular continúa siendo limitada. Según los resultados de la encuesta, solo cuatro países (4/34, 12%) ofrecen este abordaje para el manejo de los pacientes en un 50% o más de sus establecimientos de atención primaria. A pesar de las limitaciones expuestas en relación a las preguntas sobre disponibilidad de medicamentos esenciales, estos resultados señalan la existencia de una brecha considerable y confirman la necesidad de fomentar la evaluación del riesgo

cardiovascular total individual, tal y como se recoge en la Consulta Regional sobre Prioridades para la Salud Cardiovascular en las Américas y su posterior evaluación (47, 51). Para apoyar estos esfuerzos, la OMS ha desarrollado un formulario para la evaluación del riesgo cardiovascular, que permite simplificar el proceso al no requerir necesariamente análisis de laboratorio. Por otra parte, la OPS ha lanzado una aplicación gratuita para dispositivos móviles y computadoras, basada en el formulario de la OMS, que permite calcular el riesgo cardiovascular y el índice de masa corporal. Además, incluye recomendaciones sobre cómo modificar los perfiles de riesgo y ofrece la opción de activar recordatorios para mejorar la adherencia terapéutica. La aplicación, disponible en inglés, español y portugués, está destinada tanto a los profesionales de atención primaria como al público general, y su objetivo es facilitar la evaluación rápida del riesgo cardiovascular en los servicios de atención primaria, así como estimular el diálogo entre pacientes y profesionales de la salud en relación a su abordaje (52).

Por último, el acceso a **cuidados paliativos** continúa siendo una gran brecha en la Región: se trata de la función o actividad relacionada con las ENT para la que una menor proporción de países indica disponer de alguna forma de financiación. Los cuidados paliativos están considerados en solo 11 de las 20 políticas, estrategias o planes de acción integrados operativos para las ENT, a la vez que los opioides se sitúan como el medicamento con menos probabilidades de encontrarse generalmente disponible en los establecimientos de atención primaria del sistema público de salud. Este patrón, que predomina con independencia del nivel de ingresos, resulta más acusado en los países de ingresos bajos y medios bajos. El avance de las ENT, sumado al acelerado envejecimiento poblacional de la mayoría de los países de la Región, dará lugar a un aumento de la demanda de servicios de ENT, incluidos los cuidados paliativos. Son especialmente relevantes el acceso a opioides y la provisión de cuidados ambulatorios y en la comunidad.

III. Diagnóstico y tratamiento de las principales ENT en el segundo y tercer nivel de atención

En la evaluación de la capacidad de los sistemas de salud, el *Perfil de capacidad* ha puesto de manifiesto la existencia de una brecha considerable en cuanto a procedimientos para el tratamiento de las ENT en el segundo y el tercer nivel de atención, especialmente en los países con un menor nivel de ingresos. Así, la proporción de países que indicaron que los seis tratamientos incluidos en el cuestionario se encuentran disponibles en un 50% o más de los establecimientos

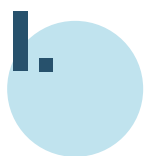
de sus sistemas de salud, osciló entre un 65% en el caso del tratamiento renal sustitutivo por diálisis y un 21% para el tratamiento y la rehabilitación del accidente cerebrovascular agudo. La creciente demanda de este tipo de servicios altamente especializados y costosos representa una presión sobre los servicios de salud. Esta presión puede poner en riesgo la sostenibilidad del sistema y la meta de lograr acceso universal y cobertura universal.



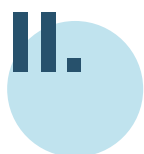
5.

CONCLUSIONES

Los resultados del *Perfil de capacidad 2015* apuntan a las siguientes acciones dirigidas a fortalecer la capacidad y respuesta de los países, para la prevención y el control de las ENT y sus FR en las Américas:



Estimular la integración de las ENT y sus FR en los **planes nacionales de desarrollo**, así como articular **mecanismos operativos de trabajo multisectorial**, que faciliten un enfoque de todo el gobierno, de toda la sociedad y de salud en todas las políticas, tomando en consideración la nueva Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.



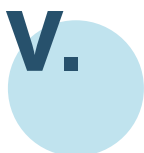
Priorizar el desarrollo de **políticas, estrategias o planes de acción operativos, multisectoriales e integrados** para las cuatro ENT y los cuatro FR en los 17 países donde aún no están disponibles, según lo establecido en los compromisos con plazos del documento final de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 2014. En los países que cuentan con políticas, estrategias o planes de acción con estas características, es recomendable realizar un análisis detallado para conocer su alcance y nivel de implementación.



Fortalecer la **capacidad institucional de la autoridad sanitaria** en los países para regular sobre los factores de riesgo, incluido el desarrollo de políticas fiscales como elemento imprescindible para poner en marcha 10 de las 15 intervenciones muy costo-efectivas recomendadas por la OMS para el abordaje de las ENT y sus FR.



Fortalecer los sistemas nacionales de **vigilancia para las ENT y sus FR**, para que estén integrados y sean capaces de producir datos de forma periódica, estandarizada, sistemática y sostenible, a través de cuatro fuentes de información principales: los registros vitales, los registros de ENT, las encuestas poblacionales y los sistemas de información de los servicios de salud.



Priorizar el desarrollo de **indicadores** nacionales para las ENT y sus FR, así como de **metas nacionales** con plazos asociadas a dichos indicadores y alineadas con el Marco Mundial de Vigilancia de la OMS, en los 14 países que reportaron no disponer de ellos, al tratarse de uno de los compromisos con plazos incluidos en el documento final de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 2014.

VI.

Mejorar la disponibilidad de encuestas que realicen **mediciones físicas y bioquímicas para los factores de riesgo**, incluyendo sobrepeso y obesidad, consumo de sal/sodio, presión arterial, glucosa y colesterol.

VII.

Promover el desarrollo y la implementación de **normas, protocolos o guías de práctica clínica** basadas en la evidencia para las principales ENT, y mejorar la **disponibilidad** de medicamentos esenciales y tecnologías para el diagnóstico y el tratamiento de las ENT en todos los niveles de atención.

VIII.

Fortalecer los **programas nacionales de tamizaje** de los principales tipos de cáncer para lograr una cobertura efectiva y pruebas de tamizaje de calidad.

IX.

Fomentar la oferta de **evaluación del riesgo cardiovascular** total individual en el primer nivel de atención, para mejorar el manejo de los pacientes con alto riesgo de enfermedad cardiovascular.

X.

Mejorar el acceso a los **cuidados paliativos**, fortaleciendo el marco de políticas, estrategias o planes, así como la disponibilidad de opioides y la provisión de cuidados paliativos ambulatorios y en la comunidad.



6.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud/Información y Análisis de Salud: Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2016. [Internet]. Washington, D.C.:PAHO; 2016 [citado 8 de abril 2016]. Puede consultarse en: <https://goo.gl/BHeGNV>
2. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre Control del Tabaco en la Región de las Américas: a 10 años del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2016 [citado 18 de mayo 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/1OCedu7>
3. World Health Organization. Global Status Report on noncommunicable diseases, 2014. [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [citado 8 de abril 2016]. Puede consultarse en: <http://goo.gl/217Sa7>
4. World Health Organization. Global Health Observatory data repository [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [citado 8 de abril 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/1StaeXH>
5. Naciones Unidas. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles [Internet]. Sexagésimo sexto período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; 16 de septiembre de 2011; Nueva York: Naciones Unidas; 2011 (Resolución A/RES/66/2) [citado 8 de abril 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/1noxnSe>
6. World Health Organization. Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2013-2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [citado 8 de abril 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/1qFxCya>
7. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2014. [citado 8 de enero 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/1MLsG6l>
8. World Health Organization. Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework: Indicator Definitions and Specifications [Internet]. Geneva: WHO [citado 8 de abril 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/1PfWV6n>
9. Naciones Unidas. Documento final de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre el examen y la evaluación generales de los progresos realizados en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas 2014. Sexagésimo octavo período de sesiones (Documento: A/68/L.53) [citado 8 de abril 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/29rS9u3>
10. Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas, 2015. Septuagésimo período de sesiones (Documento: A/RES/70/1) [citado 8 de abril 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/1R9WGyn>
11. Organización Mundial de la Salud. Preparación de un conjunto limitado de indicadores para apoyar la presentación de informes sobre los progresos realizados en la ejecución del Plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 [Internet]. Ginebra (Suiza) OMS; 2013. (Documento: A/NCD/API/2) [citado 9 de enero 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/2a1BR6o>

12. World Health Organization. Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2015 [Internet]. Geneva: WHO; 2015. [citado 9 de enero 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/1o6OjJt>
13. Pan American Health Organization. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases, 2013. Report of the Americas Region [Internet]. Washington, D.C.: PAHO; 2013 [citado 9 de enero 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/1FlacoL>
14. Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo: aumentar los impuestos al tabaco [internet]. Ginebra: OMS; 2015 [citado 8 de abril 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/29Absz8>
15. American Cancer Society. The Cancer Atlas [Internet]. Atlanta: ACS; 2016. [citado 9 de enero 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/1rUmUo5>
16. International Atomic Energy Agency. Directory of Radiotherapy Centers [Internet]. Vienna: IAEA; 2004. [citado 9 de enero 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/29LeIZv>
17. The World Bank Group. Country and Lending Groups [Internet]. Washington, D.C.; 2016 [citado 9 de enero 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/1baL18q>
18. Excel 2010, Excel for Microsoft Windows, [software], 2010 version, Redmond: Microsoft Corporation.
19. WStata 14.1, Stata for Mac [software], version 14.1, Texas: StataCorp.
20. Ordunez P, Campbell N RC. Beyond the opportunities of SDG 3: the risk for the NCDs agenda. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2016; 4:15-17.
21. Asamblea General de las Naciones Unidas. Agenda de Acción de Addis Abeba de la Tercera Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo (Agenda de Acción de Addis Abeba) [Internet]. 17 de agosto de 2015; Nueva York: Naciones Unidas; 2015. (Resolución A/RES/69/313) [citado 8 de enero 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/1OQbh2w>
22. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [Internet]. 53 Consejo Directivo, 66. Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, D.C.: OPS; 2014. (Documento CD53/5, Rev.2) [citado 8 de abril 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/1TlGo6d>
23. Organización Mundial de la Salud. El Convenio marco de la OMS para el control del tabaco [Internet]. Ginebra: OMS; 2003 [citado 8 de enero 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/1jcd0PO>
24. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Directrices para la aplicación del Art. 6 [Internet]. Ginebra: OMS; 2003. [citado 8 de enero 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/PIWMzn>
25. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol [Internet]. Ginebra: OMS; 2010. [citado 8 de abril 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/1wolbIR>
26. Organización Panamericana de la Salud. Plan regional para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2014 [citado 8 de abril 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/1U2RB7w>

27. Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa REGULA [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2014. [citado 8 de abril 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/1ZuLgee>
28. Organización Mundial de la Salud. Manual técnico de la OMS sobre administración de impuestos al tabaco [Internet]. Ginebra: OMS; 2010. [citado 8 de abril 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/29DNuls>
29. Organización Panamericana de la Salud. Situación regional del consumo de alcohol y la salud en las Américas [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2015. [citado 8 de enero 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/1U2chzk>
30. Organización Mundial de la Salud. Acerca del Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco [internet]. Ginebra: OMS; 2012. [citado 8 de enero 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/29DOvtJ>
31. Colchero MA, Popkin BM, River JA, Wen Ng S. Beverage purchases from stores in Mexico under the excise tax on sugar sweetened beverages: observational study [Internet]. BMJ 2016; 352:h6704. Puede consultarse en: <http://bit.ly/1O6iOGF>
32. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2004 [consultado 26 de febrero 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/1LvNjp5>
33. World Health Organization. NCDs, poverty and development [Internet]. Geneva: WHO; [consultado 8 de enero 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/23YRdN5>
34. Kontis V, Nathers CD, Bonita R, Stevens GA, Rehm J, Shiled KD, et al. Regional contributions of six preventable risk factors to achieving the 25 x 25 non-communicable disease mortality reduction target: a modeling study. Lancet Glob Health 2015;3:e746-57
35. Elder RW, Lawrence B, Ferguson A, et al. The Effectiveness of Tax Policy Interventions for Reducing Excessive Alcohol Consumption and Related Harms. Am J Prev Med 2010;38(2):217-229. doi:10.1016/j.amepre.2009.11.005.
36. Organización Panamericana de la Salud. El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y políticas públicas. Segunda edición [internet]. Washington DC: OPS; 2010. [citado 8 de enero 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/29nZRiF>
37. Organización Panamericana de la Salud. Manual para desarrollar legislación para el control del tabaco en la Región de las Américas [internet]. Washington, D.C.: OPS; 2013 [citado 8 de enero 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/29nZZOV>
38. Organización Mundial de la Salud. Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a niños [Internet]. Ginebra: OMS; 2010 [citado 8 de enero 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/1RbJS5j>
39. Pan American Health Organization. Recommendations from a Pan American Health Organization Expert Consultation on the Marketing of Food and Non-Alcoholic Beverages to Children in the Americas [Internet]. Washington, D.C.: PAHO; 2011 [citado 8 de enero 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/1OQc1ol>

40. Organización Panamericana de la Salud. Modelo de perfil de nutrientes de la Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2016. [citado 8 de abril 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/1KYumoh>
41. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. [Internet]. Edición 2012. Volumen regional. Capítulo 4; Washington, D.C.: OPS; 2012. [citado 8 de abril 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/1TqpAJX>
42. International Agency for Research on Cancer. Planning and Developing Population-Based Cancer Registration in Low- and Middle-Income Settings [Internet]. IARC Technical Publication No. 43; Lyon, France: IARC; 2016. [citado 8 de enero 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/1ozON51>
43. International Agency for Research on Cancer. Cancer Registration: Principles and methods [Internet]. IARC Scientific Publication No. 95; Lyon, France: IARC; 1991. [citado 8 de enero 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/13f86sv>
44. International Agency for Research on Cancer. Global Initiative for cancer Registry Development (GICR). Making cancer data count [internet]. [citado 8 de enero 2016]. Puede consultarse en: <http://gicr.iarc.fr/>
45. Organización Mundial de la Salud. El método STEPwise de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de enfermedades crónicas [Internet]. Ginebra: OMS; 2016. [citado 8 de abril 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/22falXL>
46. Organización Mundial de la Salud. Nutrición: Metas Globales 2025 para mejorar la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño [internet]. Ginebra: OMS; 2016 [citado 8 de abril 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/29sB1kJ>
47. Organización Panamericana de la Salud. Prioridades para la salud cardiovascular en las Américas: mensajes claves para los decisores [Internet]. Washington DC: OPS; 2011 [citado 8 de abril 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/29uhEsZ>
48. Organización Panamericana de la Salud. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de asistencia de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas [Internet]. Washington DC: OPS; 2013 [citado 8 de abril 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/1WQleoy>
49. Organización Panamericana de la Salud. Fondo Rotatorio de la OPS [Internet]. Washington DC: OPS; 2016 [citado 8 de abril 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/1OC8ZUq>
50. Organización Panamericana de la Salud. Fondo Estratégico de la OPS [Internet]. Washington DC: OPS; 2016 [citado 8 de abril 2016]. Puede consultarse en: <http://bit.ly/29rafqM>
51. Ordunez P, Mize V, Barbosa M, Legetic B, Hennis A. A Rapid Assessment Study of the Implementation of a Core Set of Interventions to Improve Cardiovascular Health in Latin America and the Caribbean. *Global Health* 2015 Dec;10(4):235-240.
52. Ordunez P, Tajer C. Disseminating cardiovascular disease risk assessment with a PAHO mobile app: a public eHealth intervention. *Rev Panam Salud Publica*. 2015; 38(1):82-5.



7.

ANEXOS

ANEXO 1

Especificaciones técnicas de los indicadores de progreso de la OMS para reportar ante la Asamblea General de las Naciones Unidas (12)

INDICADORES DE PROGRESO		
	Definición	Herramienta para la recolección de datos
INDICADOR 1 El Estado Miembro ha establecido metas nacionales sujetas a plazos e indicadores basados en las orientaciones de la OMS	El país ha establecido metas e indicadores nacionales con respecto a las ENT. Estas metas e indicadores deben tener plazos y estar basados en las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria y los 25 indicadores del Marco mundial de vigilancia integral para la prevención y el control de las ENT.	<i>Perfil de capacidad y respuesta frente a las ENT y sus FR de la OMS</i>
INDICADOR 2 El Estado Miembro ha puesto en marcha un sistema para obtener sistemáticamente datos confiables de mortalidad por causas específicas	El país tiene un sistema de estadísticas vitales que registra las muertes y las causas de muerte de manera sistemática. El formulario internacional de certificación médica de la causa de muerte es cumplimentado por certificadores. Se utiliza la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) para codificar las causas de muerte. Los datos recopilados están a disposición de los investigadores y de los responsables de formular políticas.	<i>Base de datos de mortalidad de la OMS</i>
INDICADOR 3 El Estado Miembro ha llevado a cabo un estudio STEPS o un examen sanitario integral cada 5 años	El país ha realizado una encuesta STEPS u otra encuesta relativa a los factores de riesgo que incluya mediciones físicas y análisis bioquímicos, y que abarque los principales factores de riesgo comportamentales y metabólicos para las ENT. El país debe indicar que la periodicidad de la encuesta es de al menos cada 5 años.	<i>Perfil de capacidad y respuesta frente a las ENT y sus FR de la OMS</i>
INDICADOR 4 El Estado Miembro tiene en funcionamiento una estrategia o plan de acción nacional de carácter multisectorial que integra las principales ENT y sus FR compartidos	El país cuenta con una política, estrategia o plan de acción nacional integral para las ENT y sus factores de riesgo, que aborda las cuatro ENT principales (ECV, DM, cáncer, ERC) y sus principales factores de riesgo (consumo de tabaco, alimentación poco saludable, inactividad física y consumo nocivo de alcohol).	<i>Perfil de capacidad y respuesta frente a las ENT y sus FR de la OMS</i>

INDICADORES DE PROGRESO

INDICADOR 5

El Estado Miembro ha aplicado las cuatro medidas siguientes para reducir la demanda del CMCT de la OMS, logrando los mejores resultados posibles

	Definición	Herramienta para la recolección de datos
<p>INDICADOR 5.a</p> <p>Reducir la asequibilidad de los productos del tabaco mediante el aumento de los impuestos especiales sobre el tabaco</p>	<p>El país aplica un impuesto sobre el consumo de tabaco que representa al menos un 70% del precio final de venta al consumidor.</p>	<p><i>Informe Mundial sobre la Epidemia del Tabaquismo de la OMS</i></p>
<p>INDICADOR 5.b</p> <p>Crear por ley entornos sin tabaco en todos los lugares de trabajo interiores, lugares públicos y medios de transporte público</p>	<p>Todos los lugares públicos del país están totalmente libres de humo de tabaco (o al menos el 90% de la población está cubierta por una legislación subnacional). "Totalmente" significa que no se permite fumar, sin excepciones, salvo en residencias o lugares cerrados que sirvan como equivalente a lugares residenciales a largo plazo (como prisiones o establecimientos de cuidados crónicos salud o de atención social como las unidades psiquiátricas o residencias de ancianos). Ni la ventilación ni la designación de cualquier tipo de habitaciones o áreas para fumar protegen de los daños causados por la exposición al humo de tabaco ajeno, y las únicas leyes que proporcionan protección son las que llevan a la ausencia completa de consumo de tabaco con humo en todos los espacios públicos.</p>	<p><i>Informe Mundial sobre la Epidemia del Tabaquismo de la OMS</i></p>
<p>INDICADOR 5.c</p> <p>Señalar a la población los peligros del tabaco y el humo de tabaco mediante advertencias sanitarias eficaces y campañas en los medios de comunicación</p>	<p>El país utiliza advertencias en tamaño grande (que cubren en promedio al menos un 50% del frente y dorso del paquete), con todas las características apropiadas. Estas características son: advertencias apropiadas, que incluyan consecuencias específicas para la salud, que estas advertencias aparezcan en los paquetes individuales al igual que en cualquier otro tipo de empaquetado y etiquetado para la venta al por menor; que describan los efectos nocivos del consumo de tabaco para la salud; que utilicen el tipo de letra, tamaño y color indicados por ley; que los mensajes vayan rotando; que estén escritas en el idioma o los idiomas del país, y que haya imágenes o pictogramas.</p>	<p><i>Informe Mundial sobre la Epidemia del Tabaquismo de la OMS</i></p>

INDICADORES DE PROGRESO

	Definición	Herramienta para la recolección de datos
<p>INDICADOR 5.d</p> <p>Prohibir toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco</p>	<p>El país ha prohibido todas las formas de publicidad directa e indirecta del tabaco. La prohibición de publicidad directa incluye la televisión y radio nacionales, las revistas y periódicos locales, los carteles publicitarios y los anuncios al aire libre, así como la publicidad en los puntos de venta. La prohibición de publicidad indirecta incluye la distribución gratuita de productos de tabaco por correo u otros medios, los descuentos promocionales, la extensión de la marca, el uso compartido de marcas, la publicidad al colocar marcas de tabaco en la televisión o en películas, así como el patrocinio (incluida la responsabilidad social corporativa).</p>	<p><i>Informe Mundial sobre la Epidemia del Tabaquismo de la OMS</i></p>
<p>INDICADOR 6</p> <p>El Estado Miembro ha aplicado, según proceda y de acuerdo con las circunstancias nacionales, las siguientes tres medidas para reducir el uso nocivo del alcohol, de conformidad con la Estrategia mundial de la OMS pertinente.</p>		
	Definición	Herramienta para la recolección de datos
<p>INDICADOR 6.a</p> <p>Reglamentación sobre la disponibilidad comercial y pública del alcohol</p>	<p>El país ha dispuesto un sistema de concesión de licencias o un monopolio sobre las ventas de cerveza, vino y licores. Además ha regulado la edad legal mínima para comprar y beber alcohol.</p>	<p><i>Informe Mundial de la OMS sobre alcohol y salud</i></p>
<p>INDICADOR 6.b</p> <p>Prohibiciones o restricciones integrales de la publicidad y la promoción del alcohol</p>	<p>El país dispone de marcos regulatorios o corregulatorios de la publicidad del alcohol por diferentes canales (televisión nacional/servicio público, televisión privada/comercial, radio nacional, radio local, medios impresos, carteles publicitarios, puntos de venta, cines, internet, redes sociales). Cuenta además con un sistema para detectar el incumplimiento de las restricciones publicitarias.</p>	<p><i>Informe Mundial de la OMS sobre alcohol y salud</i></p>
<p>INDICADOR 6.c</p> <p>Políticas de precios, como el aumento de los impuestos especiales sobre las bebidas alcohólicas</p>	<p>El país ha establecido impuestos al consumo de cerveza, vino y licores. El nivel de impuestos sobre las bebidas alcohólicas se ajusta según la inflación.</p>	<p><i>Informe Mundial de la OMS sobre alcohol y salud</i></p>

INDICADORES DE PROGRESO

INDICADOR 7

El Estado Miembro ha puesto en marcha las siguientes medidas para reducir los regímenes alimentarios poco saludables:

	Definición	Herramienta para la recolección de datos
INDICADOR 7.a Políticas nacionales para reducir la ingesta de sal (sodio)	El país ha puesto en marcha políticas para reducir el consumo a nivel poblacional de sal o sodio, como la reformulación de productos por parte de la industria, la regulación del contenido de sal en los alimentos o las campañas de concientización del público general.	<i>Perfil de capacidad y respuesta frente a las ENT y sus FR de la OMS</i>
INDICADOR 7.b Políticas nacionales que limiten la cantidad de ácidos grasos saturados y virtualmente eliminen los ácidos grasos <i>trans</i> de producción industrial	El país ha puesto en marcha políticas para limitar los ácidos grasos saturados y eliminar prácticamente todas las grasas <i>trans</i> de la producción industrial de alimentos.	<i>Perfil de capacidad y respuesta frente a las ENT y sus FR de la OMS</i>
INDICADOR 7.c El conjunto de recomendaciones de la OMS sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños	El país ha puesto en marcha políticas para reducir el impacto sobre los niños de la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas con alto contenido de grasas saturadas, ácidos grasos <i>trans</i> , azúcares libres o sal.	<i>Perfil de capacidad y respuesta frente a las ENT y sus FR de la OMS</i>
INDICADOR 7.d Legislación/reglamentos para la plena aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna	El país ha implementado legislación o regulaciones para aplicar plenamente el Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna.	<i>En revisión</i>

INDICADORES DE PROGRESO		
	Definición	Herramienta para la recolección de datos
<p>INDICADOR 8</p> <p>El Estado Miembro ha aplicado recientemente al menos un programa nacional de concientización del público sobre el régimen alimentario y/o la actividad física</p>	<p>El país ha realizado al menos una campaña reciente de concientización dirigida al público general sobre la alimentación, la actividad física, o ambas cosas.</p>	<p><i>Perfil de capacidad y respuesta frente a las ENT y sus FR de la OMS</i></p>
<p>INDICADOR 9</p> <p>El Estado Miembro tiene directrices, protocolos o normas nacionales, aprobadas por el gobierno o las autoridades competentes y con fundamento científico, para el tratamiento de las principales enfermedades no transmisibles mediante un enfoque de la atención primaria de salud</p>	<p>Guías, protocolos o normas nacionales, basados en evidencia y aprobados por el gobierno, para el manejo (diagnóstico y tratamiento) de las cuatro ENT principales (ECV, DM, cáncer y ERC).</p>	<p><i>Perfil de capacidad y respuesta frente a las ENT y sus FR de la OMS</i></p>
<p>INDICADOR 10</p> <p>El Estado Miembro provee tratamientos farmacológicos (entre otros, para el control de la glicemia) y consejería a las personas con alto riesgo que lo necesiten para prevenir infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares, haciendo especial énfasis en la atención primaria de salud</p>	<p>El país proporciona tratamiento farmacológico, incluido el control glucémico, y orientación para las personas que presentan un riesgo alto, a fin de prevenir episodios cardíacos y accidentes cerebrovasculares, en especial en el primer nivel de atención.</p>	<p><i>Perfil de capacidad y respuesta frente a las ENT y sus FR de la OMS</i></p>

ANEXO 2

Principales términos utilizados en el Perfil de capacidad y respuesta frente a las ENT y sus FR 2015

Términos	Definición
Colaboración multisectorial	Relación reconocida entre partes de diferentes sectores del desarrollo, como ministerios (de salud, educación, etc.), dependencias de gobierno, organizaciones no gubernamentales, entidades privadas con o sin fines de lucro y la sociedad civil en su conjunto. Esta relación se establece con el fin de adoptar medidas que alcancen resultados en materia de salud de manera más eficaz, eficiente o sostenible de lo que podría obtener el sector salud por sí solo.
En desarrollo	Una acción o medida que aún se encuentra en desarrollo o están ultimándose sus detalles y por tanto no está ejecutándose en el país.
Encuesta nacional	Encuesta que se realiza a intervalos fijos o discrecionales sobre las principales enfermedades crónicas, o los principales FR comunes a las enfermedades crónicas.
Multisectorial	Que incluye sectores diferentes, como salud, agricultura, educación, finanzas, infraestructura, transporte, comercio, etcétera.
Operacional	Se dice de una política, estrategia o plan de acción que está utilizándose y aplicándose en el país, y que cuenta con recursos y financiamiento para ello.
Plan de acción nacional integrado	Método concertado para abordar una gran variedad de temas dentro del marco de prevención de enfermedades crónicas y promoción de la salud, apuntando a los principales FR comunes a las principales enfermedades crónicas. Incluye la integración de prevención primaria, secundaria y terciaria, la promoción de la salud y los programas de prevención de las enfermedades en diferentes sectores y disciplinas.
Política nacional / Estrategia / Plan de acción	<p>Política nacional: decisión o conjunto de decisiones oficiales específicas, cuyo fin es implementar un procedimiento que es respaldado por un órgano político. Incluye un conjunto de metas, prioridades y direcciones principales para alcanzar esas metas. El documento de política puede incluir una estrategia para implementarla.</p> <p>Estrategia: plan a largo plazo que se diseña para alcanzar una meta específica.</p> <p>Plan de acción: curso de acción, que puede corresponder a una política o estrategia, con actividades definidas que indican quién hace qué (tipo de actividades y personas responsables de la ejecución), cuándo (plazo), cómo y con qué recursos, para lograr un objetivo.</p>
Unidad o departamento	Entidad administrativa cuya responsabilidad es prevenir y controlar las ENT en un ministerio de salud o instituto nacional.
Vigilancia	Recopilación sistemática de datos sobre FR, enfermedades crónicas y sus determinantes para poder contar con análisis, interpretación y realimentación de manera continua. La recopilación se realiza mediante encuestas o registros.

ANEXO 3

Proceso de validación establecido por la OMS para el Perfil de capacidad y respuesta frente a las ENT y sus FR 2015

MÓDULO I: INFRAESTRUCTURA DE SALUD PÚBLICA, ALIANZAS Y COLABORACIÓN MULTISECTORIAL PARA LAS ENT Y SUS FR	
Pregunta	Validación
1) ¿Existe una unidad/división/departamento en el ministerio de salud o equivalente responsable de las ENT y sus FR? 1a) Indique el número de funcionarios técnicos profesionales que trabajan a tiempo completo en la unidad/división/departamento.	Se puede comparar con la respuesta de la ronda previa. Si se ha invertido la respuesta, confirmar con el Estado Miembro que efectivamente es así
2) ¿Existe financiamiento para las siguientes actividades/funciones relacionadas con las ENT y sus FR? <ul style="list-style-type: none"> • Prevención primaria • Promoción de la salud • Detección temprana/tamizaje • Atención sanitaria y tratamiento • Vigilancia, monitoreo y evaluación • Desarrollo de capacidades • Cuidados paliativos 	No aplica
2a) ¿Cuáles son las principales fuentes de financiamiento para las ENT y sus FR?	No aplica
3) ¿Está implementando su país alguna de las siguientes intervenciones fiscales? <ul style="list-style-type: none"> • Impuestos sobre el alcohol • Impuestos sobre el tabaco (selectivos y no selectivos) • Impuestos a las bebidas endulzadas con azúcar • Impuestos a los alimentos con alto contenido de grasas, azúcar o sal • Subsidios de precios a alimentos saludables • Incentivos impositivos para promover la actividad física • Otras 	No aplica
4) ¿Existe alguna comisión, organismo o mecanismo nacional multisectorial para supervisar la participación, la coherencia de las políticas y la rendición de cuentas en relación con las ENT en sectores que no pertenecen al ámbito de la salud?	No aplica

MÓDULO II: SITUACIÓN DE LAS POLÍTICAS, ESTRATEGIAS Y PLANES DE ACCIÓN EN RELACIÓN CON LAS ENT Y SUS FR

Pregunta	Validación
1a) ¿Están las ENT incluidas en su plan nacional de salud?	Proporcionar una copia del plan nacional de salud
1b) ¿Están las ENT incluidas en su programa de desarrollo nacional?	Proporcionar una copia del programa de desarrollo nacional
2) ¿Existe un conjunto de indicadores nacionales para las ENT?	Proporcionar una copia de los indicadores
2a) ¿Existe un conjunto de metas nacionales con plazos para estos indicadores?	Proporcionar una copia de las metas
3) ¿Tiene su país una política, estrategia o plan de acción nacional que integre varias ENT y sus FR?	Proporcionar una copia de la política, estrategia o plan de acción
4-13) ¿Tiene su país una política, estrategia o plan de acción para _____*_____? (* = ECV, cáncer, DM, ERC, reducir el consumo nocivo de alcohol, reducir la inactividad física y/o promover la actividad física, reducir el consumo de tabaco, o reducir la dieta no saludable relacionada con las ENT y/o promover una dieta saludable)	Para cada política, estrategia o plan de acción, proporcionar una copia. Para las políticas, estrategias o planes de acción de tabaco, comparar con el <i>Informe mundial sobre la epidemia del tabaquismo de la OMS</i> . Para las políticas, estrategias o planes de acción sobre alcohol, comparar con la Encuesta mundial de la OMS sobre alcohol y salud.
14) ¿Existe una política y/o plan de investigación relacionada con ENT, incluida la investigación comunitaria y la evaluación del impacto de las intervenciones y las políticas?	Proporcionar una copia de la política/ plan
15) ¿Se está implementando en su país alguna política para reducir el impacto en los niños de la publicidad de alimentos y bebidas sin alcohol con alto contenido de grasas saturadas, ácidos grasos trans, azúcares libres o sal?	Proporcionar una copia de las políticas
16) ¿Se está implementando en su país el <i>Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna</i> mediante la adopción de leyes nacionales?	Proporcionar una copia de las políticas
17) ¿Se está implementando en su país alguna política nacional que limite el contenido de ácidos grasos saturados y prácticamente elimine grasas trans industriales (p. ej., aceites vegetales parcialmente hidrogenados) de los alimentos?	Proporcionar una copia de las políticas

MÓDULO II: SITUACIÓN DE LAS POLÍTICAS, ESTRATEGIAS Y PLANES DE ACCIÓN EN RELACIÓN CON LAS ENT Y SUS FR

Pregunta	Validación
18) ¿Se está implementando en su país alguna política para reducir el consumo de sal en la población?	Proporcionar una copia de las políticas
19) ¿Se ha implementado en su país algún programa nacional de concientización del público sobre el régimen alimentario en los últimos 5 años?	Proporcionar documentación sobre el programa y/o un enlace a su página web, si está disponible
20) ¿Se ha implementado en su país algún programa nacional de concientización del público sobre la actividad física en los últimos 5 años?	Proporcionar documentación sobre el programa y/o un enlace a su página web, si está disponible
21) ¿Existe en su país reglamentación sobre contenido nutricional en la etiqueta de acuerdo con normas internacionales, en particular el Codex Alimentarius, para los alimentos envasados?	Proporcionar una copia de la regulación

MÓDULO III: SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA, VIGILANCIA Y ENCUESTAS EN RELACIÓN CON LAS ENT Y SUS FR

Pregunta	Validación
1) ¿Quién es responsable de la vigilancia de ENT y sus FR en su país?	No aplica
2) ¿Existe en su país un sistema para recopilar regularmente datos de mortalidad desglosados por causa de muerte?	Comparar con los datos de Estadísticas y Sistemas de Información Sanitaria (HQ/HSI)
3) ¿Existe en su país un registro de cáncer?	Comparar con los datos de la IARC
4) ¿Existe en su país un registro de DM?	No aplica
5) ¿Se realizan en su país encuestas de FR (uno o múltiples) para cualquiera de los siguientes factores? [...]	Proporcionar una copia del informe de la encuesta Comparar con los datos de vigilancia y prevención basada en la población (PND/SPP [HQ]) y Prevención de enfermedades no transmisibles/ Sistemas de información para control de tabaco (PND/CIC [HQ]), y otras fuentes de información accesibles

MÓDULO IV: CAPACIDAD DEL SISTEMA DE SALUD EN MATERIA DE DETECCIÓN PRECOZ, TRATAMIENTO Y ATENCIÓN DE LAS ENT Y SUS FR

Pregunta	Validación
1) Indique si existen directrices/protocolos/normas nacionales basadas en la evidencia para el manejo (diagnóstico y tratamiento) de cada una de las principales ENT mediante un abordaje de atención primaria reconocido/aprobado por el gobierno o por autoridades competentes. Si existen tales directrices/protocolos/normas, indique el estado de su implementación y cuándo fueron actualizadas por última vez.	Proporcionar una copia de las directrices, protocolos y normas nacionales disponibles
2) Para cada una de las principales ENT, indique si su país ha establecido criterios estandarizados para la derivación de pacientes de nivel de atención primaria a un nivel más alto de atención (secundaria/terciaria). Si se dispone de criterios estandarizados, indique su estado de implementación.	No aplica
3) Indique si existe un programa nacional de tamizaje dirigido a la población general para los siguientes tipos de cáncer (mama, cervicouterino, colorrectal, próstata) y, en caso afirmativo, anote los detalles.	No aplica
4) Indique si existe un programa nacional de tamizaje dirigido a la población general para los siguientes tipos de cáncer (mama, cervicouterino, colorrectal, próstata) y, en caso afirmativo, anote los detalles.	Comparar con el Atlas del cáncer (http://canceratlas.cancer.org/data)
5) Indique si la detección temprana de los siguientes tipos de cáncer (mama, cervicouterino, colorrectal, próstata) mediante identificación rápida de los primeros síntomas se integra en servicios de atención primaria de salud. Especifique si existe un sistema de derivación claramente definido de la atención primaria a la atención secundaria/terciaria.	No aplica
6) ¿Está implementándose un programa nacional de vacunación contra el VPH? 6a) ¿A quién va dirigido? 6b) ¿En qué año se inició? 6c) ¿Qué cobertura ofrece?	Comparar con el Atlas de cáncer (http://canceratlas.cancer.org/data)
7) Describa la disponibilidad de medicamentos en establecimientos de atención primaria del sector de salud pública.	No aplica
8) Indique la disponibilidad de los siguientes procedimientos para tratar ENT en el sistema de salud financiado públicamente.	No aplica

Pregunta	Validación
9) Indique el número de centros de tratamiento que ofrecen radioterapia.	Comparar con la base de datos DIRAC (http://www-naweb.iaea.org/nahu/dirac)
10) Indique los servicios de diagnóstico y tratamiento del cáncer que existen en el sector público.	No aplica
11) ¿Cuántos laboratorios de anatomía patológica para diagnóstico de cáncer existen en el país?	No aplica
12) Indique la disponibilidad de cuidados paliativos para pacientes con ENT en el sistema de salud pública.	No aplica
13) ¿Qué proporción de establecimientos de atención primaria de salud ofrecen estratificación del riesgo de ECV para el manejo de los pacientes con alto riesgo de infarto del miocardio y accidentes cerebrovasculares?	No aplica
14) ¿Qué porcentaje de establecimientos de salud del sector público tienen capacidad para la atención y rehabilitación de pacientes que sufrieron un accidente cerebrovascular agudo?	No aplica
15) ¿Qué porcentaje de establecimientos de salud del sector público tienen capacidad para la prevención secundaria de fiebre y cardiopatía reumática?	No aplica

ANEXO 4

Nota técnica: Categorías para la clasificación de las encuestas poblacionales sobre FR

Las encuestas poblacionales sobre los principales FR en adultos y adolescentes se han clasificado en categorías definidas según los siguientes criterios:

- 1. Periodicidad:** realizada al menos cada 5 años.
- 2. Encuesta representativa:** representatividad nacional.
- 3. Datos recientes:** recolección de los datos hace 5 años o menos,
- 4. Datos medidos:** en el caso de FR que requieren mediciones físicas (peso y talla para el sobrepeso y la obesidad; presión arterial para la presión arterial elevada o hipertensión) o análisis bioquímicos (glucemia para la glucemia elevada o la DM; colesterolemia para el colesterol total elevado o sodio urinario para el consumo de sal/sodio).

A partir de estos criterios y con un código de color, se han establecido dos grupos de categorías para los FR que no requieren mediciones y los FR que sí las precisan, según se muestra a continuación:

CUADRO A-1

Categorías para la clasificación de encuestas poblacionales sobre FR que no requieren mediciones: consumo nocivo de alcohol, tabaco, bajo consumo de frutas y verduras, e inactividad física

Categoría	Datos recientes (< 5 años)	Representatividad nacional	Periodicidad de al menos cada 5 años
Verde	Sí	Sí	Sí
Amarillo	Sí	Sí	No
Naranja	Sí	No	Sí
Rojo	No	Sí/No	Sí/No
Gris	Sin respuesta o no validada		

CUADRO A-2

Categorías para la clasificación de encuestas poblacionales sobre FR que requieren mediciones: sobrepeso y obesidad, glucosa elevada en sangre/diabetes, presión arterial elevada/hipertensión, colesterol total elevado

Categoría	Datos recientes (<5 años)	Representatividad nacional	Mediciones físicas o bioquímicas (en lugar de datos autorreportados)	Periodicidad de al menos cada 5 años
Verde	Sí	Sí	Sí	Sí
Amarillo	Sí	Sí	Sí	No
Naranja	Sí	Sí/No	Sí/No	Sí/No
Rojo	No	Sí/No	Sí/No	Sí/No
Gris	Sin respuesta o no validada			

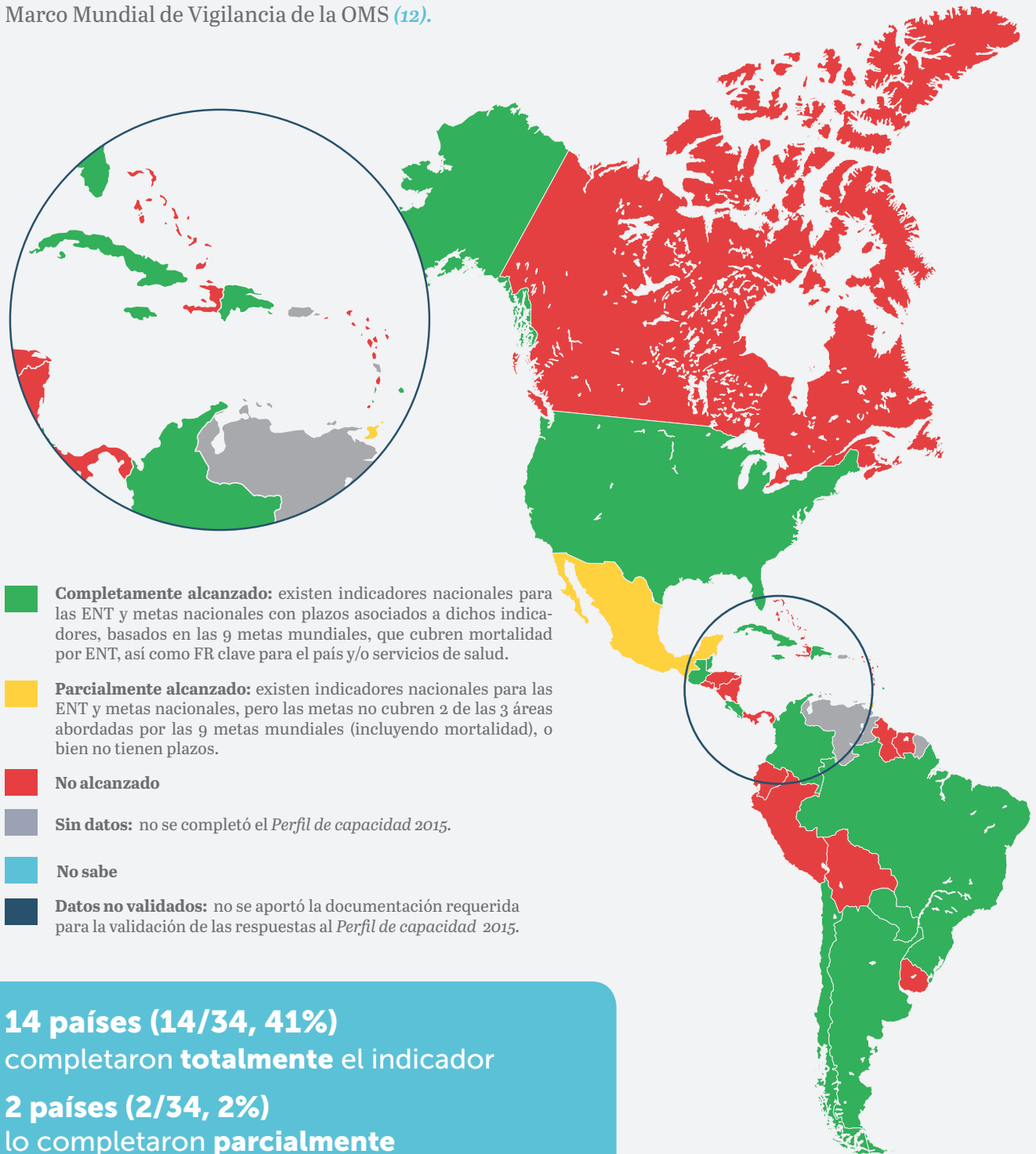
ANEXO 5

Indicadores de progreso que utilizan el Perfil de capacidad y respuesta frente a las ENT y sus FR 2015 como fuente de información, desagregados por país

FIGURA A-1

Indicador de progreso número 1, definido por la OMS para reportar ante la Asamblea General de las Naciones Unidas

Definición del indicador: Número de Estados Miembros que han establecido metas nacionales con plazos e indicadores, tomando como base las recomendaciones de la OMS. Las metas e indicadores para las ENT deben tener plazos y estar basados en las 9 metas voluntarias mundiales y en los 25 indicadores del Marco Mundial de Vigilancia de la OMS (12).



14 países (14/34, 41%)
completaron **totalmente** el indicador

2 países (2/34, 2%)
lo completaron **parcialmente**

CUADRO A-3

Resultados para el indicador de progreso número 1 y variables del Perfil de capacidad y respuesta frente a las ENT y sus FR 2015 utilizadas para su construcción, por países

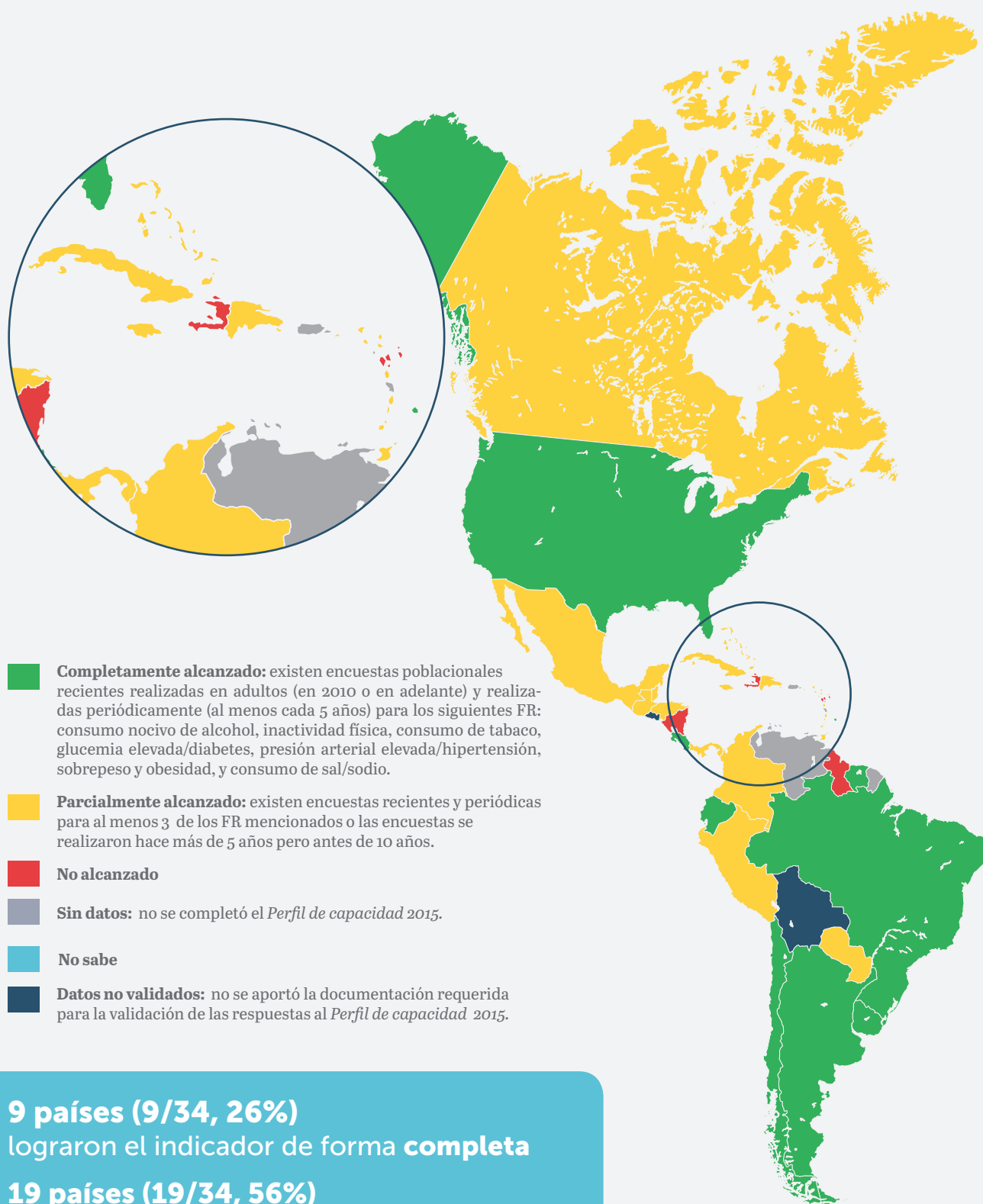
País	¿Existen indicadores nacionales para las ENT?	¿Existen metas con plazos asociadas a los indicadores?	¿Cubren las metas con plazos las tres áreas del marco mundial de vigilancia de la OMS (mortalidad, FR y/o servicios de salud)?	¿Se ha alcanzado el indicador de progreso número 1?
Antigua y Barbuda	No	N/A	N/A	No
Argentina	Sí	Sí	Sí	Completamente
Bahamas	No	N/A	N/A	No
Barbados	Sí	Sí	Sí	Completamente
Belice	Sí	Sí	Sí	Completamente
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Sí	No	N/A	No
Brasil	Sí	Sí	Sí	Completamente
Canadá	Sí	No	N/A	No
Chile	Sí	Sí	Sí	Completamente
Colombia	Sí	Sí	Sí	Completamente
Costa Rica	Sí	Sí	Sí	Completamente
Cuba	Sí	Sí	Sí	Completamente
Dominica	No	N/A	N/A	No
Ecuador	No	N/A	N/A	No
El Salvador	No	N/A	N/A	No
Estados Unidos de América	Sí	Sí	Sí	Completamente
Granada	Sí	No	N/A	No
Guatemala	Sí	Sí	Sí	Completamente
Guyana	No	N/A	N/A	No
Haití	No	N/A	N/A	No
Honduras	No	N/A	N/A	No
Jamaica	Sí	Sí	Sí	Completamente
México	Sí	Sí	No	Parcialmente
Nicaragua	No	N/A	N/A	No
Panamá	No	N/A	N/A	No
Paraguay	Sí	Sí	Sí	Completamente
Perú	Sí	No	N/A	No
República Dominicana	Sí	Sí	Sí	Completamente
Saint Kitts y Nevis	No	N/A	N/A	No
San Vicente y las Granadinas	Sí	Sí	Sí	Completamente
Santa Lucía	Sí	No	N/A	No
Suriname	Sí	No	N/A	No
Trinidad y Tabago	Sí	Sí	No	Parcialmente
Uruguay	No	N/A	N/A	No
Venezuela (República Bolivariana de)	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos

N/A: no aplicable

FIGURA A-2

Indicador de progreso número 3, definido por la OMS para reportar ante la Asamblea General de las Naciones Unidas

Definición del indicador: Número de Estados Miembros que realizan cada 5 años una encuesta STEPS o una encuesta de salud similar (12).



9 países (9/34, 26%)
lograron el indicador de forma **completa**

19 países (19/34, 56%)
lo alcanzaron **parcialmente**

CUADRO A-4

Resultados para el indicador de progreso número 3 y variables del Perfil de capacidad 2015 utilizadas para su construcción, por países

País	Disponibilidad de encuestas recientes y periódicas para los siguientes FR en adultos							
	Consumo nocivo de alcohol		Inactividad física		Consumo de tabaco		Glucosa elevada en sangre/DM	
	Año	Periodicidad	Año	Periodicidad	Año	Periodicidad	Año	Periodicidad
Antigua y Barbuda	No	N/A	No	N/A	No	N/A	No	N/A
Argentina	2013	3-5 años	2013	3-5 años	2013	3-5 años	2013	3-5 años
Bahamas	2012	3-5 años	2012	3-5 años	2012	3-5 años	2012	3-5 años
Barbados	2011	3-5 años	2011	3-5 años	2011	3-5 años	2011	3-5 años
Belice	2006	Ad hoc	2006	Ad hoc	2006	Ad hoc	2006	Ad hoc
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2014 ^a	--	2014 ^a	Ad hoc	2014 ^a	Ad hoc	2014 ^a	Ad hoc
Brasil	2014	1-2 años	2014	1-2 años	2014	1-2 años	2013	3-5 años
Canadá	2014	1-2 años	2014	1-2 años	2014	1-2 años	2013	1-2 años
Chile	2013	1-2 años	2010	3-5 años	2013	1-2 años	2010	3-5 años
Colombia	2013	Otra	2010	Otra	2013	Otra	2007	Otra
Costa Rica	2010	3-5 años	2010	3-5 años	2010	3-5 años	2010	3-5 años
Cuba	2010	3-5 años	2010	3-5 años	2010	3-5 años	2010	3-5 años
Dominica	2008	Otra	2008	Otra	2008	Otra	2008	Otra
Ecuador	2012	3-5 años	2012	3-5 años	2012	3-5 años	2012	3-5 años
El Salvador	2014 ^a	3-5 años	2013 ^a	3-5 años	2014 ^a	3-5 años	2014 ^a	3-5 años
Estados Unidos de América	2015	1-2 años	2015	1-2 años	2013	1-2 años	2013	1-2 años
Grenada	2010	Otra	2010	Otra	2010	Otra	2010	Otra
Guatemala	2010	3-5 años	2010	3-5 años	2010	3-5 años	2010	3-5 años
Guyana	2009	Otra	No	N/A	2009	Otra	No	N/A
Haití	No	N/A	--	--	No	N/A	2006 ^a	Ad hoc
Honduras	2011	Ad hoc	No	N/A	2011	Ad hoc	2004	--
Jamaica	2008	Otra	2008	Otra	2008	Otra	2008	Otra
México	2012	Otra	2012	Otra	2012	Otra	2012	Otra
Nicaragua	2003	Ad hoc	1998	Ad hoc	2001	Ad hoc	2003	Ad hoc
Panamá	2010	Ad hoc	2010	Ad hoc	2013	3-5 años	2010	Ad hoc
Paraguay	2011	3-5 años	2011	3-5 años	2011	3-5 años	2011	3-5 años
Perú	2014	1-2 años	--	--	2014	1-2 años	2014	1-2 años
República Dominicana	2013	3-5 años	2013	3-5 años	2010	3-5 años	2013	3-5 años
Saint Kitts y Nevis	2008	Ad hoc	2008	Ad hoc	2008	Ad hoc	2007	Otra
San Vicente y las Granadinas	2014	3-5 años	2013	3-5 años	2013	3-5 años	2013	3-5 años
Santa Lucía	2012	Ad hoc	2012	Ad hoc	2012	Ad hoc	2012	Ad hoc
Suriname	2013	3-5 años	2013	3-5 años	2013	3-5 años	2013	3-5 años
Trinidad y Tabago	2011	3-5 años	2011	3-5 años	2011	3-5 años	2011	3-5 años
Uruguay	2013	3-5 años	2013	3-5 años	2013	3-5 años	2013	3-5 años
Venezuela	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos

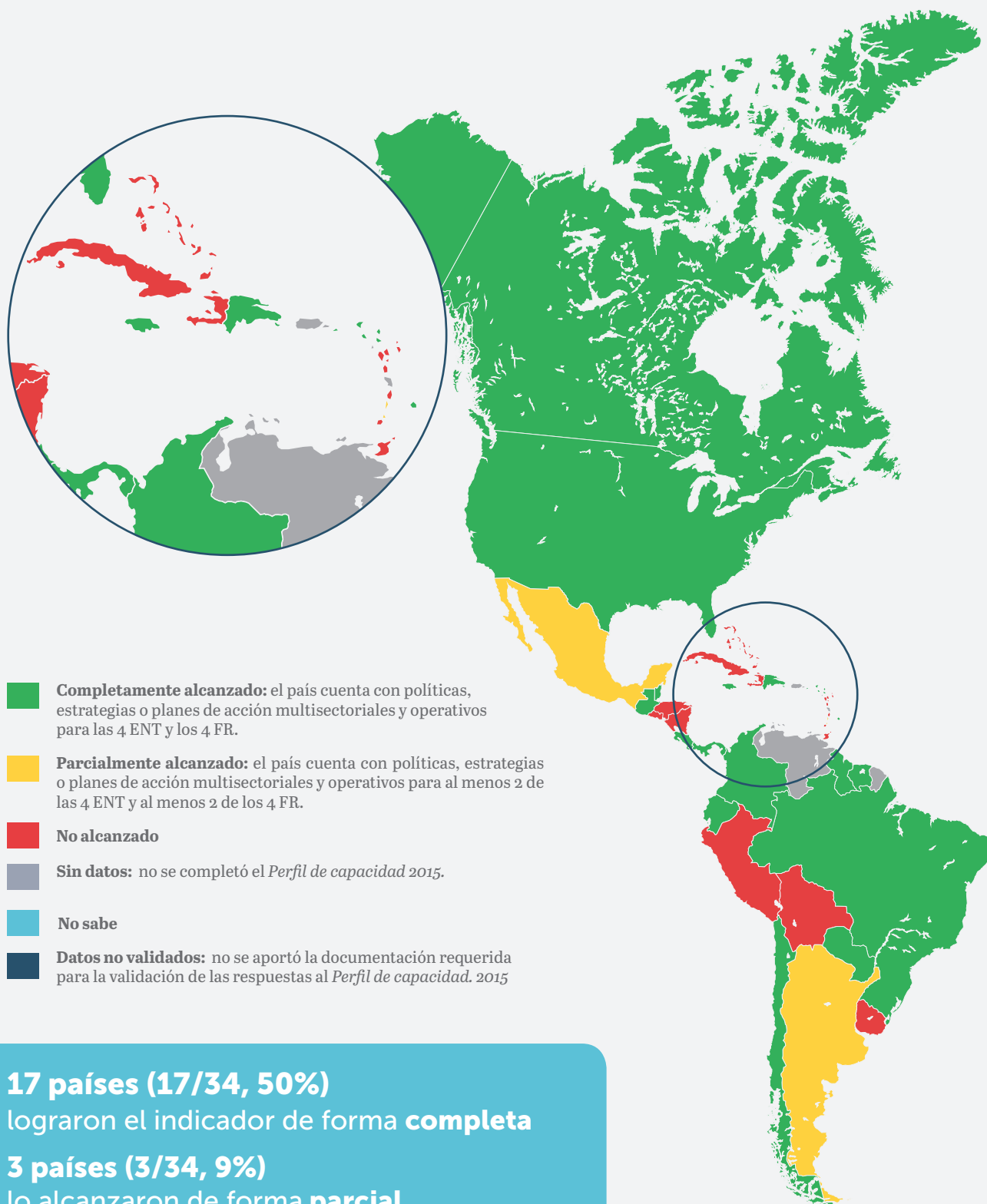
País	Disponibilidad de encuestas recientes y periódicas para los siguientes FR en adultos						¿Se ha alcanzado el indicador de progreso número 3?
	Presión arterial elevada/HTA		Sobrepeso y obesidad		Consumo de sal/sodio		
	Año	Periodicidad	Año	Periodicidad	Año	Periodicidad	
Antigua y Barbuda	No	N/A	No	N/A	No	N/A	No
Argentina	2013	3-5 años	2013	3-5 años	2013	3-5 años	Completamente
Bahamas	2012	3-5 años	2012	3-5 años	No	N/A	Parcialmente
Barbados	2011	3-5 años	2011	3-5 años	2011	3-5 años	Completamente
Belice	2006	Ad hoc	2006	Ad hoc	No	N/A	Parcialmente
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2014 ^a	Ad hoc	2014 ^a	Ad hoc	No	N/A	Datos no validados
Brasil	2013	3-5 años	2014	1-2 años	2013	3-5 años	Completamente
Canadá	2013	1-2 años	2013	Otra	2004	Otra	Parcialmente
Chile	2010	3-5 años	2010	3-5 años	2010	3-5 años	Completamente
Colombia	2007	Otra	2010	Otra	2010	Otra	Parcialmente
Costa Rica	2010	3-5 años	2010	3-5 años	2013	3-5 años	Completamente
Cuba	2010	3-5 años	2010	3-5 años	No	N/A	Parcialmente
Dominica	2008	Otra	2008	Otra	No	N/A	Parcialmente
Ecuador	2012	3-5 años	2012	3-5 años	2012	3-5 años	Completamente
El Salvador	2014 ^a	3-5 años	2014 ^a	3-5 años	2014 ^a	3-5 años	Datos no validados
Estados Unidos de América	2015	1-2 años	2015	1-2 años	2013	1-2 años	Completamente
Grenada	2010	Otra	2010	Otra	No	N/A	Parcialmente
Guatemala	2010	3-5 años	2010	3-5 años	No	N/A	Parcialmente
Guyana	No	N/A	No	N/A	No	N/A	No
Haití	No	N/A	--	--	No	N/A	No
Honduras	2004	Ad hoc	2011	Ad hoc	No	N/A	Parcialmente
Jamaica	2008	Otra	2008	Otra	No	N/A	Parcialmente
México	2012	Otra	2012	Otra	No	N/A	Parcialmente
Nicaragua	2003	Ad hoc	2011	Ad hoc	No	N/A	No
Panamá	2010	Ad hoc	2010	Ad hoc	No	N/A	Parcialmente
Paraguay	2011	3-5 años	2011	3-5 años	2014	Ad hoc	Parcialmente
Perú	2014	1-2 años	2014	1-2 años	No	N/A	Parcialmente
República Dominicana	2010	Otra	2013	3-5 años	No	N/A	Parcialmente
Saint Kitts y Nevis	2007	--	2008	Ad hoc	No	N/A	Parcialmente
San Vicente y las Granadinas	2013	3-5 años	2013	3-5 años	No	N/A	Parcialmente
Santa Lucía	2012	Ad hoc	2012	Ad hoc	2012	Ad hoc	Parcialmente
Suriname	2013	3-5 años	2013	3-5 años	2013	3-5 años	Completamente
Trinidad y Tabago	2011	3-5 años	2011	3-5 años	No	N/A	Parcialmente
Uruguay	2013	3-5 años	2013	3-5 años	2013	3-5 años	Completamente
Venezuela	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos

^a: datos no validados; -- : sin respuesta; N/A: no aplicable

FIGURA A-3

Indicador de progreso número 4, definido por la OMS para reportar ante la Asamblea General de las Naciones Unidas

Definición del indicador: Número de Estados Miembros con una estrategia o plan de acción nacional multisectorial y operativo, que integre las principales ENT y sus FR (12).



CUADRO A-5

Resultados para el indicador de progreso número 4 y variables del Perfil de capacidad y respuesta frente a las ENT y sus FR 2015 utilizadas para su construcción, por países

País	Política, estrategia o plan de acción integral para las ENT	¿Aborda las siguientes ENT y FR?			
		Consumo nocivo de alcohol	Dieta no saludable	Actividad física	Tabaco
Antigua y Barbuda	En desarrollo	Sí	Sí	Sí	Sí
Argentina	Operativo	No	Sí	Sí	Sí
Bahamas	No	N/A	N/A	N/A	N/A
Barbados	Operativo	Sí	Sí	Sí	Sí
Belice	Operativo	Sí	Sí	Sí	Sí
Bolivia (Estado Plurinacional de)	No	N/A	N/A	N/A	N/A
Brasil	Operativo	Sí	Sí	Sí	Sí
Canadá	Operativo	Sí	Sí	Sí	Sí
Chile	Operativo	Sí	Sí	Sí	Sí
Colombia	Operativo	Sí	Sí	Sí	Sí
Costa Rica	Operativo	Sí	Sí	Sí	Sí
Cuba	No	N/A	N/A	N/A	N/A
Dominica	En desarrollo	Sí	Sí	Sí	Sí
Ecuador	Operativo	Sí	Sí	Sí	Sí
El Salvador	En desarrollo	Sí	Sí	Sí	Sí
Estados Unidos de América	Operativo	Sí	Sí	Sí	Sí
Grenada	En desarrollo	Sí	Sí	Sí	Sí
Guatemala	Operativo	Sí	Sí	Sí	Sí
Guyana	Operativo	Sí	Sí	Sí	Sí
Haití	No	N/A	N/A	N/A	N/A
Honduras	No	N/A	N/A	N/A	N/A
Jamaica	Operativo	Sí	Sí	Sí	Sí
México	Operativo	No	Sí	Sí	No
Nicaragua	No	N/A	N/A	N/A	N/A
Panamá	Operativo	Sí	Sí	Sí	Sí
Paraguay	Operativo	Sí	Sí	Sí	Sí
Perú	No	N/A	N/A	N/A	N/A
República Dominicana	Operativo	Sí	Sí	Sí	Sí
Saint Kitts y Nevis	Operativo	Sí	Sí	Sí	Sí
San Vicente y las Granadinas	Operativo	Sí	Sí	Sí	Sí
Santa Lucía	No está funcionando	Sí	Sí	Sí	Sí
Suriname	Operativo	Sí	Sí	Sí	Sí
Trinidad y Tabago	No	N/A	N/A	N/A	N/A
Uruguay	No	N/A	N/A	N/A	N/A
Venezuela	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos

País	¿Aborda las siguientes ENT y FR?				Primer año de implementación	¿Se ha alcanzado el indicador de progreso número 4?
	Cáncer	ECV	ERC	DM		
Antigua y Barbuda	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Argentina	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Parcialmente
Bahamas	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	No
Barbados	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Completamente
Belice	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Completamente
Bolivia (Estado Plurinacional de)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	No
Brasil	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Completamente
Canadá	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Completamente
Chile	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Completamente
Colombia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Completamente
Costa Rica	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Completamente
Cuba	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	No
Dominica	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No
Ecuador	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Completamente
El Salvador	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No
Estados Unidos de América	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Completamente
Grenada	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No
Guatemala	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Completamente
Guyana	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Completamente
Haití	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	No
Honduras	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	No
Jamaica	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Completamente
México	No	Sí	No	Sí	Sí	Parcialmente
Nicaragua	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	No
Panamá	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Completamente
Paraguay	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Completamente
Perú	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	No
República Dominicana	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Completamente
Saint Kitts y Nevis	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Completamente
San Vicente y las Granadinas	No	Sí	No	Sí	Sí	Parcialmente
Santa Lucía	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Suriname	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Completamente
Trinidad y Tabago	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	No
Uruguay	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	No
Venezuela	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos

DM: diabetes; ECV: enfermedades cardiovasculares; ERC: enfermedades respiratorias crónicas; N/A: no aplicable.

FIGURA A-4

Indicador de progreso número 7a, definido por la OMS para reportar ante la Asamblea General de las Naciones Unidas

Definición del indicador: Número de Estados Miembros que han adoptado políticas nacionales para la reducción del consumo poblacional de sal/sodio, como la reformulación de productos por la industria, la regulación del contenido de sal en los alimentos o campañas de concientización del público general (12).

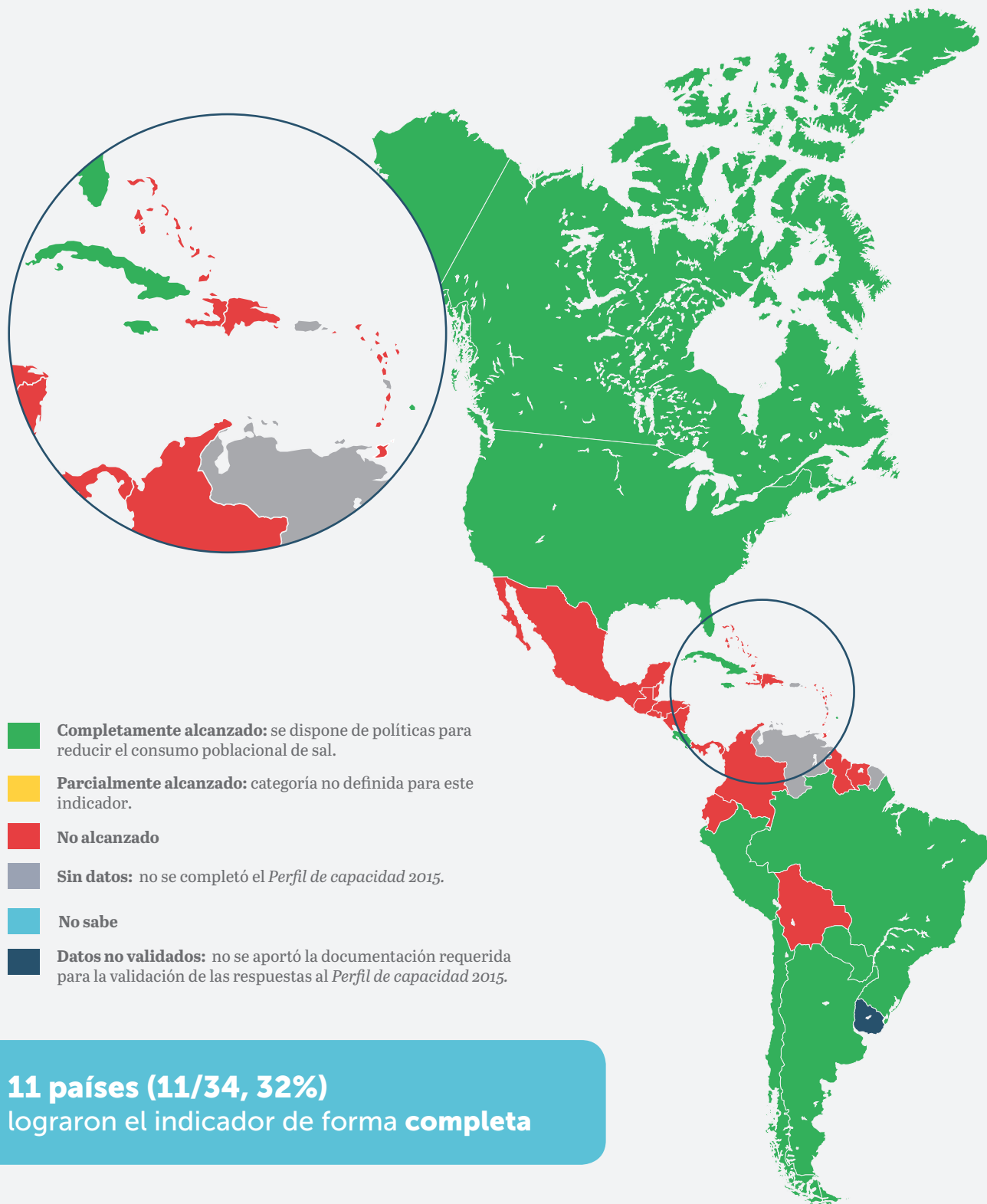


FIGURA A-5

Indicador de progreso número 7b, definido por la OMS para reportar ante la Asamblea General de las Naciones Unidas

Definición del indicador: Número de Estados Miembros que han adoptado políticas nacionales que limitan el contenido de ácidos grasos saturados y virtualmente eliminan los ácidos grasos *trans* de producción industrial (12).

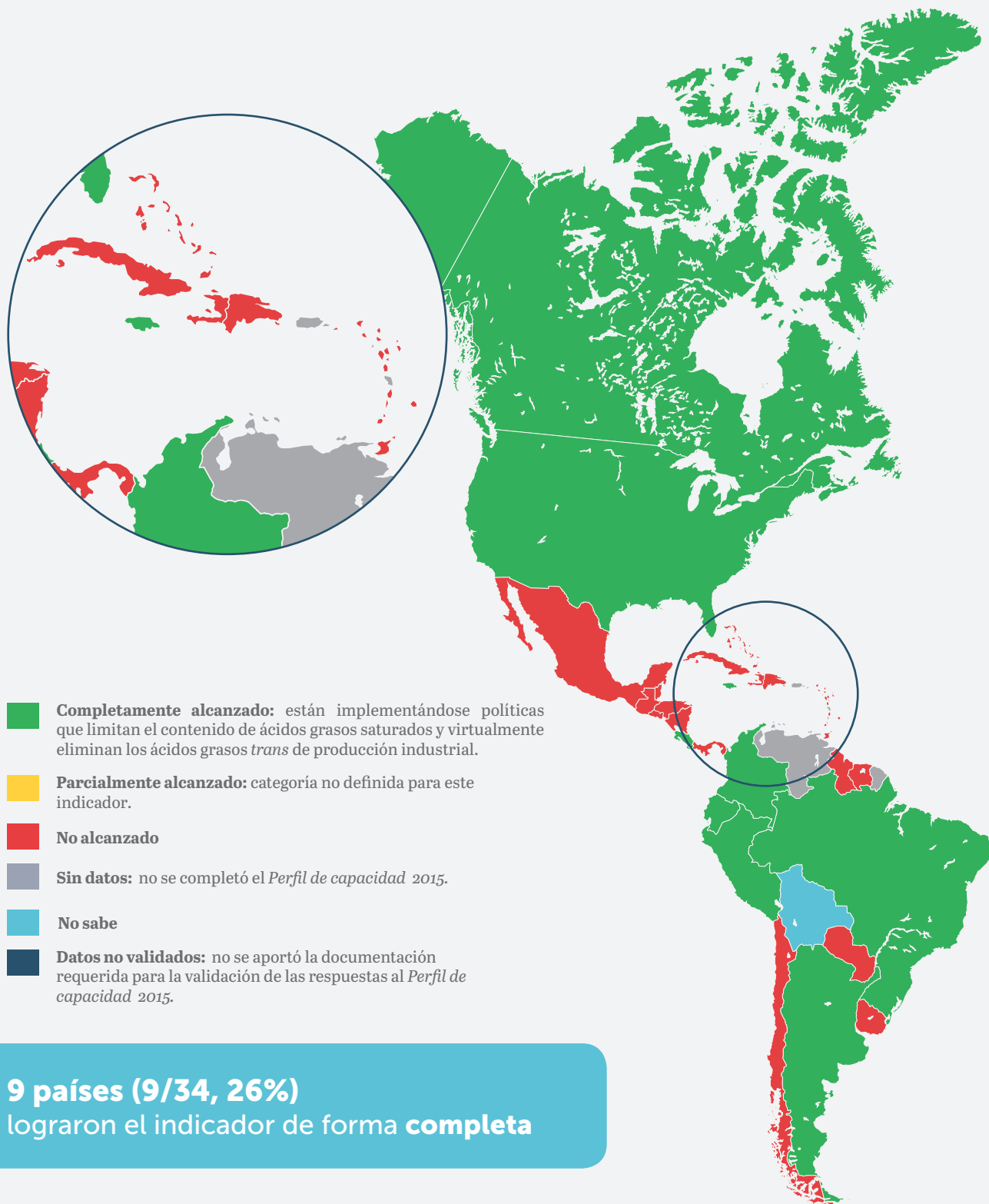


FIGURA A-6

Indicador de progreso número 7c, definido por la OMS para reportar ante la Asamblea General de las Naciones Unidas

Definición del indicador: Número de Estados Miembros que han implementado alguna política para reducir el impacto en los niños de la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas con un alto contenido de grasas saturadas, ácidos grasos *trans*, azúcar o sal (12).

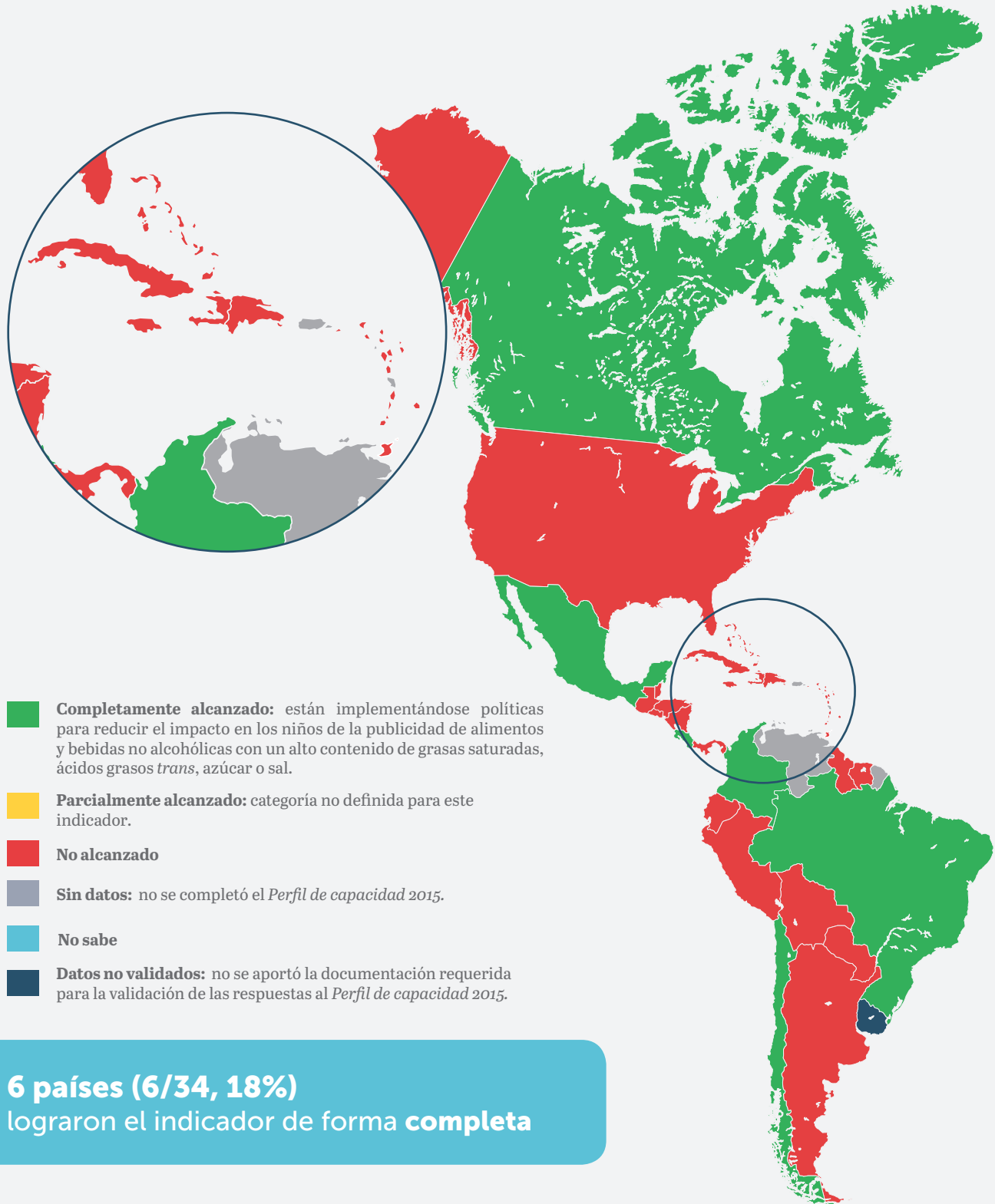
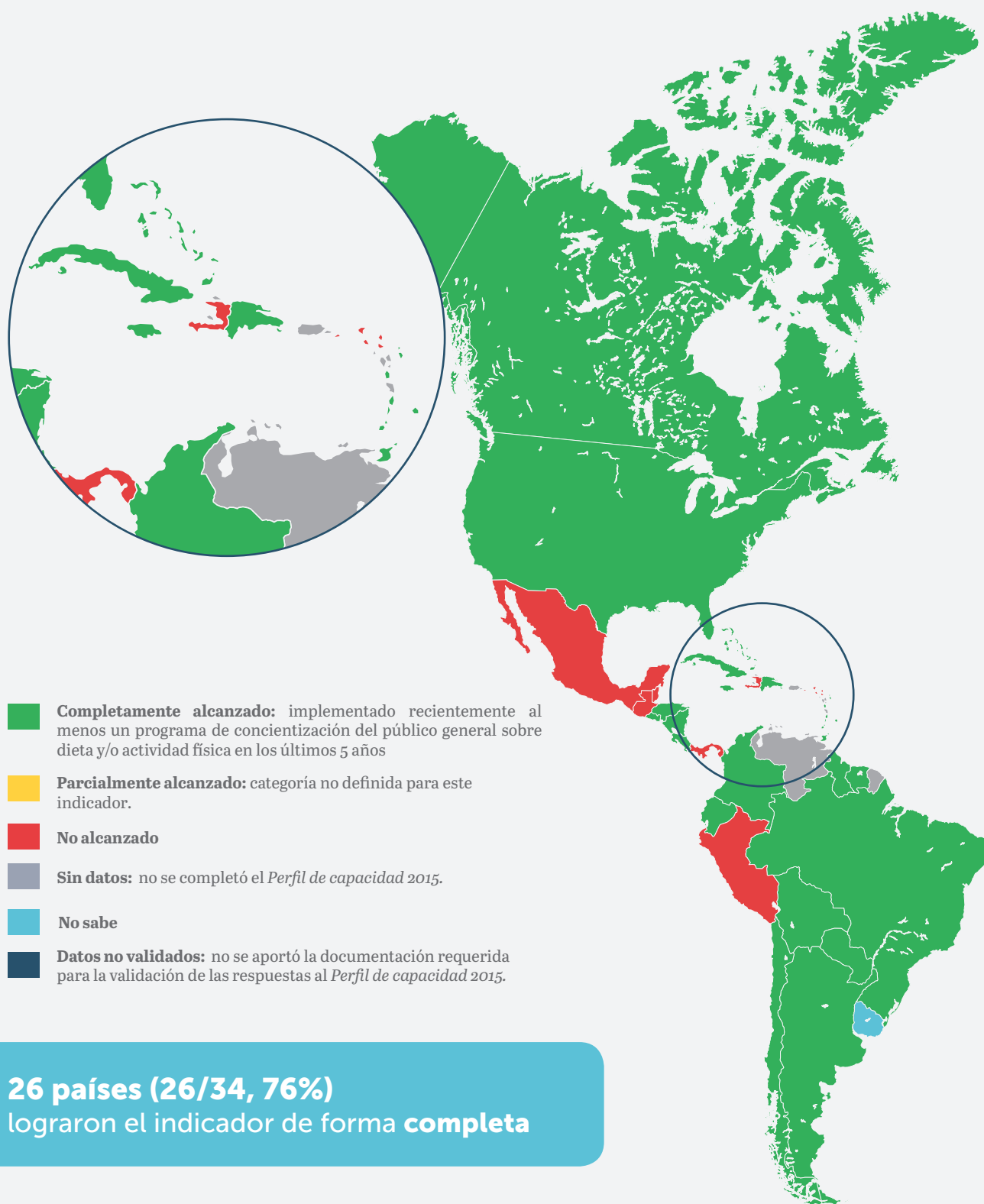


FIGURA A-7

Indicador de progreso número 8, definido por la OMS para reportar ante la Asamblea General de las Naciones Unidas

Definición del indicador: Número de Estados Miembros que han implementado recientemente al menos un programa de concientización del público general sobre dieta y/o actividad física (12).



26 países (26/34, 76%) lograron el indicador de forma **completa**

CUADRO A-6

Resultados para los indicadores de progreso 7a, 7b, 7c y 8, y variables del Perfil de capacidad y respuesta frente a las ENT y sus FR 2015, utilizadas para la construcción del indicador 8, por países

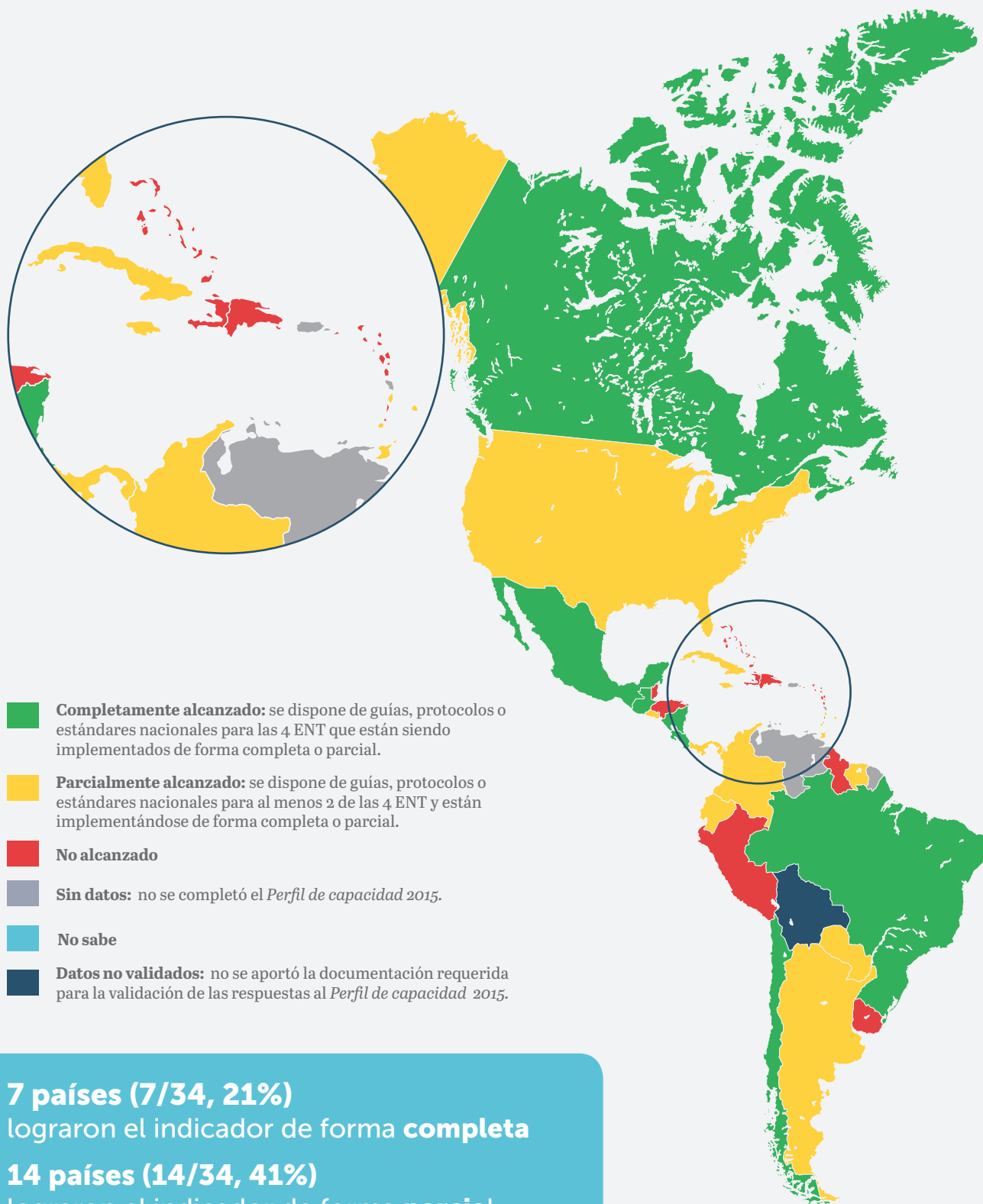
País	¿Se ha alcanzado el indicador de progreso número 7a (consumo poblacional de sal)?	¿Se ha alcanzado el indicador de progreso número 7b (ácidos grasos saturados y grasas trans)?	¿Se ha alcanzado el indicador de progreso número 7c (publicidad a niños)?
Antigua y Barbuda	No	No	No
Argentina	Completamente	Completamente	No
Bahamas	No	No	No
Barbados	Completamente	No	No
Belice	No	No	No
Bolivia (Estado Plurinacional de)	No	No sabe	No
Brasil	Completamente	Completamente	Completamente
Canadá	Completamente	Completamente	Completamente
Chile	Completamente	No	Completamente
Colombia	No	Completamente	Completamente
Costa Rica	Completamente	Completamente	Completamente
Cuba	Completamente	No	No
Dominica	No	No	No
Ecuador	No	Completamente	No
El Salvador	No	No	No
Estados Unidos de América	Completamente	Completamente	No
Grenada	No	No	No
Guatemala	No	No	No
Guyana	No	No	No
Haití	No	No	No
Honduras	No	No	No
Jamaica	Completamente	Completamente	No
México	No	No	Completamente
Nicaragua	No	No	No
Panamá	No	No	No
Paraguay	Completamente	No	No
Perú	Completamente	Completamente	No
República Dominicana	No	No	No
Saint Kitts y Nevis	No	No	No
San Vicente y las Granadinas	No	No	No
Santa Lucía	No	No	No
Suriname	No	No	No
Trinidad y Tabago	No	No	No
Uruguay	Datos no validados	No	Datos no validados
Venezuela	Sin datos	Sin datos	Sin datos

País	¿Se ha realizado un programa nacional de concientización sobre actividad física en los últimos 5 años?	¿Se ha realizado un programa nacional de concientización sobre dieta en los últimos 5 años?	¿Se ha alcanzado el indicador de progreso número 8?
Antigua y Barbuda	Sí	Sí	Completamente
Argentina	Sí	Sí	Completamente
Bahamas	Sí	Sí	Completamente
Barbados	Sí	Sí	Completamente
Belice	No	No	No
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Sí	No	Completamente
Brasil	Sí	Sí	Completamente
Canadá	Sí	Sí	Completamente
Chile	Sí	Sí	Completamente
Colombia	Sí	Sí	Completamente
Costa Rica	Sí	Sí	Completamente
Cuba	Sí	Sí	Completamente
Dominica	Sí	Sí	Completamente
Ecuador	Sí	Sí	Completamente
El Salvador	Sí	No	Completamente
Estados Unidos de América	Sí	Sí	Completamente
Grenada	Sí	Sí	Completamente
Guatemala	No	No	No
Guyana	Sí	Sí	Completamente
Haití	No	No	No
Honduras	No	Sí	Completamente
Jamaica	Sí	Sí	Completamente
México	No	No	No
Nicaragua	Sí	No	Completamente
Panamá	No	No	No
Paraguay	Sí	Sí	Completamente
Perú	No	No	No
República Dominicana	No	Sí	Completamente
Saint Kitts y Nevis	No	No	No
San Vicente y las Granadinas	Sí	No	Completamente
Santa Lucía	Sí	No	Completamente
Suriname	Sí	Sí	Completamente
Trinidad y Tabago	Sí	Sí	Completamente
Uruguay	No sabe	No	No sabe
Venezuela	Sin datos	Sin datos	Sin datos

FIGURA A-8

Indicador de progreso número 9, definido por la OMS para reportar ante la Asamblea General de las Naciones Unidas

Definición del indicador: Numero de Estados Miembros que disponen de guías, protocolos o estándares nacionales y basados en evidencia para el manejo (diagnostico y tratamiento) de las principales ENT, reconocidas/aprobadas por el gobierno o la autoridad de salud competente (12).



CUADRO A-7

Resultados para el indicador de progreso número 9 y variables del Perfil de capacidad y respuesta frente a las ENT y sus FR 2015 utilizadas para su construcción, por países

País	Disponibilidad y nivel de implementación de normas, protocolos o guías de práctica clínica para las cuatro principales ENT				
	ECV	¿Implementación?	DM	¿Implementación?	Cáncer
Antigua y Barbuda	No	N/A	Sí	Completa	No
Argentina	Sí	Parcial	Sí	Parcial	Sí
Bahamas	No	N/A	No	N/A	No
Barbados	No	N/A	Sí	Parcial	No
Belice	No	N/A	Sí	Completa	No
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Sí (DNV)	Parcial (DNV)	Sí (DNV)	Parcial (DNV)	Sí (DNV)
Brasil	Sí	Completa	Sí	Completa	Sí
Canadá	Sí	Completa	Sí	Completa	Sí
Chile	Sí	Completa	Sí	Completa	Sí
Colombia	Sí	Parcial	No	N/A	Sí
Costa Rica	Sí	Completa	Sí	Completa	Sí
Cuba	Sí	Completa	Sí	Completa	Sí
Dominica	No	N/A	Sí	Completa	Sí
Ecuador	Sí	Parcial	Sí	Parcial	No
El Salvador	No	N/A	Sí	Completa	Sí
Estados Unidos de América	Sí	Parcial	Sí	No sabe	No
Granada	No	N/A	Sí	Parcial	Sí
Guatemala	Sí	Completa	Sí	Completa	Sí
Guyana	No	N/A	No	N/A	No
Haití	No	N/A	No	N/A	No
Honduras	No	N/A	Sí	No	Sin datos
Jamaica	No	N/A	Sí	Completa	Sí
México	Sí	Completa	Sí	Completa	Sí
Nicaragua	Sí	Completa	Sí	Completa	Sí
Panamá	No	N/A	Sí	Completa	Sí
Paraguay	Sí	Completa	Sí	Completa	Sí
Perú	No	N/A	No	N/A	No
República Dominicana	No	N/A	No	N/A	Sí
Saint Kitts y Nevis	No	N/A	No	N/A	No
San Vicente y las Granadinas	No	N/A	No	N/A	No
Santa Lucía	No	N/A	Sí	Completa	Sí
Suriname	Sí	Completa	Sí	Completa	No
Trinidad y Tabago	No	N/A	Sí	Completa	Sí
Uruguay	No	N/A	No	N/A	No
Venezuela	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos

Disponibilidad y nivel de implementación de normas, protocolos o guías de práctica clínica para las cuatro principales ENT				
País	¿Implementación?	CRD	¿Implementación?	¿Se ha alcanzado el indicador de progreso número 9?
Antigua y Barbuda	N/A	No	N/A	No
Argentina	Parcial	Sí	No	Parcialmente
Bahamas	N/A	No	N/A	No
Barbados	N/A	Sí	Parcial	Parcialmente
Belice	N/A	No	N/A	No
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Parcial (DNV)	No	N/A	Datos no validados
Brasil	Completa	Sí	Completa	Completamente
Canadá	Completa	Sí	Completa	Completamente
Chile	Completa	Sí	Completa	Completamente
Colombia	Parcial	Sí	Parcial	Parcialmente
Costa Rica	Completa	Sí	Completa	Completamente
Cuba	Completa	No	N/A	Parcialmente
Dominica	No	No	N/A	No
Ecuador	N/A	No	N/A	Parcialmente
El Salvador	Completa	Sí	Completa	Parcialmente
Estados Unidos de América	N/A	Sí	Parcial	Parcialmente
Granada	Sin datos	Sí	Parcial	Parcialmente
Guatemala	Completa	Sí	Completa	Completamente
Guyana	N/A	No	N/A	No
Haití	N/A	No	N/A	No
Honduras	Sin datos	No	N/A	No
Jamaica	Completa	Sí	Completa	Parcialmente
México	Completa	Sí	Completa	Completamente
Nicaragua	Completa	Sí	Parcial	Completamente
Panamá	Completa	No	N/A	Parcialmente
Paraguay	No sabe	No	N/A	Parcialmente
Perú	N/A	No	N/A	No
República Dominicana	Parcial	No	N/A	No
Saint Kitts y Nevis	N/A	No	N/A	No
San Vicente y las Granadinas	N/A	No	N/A	No
Santa Lucía	Parcial	Sí	Completa	Parcialmente
Suriname	N/A	No	N/A	Parcialmente
Trinidad y Tabago	Completa	No	N/A	Parcialmente
Uruguay	N/A	No	N/A	No
Venezuela	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos

Notas: DM: diabetes; DNV: datos no validados; ECV: enfermedades cardiovasculares; ERC: enfermedades respiratorias crónicas; N/A: no aplicable.

FIGURA A-9

Indicador de progreso número 10, definido por la OMS para reportar ante la Asamblea General de las Naciones Unidas

Definición del indicador: Número de Estados Miembros que proveen medicamentos (incluyendo control glicémico) y consejería a personas elegibles con alto riesgo cardiovascular, con énfasis en el primer nivel de atención (12).



CUADRO A-8

Resultados para el indicador de progreso número 10 y variables del Perfil de capacidad y respuesta frente a las ENT y sus FR 2015 utilizadas para su construcción, por países

País	Insulina	AAS	Metformina	Tiazidas	IECA	BCC	BB	Estatinas
Antigua y Barbuda	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD
Argentina	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD
Bahamas	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD
Barbados	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD
Belice	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GND
Bolivia (Estado Plurinacional de)	GD	GD	--	--	--	--	--	--
Brasil	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD
Canadá	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD
Chile	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD
Colombia	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD
Costa Rica	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD
Cuba	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD
Dominica	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD
Ecuador	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD
El Salvador	GND	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GND
Estados Unidos de América	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD
Grenada	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD
Guatemala	GD	GND	GD	GD	GD	GND	GND	GND
Guyana	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD
Haití	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD
Honduras	GND	GD	GND	GD	GND	GND	GND	GND
Jamaica	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD
México	GD	GND	GD	GD	GD	GD	GD	GD
Nicaragua	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD
Panamá	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD
Paraguay	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD
Perú	GND	GD	GD	NS	NS	NS	NS	NS
República Dominicana	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD
Saint Kitts y Nevis	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GND
San Vicente y las Granadinas	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD
Santa Lucía	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GND
Suriname	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD
Trinidad y Tabago	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD
Uruguay	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD	GD
Venezuela	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos

País	Sulfonilureas	¿Todos los medicamentos generalmente disponibles?	Proporción de establecimientos de atención primaria que ofrecen la estratificación del riesgo cardiovascular para el manejo de pacientes de alto riesgo	¿Se ha alcanzado el indicador de progreso número 10?
Antigua y Barbuda	GD	Sí	No disponible	No
Argentina	GD	Sí	25% a 50%	Parcialmente
Bahamas	GD	Sí	No sabe	No sabe
Barbados	GD	Sí	menos del 25%	No
Belice	GD	No	menos del 25%	No
Bolivia (Estado Plurinacional de)	--	No	25% a 50%	No
Brasil	GD	Sí	25% a 50%	Parcialmente
Canadá	GD	Sí	más del 50%	Completamente
Chile	GD	Sí	más del 50%	Completamente
Colombia	GD	Sí	menos del 25%	No
Costa Rica	GD	Sí	No disponible	No
Cuba	GD	Sí	25% a 50%	Parcialmente
Dominica	GD	Sí	No sabe	No sabe
Ecuador	GD	Sí	menos del 25%	No
El Salvador	GD	No	No disponible	No
Estados Unidos de América	GD	Sí	no sabe	No sabe
Grenada	GD	Sí	No disponible	No
Guatemala	GD	No	menos del 25%	No
Guyana	GD	Sí	menos del 25%	No
Haití	GD	Sí	No sabe	No sabe
Honduras	GND	No	No disponible	No
Jamaica	GD	Sí	No disponible	No
México	GD	No	menos del 25%	No
Nicaragua	NS	No	No disponible	No
Panamá	GD	Sí	menos del 25%	No
Paraguay	GD	Sí	menos del 25%	No
Perú	NS	No	No sabe	No sabe
República Dominicana	GD	Sí	más del 50%	Completamente
Saint Kitts y Nevis	GD	No	menos del 25%	No
San Vicente y las Granadinas	NS	No	No disponible	No
Santa Lucía	GD	No	No disponible	No
Suriname	Sí	No sabe	No sabe	No sabe
Trinidad y Tabago	Sí	menos del 25%	No	No
Uruguay	Sí	más del 50%	Completamente	Completamente
Venezuela	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos

Notas: AAS: ácido acetilsalicílico (100 mg); BB: betabloqueantes; GD: generalmente disponible (50% o más de las farmacias); GND: generalmente no disponible (menos del 50% de las farmacias); IECA: enzima convertidora de angiotensina; NS: no sabe; BBC: bloqueador de los canales de calcio; --: pregunta sin responder.

