

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

RESUMEN DE LAS PRIORIDADES Y LISTA DE COMPROBACIÓN

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

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

RESUMEN DE LAS PRIORIDADES Y LISTA DE COMPROBACIÓN

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

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

RESUMEN DE LAS PRIORIDADES Y LISTA DE COMPROBACIÓN

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

RESUMEN DE LAS PRIORIDADES Y LISTA DE COMPROBACIÓN

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

RESUMEN DE LAS PRIORIDADES Y LISTA DE COMPROBACIÓN

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

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

RESUMEN DE LAS PRIORIDADES Y LISTA DE COMPROBACIÓN

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

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

RESUMEN DE LAS PRIORIDADES Y LISTA DE COMPROBACIÓN

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