

Enfermedades no transmisibles y desarrollo en la Región de las Américas: Informe del Grupo de Estudio sobre planificación estratégica de las enfermedades no transmisibles en las Américas

Presentado a la Organización Panamericana de la Salud

Mayo del 2013

Miembros del Grupo de Estudio

Sonia Angell, Adriana Blanco, Tamu Davidson-Sadler, Majid Ezzati, Vilma Gawryszewski, Amanda Glassman, James Hospedales, John Kirton, Branka Legetic, Rafael Lozano, Deborah Carvalho Malta, Fatima Marino, Tim Miller, Rachel Nugent, Andrea Wilson, Pedro Zitko

Antecedentes y finalidad

En septiembre del 2011, las Naciones Unidas fijaron un nuevo programa internacional para las enfermedades no transmisibles (ENT) gracias a la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre enfermedades no transmisibles, reconociendo que estas enfermedades y sus factores de riesgo plantean una grave amenaza para la salud pública y el desarrollo económico y social.¹

La declaración hace un llamamiento para que la OMS cree antes de fines del 2012 un marco mundial de vigilancia general, que comprenda un conjunto de indicadores, para seguir de cerca las tendencias existentes y evaluar los progresos realizados en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Informados por la propia situación nacional, los Estados Miembros participaron plenamente en el proceso dirigido por la OMS de establecer un conjunto de objetivos mundiales de aplicación voluntaria para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles. Se debatieron diez metas y se propuso un marco de vigilancia en noviembre del 2012, y se han aprobado en la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2013.

El proceso para desarrollar metas e indicadores mundiales, el primero de este tipo para enfermedades no transmisibles, se puso en marcha a lo largo del 2012 en colaboración con los Estados Miembros, otros órganos rectores de las Naciones Unidas y las organizaciones regionales e internacionales competentes. Además, las Oficinas Regionales de la OMS están considerando las repercusiones de las metas y del marco de vigilancia en sus propias regiones, teniendo en cuenta la situación y diversidad específicas, así como los compromisos adquiridos y los avances logrados hasta la fecha en relación con las enfermedades no transmisibles. En los países de la Región de las Américas se tiene cada vez más conciencia de la preponderancia de las enfermedades no transmisibles en el desarrollo y el crecimiento económico. Tanto en los Estados Unidos, donde la atención de salud consume casi una quinta parte de la producción nacional, como en México, donde el gasto de salud subirá de 5% a 7% anualmente para poder mantenerse al mismo ritmo que el aumento de la diabetes y la hipertensión, las

enfermedades no transmisibles están impulsando una parte significativa de la producción nacional.

En la Región de las Américas, esta iniciativa coincide con la revisión de la Estrategia (2012-2025) y el Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles en las Américas, 2013-2019. Esta Región, con el apoyo de la Oficina Sanitaria Panamericana en las funciones de secretaría, está revisando la posición estratégica de la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas.

La nueva Estrategia y Plan de Acción representa un equilibrio entre la continuidad y el cambio: introducir las enfermedades no transmisibles en el programa económico y de desarrollo nacional y regional, fortalecer el enfoque de los múltiples interesados directos “de la sociedad en su conjunto”, reforzar las comunicaciones con medios tradicionales y modernos e incluir resultados explícitos y los objetivos y metas expuestos de acuerdo con el marco y las metas de vigilancia mundial de la OMS, pero reflejando también las necesidades regionales.

Como parte de este proceso, la Oficina Regional de la OMS para la Región de las Américas convocó una reunión de expertos como Grupo de Estudio con objeto de evaluar las metas y los indicadores de las enfermedades no transmisibles en la Región. Los objetivos específicos fueron: 1) proponer un par de metas políticamente atractivas y factibles con indicadores relativos al desarrollo o al crecimiento económico y 2) examinar las metas epidemiológicas y los indicadores para las Américas en relación con las metas mundiales. En el presente documento se resumen las conclusiones del Grupo de Estudio sobre esos dos temas y se proponen indicadores para llevar a cabo un seguimiento de los progresos logrados en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles al desarrollo de país y que los países de la Región de las Américas deben tener en cuenta.

Enfermedades no transmisibles como problema de desarrollo

Las enfermedades no transmisibles representan una amenaza creciente para la salud de millones de personas en todo el mundo y, más en general, para los objetivos internacionales de desarrollo y crecimiento económico. Cerca de dos terceras partes de las muertes que se producen en todo el mundo se deben a las enfermedades no transmisibles, principalmente el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Un abrumador 80% de estas muertes por enfermedades no transmisibles se produce en los países de ingresos bajos y medianos.² En las Américas, tres de cada cuatro defunciones se deben a enfermedades no transmisibles y, aproximadamente, un tercio de estas ocurren en personas de menos de 70 años. La carga de morbilidad de las ENT varía entre 64% en la región andina y 86% en América del Norte.³

Además, en la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles se reconoce que la carga y la amenaza mundial de las enfermedades no transmisibles constituyen uno de los principales obstáculos para el desarrollo en el siglo XXI, socavando el desarrollo social y económico en todo el mundo.⁴

La epidemia de enfermedades no transmisibles impide el progreso en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, incluido la erradicación de la pobreza, la enseñanza primaria universal y la salud materno-infantil. Dado que las ENT imponen períodos prolongados de enfermedad a los afectados —y en muchos países los costos de atención de salud son pagos directos realizados por el paciente—, el tratamiento de las enfermedades no transmisibles puede suponer una enorme presión para el presupuesto del hogar, al someter a las familias a gastos desmesurados e incluso al empobrecimiento.⁵ Por término medio, los gastos que asume el propio paciente representan el 39% de los gastos sanitarios totales en América Latina, gran parte de los cuales están relacionados con las enfermedades no transmisibles.⁶ El gasto del hogar en estas enfermedades también desplaza los recursos que podrían de otro modo haberse invertido en educación. Además, las enfermedades no transmisibles repercuten sobre la salud materno-infantil, ya que afecciones de la madre como la eclampsia y la diabetes gestacional pueden poner en peligro la vida de la embarazada y su hijo, y agravar el estado de salud a largo plazo. El consumo de tabaco, una causa primordial en el desarrollo de enfermedades no transmisibles, expone a los niños al humo ajeno y al riesgo de padecer infecciones respiratorias, asma e, incluso, a la muerte súbita del lactante.⁷

Las enfermedades no transmisibles suponen una carga para los pacientes, las familias, los negocios, los sistemas de atención de salud y los gobiernos. El aumento de los gastos sanitarios, unido a las pérdidas de productividad de los trabajadores, obstaculizan el crecimiento económico de los países en etapas decisivas de su desarrollo económico, incluso en los países de ingresos altos.⁸ Los costos a cargo del sistema de salud global y de las economías nacionales son elevados, y se espera que suban a medida que los gobiernos asignen más fondos para la atención a largo plazo y al tratamiento de las enfermedades no transmisibles. Se calcula que en el año 2030, dichas enfermedades serán la causa de pérdidas económicas acumuladas de un valor de US\$ 14 billones en los países de ingresos bajos y medianos.⁹

La Región de las Américas, en particular, está afrontando costos elevados asociados a las enfermedades no transmisibles. Así, los costos de los nuevos casos de cáncer en el 2009 fueron de US\$ 153 000 millones en el primer año después del diagnóstico, incluidos los costos de atención médica y pérdida de productividad. En el año 2000, también en las Américas, se calculó que los costos de la diabetes se elevaban a US\$ 65 000 millones. El cálculo de los costos por países aislados también es alarmante. El gasto per cápita, ajustado en función de la inflación, dedicado a la atención sanitaria en Canadá fue más de un 50% mayor en 2010 que en 1996.¹⁰ Las principales enfermedades no transmisibles suponen en Brasil US\$ 72 000 millones en costos de tratamiento y pérdida de productividad de los trabajadores debido a la enfermedad.¹¹ En los Estados Unidos, el 85% del gasto sanitario total se dirige al tratamiento y atención de las ENT.¹² Por otro lado, estos costos serán difíciles de contener a medida que aumente la edad de la población en la Región.

El envejecimiento de la población con mala salud supone en potencia una presión considerable para los sistemas de salud y las pensiones. En América Latina y el Caribe, el 10% de la población son personas mayores de 60 años, y para el 2050 se prevé que un cuarto de la población tenga más de 60 años.¹³ La incidencia de las enfermedades no transmisibles también está aumentando debido al cambio de las condiciones económicas y ambientales, como la globalización y la urbanización rápida y sin

planificar, con acceso creciente a la comida basura, el tabaco, el alcohol y modos de vida más sedentarios.¹⁴

No obstante, esta situación con una carga de morbilidad creciente y unos costos económicos en aumento no es absolutamente inevitable. La aparición de muchas enfermedades no transmisibles puede prevenirse o retrasarse actuando sobre factores de riesgo conductuales comunes: consumo de tabaco, alimentación poco saludable, inactividad física y consumo perjudicial de alcohol. La vulnerabilidad a las enfermedades no transmisibles y la exposición a sus factores de riesgo están determinadas, en gran parte, por factores sociales, físicos, económicos y ambientales. Mediante la adopción de una respuesta multisectorial por parte de la sociedad en su conjunto y no solo del sistema de salud, los gobiernos pueden reorientar las políticas, los servicios y la infraestructura para crear ambientes más sanos, reducir la exposición al riesgo de contraer ENT, mejorar la salud y el bienestar, garantizar un envejecimiento saludable y fortalecer el crecimiento económico y las perspectivas de desarrollo.¹⁵

Estas estrategias deben formar parte de un programa coordinado de fortalecimiento de los sistemas de salud. Los sistemas de atención de salud de la Región están actualmente acibillados con diferentes grados de fragmentación y segmentación, generalmente faltos de fondos y centrados principalmente en el tratamiento más que en la prevención. Las enfermedades no transmisibles representan un reto para los sistemas de atención de salud organizados tradicionalmente, en el sentido de pasar de un enfoque orientado a la curación y centrado en la enfermedad a otro enfoque nuevo orientado a la prevención y centrado en las personas, que sea capaz de prestar atención equitativa, amplia, integrada y continua y promover la acción intersectorial.¹⁶

La Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel sobre las enfermedades no transmisibles alienta a “la elaboración de políticas públicas multisectoriales que creen entornos equitativos de promoción de la salud que empoderen a los individuos, a las familias y a las comunidades para que adopten decisiones saludables y lleven vidas saludables”. La Declaración también reconoce que “la prevención y el control eficaces de las enfermedades no transmisibles requieren enfoques rectores multisectoriales a nivel de gobierno, por ejemplo, incluir la salud, según proceda, en todas las políticas y enfoques de todo el gobierno en sectores como los de salud, educación, energía, agricultura, deportes, transporte, comunicaciones, urbanismo, medio ambiente, trabajo, empleo, industria y comercio, finanzas y desarrollo social y económico”.¹⁷

El siguiente diagrama se basa en el marco de las enfermedades no transmisibles de la OMS y trata de ilustrar la naturaleza multisectorial de los riesgos y las respuestas de estas enfermedades. El marco de la OMS ha sido reforzado por el Grupo de Estudio de la OPS para demostrar que los múltiples sectores desempeñan su función al abordar los determinantes sociales y factores de riesgo que aumentan la exposición a enfermedades no transmisibles, que afectan en último término a los costos de la asistencia sanitaria, la productividad, el crecimiento económico y el desarrollo sostenible. El marco optimizado implica que la vigilancia y los indicadores de prevención y control de las enfermedades no transmisibles deben ir más allá de la salud con el fin de incluir el desarrollo y otros sectores.

ENT propuestas y marco de desarrollo

Crecimiento económico Productividad Desarrollo sostenible Bienestar Costos sanitarios

Exposición

(Factores de riesgo fisiológicos/metabólicos)	Hipertensión	Hiperglucemia	IMC	Colesterol
(Factores de riesgo Conductuales)	Consumo nocivo de alcohol	Tabaco	Alimentación poco saludable	Inactividad física
(Determinantes Sociales)	Nivel de instrucción	Ingresos familiares	Acceso a servicios de salud	Urbanización (Automóviles, contaminación) Protección, seguridad

Respuesta

Salud	Otros Sectores
Gobierno: Intervenciones y capacidad del sistema de salud (Infraestructura, políticas y planes, acceso a intervenciones y tratamientos, asociaciones, reforzar los sistemas de salud)	Agricultura/Alimentos Medio ambiente Finanzas/planificación Urbanismo Transporte Educación
Sector privado, sociedad civil, comunidad académica	

Mortalidad/morbilidad [años de vida sana agregados]

Resultados (ENT)	ECV	Cáncer	Diabetes	Enfermedades respiratorias crónicas
(Complicaciones: infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal, amputaciones, ceguera)				

Los jefes de Estado y de gobierno de los países democráticos de las Américas afirmaron su compromiso en materia de enfermedades no transmisibles en la Declaración de Compromiso de Puerto España en 2009: “Estamos convencidos de que podemos reducir la carga que representan las enfermedades no transmisibles (ENT), mediante la promoción de estrategias preventivas y de control integrales e integradas, a nivel individual, familiar, comunitario, nacional y regional, así como a través de programas, asociaciones y políticas de colaboración, con el apoyo de los gobiernos, sector privado, medios de comunicación, organizaciones de la sociedad civil, comunidades y socios regionales e internacionales pertinentes. Por consiguiente, reiteramos nuestro apoyo a la Estrategia Regional y al Plan de Acción para un Enfoque Integrado sobre la Prevención y el Control de Enfermedades Crónicas Incluyendo el Régimen Alimentario, la Actividad Física y la Salud de la OPS. Alentamos la planificación y coordinación nacional para la prevención completa y estrategias de control y de ENT y el establecimiento de Comisiones Nacionales cuando corresponda”.¹⁸

Los países están buscando formas de gestionar los costos sanitarios crecientes y el paisaje rápidamente cambiante del riesgo de enfermedades. A raíz de la Declaración de Puerto España, los países de la Región han aceptado el vínculo entre buena salud y desarrollo económico. Reconocen que la carga ascendente de las enfermedades no transmisibles genera el potencial de ralentizar el crecimiento mediante el rápido aumento de los costos de salud y de atención sanitaria, que consumen una mayor proporción de los recursos económicos, y mediante la disminución de la productividad derivada de la enfermedad y la mortalidad prematura. El Grupo de Estudio sostiene que la ejecución de la Estrategia Regional y del Plan de Acción de la OPS precisa el establecimiento de indicadores para medir los progresos realizados en la prevención y control de la salud y de los costos de desarrollo de las enfermedades no transmisibles. El presente documento ofrece recomendaciones para su consideración por parte de los países.

Métodos y criterios para evaluar los indicadores y las metas

En la reunión del Grupo de Estudio de la OPS participaron expertos¹ de formación y procedencia diversa, entre otras, la salud pública, la epidemiología, la economía, las ciencias políticas y el desarrollo, con objeto de evaluar las metas e indicadores de las ENT para la Región. La forma de proceder del Grupo de Estudio incluía reuniones presenciales, presentaciones del riesgo de enfermedad no transmisible, datos de salud proporcionados por los funcionarios de la OPS, examen de documentos de la OMS y de la bibliografía médica y amplios debates sobre las enfermedades no transmisibles en el contexto de los países de la OPS.

Las metas epidemiológicas y los indicadores para medir los progresos realizados en la reducción de la mortalidad y los factores de riesgo específicos basados en anteriores recomendaciones de la OMS se examinaron y aceptaron por la Organización Panamericana de la Salud/Región de las Américas, y se describen a continuación. Además, los expertos del Grupo de Estudio debatieron y propusieron nuevos

¹ Sonia Angell, Adriana Blanco, Tamu Davidson-Sadler, Majid Ezzati, Vilma Gawryszewski, Amanda Glassman, James Hospedales, John Kirton, Branka Legetic, Rafael Lozano, Deborah Carvalho Malta, Fatima Marino, Tim Miller, Rachel Nugent, Andrea Wilson, Pedro Zitko

indicadores basados en datos probatorios que podrían poner de manifiesto los costos socioeconómicos de las enfermedades no transmisibles en las Américas.

Para lograr estos objetivos, el Grupo de Estudio tuvo en cuenta aquellos indicadores que reúnen algunos o todos de los criterios a continuación:

- Resaltar la prevención de las enfermedades no transmisibles.
- Incluir a los responsables de la política de alto nivel fuera del Ministerio de Salud.
- Poder demostrar progreso en un plazo corto.
- Permitir mejoras graduales en el desempeño.
- Promover una respuesta multisectorial a la epidemia (destacando los beneficios colaterales a otros sectores).
- Abordar la calidad y eficacia de las intervenciones (y la rentabilidad).
- Hacer énfasis en la calidad de vida (no solo en la mortalidad).
- Tener en cuenta el contexto de los países que pueden tener limitaciones específicas para alcanzar las metas, sobre todo los más pobres.

A partir de estos elementos, los miembros del Grupo de Estudio elaboraron tres indicadores que recomiendan a los países miembros para su consideración en el seguimiento y gestión de la repercusión de las enfermedades no transmisibles en el desarrollo.

Indicadores propuestos que vinculan las ENT y el desarrollo

Con objeto de abordar los aspectos económicos y multisectoriales de la epidemia de enfermedades no transmisibles, la OPS y su Grupo de Estudio proponen incluir tres indicadores nuevos en el marco de la vigilancia regional:

- Porcentaje del PIB invertido por el sector público en la prevención de enfermedades no transmisibles.
- Porcentaje de población por debajo del umbral nacional de pobreza que puede costearse la compra de una canasta alimentaria de calidad.
- Porcentaje de hogares que se enfrentan a gastos catastróficos en salud debido a una enfermedad no transmisibles.

Cada uno de estos indicadores mide la conexión entre un aspecto de las enfermedades no transmisibles y el desarrollo de una manera cuantitativa que permite seguir de cerca las tendencias relevantes. El Grupo de Estudio recomienda que se prueben de forma experimental los indicadores en varios países, con la expectativa de que las formulaciones y las interpretaciones específicas variarán a medida que varíen los datos de cada país y la capacidad de medición. Con el transcurso del tiempo, pueden perfeccionarse los indicadores y su medición para reflejar más adecuadamente las tendencias cuyo seguimiento desean realizar los países miembros. Los miembros del Grupo de Estudio prevén que los indicadores se centren, al principio, en las tendencias de las ENT que tienen por objeto ilustrar y, en último término, que conduzcan a una mejor comprensión de aspectos de las ENT en el desarrollo.

Indicador nº 1: Porcentaje del PIB invertido por el sector público en la prevención de enfermedades no transmisibles

El primer indicador —porcentaje del PIB nacional invertido por el sector público en la prevención de ENT— reconoce los beneficios de la prevención de las enfermedades para alcanzar vidas más largas y saludables. El resultado de aumentar la prevención es una mayor productividad y unos costos sanitarios reducidos. Llevar a cabo un seguimiento de lo invertido en la prevención de enfermedades muestra en mayor medida sobre la amplia variedad de medidas y políticas que contribuyen a la prevención, y destaca la necesidad de que participen diversos sectores en la creación de un medio ambiente saludable.

El indicador está inspirado en mayor o menor medida en la Declaración de Abuja, 2001, en la que los jefes de Estado de los países de la Unión Africana se comprometieron con la meta de asignar al sector de la salud al menos el 15% del presupuesto anual.¹⁹ Cuando se aprobó la Declaración de Abuja, el gasto público medio en salud en África estaba cerca de US\$ 10 per cápita, con una variación de US\$ 0,38 a US\$ 380 por año.²⁰ En los diez años posteriores a su aprobación, se observó un progreso considerable: 28 países aumentaron el gasto público en salud aunque solo dos lograron la meta. En Rwanda, uno de los países que alcanza la meta, el Gobierno tabula las contribuciones a la salud de todos los ministerios, no solo las del Ministerio de Salud.

El Grupo de Estudio no propone que se establezca un umbral mínimo para los gastos de prevención del sector público, sino que cada país decida el establecimiento de su propia meta. El ejemplo de Abuja ofrece dos lecciones de interés sobre las metas y los indicadores de enfermedades no transmisibles. En primer lugar, llevar a cabo un seguimiento de los gastos fomenta el cambio en dichos gastos, siguiendo el adagio: “lo que se cuantifica, se valora”. En segundo lugar, el uso de un indicador común facilita que los países hagan comparaciones, que incitarán a los dirigentes políticos a obtener resultados satisfactorios.

El valor de un indicador de este tipo consiste en adoptar sin ambigüedades una política del gobierno en su conjunto para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. El indicador reconocerá y alentará a todos los sectores a invertir y medir su contribución en la prevención de enfermedades no transmisibles. Algunos de los sectores pertinentes son, entre otros, los de la agricultura, educación, transporte, industria y comercio, mercantil, gobiernos locales, deportes y relaciones exteriores. Las contribuciones presupuestarias efectuadas por cada organismo público deberían satisfacer los criterios acordados por un órgano designado con representación de los múltiples sectores (que se determinarán en cada país o región). El criterio más importante para la inclusión de los gastos de un programa en el indicador sintético sería el efecto demostrado sobre la prevención de enfermedades.

El uso de este indicador concuerda con la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Naciones Unidas, en la que los jefes de Estado y de gobierno y sus representantes reconocen que “los recursos destinados a la lucha contra los desafíos planteados por las enfermedades no transmisibles a nivel nacional, regional e internacional no se corresponden con la magnitud del problema” y además se comprometen a “promover todos los medios posibles para localizar y movilizar recursos financieros suficientes, previsibles y sostenidos, así como los recursos humanos y técnicos necesarios, y considerar la posibilidad de apoyar enfoques económicos e

innovadores, de índole voluntaria para financiar a largo plazo las actividades de prevención y control de las enfermedades no transmisibles, teniendo en cuenta los Objetivos de Desarrollo del Milenio”.²¹

El indicador propuesto para la prevención de las enfermedades no transmisibles satisface varios de los criterios enumerados más arriba. Refleja una inversión en la salud futura, hace hincapié en la prevención, es pertinente y atractivo para los responsables de políticas de alto nivel con el objetivo global del gobierno en su conjunto. Además de responsabilizar a los planificadores de la política, centrarse en las inversiones de prevención de enfermedades no transmisibles con relación al PIB, le permitirá a los planificadores de la política demostrar públicamente su compromiso con las ENT de una manera positiva. Por último, un indicador de este tipo permitiría mejoras graduales, mediante las cuales los líderes pueden demostrar el compromiso creciente de atajar la epidemia de enfermedades no transmisibles.

La mayoría de los ministerios podrían contribuir provechosamente al logro de la meta. Se indican más abajo algunos de los sectores que podrían desempeñar una función, junto con algunos de los beneficios colaterales potenciales y cómo pueden contribuir a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

- La nutrición y la agricultura pueden desempeñar una función importante al sancionar políticas y programas que afectan a la producción, el comercio, la fabricación, el etiquetado, las alianzas público-privadas, los impuestos y los subsidios. Existe un mercado emergente y dinámico de consumidores con opciones de alimentación más saludables.²² Las políticas públicas pueden apoyar a los consumidores ayudándoles a tomar buenas decisiones en cuanto a la nutrición y reducir, en consecuencia, los gastos sanitarios futuros. Por ejemplo, la disminución de la ingesta de sal y la sustitución de grasas trans por grasas poliinsaturadas se encuentran entre las “mejores inversiones” de la OMS.²³ Tales intervenciones también podrían contribuir al logro del ODM 5: mejorar la salud materna, mediante la disminución de enfermedades como la diabetes y la hipertensión en el embarazo.²⁴
- El urbanismo puede aumentar el acceso a un tránsito rápido masivo y a carriles seguros para el uso de la bicicleta, así como senderos peatonales. El transporte activo puede ayudar a reducir las emisiones de combustibles fósiles, la contaminación del aire y la dependencia de estos combustibles, con los consiguientes beneficios para el cambio climático, el medio ambiente y la seguridad energética.²⁵ Por ejemplo, se ha demostrado que el uso del Transmilenio, sistema de transporte rápido masivo en Bogotá, Colombia, ha mejorado la calidad del aire a lo largo de los corredores de transporte por los que se desplaza.²⁶ Tales beneficios también estarían dirigidos al logro del ODM 7: asegurar la sostenibilidad ambiental.²⁷
- El sector de la educación puede crear ambientes escolares saludables, proporcionando espacios seguros para la actividad física y ofreciendo alimentos nutritivos a los estudiantes.²⁸ En Brasil, se dedica un 30% de los fondos nacionales del programa escolar de comida a adquirir productos locales, fomentando así las granjas de la zona.²⁹ El desplazamiento activo a la escuela puede evitar un aumento de peso de uno o dos kilos en los escolares de Filipinas.³⁰ Mediante la prevención de la obesidad infantil, tales programas también contribuirían al cumplimiento del ODM 4, mejorando la salud del niño.³¹

Cada uno de estos ejemplos ilustra cómo diferentes sectores del gobierno desempeñan una función en la prevención de las enfermedades no transmisibles, y cada uno de ellos debe considerarse importante para la salud pública además de los otros beneficios que proporcionen a la sociedad. Gracias a un enmarcado tan amplio de los programas sociales será posible moverse hacia una perspectiva conjunta de toda la sociedad sobre la prevención y el control de las ENT.

Pasos para desarrollar un indicador del gobierno en su conjunto para la prevención de las enfermedades no transmisibles

Uno de los retos clave del nuevo indicador reside en cómo se mediría y si los datos necesarios están disponibles. Los países tendrían que evaluar si pueden medir el progreso realizado y cómo, e informar sobre el indicador nuevo. Los términos “inversión” y “prevención” deben definirse más a fondo. Por otro lado, deberá establecerse una lista definitiva y exhaustiva de las intervenciones para conseguir que la contribución de todos los esfuerzos se centre en la prevención y resulten eficaces y, cuando sea posible, rentables.

El Banco Mundial propuso la siguiente definición de prevención en los documentos de la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre las enfermedades no transmisibles:

La prevención de enfermedades se considera acción, que emana generalmente del sector de la salud, relacionada con los individuos y las poblaciones señalados por presentar factores de riesgo identificables, a menudo asociados con diferentes comportamientos de riesgo. La promoción de la salud se esfuerza en impulsar los recursos que ayudan a las personas a evitar la enfermedad y, por lo tanto, trata de apoyar la autonomía del individuo.³²

La OCDE proporciona una clasificación de las actividades de prevención y los gastos de prevención en salud a sus países miembros usando la siguiente definición.³³

Los servicios de salud pública y prevención se componen de servicios diseñados para mejorar el estado de salud de la población, a diferencia de los servicios curativos que tratan de restablecer la salud perdida.

Tanto la definición del Banco Mundial como la de la OCDE se limitan esencialmente a las actividades que emanan del sector de la salud. El Grupo de Estudio propone que se utilice una definición más amplia y recomienda que se reúnan las listas iniciales de las acciones de prevención de las ENT gracias al diálogo multisectorial en los países basándose en ejemplos específicos de los programas de esos países. Las listas deben centrarse, al principio, en programas conocidos de alta prioridad, como la alimentación escolar. La lista de las actividades de prevención apropiadas puede ampliarse gradualmente a medida que los ejemplos se comparten en todos los países con características y contextos similares o diferentes, y a medida que se adquieren datos probatorios de la eficacia. Durante una serie de años, el tipo de gastos de prevención más eficaz constará de programas y políticas de prevención probados y aplicados.

Además de las cuestiones de la medición, establecer una meta para este indicador también será un reto. No existe una cantidad para la inversión en prevención que sea óptima para todos los países. Un país que invierte 5% del PIB en la prevención de enfermedades no transmisibles puede que no tenga un rendimiento mejor que un país

que invierte 0,5%. Un país puede aumentar las actividades preventivas a expensas del presupuesto destinado a obtener resultados importantes en otros sectores (por ejemplo, agricultura, educación), pero esto podría tener consecuencias adversas en otras áreas y también indirectamente en la salud. Si se desea una meta umbral, una opción es establecer la meta basada en la proporción de PIB invertido en la prevención de enfermedades en los países con mejores resultados en la prevención de ENT. Aun entre los países de la OCDE, se observa una variación considerable en los métodos y las cantidades invertidas. Los datos más recientes consultados muestran que Canadá gasta 0,7% del PIB en prevención y promoción de la salud, Corea gastó 0,2% del PIB en prevención y promoción de la salud y México asignó 2,8% del PIB (combinando los gastos públicos y privados)³⁴

Inicialmente, podría evaluarse el progreso basándose en las mejoras graduales en relación con el porcentaje del PIB invertido por el sector público en la prevención de las enfermedades no transmisibles. De este modo, la finalidad del indicador sería poner de manifiesto su importancia y promover el compromiso del gobierno con la prevención de las ENT. A largo plazo, una vez establecido y bien comprendido un indicador que incentiva y mide un enfoque del gobierno en su conjunto para la prevención de ENT, los países pueden desear acercarse a una respuesta de la sociedad en su conjunto. Por ejemplo, podrían evaluarse las contribuciones del sector privado a la prevención de enfermedades no transmisibles (salvo en el caso de empresas como las del tabaco). Sin embargo, por el momento la prioridad es conseguir que los gobiernos rindan cuentas y tengan éxito en sus compromisos con la Estrategia y el Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles en las Américas.

Indicador nº 2: Porcentaje de la población por debajo de la línea nacional de pobreza que puede permitir la adquisición de una canasta alimentaria de calidad

El segundo indicador propuesto por el Grupo de Estudio —porcentaje de la población por debajo de la línea nacional de pobreza que puede permitir la adquisición una canasta alimentaria de calidad— tiene por objeto asegurar que una alimentación saludable esté al alcance de todos. Este indicador aborda específicamente la cuestión de encontrar respuestas políticas equitativas al aumento de las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición. Refleja hallazgos como que una “canasta alimentaria saludable” suele ser difícil de costear en el caso de familias de bajos ingresos, aunque esto no sea siempre así.³⁵ También satisface varios de los otros criterios especificados anteriormente. Está vinculado a la pobreza, se centra en la prevención, impulsa la acción multisectorial, representa la calidad y tiene un atractivo político como se desprende por el hecho de ser la nutrición una alta prioridad en las principales cumbres mundiales en 2012, 2013 y posteriores. El progreso realizado en este indicador también contribuiría a lograr el ODM 1: erradicar la pobreza extrema y el hambre para 2015.

Es completamente pertinente reconocer de manera formal que la incapacidad para adquirir una alimentación de calidad es una forma de empobrecimiento. Los sectores de la alimentación y la agricultura están directamente vinculados a las enfermedades no transmisibles en la medida en que pueden promover una alimentación variada y de alta calidad, por ejemplo, mediante el desplazamiento de los subsidios hacia cultivos que protejan de estas enfermedades. Se pueden definir tipos específicos de alimentos que aborden los datos de más elevado factor de riesgo de enfermedad indicados en la

Carga Mundial de Morbilidad del 2010, como son los frutos secos, las frutas y las verduras; y los alimentos propios del país pueden definirse basándose en las directrices sobre alimentación. Otros sectores que podrían mejorar los desempeños de este indicador podrían ser los de la educación, comercio e industria.

Este indicador depende de dos medidas clave: el costo de una canasta alimentaria y los ingresos que marcan la línea de pobreza. La asequibilidad de alimentos saludables aumentará al disminuir el precio de estos o al aumentar los ingresos. El indicador propuesto se centra en los pobres, y facilitará que un país vigile la accesibilidad a una alimentación saludable de las personas con mayor riesgo de mala salud y, a menudo, con acceso mínimo a una buena asistencia sanitaria.

Al igual que ocurre con el primer indicador propuesto, la creación de este indicador requerirá un tanteo ya que los datos del país relativos a los precios de los alimentos no se pueden consultar de manera uniforme y, además, la pobreza se define de modo diferente en cada país. No obstante, la mayoría de los gobiernos ya calculan el costo de una canasta alimentaria promedio y todos los países definen las medidas de la pobreza.

Por ejemplo, el costo de alimentar a una familia de cinco con un régimen nutritivo se mide en Jamaica basándose en el salario mínimo en lugar de en el umbral de pobreza oficial. Ese costo ha descendido del 90% del salario mínimo en 2002 al 70% en 2008. En otro ejemplo procedente del trabajo preliminar llevado a cabo en Nueva Delhi, India, los investigadores encontraron que el costo de una canasta alimentaria saludable representaba de 47% a 69% de los ingresos mínimos del hogar y de 35% a 55% de los ingresos semanales promedios.³⁶ Por último, en Adelaida, Australia, los alimentos saludables son significativamente menos asequibles para las familias de ingresos bajos, con 28% de los ingresos destinados a la compra de una canasta alimentaria saludable, comparado con el 6% a 9% en las familias de ingresos altos.³⁷

Pasos para desarrollar un indicador del gobierno en su conjunto para la prevención de las enfermedades no transmisibles

El primer paso para elaborar este indicador consiste en definir una canasta alimentaria saludable según las necesidades nutricionales y energéticas de la población del país, que varían de un país a otro. Varios estados de Australia han elaborado su propia canasta alimentaria saludable o múltiples canastas que representen la diversidad de hogares. Esta variación capta las diferentes necesidades nutricionales de familias de diferente tamaño, y edad y sexo de los individuos.³⁸

Hay muchos recursos disponibles para definir y medir una alimentación saludable, por ejemplo las directrices nacionales sobre alimentación. El carácter saludable de los productos y las marcas específicas ha sido medido por grupos científicos como el *International Choices Program* basándose en las necesidades alimentarias específicas de un país o una región. Esto puede usarse para reunir una canasta de alimentos saludables locales y ajustados a la temporada. Una vez creada la canasta alimentaria saludable usando directrices nutricionales y otros recursos, se puede calcular el costo total de la canasta, se ajusta en función de la inflación, y se hace un seguimiento a lo largo del tiempo.

El segundo componente de este indicador son los ingresos de pobreza nacionales, o los ingresos familiares que definen la pobreza. La definición de ingresos de pobreza a menudo se establece en relación con el costo que suponen los alimentos para un hogar.

La mayor parte de los países de la Región de las Américas utiliza el método del “costo de las necesidades básicas” para establecer el umbral de pobreza nacional. El costo de las necesidades básicas está formado por un componente alimentario y otro que no lo es.³⁹ En estos países, puede usarse el cálculo de la diferencia de costo entre el componente alimentario ordinario y la “canasta alimentaria saludable” para indicar la asequibilidad de una alimentación saludable.

Algunos países de las Américas ya disponen de la información necesaria para confeccionar el indicador propuesto. Por ejemplo, la canasta de la compra nutritiva de Canadá (NNFB) tiene en cuenta para su elaboración tanto el consumo doméstico como las directrices nacionales sobre nutrición y hay incluso una herramienta de determinación de los costos que está disponible a nivel provincial, y con ella las personas pueden evaluar el costo de su propia canasta alimentaria saludable.⁴⁰

Al igual que ocurre con el primer indicador propuesto, la meta sería establecida por los países miembros. Las metas a corto y medio plazo permitirán a cada país mejorar gradualmente el desempeño del indicador. Otros comentarios sobre este indicador pueden encontrarse en el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe o en la FAO.

Indicador nº 3: Porcentaje de personas que se enfrentan a gastos catastróficos en salud debido a una enfermedad no transmisible

El tercer indicador propuesto recomendado por el Grupo de Estudio — porcentaje de personas que se enfrentan a gastos catastróficos en salud debido a una ENT— refleja la preocupación creciente por los efectos empobrecedores de las enfermedades no transmisibles en los miembros más vulnerables de la población. En muchos países, los pagos médicos directos, los que asume el propio paciente, pueden conducir al empobrecimiento, y los estudios han revelado que estos pagos directos elevados pueden aumentar las tasas de pobreza.^{41,42,43} En muchos casos, las familias piden dinero prestado a compañeros u otros familiares o venden su capital para pagar la prestación de servicios de salud; en los países de ingresos bajos y medianos una cuarta parte de los individuos recurre a este mecanismo de financiamiento.⁴⁴

La protección frente a los riesgos financieros asociados a la prestación sanitaria es uno de los objetivos principales de los sistemas de salud,⁴⁵ y el Informe sobre la salud en el mundo 2000⁴⁶ incluía la provisión de protección frente a los riesgos financieros como un criterio de buen desempeño de los sistemas de salud. Si no existen mecanismos de pago previo, los gastos médicos del hogar a menudo pueden ser “catastróficos”,^{47,48,49} —rebasando una cierta fracción de los gastos domésticos totales. La reducción de estos riesgos financieros es uno de los objetivos de los instrumentos de política sanitaria como la financiación pública de la cobertura universal —financiación total pública independientemente de la provisión.

Reconociendo esta relación, la OMS publica información sobre los gastos en pagos directos por la prestación de un servicio de salud y está elaborando un indicador mundial para medir el gasto desorbitado en atención sanitaria a nivel familiar. Los datos manifiestan claramente que los gastos en pagos directos son más elevados en los hogares pobres: 50% de todos los gastos sanitarios en los países de bajos ingresos comparado con 13% en los países de ingresos altos.⁵⁰

Un estudio reciente en 12 países de América Latina y el Caribe indica que el porcentaje de hogares que se enfrenta a gastos sanitarios catastróficos varía de 1% a 25%.⁵¹ Las familias rurales pobres, los que no tienen seguro de enfermedad y los ancianos tienen más probabilidad de cargar con estos costos. Además, se sabe que debido a la complejidad, larga duración y naturaleza tecnológicamente exigente de la atención de las enfermedades no transmisibles crónicas, los gastos para su tratamiento tienen mayores probabilidades de causar empobrecimiento o dificultades financieras graves que el tratamiento de enfermedades agudas.

El reto del indicador propuesto estriba en que todavía no existen datos a nivel nacional sobre qué clase de gastos sanitarios son responsables de los costos desorbitados, aunque algunos datos de las Américas indican que los gastos de atención y tratamiento de las ENT son en gran parte los causantes. Los datos del gasto sanitario específico por enfermedad no se recopilan sistemáticamente en las cuentas nacionales de salud, aunque algunos datos dispersos de encuestas han mostrado que las enfermedades no transmisibles son el componente principal de los gastos en pagos directos y los gastos sanitarios catastróficos.⁵²

Los expertos del Grupo de Estudio recomiendan que determinados países de la Región lleven a cabo encuestas sobre el gasto sanitario, que permitan la atribución de los costos sanitarios catastróficos a enfermedades específicas, como una forma de probar el uso potencial más amplio de este indicador. Posiblemente México es un país que podría poner a prueba este indicador.⁵³

Metas e indicadores epidemiológicos regionales

El proyecto de Estrategia y Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles en las Américas, 2012-2025, asume actualmente los indicadores mundiales y metas establecidas por la OMS y propone otros indicadores y metas de los que la Región ya tiene datos iniciales (por ejemplo, sobre adolescentes, alcohol, acceso a medicamentos esenciales). La OPS quisiera establecer indicadores y metas que sean apropiados para la situación interna de la Región.

El grupo de expertos propone que las metas epidemiológicas regionales se establezcan basándose en el progreso logrado en los dos últimos decenios por el 10% de los mejores países en cuestiones prevención y control de ENT. Se seguiría el mismo proceso que el usado para establecer las metas mundiales de las enfermedades no transmisibles.

Las metas mundiales se establecieron después de un análisis científico de la situación actual y de las tendencias históricas de los indicadores propuestos. Cuando fue posible, se establecieron metas basadas en las tendencias pasadas y los resultados del progreso realizado en los dos últimos decenios por el 10% de los países que lo hicieron mejor.⁵⁴ Los que están en este 10% representaban una serie de países diversos y se ha anticipado que, con una mayor atención mundial a las ENT, otros países podrían encontrar ese progreso, con intervenciones apropiadas. El objetivo de las metas es mostrar lo que sería posible y alentar a todos los países a alcanzar esas metas mediante políticas y programas eficaces.

El proyecto de Estrategia y Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles en las Américas, 2012-2025, incluye la siguiente meta y los indicadores:

Meta: reducir la mortalidad y la morbilidad prevenibles de las enfermedades no transmisibles

Indicadores²:

- reducción relativa de por lo menos 25% de la mortalidad general por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas.*³
- reducción relativa de 25% de la prevalencia de la hipertensión, en personas de 25 años o más.*
- reducción relativa de 10% de la prevalencia de la diabetes, en personas de 25 años o más.*
- sin aumento de la prevalencia de la obesidad en los adultos,* y reducción relativa de 2% en los adolescentes y niños.

Mortalidad

El Grupo de Estudio consideró que la Región de las Américas podría alcanzar una reducción relativa de 25% de la mortalidad general por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas propuesta por la OMS, dado que está disminuyendo la mortalidad por enfermedades no transmisibles en las Américas. El indicador, según se señala en el documento de la OMS, debe abordar la muerte prematura ajustada por edad (muertes debidas a ENT en personas de 30 a 69 años). El desglose por sexo, y cuando sea posible por nivel de instrucción, también suministrará otra información relacionada con la equidad.

El Grupo de Estudio reflexionó sobre si deberían establecerse metas específicas de reducción de la mortalidad para cada una de las cuatro enfermedades no transmisibles principales (enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas). El grupo examinó las tendencias en el caso de la muerte prematura por ENT específicas (figura 1). Los datos se obtuvieron a partir del Sistema de Información sobre Mortalidad (actualizado en mayo del 2011), operado mediante el Proyecto de Información y Análisis de Salud / Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades / Organización Panamericana de la Salud. Esta información se corrigió en los casos de subregistro o de defunciones por causas mal definidas, según la metodología descrita en las Estadísticas de salud en las Américas.⁵⁵ En este análisis se incluyen datos de 43 países.

Se extrajeron todas las defunciones cuya causa básica de muerte se codificó según la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión* (CIE-10) para los siguientes cuatro grupos desde el 2000 hasta el último año disponible: 1) enfermedades del sistema circulatorio: I00-I99; 2) tumores malignos (neoplasias): C00-C97; 3) diabetes mellitus: E10-E14; y 4) afecciones respiratorias crónicas: J30-J98. La muerte prematura se definió como la muerte que

² Para todos los indicadores de este plan la línea de base es el 2010 y el año meta el 2020

³ *Propuesto por la OMS en *Global Monitoring Framework and Targets for 2025 on the prevention and control of NCDs* (Marco mundial de vigilancia y metas para 2025 sobre la prevención y el control de ENT); sujeto a otras modificaciones después de la Asamblea Mundial de la Salud de 2012

ocurría en personas de 30 a 69 años, considerando la esperanza de vida en los países de las Américas⁵⁶ y la propuesta⁵⁷ de la OMS. Se calcularon las tasas ajustadas por edad respecto a la población estándar de la OMS⁵⁸ (estandarización directa).

En el 2007, en las Américas, las enfermedades no transmisibles causaron cerca de 1,3 millones de defunciones en personas de 30 a 69 años, que representa el 36% de todas las muertes producidas por enfermedades no transmisibles (40% en hombres y 31% en mujeres). El 41% se atribuía a enfermedades cardiovasculares, el 43% a tumores malignos, el 9% a diabetes mellitus y el 7% a enfermedades respiratorias crónicas. Cabe destacar que estas proporciones variaron según el sexo: las enfermedades cardiovasculares representaban el 47% de todas las muertes debidas a ENT en hombres y los tumores malignos representaban el 47%, en mujeres.

El análisis de tendencias demostró que en las Américas las enfermedades no transmisibles ajustadas por edad por 100.000 descendieron de 378,8 en el 2000 a 333,5 en el 2007, una disminución del 12,0% (12% tanto en hombres como en mujeres). Lo que ha sido una disminución lineal (estadísticamente significativa). Los porcentajes fueron mayores en hombres, especialmente para las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades respiratorias crónicas (figura 1). Las enfermedades cardiovasculares mostraron la mayor disminución (17% en términos generales, 18% en mujeres y 16% en hombres), seguidas de las enfermedades respiratorias crónicas (13% en términos generales, 12% en mujeres y 14% en hombres) y los tumores malignos (9% en términos generales, 7% en mujeres y 10% en hombres). Las tasas de mortalidad por diabetes fueron estables en términos generales, con una disminución de 5% en mujeres y un aumento de 5% en hombres.

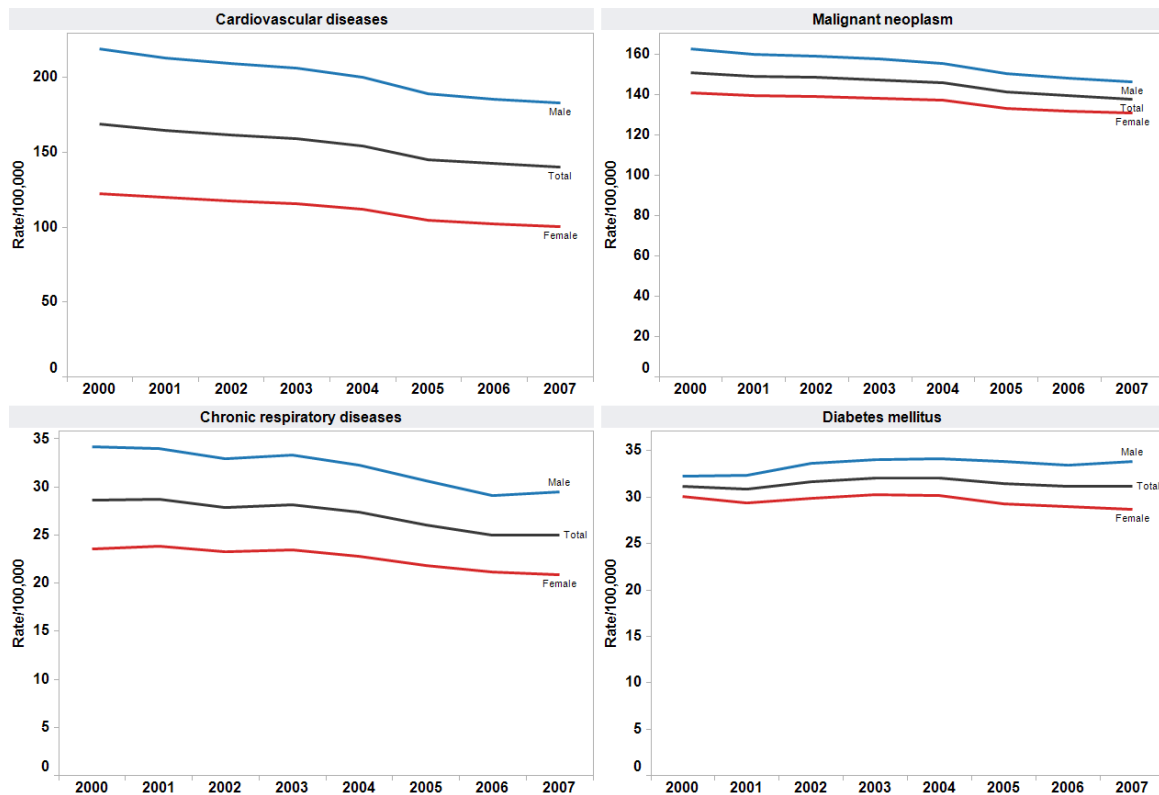
Es importante considerar los resultados de los tres países más poblados de la Región, ya que sus valores tienen una gran influencia en toda la Región. Se atribuía a Brasil, México y EE.UU. el 74% de todas las muertes prematuras debidas a las enfermedades no transmisibles de las Américas. Entre el 2000 y el 2009, la mortalidad por enfermedades no transmisibles disminuyó un 17% en EE.UU., un 13% en Brasil y un 3% en México.

Aspectos destacados de este análisis y otros resultados (no mostrados):

- Los hombres corren mayor riesgo de muerte prematura por enfermedades no transmisibles comparado con las mujeres.
- Los tumores malignos y las enfermedades cardiovasculares representan proporciones similares de muertes prematuras debidas a enfermedades no transmisibles, pero con grandes diferencias entre los sexos en el caso de las enfermedades cardiovasculares.
- Cerca de 44% de todas las muertes prematuras debidas a enfermedades no transmisibles en las Américas en el 2007 ocurrieron en los países de ingresos altos (según la clasificación del Banco Mundial⁵⁹). Este porcentaje es superior al nivel mundial.⁶⁰
- La reducción proyectada propuesta por la OMS es factible y apropiada para la toda la Región de las Américas y algunos países. Esta reducción se relaciona principalmente con la reducción observada en los países de la Región con mayores ingresos, que también tienen indicadores socioeconómicos más favorables.⁶¹
- Algunos países no han alcanzado la reducción propuesta por la OMS y en otros las tasas han permanecido estables.

Después de un examen de los datos, el Grupo de Estudio recomienda elaborar indicadores para cada uno de los grupos de enfermedades pero no propone metas para cada uno de ellos.

Figura 1: Tendencias en la muerte prematura debida a las enfermedades no transmisibles por grupo de enfermedades. Américas, 2000-2007



Discapacidad:

El Grupo de Estudio debatió la necesidad de incluir específicamente un indicador para la discapacidad con objeto de centrar la atención en las cargas para la salud más significativas que no se miden bien con la mortalidad. La discapacidad crónica como consecuencia de la diabetes es un ejemplo. El panel llegó a la conclusión de que es necesaria una recopilación de datos más sistemática a escala de país con el fin de incluir la discapacidad, y recomienda que los países recojan datos de discapacidad relacionada con las enfermedades no transmisibles.

Prevalencia de la presión arterial elevada y la diabetes

Al igual que las metas para la reducción de la mortalidad, las metas para la prevalencia de la presión arterial elevada y de la diabetes también pueden establecerse basándose en el progreso realizado por el 10% de los países de la Región mejores en la reducción de la prevalencia de la presión arterial elevada y la diabetes, o en la contención de la

prevalencia en el caso de la diabetes. El grupo de expertos ha propuesto establecer una meta para la presión arterial elevada de reducción relativa de 20% de la prevalencia en las personas de 25 años o más; y en el caso de la diabetes, una meta de mantener el nivel actual de prevalencia en las personas de 25 años o más. Sin embargo, el grupo observó que la OMS debe proporcionar una definición clara de cómo medir la prevalencia de la presión arterial elevada, y también aclarar la recomendación de abordar la hipertensión arterial mediante la presión arterial elevada pero sin usar la hiperglicemia para la diabetes.

La hipertensión arterial es un tema clave en la Región, y es importante señalar que la prevalencia no mide el éxito del tratamiento. Los indicadores que miden el éxito del tratamiento incluyen:

- Proporción de personas con hipertensión que son conscientes de su enfermedad y están en tratamiento y bajo control.
- Porcentaje de adultos con hipertensión que reciben un tratamiento acorde con las directrices nacionales.

Tanto la hipertensión como la diabetes deben tener indicadores que midan la eficacia del tratamiento, y no sencillamente la reducción de la prevalencia. Pueden ser necesarios más datos de otros expertos (por ejemplo, cardiólogos) para determinar el o los indicadores apropiados adaptados al contexto del país (*"SMART" indicators*).

También se propone la inclusión del siguiente indicador relacionado con la prevención de la hipertensión basada en la población, que se apoya en la declaración de política: Prevención de las enfermedades cardiovasculares en las Américas mediante la reducción de la ingesta de sal alimentaria en toda la población:

- Disminución gradual y sostenida en la ingesta de sal alimentaria para alcanzar metas nacionales o, en su defecto, la meta internacionalmente recomendada de menos de 5g/día/persona para 2020.⁶²

Prevalencia de la obesidad

Una vez más, las metas para la prevalencia de la obesidad pueden establecerse basándose en los resultados del 10% de los países mejores en la reducción de la obesidad —o al menos en aquellos que no experimentan un aumento de la prevalencia de la obesidad. Después de examinar los datos existentes de las Américas, el grupo de expertos ha considerado que la meta de mantener la prevalencia de la obesidad en los adultos al nivel del 2010 es suficientemente ambiciosa para la Región.

Nuevos indicadores para los jóvenes

El grupo de expertos propone la inclusión de indicadores específicos para los jóvenes. El indicador mundial actual de la obesidad cubre a adolescentes y niños. Sin embargo, también se analizó la posibilidad de incluir otros indicadores orientados al consumo de tabaco o alcohol. Esta conclusión fue apoyada en la Conferencia de Oakland de 2012 sobre ENT en Niños y Adolescentes, que reafirmó la importancia de atender las necesidades de las poblaciones más jóvenes en la lucha contra las enfermedades no transmisibles. El documento final de la conferencia recoge que: "Los niños y los adolescentes son esenciales en un enfoque de prevención de las ENT que considere toda la vida... Los comportamientos insalubres y peligrosos adoptados en la niñez

suelen acarrear a lo largo de la edad adulta. La mayoría de las enfermedades no transmisibles de la edad adulta pueden prevenirse mediante un cambio de comportamiento y programas de promoción de la salud, que comienzan para ser bien en los primeros años de vida.” La declaración final hace un llamamiento a la necesidad de “Conseguir que las necesidades y exigencias de los niños y adolescentes se señalen explícitamente y se incorporen en la formulación de políticas, metas, objetivos e indicadores relacionados con las enfermedades no transmisibles y se adopten por parte de la comunidad internacional.”⁶³

Algunas de las principales formas de medir los riesgos de las enfermedades no transmisibles en los niños y adolescentes incluyen:

- Retraso de la edad de empezar a fumar.
- Reducción de la prevalencia del consumo de tabaco (a cero) –puede que no haya datos para los de 12 años o menos.
- Reducción de la prevalencia del consumo de alcohol (los que han consumido alcohol en el último mes).
- Indicador compuesto de personas sanas con varios factores de riesgo o de protección (porcentaje de personas con nº de factores de riesgo).

El consenso logrado por el grupo de expertos fue que abordar los comportamientos de riesgo en los jóvenes es extremadamente importante. En vista de los plazos fijados para la revisión de la Estrategia, el grupo recomienda que los países sigan la pista a los comportamientos de riesgo de los adolescente e individuos jóvenes y planifique intervenciones. La OPS puede trabajar más aún con los investigadores para abordar este tema.

Cuestiones planteadas para consideración futura

Los expertos del Grupo de Estudio señalaron varios asuntos que la OPS y los Países Miembros deberán considerar en el futuro, a medida que se perfeccionen las metas y los indicadores de las enfermedades no transmisibles. Entre otros:

- ¿Cómo reflejar barreras importantes y concretas frente al progreso, como por ejemplo los conflictos actuales o los desastres naturales?
- ¿Debe haber excepciones o normas diferentes para los países que se enfrentan a una doble carga de morbilidad, que podría limitar su capacidad para avanzar en la prevención y control de las enfermedades no transmisibles? Ejemplos de esos países serían Haití, Bolivia, Nicaragua, Honduras y Guyana. Obsérvese que la mortalidad en Guyana está ahora dominada predominantemente por las enfermedades no transmisibles y las lesiones.
- ¿Cómo se relacionarán las metas de los factores de riesgo con las metas de la mortalidad? y ¿cómo reflejar el desfase entre la exposición al riesgo y la mortalidad?

Lograr avances en las enfermedades no transmisibles

Muchos países de la Región de las Américas han progresado por el simple hecho de reconocer la importancia de las enfermedades no transmisibles en sus planes generales de desarrollo y de salud. Algunos de estos ejemplos son Jamaica, Brasil y Chile. Jamaica ha incluido las enfermedades no transmisibles en su plan de desarrollo nacional, Brasil tiene un plan de acción estratégico sobre las enfermedades no transmisibles y Chile ha elaborado un indicador compuesto para las “personas sanas” en su plan nacional de salud. A continuación se describen brevemente los progresos realizados en la prevención y el control de las ENT en estos países.

Plan de desarrollo nacional: Visión 2030 Jamaica

Jamaica ha incorporado las enfermedades no transmisibles al Plan de Desarrollo Nacional: Visión 2030, así como a la Política Sanitaria Nacional 2012-2015 y al Plan Estratégico del Ministerio de Salud. Visión 2030 reconoce que: “En el siglo XXI, las principales causas de morbilidad y mortalidad son las enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con el modo de vida, las lesiones y las enfermedades mentales.” También expone que: “Durante los tres últimos decenios, Jamaica se ha acercado cada vez más hacia una alimentación con mayor cantidad de grasa y productos más refinados, y estos cambios han favorecido la obesidad y las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición. A pesar del progreso realizado, no hemos logrado plenamente los objetivos de la Política de Nutrición y Alimentación de proporcionar alimentación y nutrición adecuada para todos, debido en parte a problemas de asequibilidad y a la elección de alimentos poco saludables. La nutrición es particularmente importante para la salud de ciertos grupos de población, como los niños, los adolescentes, las embarazadas, las que amamantan y los ancianos. Nuestro país sigue corriendo riesgo con respecto al suministro de alimentos adecuados para los sectores vulnerables de la población y, por consiguiente, la salud a largo plazo de la población está en peligro.⁶⁴”

Plan de Acciones Estratégicas para el Enfrentamiento de las ENT en Brasil, 2011-2022

Brasil ha elaborado un Plan de Acciones Estratégica para el Enfrentamiento las ENT de alcance integral. El plan incluye metas para evitar la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles, de atención preventiva y tratamiento, así como factores de riesgo. A continuación se expone una lista de las metas:

- Reducir la tasa de mortalidad prematura (<70 años) por ENT a un 2% al año.
- Aumentar a cobertura del examen preventivo de cáncer cervicouterino al 95% (25 a 59 años).
- Aumentar a cobertura de mamografías en mujeres entre los 50 y 69 años al 95%.
- Tratar al 100% de las mujeres con diagnóstico de lesiones precursoras de cáncer.
- Reducir la prevalencia de la obesidad en niños y adolescentes.
- Detener el crecimiento de la obesidad en adultos.
- Reducir la prevalencia del tabaquismo en adultos al 9% en 2022.
- Reducir la prevalencia del consumo compulsivo de alcohol al 12% en 2022.

- Aumentar la prevalencia de la actividad física en el esparcimiento al 22% en 2022.
- Aumentar el consumo de frutas y verduras al 24% en 2022.
- Reducir la ingesta promedio de sal para alcanzar la meta de 5g/día.

Indicador Chileno de factores saludables

Chile incorporó recientemente las enfermedades no transmisibles a su plan nacional de salud general, y desarrolló un indicador compuesto que proporcionaba una medida innovadora de “personas sanas”. El indicador compuesto está inspirado en un método de medición desarrollado por la *American Heart Association* (Asociación Americana del Corazón) tras un examen integral de las pruebas científicas relacionadas con la interacción del factor de riesgo.⁶⁵ Investigaciones llevadas a cabo en el Reino Unido aportan más pruebas de que una combinación de comportamientos saludables puede mejorar los resultados en materia de salud. Los resultados del *EPIC-Norfolk Prospective Population Study* indican que las personas que no fuman, practican una actividad física, beben con moderación y consumen mucha fruta y verdura viven un promedio de 14 años más que las que no siguen este comportamiento.⁶⁶ Estudios recientes en otros países también invocan la combinación de tales indicadores de “vida saludable” para definir a las personas con riesgo elevado de padecer enfermedades no transmisibles.⁶⁷

La Estrategia Nacional de Salud 2011-2020⁶⁸ de Chile incluye entre sus objetivos: Desarrollar hábitos y estilos de vida saludables, que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad de la población. La primera meta de este objetivo estratégico es aumentar de 35,6% a 42,7% la prevalencia en la población (mayor de 15 años) que reúne cinco de los ocho factores protectores.

Los ocho factores protectores son:

1. No fumar (actualmente; último mes).
2. IMC < 25 Kg/mt²
3. Presión arterial < 120/80 mmHg (promedio de tres resultados).
4. Colesterol total en ayunas < 200 mg/dl.
5. Glucemia en ayunas < 100 mg/dl.
6. Actividad física regular (>30 min, al menos 3 veces por semana, fuera del trabajo).
7. ≥ 5 porciones diarias de frutas o verduras.
8. Consumo de alcohol sin riesgo (AUDIT ≥ 8: incluye abstemio).

Los beneficios principales del indicador incluyen:

- Un enfoque integrador centrado en la ausencia de diferentes factores de riesgo.
- Un énfasis en la persona en su totalidad en lugar de en los propios factores de riesgo.
- Atractivo político y participación.
- Un impulso para que las personas cuenten cuántos factores protectores tienen.
- Concisión: uso de un indicador para ocho factores de riesgo.

Las limitaciones principales del indicador son:

- Todos los factores de riesgo se ponderan por igual.

- Se necesita realizar una encuesta nacional con gran cantidad de medidas, y dichas encuestas se realizan generalmente cada pocos años, por ejemplo, cada 5 años, de manera que el Ministerio de Salud de Chile está evaluando la opción de usar mediciones continuas.

El Grupo de Estudio recomienda más debate entre los países miembros sobre la factibilidad y las ventajas de adoptar indicadores combinados en todos los países. Entretanto, se alienta a otros países miembros de la OPS a que evalúen sus condiciones epidemiológicas y la reducción de riesgos potenciales de la población mediante el uso de un indicador combinado. En el apéndice 1 se encuentran los datos sobre los antecedentes de los factores protectores que contribuyen al indicador en Chile.

Conclusiones y recomendaciones

La OPS convocó un Grupo de Estudio integrado por expertos para analizar los indicadores y las metas como aportación a la Estrategia Regional de las ENT. Los miembros del Grupo de Estudio debatieron sobre la necesidad de coordinar de cerca los indicadores mundiales y las metas que la OMS está elaborando, al tiempo que se tienen en cuenta las condiciones regionales específicas. También se reconoció la heterogeneidad de los países de la Región en cuanto a enfermedades y condiciones de los factores de riesgo, así como la capacidad de medir y vigilar las variables demográficas. Pero sobre todo, el Grupo de Estudio puso de manifiesto la importancia de las ENT para los objetivos de desarrollo con los que los países de la Región se han comprometido, sin olvidar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

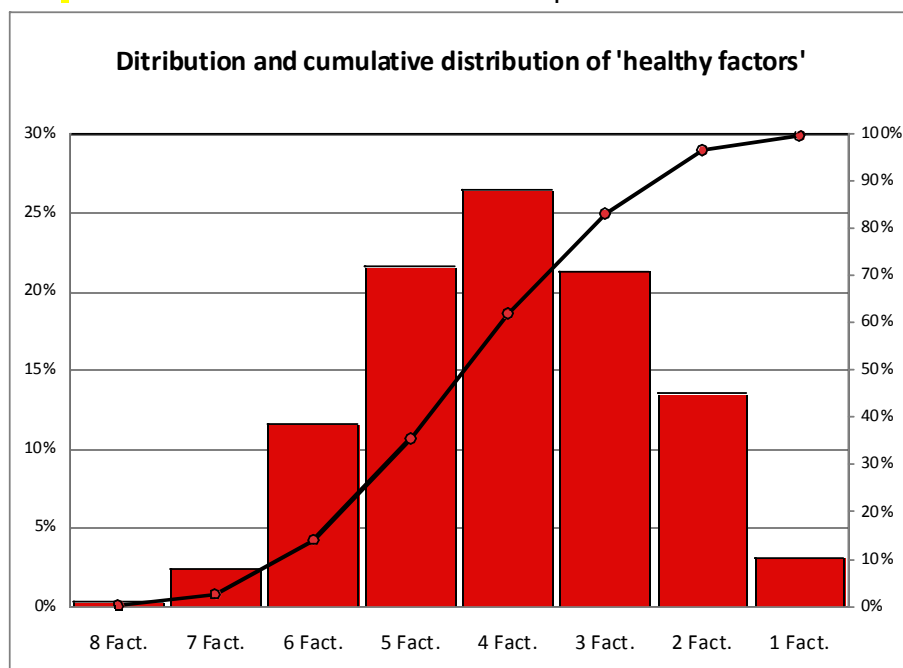
Habida cuenta de esas observaciones, el Grupo de Estudio recomienda que los países de la Región consideren y, llegado el caso, adopten un número reducido de nuevos Indicadores de ENT de Desarrollo que permitirá a los países hacer un seguimiento y lograr avances en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles con respecto a la equidad y a un enfoque multisectorial. En concreto, el Grupo de Estudio recomienda que los países desarrollen medios y datos para medir:

- Porcentaje del PIB invertido por el sector público en prevención de las ENT.
- Porcentaje de la población por debajo del umbral de pobreza nacional que puede costearse la adquisición de una canasta alimentaria de calidad.
- Porcentaje de hogares enfrentados a un gasto de salud desorbitado debido a una enfermedad no transmisible.

En lo que se refiere a las metas y los indicadores epidemiológicos, el Grupo de Estudio apoya el uso de la meta de la OMS para reducir en un 25% la mortalidad prevenible debida a enfermedades no transmisibles. Además, el Grupo recomienda el seguimiento de la mortalidad específica por enfermedad para las cuatro ENT principales. Con respecto al área difícil pero importante de la morbilidad por estas enfermedades, el Grupo de Estudio propone que los países promuevan aún más la capacidad de recopilar datos de morbilidad para la posible inclusión de esos datos en un sistema de vigilancia más exhaustivo. El Grupo de Estudio propone otros indicadores de riesgo de las enfermedades no transmisibles en los jóvenes y adolescentes. Recomienda el examen de diversos ámbitos de riesgo que la OPS seguirá explorando y desarrollando en vistas a su posible recomendación. Por último, el Grupo de Estudio señaló numerosas

consideraciones más del contexto del país que afectan a la capacidad de los países para progresar en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, y también proporcionó ejemplos de países de la Región que están logrando avances con diferentes enfoques para el establecimiento de prioridades de estas enfermedades.

Apéndice 1: Factores protectores de salud usados para el indicador de riesgo combinado en Chile. Distribución del número de factores protectores de salud acumulados



Fuente: Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, datos procedentes de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010.

Número de factores protectores	Número de individuos	de %	% acumulado	ICI 95%	ICS 95%
8 Factores	21.794	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%
7 Factores	179.843	2,4%	2,7%	2,7%	2,7%
6 Factores	870.667	11,5%	14,2%	14,2%	14,2%
5 Factores	1.619.062	21,4%	35,6%	35,6%	35,6%
4 Factores	1.984.523	26,3%	61,9%	61,8%	61,9%
3 Factores	1.599.131	21,2%	83,0%	83,0%	83,0%
2 Factores	1.015.033	13,4%	96,5%	96,4%	96,5%
1 Factor	234.166	3,1%	99,6%	99,6%	99,6%

Nota: Para el cálculo se utilizó una submuestra representativa de 7.557.911 personas mayores de 15 años con todos los datos disponibles.

Factor protector	Número de individuos	Población	Prevalencia	ICI 95%	ICS 95%
No fuma	7.618.493	13.024.236	58,5%	58,5%	58,5%
IMC < 25	4.577.592	12.870.797	35,6%	35,5%	35,6%
Actividad física regular	1.437.216	13.025.152	11,0%	11,0%	11,1%
Consumo de frutas o verduras >4 porciones	2.049.218	13.014.173	15,7%	15,7%	15,8%
Consumo de alcohol de bajo riesgo	11.340.537	13.055.340	86,9%	86,8%	86,9%
Presión arterial < 120/80 mmHg	5.646.127	12.962.462	43,6%	43,5%	43,6%
Colesterol <200 mg%	4.690.074	7.557.911	62,1%	62,0%	62,1%
Glucemia <100 mg%	10.692.170	12.724.071	84,0%	84,0%	84,1%

Nota: Por cuestiones económicas se midió el colesterol en una submuestra de la muestra original (equivalente a 7.557.911).

Referencias

- ¹ Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles. Nueva York, 2011 Naciones Unidas.
- ² Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010*, 2011.
- ³ Organización Panamericana de la Salud, *Enfermedades no Transmisibles en las Américas: Construyamos un futuro más saludable*, Washington, D.C.: OPS, 2011.
- ⁴ Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles. Nueva York, 2011 de las Naciones Unidas.
- ⁵ Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles, 2010*, 2011.
- ⁶ Anderson GF, Waters H, Pittman P, Herbert R, Chu E, Das K. *Non-Communicable Chronic Diseases In Latin America and the Caribbean*, Bloomberg School of Public Health Johns Hopkins University, 2009.
- ⁷ Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles, 2010*, 2011.
- ⁸ Adeyi O, Smith O, Robles S. *Las políticas públicas y el reto de las enfermedades crónicas no transmisibles*. Banco Mundial, 2007.
- ⁹ World Economic Forum and Harvard School of Public Health, *The Global Economic Burden of Non-communicable Disease*, septiembre del 2011.
- ¹⁰ Soroka and Mahon, *Better Value: An analysis of the impact of current healthcare system funding and financing models and the value of health and healthcare in Canada*, Canadian Health Services Research Foundation, 2012, consultado el 23 de mayo del 2013, www.chsrf.org
- ¹¹ Pan American Health Organization, *The Economic Burden of Non-communicable Disease in Americas*. Resumen.
- ¹² Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles, 2010*, 2011.
- ¹³ Pan American Health Organization, *Non-communicable Diseases on Global Agendas* Resumen.
- ¹⁴ Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles, 2010*, 2011.
- ¹⁵ Pan American Health Organization, *Non-communicable Diseases in the Americas: All Sectors of Society Can Help Solve the Problem*. Resumen.
- ¹⁶ PAHO 2011. *Integrated Health Service Delivery Networks. Concepts, Policy Options and a Road Map for Implementation in the Americas*, Washington, DC..
- ¹⁷ Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles. Nueva York, 2011 de las Naciones Unidas.
- ¹⁸ Declaration of Commitment of Port of Spain, Quinta Cumbre de las Américas, Puerto España, 2009.
- ¹⁹ World Health Organization, *The Abuja Declaration: Ten Years On*, 2011.
- ²⁰ <http://www.who.int/healthsystems/publications/Abuja10.pdf>, consultado el 1 de agosto del 2012.
- ²¹ Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles. Nueva York, 2011 Naciones Unidas.
- ²² Pan American Health Organization, *Non-communicable Diseases in the Americas: All Sectors of Society Can Help Solve the Problem* Resumen.
- ²³ World Health Organization and World Economic Forum, *From Burden to "Best Buys": Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries*, 2011.
- ²⁴ United Nations, *NCDs and MDGs – Success in Synergy*, 2011 Reunión de Alto Nivel de las NU sobre ENT.
- ²⁵ Pan American Health Organization, *Non-communicable Diseases in the Americas: All Sectors of Society Can Help Solve the Problem* Resumen.
- ²⁶ Echeverry, JC, A Ibanez, A Moya, L Hillon, M Cardenas, A Gomez-Lobo. 2005. The Economics of TransMilenio, a Mass Transit System for Bogotá, *Economía*, Vol 5, 2: 151-196.
- ²⁷ United Nations, *NCDs and MDGs – Success in Synergy*, 2011 Reunión de Alto Nivel de las NU sobre ENT.
- ²⁸ Pan American Health Organization, *Non-communicable Diseases in the Americas: All Sectors of Society Can Help Solve the Problem* Resumen.
- ²⁹ Pan American Health Organization, *Non-communicable Diseases in the Americas: Building a Healthier Future*, Washington, DC: OPS, 2011.
- ³⁰ Tudor-Locke, C, B Ainsworth, L Adair, B Popkin. 2003. "Objective Physical Activity of Filipino Youth Stratified for Commuting Mode to School." *Medicine and science in sports and exercise* 35, no. 3 (2003): 465-471.
- ³¹ United Nations, *NCDs and MDGs – Success in Synergy*, 2011 Reunión de Alto Nivel de las NU sobre ENT.
- ³² Banco Mundial. 2011. (<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/EffectiveResponsestoNCDs.pdf>)
- ³³ Sassi, F and Hurst. 2008. "Prevention of lifestyle-related chronic diseases: An economic framework." OCDE, París.

-
- ³⁴ OECD, *StatExtracts*, Health Expenditure and Financing, <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>.
- ³⁵ Barretto SA & Cyrillo DC (2001) Analysis of household expenditures with food in the city of S. Paulo in the 1990's [Artículo en portugués]. *Revista de Saude Publica* 35: 52–9. Véase también Cassady D, Jetter KM & Culp J (2007) Is price a barrier to eating more fruits and vegetables for low-income families? *Journal of the American Dietetic Association* 107: 1909–15, Christian T & Rashad I (2009) Trends in U.S. food prices, 1950–2007. *Economics and Human Biology* 7: 113–20
- ³⁶ Taylor F, D Stuckler. "Availability, costs and affordability of a healthy food basket in New Delhi: a cross-sectional survey," investigación sin publicar.
- ³⁷ Ward R., Verity F., Carter P., Tsourtos G., Coveney J., Wong K.C. (2013) "Food stress in Adelaide: The relationship between low income and the affordability of healthy food." *Journal of Environmental and Public Health* 2013: 1-10.
- ³⁸ Palermo, C., Wilson, A.. 2007. "Development of a healthy food basket for Victoria." *Aust NZ Journal of Public Health* 31: 360-363
- ³⁹ Para más información sobre el método de CBN, véase Instituto del Banco Mundial (2005) Introduction to Poverty Analysis. Sección 3.3.1. Disponible en: <http://siteresources.worldbank.org/PGLP/Resources/PovertyManual.pdf>
- ⁴⁰ Véase <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/basket-panier/method-eng.php>, and http://www.toronto.ca/health/pdf/nutritious_food_basket_2012.pdf.
- ⁴¹ Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJL. 2003. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet* 362: 111-17.
- ⁴² van Doorslaer E, O' Donnell O, Rannan-Eliya RP, Somanathan A, Adhikari SR, Garg CC, et al. 2006. Effect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia: an analysis of household survey data. *Lancet* 368: 1357-64.
- ⁴³ van Doorslaer E, O' Donnell O, Rannan-Eliya RP, Somanathan A, Adhikari SR, Garg CC, et al. 2007. Catastrophic payments for health care in Asia. *Health Economics* 16: 1159-1184.
- ⁴⁴ Kruk ME, Goldmann E, Galea S. 2009. Borrowing and selling to pay for health care in low- and middle-income countries. *Health Affairs* 28(4): 1056-1066.
- ⁴⁵ Murray CJL, Frenk J. 2000. A framework for assessing the performance of health systems. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 78(6): 717-731.
- ⁴⁶ Organización Mundial de la Salud. 2000. Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Organización Mundial de la Salud: Ginebra.
- ⁴⁷ Wagstaff A, van Doorslaer E. 2003. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: ith applications to Vietnam 1993-1998. *Health Economics* 12: 921-934.
- ⁴⁸ Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. 2007. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs* 26(4):972-983.
- ⁴⁹ Wagstaff A. 2010. Measuring financial protection in health. Performance measurement for health system improvement, Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S (eds.), Cambridge University Press: Cambridge.
- ⁵⁰ WHO. 2012. *Global Expenditure Atlas*. Ginebra.
- ⁵¹ Knaul, FM, Wong R, Arreola-Ornelas H, Mendez A, Gastos catastróficos en salud de los hogares: un análisis comparativo de doce países en América Latina y el Caribe, *Salud Publica de Mexico*, vol. 53, 2011.
- ⁵² Engelgau, M, Karan A, Mahal A. The Economic Impact of Non-communicable Diseases on Households in India, *Globalization and Health* 2012, 8:9
- ⁵³ Rendición de Cuentas en Salud, 2008, Gobierno Federal de México.
- ⁵⁴ World Health Organization, *Second WHO Discussion Paper: A Comprehensive Global Monitoring Framework Including Indicators and a Set of Voluntary Global Targets for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*, 22 de marzo del 2012.
- ⁵⁵ Pan American Health Organization. *Health Statistics from the Americas*, edición de 2006. Disponible en: <http://www.paho.org/ESA2006>. Consultado en 2011 (junio del 2007).
- ⁵⁶ Pan American Health Organization. Health Information and Analysis Project. *Health Situation in the Americas: Basic Indicators 2011*. Washington DC, United States of America, 2011. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=6150&Itemid=2395. Consultado en 2012 (29 de febrero).
- ⁵⁷ World Health Organization, *Second WHO Discussion Paper: A Comprehensive Global Monitoring Framework Including Indicators and a Set of Voluntary Global Targets for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*, 22 de marzo del 2012.
- ⁵⁸ Ahmad OB, Boschi-Pinto C, Lopez AD, et al. Age standardization of rates: a new who standard – GPE Discussion Paper Series: No. 31. World Health Organization 2001. Available from: <http://www.who.int/healthinfo/paper31.pdf> . Consultado en 2011 (27 de junio).
- ⁵⁹ The World Bank. World Bank list of economies (18 de julio del 2011). Available at http://data.worldbank.org/about/country-classifications/country-and-lending-groups#Low_income [consultado el 22 de agosto del 2011].
- ⁶⁰ World Health Organization, *Second WHO Discussion Paper: A Comprehensive Global Monitoring Framework Including Indicators and a Set of Voluntary Global Targets for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*, 22 de marzo del 2012.

⁶¹ Pan American Health Organization. Health Information and Analysis Project. Health Situation in the Americas: Basic Indicators 2011. Washington DC, United States of America, 2011. Disponible en http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=6150&Itemid=2395. Consultado en 2012 (29 de febrero)

⁶² Policy Statement: Preventing Cardiovascular Disease in the Americas by Reducing Dietary Salt Intake Population-Wide, 2009. www.paho.org/cncd_cvd/salt

⁶³ NCD Child, *The Oakland Statement on Non-communicable Diseases in Children and Adolescents: Putting NCDs, children and adolescents on the broader global health and development agenda*. Marzo del 2012.

⁶⁴ *Vision 2030 Jamaica: National Development Plan*, Planning Institute of Jamaica, 2009.

⁶⁵ Lloyd-Jones DM, Hong Y, Labarthe D, Mozaffarian D, Appel LJ, Van Horn L, Greenlund K, Daniels S, Nichol G, Tomaselli GF, et al. Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: the American Heart Association's strategic Impact Goal through 2020 and beyond. *Circulation*. 2010, 121(4): 586-613.

⁶⁶ Khaw K-T, Wareham N, Bingham S, Welch A, Luben R, et al. Combined Impact of Health Behaviours and Mortality in Men and Women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study. *PLoS Med*. 2008, 5(1): e12.

⁶⁷ Troost JP, Rafferty AP, Luo Z, Reeves MJ. Am J Public Health. Temporal and Regional Trends in the Prevalence of Healthy Lifestyle Characteristics, United States: 1994-2007. Julio del 2012;102(7):1392-8. Epub 21 de mayo del 2012..

⁴⁸ World Health Organization, third *WHO Discussion Paper: A Comprehensive Global Monitoring Framework Including indicators, and set of voluntary global targets for the prevention and control of Non communicable diseases*. Julio del 2012.

⁶⁸ Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020. Ministerio de Salud de Chile. 2008 Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/b89e911085a830ace0400101650115af.pdf>