

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
EN LAS AMÉRICAS:

CONSTRUYAMOS UN
FUTURO MÁS SALUDABLE



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
EN LAS AMÉRICAS:

CONSTRUYAMOS UN FUTURO MÁS SALUDABLE

2011

UNete
en la lucha contra
las ENTs

Se publica también en inglés con el título:
"Non-communicable diseases in the Americas: building a healthier future"
ISBN 978 92 75 13243 2

Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente:

Organización Panamericana de la Salud
"Enfermedades no transmisibles en las Américas: construyamos un futuro más saludable"
Washington, D.C.: OPS, © 2011

ISBN 978 92 75 33243 6

I. Título

1. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
2. PROMOCIÓN DE LA SALUD
3. CIUDAD SALUDABLE
4. ENFERMEDAD CRÓNICA
5. TABAQUISMO

NLM WA 541

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a Servicios Editoriales, Área de Gestión de Conocimiento y Comunicación (KMC), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2011

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

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

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

Reconocemos a la Agencia de Salud Pública de Canadá por su cooperación en el desarrollo de esta publicación

Agradecimientos

Concepto, texto y revisión:

Branka Legetic, Organización Panamericana de la Salud
James Hospedales, Organización Panamericana de la Salud
Silvana Luciani, Organización Panamericana de la Salud
Alberto Barcelo, Organización Panamericana de la Salud
Elisa Prieto, Organización Panamericana de la Salud
María Esperanza Pérez, Organización Panamericana de la Salud
Pedro Ordunez, Organización Panamericana de la Salud

Contribuciones técnicas:

Adriana Blanco, Organización Panamericana de la Salud
Carlos Santos Burgoa, Organización Panamericana de la Salud
Patricia Solis, Organización Panamericana de la Salud
Enrique Perez Flores, Organización Panamericana de la Salud
Caitlin Molsberry, Organización Panamericana de la Salud
Cristina Mana, Organización Panamericana de la Salud

Enrique Jacoby, Organización Panamericana de la Salud
Enrique Vega, Organización Panamericana de la Salud
Marijke Velzeboer-Salcedo, Organización Panamericana de la Salud

Glennis Andall, CAREC, Organización Panamericana de la Salud
Sarah Quesnel, CAREC, Organización Panamericana de la Salud
Deborah Malta, Ministerio de Salud Brasil
María Cristina Escobar, Ministerio de Salud de Chile
Sebastián Laspiur, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina
Armando Barriguete, Secretaria de Salud, México
Isabel Zacarías, INTA, U de Chile, Chile
Trevor Hassel, Healthy Caribbean Coalition, Barbados

Texto y edición: Sarah Goltz, MIA, MPH, Sage Innovation
Diseño: Pascale Willi
Traducción: Xavier Gonzales

Contenidos

PRÓLOGO

1. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN LAS AMÉRICAS: CAUSAS Y CONSECUENCIAS 1

Introducción	2
Impacto de las ENT en la salud	3
Perfil: Mejoramiento de la salud a través de la vigilancia	5
Impacto económico de las ENT	8
Perfil: Fondo Nacional de Salud de Jamaica	11
Impacto social de las ENT	12
Perfil: Prevención del cáncer cervicouterino en América Latina	16

2. EVIDENCIA DE ÉXITO/PERSPECTIVAS PARA UN FUTURO SALUDABLE 17

Enfoque de toda la sociedad	17
Perfil: El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en las Américas	19
Perfil: Día del Bienestar Caribeño	20
Perfil: Actúa ahora [Act Now] Columbia Británica, Canadá	21
Perfil: La red CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción y el Manejo de las Enfermedades No Transmisibles)	22
Cambio de los sistemas de salud	23
Perfil: Mejora de la atención crónica integrada	24
Perfil: Estrategia Nacional de Salud de Argentina para la Prevención y el Control de las ENT	25
Perfil: Programa AUGÉ de Chile	27
Perfil: CONACRO: El Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, México	28
Perfil: Medicamentos gratuitos para la hipertensión y la diabetes: la experiencia de Brasil	29
Construcción de ciudades saludables	30
Perfil: Ciclovías: una epidemia saludable	31
Perfil: La Ciudad de Nueva York frente a las ENT	32
Perfil: Ciudades Activas, Ciudades Saludables	33
Educación de niñas y niños saludables	34
Perfil: Cambiar el enfoque de la alimentación en el ámbito escolar	35
Alimentos saludables para todos	36
Perfil: Reducción del consumo de sal en América Latina y los Estados Unidos	37
Perfil: Chile 5 al Día	39
Perfil: Cinco Pasos Por Tu Salud	40
Sector privado: hacerlo bien y hacer el bien	41
Perfil: La Alianza por una Vida Saludable	42
Perfil: Campaña "Capta el Mensaje"	43

3. CONCLUSIONES 45

Referencias	47
-------------	----



PRÓLOGO

El interés mundial en la prevención y control de las enfermedades no transmisibles (ENT) ofrece una oportunidad sin precedentes para hacer frente a uno de los mayores riesgos de nuestro tiempo. La enfermedad cardiovascular, la enfermedad respiratoria crónica, el cáncer y la diabetes—las cuatro ENT más comunes—ya no son enfermedades de ricos. Todas ellas han alcanzado rápidamente niveles alarmantes en los países en desarrollo, impactando en la pobreza y el desarrollo de tal manera que ya no pueden ser ignoradas. Es necesario lograr un consenso global con el objeto de que todas las partes interesadas actúen rápidamente para hacer frente a esta creciente crisis de salud en las próximas décadas. Se espera que dicho consenso surja de la reunión de alto nivel sobre ENT y se proyecte en el tiempo.

En ninguna otra parte se necesita una acción más enérgica que en las Américas, no habiendo un sólo país, comunidad o familia que no haya sido afectado. El rápido y devastador aumento y propagación de la epidemia de ENT amenaza ahora con revertir los avances arduamente logrados hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), sobrecargar nuestros sistemas de salud y debilitar nuestras economías.

Ante tales amenazas, no hemos tenido otra opción que luchar contra las ENT en todos los frentes. Conforme nuestra comprensión de las causas de estas enfermedades ha ido evolucionando, también lo han hecho nuestros esfuerzos para reducir el riesgo, disminuir la incidencia y mejorar las tasas de supervivencia de quienes las padecen. Sin embargo, no puede esperarse que el sector salud resuelva este problema por sí solo. Los esfuerzos para aumentar la detección temprana y mejorar la calidad de vida y supervivencia de quienes ya están enfermos tienen que complementarse con una amplia

respuesta multisectorial. Esta respuesta debe ir dirigida a hacer frente a las causas más profundas de la enfermedad para conseguir reducir la incidencia—una respuesta respaldada por un amplio apoyo y una considerable cantidad de nuevos recursos.

A lo largo de varios años, diversos sectores gubernamentales (salud, educación, agricultura, transporte y finanzas), organizaciones de la sociedad civil y, de manera creciente, el sector privado, han trabajado junto a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en busca de soluciones efectivas y susceptibles de ampliación. Desde Bogotá la Ciudad de México hasta Nueva York, está surgiendo un movimiento de “Toda la sociedad” frente a las ENT, el cual compromete a las partes interesadas de todos los sectores en la lucha contra estas enfermedades. Este enfoque multisectorial involucra a gobiernos, organizaciones de la sociedad civil, empresas y ciudadanos a nivel individual, con el objeto de que cada uno haga la parte que le corresponde para abordar el origen de la epidemia. Los esfuerzos para asegurar el acceso a una comida saludable, crear espacios de trabajo y ciudades saludables, promover el envejecimiento saludable, influir en la demanda generando elementos publicitarios dirigidos a jóvenes contra el tabaco y la comida chatarra, así como realinear nuestros sistemas de salud con las demandas emergentes de ENT, son todos ejemplos de los pasos necesarios para avanzar.

A medida que la comunidad internacional traza el camino a seguir, es importante reconocer el liderazgo político y las innovaciones programáticas emergentes que están dando forma a respuestas exitosas a las ENT en las Américas. En este sentido, es necesario reconocer la labor de numerosas personas y organizaciones; entre ellas, Sir George Alleyne, Director Emérito de la Organización Panamericana de la Salud; la Agencia de

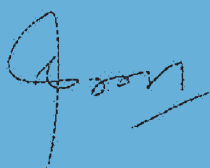
Salud Pública de Canadá; el Dr. Denzil Douglas, Primer Ministro de San Cristóbal y Nieves; y el Secretariado de la Comunidad Caribeña (CARICOM) al que también le debemos el haber dado inicio a los primeros compromisos internacionales con las ENT. La reunión de Alto Nivel de la ONU sobre ENT y otros esfuerzos intergubernamentales futuros para frenar esta epidemia, no se habrían hecho realidad sin la visión, liderazgo y esfuerzos de estas personas y organizaciones. Los esfuerzos iniciales del CARICOM para integrar las ENT en las plataformas de acción política condujeron a la primera reunión de Jefes de Estado sobre ENT, a la primera declaración regional sobre ENT en 2007 y, en última instancia, a la introducción de una resolución unánime presentada por CARICOM a las Naciones Unidas, para organizar una Reunión de Alto Nivel sobre ENT. Otros esfuerzos regionales para priorizar las ENT en los más altos niveles de gobierno y catalizar una respuesta multisectorial amplia a nivel de Jefes de Estado, están recogidos en la Declaración de la Ciudad de México, firmada por todos los estados miembros de las Américas en febrero de 2011.

Tenemos que trabajar con rapidez para establecer un consenso global dentro del sector salud, con el fin de responder a las demandas de prevención y tratamiento; mientras que, al mismo tiempo, expandimos el movimiento de las ENT para que trascienda las fronteras del sector salud y enfrente con audacia las causas de estas enfermedades. En el proceso de construcción de este consenso es importante incorporar los esfuerzos llevados a cabo recientemente en las Américas. Dichos esfuerzos podrían servir para fortalecer nuestra labor de establecer una efectiva y sólida plataforma para la acción global. Numerosas resoluciones regionales sobre la prevención de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo, como las relativas a la prevención del cáncer

cervicouterino, la reducción en el consumo excesivo de sal y el control del tabaco, pueden proporcionar modelos valiosos acerca de los compromisos intergubernamentales para prevenir las ENT.

Nosotros tenemos la convicción de que los modelos innovadores y las políticas multisectoriales que se destacan en este informe, aportan pruebas de que la prevención y el control de las ENT son viables en entornos de todo tipo de recursos. Esperamos que esta evidencia aliente una mayor innovación y un compromiso más amplio, a la vez que catalice una mayor inversión por parte de donantes y gobiernos para combatir con éxito esta epidemia sin fronteras en las Américas y en otras regiones.

Dr. Mirta Roses Periago,
Directora, Organización Pan Americana de la Salud
(OPS)



1

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN LAS AMÉRICAS: CAUSAS Y CONSECUENCIAS



Introducción

Esta publicación representa la culminación de una década de esfuerzos realizados por la OPS y sus socios nacionales para comprender y responder de manera efectiva a la creciente epidemia de ENT en las Américas. Está surgiendo una nueva visión de la salud, sustentada por la Estrategia Regional y Plan de Acción para un Enfoque Integrado sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas, que fue aprobada en 2006 por los Ministros de Salud de la región. Frenar la epidemia de las ENT se ha convertido en una importante prioridad en salud y en el objetivo de políticas y programas innovadores que proporcionan nuevos modelos para combatir exitosamente las ENT en entornos de todo tipo de recursos. Estamos seguros de que compartir esta evidencia reciente y estas primeras experiencias exitosas de las Américas podrá proporcionar lecciones valiosas para otras regiones que están en etapas previas de esta epidemia y ayudar a sustentar la escala de nuestros esfuerzos globales.

En la Parte 1 de este documento, se consideran las causas y consecuencias de las ENT en las Américas desde tres perspectivas diferentes—el impacto en nuestra salud, en nuestra prosperidad económica y en nuestras comunidades. La parte 2 explora las experiencias exitosas en la lucha contra las ENT en la región—desde el enfoque de ‘Toda la sociedad’ hasta el cambio de los sistemas de salud, la construcción de ciudades saludables, criando niños saludables y asegurando el acceso a alimentos saludables. También se examina el importante rol del sector privado, destacando varios ejemplos de éxitos recientes en la región. Finalmente, se analizan nuestra visión y metas para la próxima década a la luz de futuras oportunidades a nivel global y regional.

Impacto de las ENT en la salud

La epidemia global de ENT ha afectado muy pronto y de forma severa a la región de las Américas. En la actualidad, las ENT son las principales causas de muerte y discapacidad, lo que representa más de 3.9 millones de muertes anualmente, o el 75% del total de muertes en toda la región.¹ Al igual que en otras partes del mundo, la enfermedad cardiovascular, las enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer y la diabetes son las ENT más frecuentes.

Se estima que en 2007 murieron en las Américas 1.5 millones de personas debido a enfermedades cardiovasculares; 1 millón de personas por cáncer; 230,000 por diabetes y 200,000 por enfermedad pulmonar obstructiva crónica.² Estas cifras, así como el número de personas que viven actualmente con ENT, son sorprendentes. Aunque no se dispone de una cifra exacta para las Américas en su conjunto, se estima que el número de personas que vive con una ENT en la región es considerable. Muchas se ven afectadas desde el comienzo por varias ENT, o sufren la exacerbación de alguna enfermedad infecciosa como la tuberculosis como consecuencia de su diabetes, su tabaquismo o el abuso de alcohol.³ En los Estados Unidos, una de cada cinco personas padece varias ENT.⁴ Se prevé que estas cifras continúen creciendo significativamente en las próximas décadas. Para 2030, se ha proyectado un aumento del 42.4% de las ENT para la región, en caso de continuar las actuales tendencias.

A pesar de la enorme diversidad económica, social y étnica de las Américas, ningún país o comunidad se ha librado de la epidemia. La carga de enfermedad causada por las ENT varía entre el 64% en la región andina y el 86% en América del Norte.² En su origen, las ENT fueron un problema primordialmente para los países ricos y determinadas poblaciones de los países de medianos ingresos. Sin embargo, ahora su incidencia está creciendo más deprisa y alcanzando altas tasas de enfermedad en un período mucho más corto en los países de bajos ingresos que en los países ricos. La reducción de este período como resultado del rápido aumento de las ENT es preocupante, especialmente porque la mayoría de los países de bajos ingresos continúan sufriendo cargas significativas de enfermedades infecciosas, lo que crea una "doble carga" de enfermedad. Los sistemas de salud, ya de por sí sujetos a presión, tienen poco tiempo para reaccionar a las complejas necesidades surgidas de esta doble car-

ga. En consecuencia, la inadecuada atención aumenta enormemente los riesgos asociados con las ENT, que incluyen la discapacidad a largo plazo y menores oportunidades de supervivencia, particularmente en los países y comunidades de bajos ingresos.

Cambios demográficos y de estilo de vida

La epidemia de ENT en las Américas ha sido provocada por un cambio demográfico, económico y social sin precedentes, que ha llevado a los factores de riesgo de las ENT a alcanzar niveles no observados previamente. Gracias a mejoras significativas en la supervivencia infantil, al embarazo seguro y a los éxitos en la lucha contra las enfermedades infecciosas, los países en toda la región de las Américas están experimentando transiciones demográficas de unas sociedades predominantemente jóvenes a otras crecientemente envejecidas. Las personas mayores de 60 años representan actualmente el 10% de la población en América Latina y el Caribe, cifra que se espera que aumente al 25% para el año 2050.⁵

En los países industrializados, la transición demográfica que tuvo lugar durante los pasados 100 años, fue impulsada en gran parte por el desarrollo económico—que, a su vez, ocasionó mejoras en la salud pública. En contraste, la actual transición demográfica en los países de más bajos ingresos de las Américas ha sido impulsada por mejoras en la salud pública, que han cambiado los patrones de las enfermedades y mejorado las tasas de supervivencia, pero en ausencia de cambios significativos en la riqueza. Como resultado, los países de menores ingresos están ahora luchando para enfrentarse a los retos impuestos por las sociedades envejecidas, pero careciendo de los recursos económicos adecuados para responder a las necesidades cambiantes de sus poblaciones.

Ahora bien, aunque se espera un incremento de las ENT en los países en los que está aumentando el número de ancianos, el ritmo y magnitud de la epidemia de ENT no puede atribuirse solamente al envejecimiento de la población. Los cambios significativos en los estilos de vida son en la actualidad los principales determinantes de los factores de riesgo y de las enfermedades en todas las edades. Tanto la industrialización como la urbanización y la globalización de productos y patrones de consumo, se consideran impulsores primarios del riesgo. En este sentido, son muchas las personas que dejan la vida rural en busca de nuevas oportunidades de empleo y desarrollo económico en

entornos más industrializados. Esta nueva vida en la ciudad es dramáticamente diferente. Estilos de vida cada vez más sedentarios, acceso a alimentos industrializados baratos y presiones sociales para fumar y consumir excesivas cantidades de alcohol han causado niveles imprevistos de obesidad, hipertensión, hipercolesterolemia e hiperglucemia—todos ellos factores de riesgo de las ENT que pueden prevenirse. El fácil acceso a alimentos industrializados, tabaco y alcohol no se limita a las áreas urbanas. Actualmente, estos productos industrializados—como los alimentos empaquetados, las bebidas azucaradas y el tabaco—se encuentran incluso en las comunidades más aisladas de las Américas.

Las investigaciones han encontrado que en muchas comunidades donde es frecuente la exposición a contaminantes ambientales y la desnutrición infantil temprana motivada por la escasez de alimentos—tanto en el útero como durante la infancia—aumenta el riesgo de futuras enfermedades.

Ninguna comunidad en las Américas es inmune.

Factores de riesgo crecientes

Si no se llevan a cabo intervenciones sostenibles a nivel poblacional para mitigar sus causas, los principales factores de riesgo de las ENT—fumar, consumo excesivo de alcohol, inactividad y obesidad—no van a disminuir. La obesidad, antes poco frecuente, continúa aumentando consistentemente en la región. Para 2015, se esperan tasas de obesidad hasta del 39% del total de adultos—siendo las mujeres y los niños con menores ingresos especialmente vulnerables.⁶ En Canadá y los Estados Unidos, el porcentaje de la población adulta que tiene sobrepeso o es obesa no tiene precedentes—habiendo alcanzado el 45% y 65% respectivamente.⁷ Entre 30-60% de la población de la región no logra el nivel recomendado de ejercicio diario; y la mayoría de las personas no alcanza a consumir los niveles recomendados diarios de frutas y vegetales.^{7,8} A pesar de la disminución de las tasas de consumo de tabaco en los Estados Unidos y Canadá, el tabaquismo también continúa creciendo en América Latina, sobre todo entre las mujeres y los jóvenes⁹. El consumo de cigarrillos, alcohol y alimentos industrializados ricos en grasas, sal y azúcar, unido a los ambientes urbanos que no promueven la salud y la actividad física, está poniendo en riesgo a un número extremadamente alto de personas.

Disparidades en salud

Las diferencias socioeconómicas y de género determinan la exposición a riesgos, el acceso al tratamiento temprano y a la atención, así como la falta de recursos financieros, que colocan a las poblaciones marginadas en una desventaja significativa. Con frecuencia, en las poblaciones vulnerables la enfermedad se detecta tardíamente, cuando los pacientes ya necesitan una atención aguda, la cual es muchas veces inaccesible ya sea por la debilidad de los sistemas de salud o por el precio demasiado caro para que puedan pagarlo. Estas diferencias existen tanto entre países, como dentro de los países.

Las diferencias en tasas de enfermedad y de supervivencia entre países son sorprendentes. Las investigaciones muestran que las tasas de mortalidad debidas a ENT son 56% más altas para los hombres y 86% más altas para las mujeres en los países en desarrollo, en comparación con quienes luchan contra las mismas enfermedades en entornos de mayores ingresos.¹⁰ En los países de bajos ingresos las personas mueren de ENT a edades más jóvenes que en los países más ricos.¹¹ Más de 1.5 millones de muertes por ENT ocurren en personas menores de 70 años.¹ A nivel mundial, aproximadamente el 33% de las muertes debidas a enfermedades crónicas en países de medianos ingresos se producen en menores de 60 años. En países de bajos ingresos, esta cifra aumenta aproximadamente al 44%.¹⁰ Estos promedios nacionales no ponen de manifiesto las extraordinarias diferencias en enfermedades prematuras, discapacidad y mortalidad que existen entre comunidades dentro de un mismo país. En Perú, una investigación reciente mostró una probabilidad cuatro veces mayor de tener múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en los grupos más pobres, en comparación con los más ricos.¹²

Aunque las Enfermedades Crónicas no son transmisibles, los factores de riesgo que las causan sí se transmiten y se están propagando en proporciones epidémicas. Al igual que los esfuerzos para detener la propagación de las enfermedades infecciosas, es necesario que los programas para frenar la propagación de los factores de riesgo que conducen a las ENT tengan efecto en amplios grupos de población, con el fin de frenar la epidemia. Como se verá con detalle en los siguientes capítulos, las consecuencias de las ENT han alcanzado niveles incomparables, estimulando la necesidad de innovación en toda la región.

Mejoramiento de la salud a través de la vigilancia

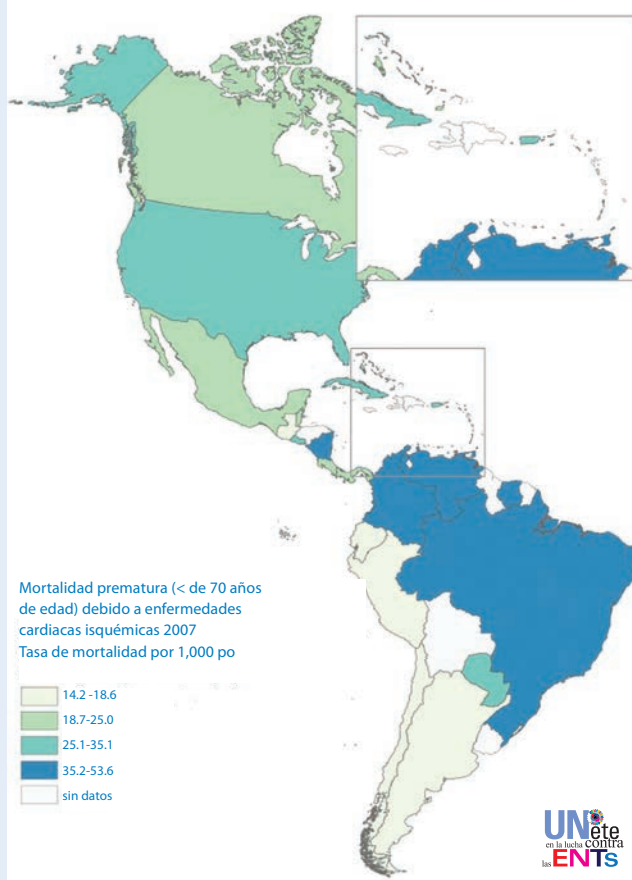
Con la aprobación en 2006 de la Estrategia Regional de la OPS para la Prevención y Control de las ENT, la vigilancia de las ENT y de sus factores de riesgo se ha convertido en una prioridad en toda la región y dentro de la OPS. A través de su metodología de STEPS, la OPS ha trabajado de cerca con los países miembros y las redes subregionales para mejorar la vigilancia de las ENT y la formulación de políticas basadas en evidencia.¹³

Una piedra angular de este esfuerzo ha sido el desarrollo de un conjunto común de indicadores de ENT que facilitará una sólida recolección de datos y proporcionará un método sencillo y estandarizado para la recogida, análisis y difusión de datos para la región. Conocida como Lista de indicadores mínimos, óptimos y deseados de ENT, este conjunto de datos combina múltiples fuentes de datos en un sistema funcional de elaboración de informes anuales como base para la vigilancia de las ENT.¹⁴ Desde que se puso en marcha este esfuerzo, la OPS ha trabajado para fortalecer los sistemas de vigilancia nacionales en Argentina, Chile, Uruguay, Brasil, Paraguay, Bahamas, Barbados, Belice, Bermudas, Dominica, Jamaica, Sta. Lucía, San Vicente y las Granadinas, San Cristóbal y Nieves, Suriname, Guyana, Granada y Aruba. También ha apoyado esfuerzos subregionales de vigilancia con MERCOSUR, la Región Andina y CARICOM. A la fecha, diez países han implementado el paquete completo de herramientas recomendadas por la OPS. Otros cinco países han alineado sus sistemas de vigilancia nacional con la metodología de STEPS. Costa Rica es un ejemplo de ello.

En Costa Rica, los esfuerzos del Sistema de Seguridad Social para establecer un sistema sólido de vigilancia, son un buen ejemplo de la metodología STEPS en acción. Este programa utiliza centros de salud en todo el país para obtener datos. En estos centros de salud el personal médico y los técnicos de laboratorio son responsables de la recogida de datos—lo que proporciona una amplia y actualizada imagen instantánea de las ENT en el país.

En 2011, estuvieron disponibles los primeros datos del programa. Recolectados en 103 centros y sobre 4,200 personas de una población meta de 113,000 habitantes que viven en diferentes partes de Costa Rica, estos nuevos resultados proporcionaron datos sorprendentes sobre la prevalencia de las ENT y de sus factores

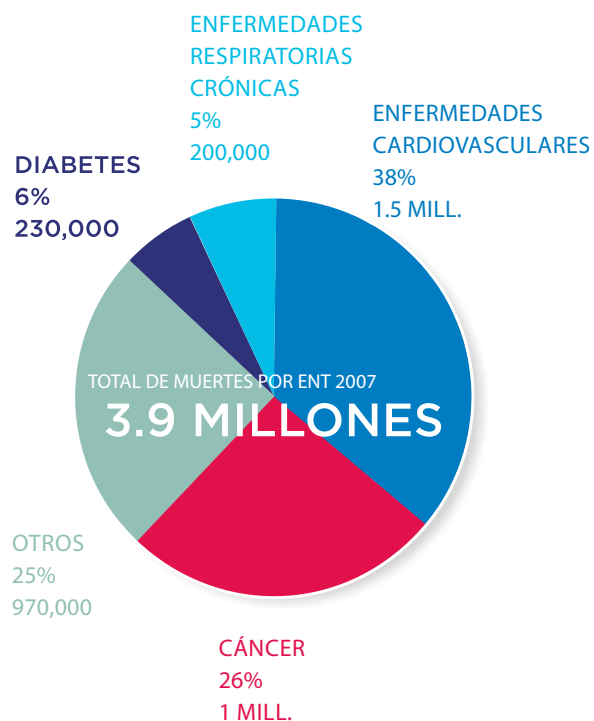
SITUACIÓN DE SALUD EN LAS AMÉRICAS DATOS BÁSICOS SOBRE ENT 2011



de riesgo en el país. Según la información publicada, el 9.5% de la población observada tenía diabetes, 31.5% eran hipertensos, 25.9% eran obesos y 50% de la población estudiada presentaba bajos niveles de actividad física. El estudio también indicó que, entre quienes fueron diagnosticados de diabetes e hipertensión, el 46.6% y el 76.1% tenía buen control de su glucemia y presión arterial, respectivamente.¹⁹ El programa de vigilancia planea proporcionar datos cada cuatro años.

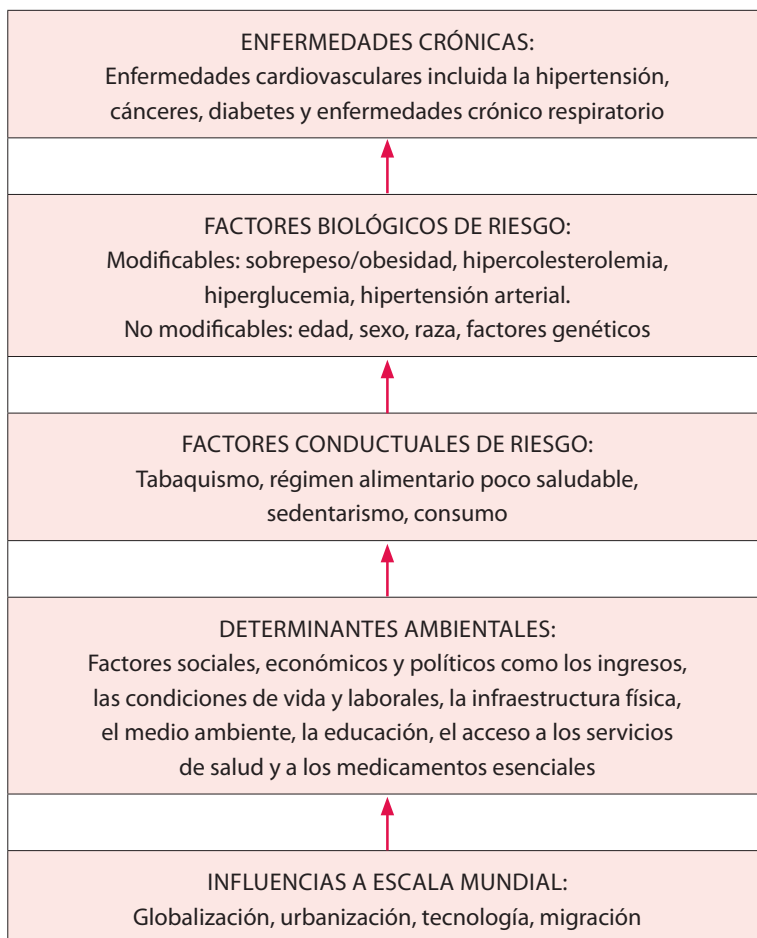
Los esfuerzos regionales también están comenzando a dar resultado. En 2011, la OPS fue capaz de producir el primer conjunto de datos básicos de ENT en las Américas, el cual es esencial para dar forma a los futuros esfuerzos a realizar por la propia OPS, los países miembros y las organizaciones en toda la región.

CARGA DE ENFERMEDAD 2007



Fuente: Buscador de datos de mortalidad de la OPS, Observatorio regional de salud

DETERMINANTES CLAVE DE LAS ENT



4 ENFERMEDADES REPRESENTAN LA MAYORÍA DE LAS MUERTES



ENFERMEDADES
CARDIOVASCULA-
RES
1.5 Mill.



CÁNCER
1 Mill.



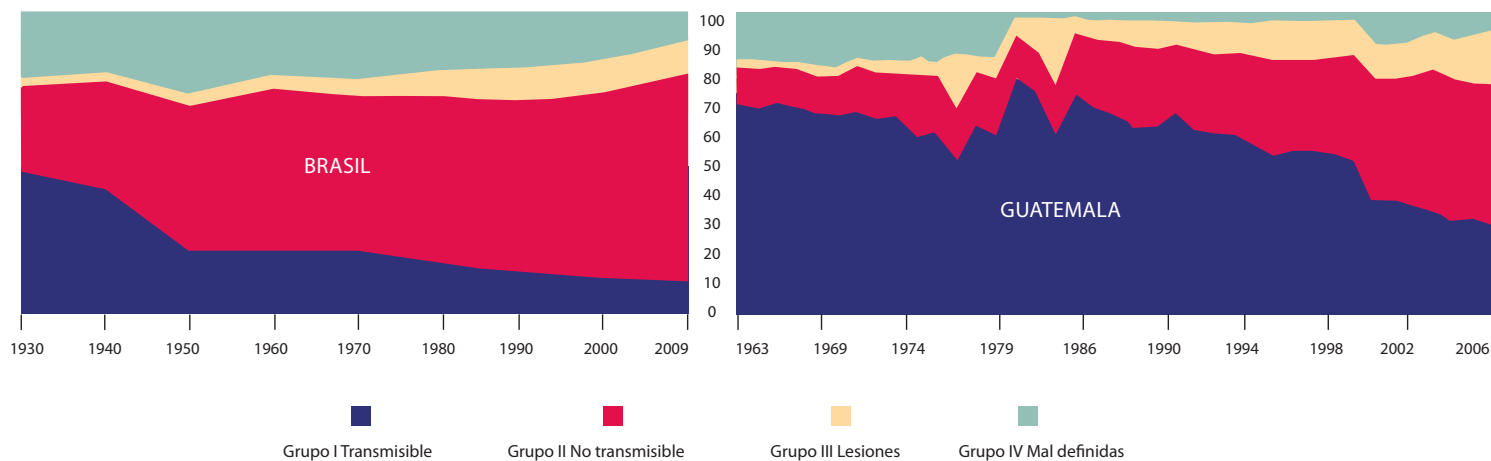
ENFERMEDADES
PULMONARES
OBSTRUCTIVAS
CRÓNICAS
200,000



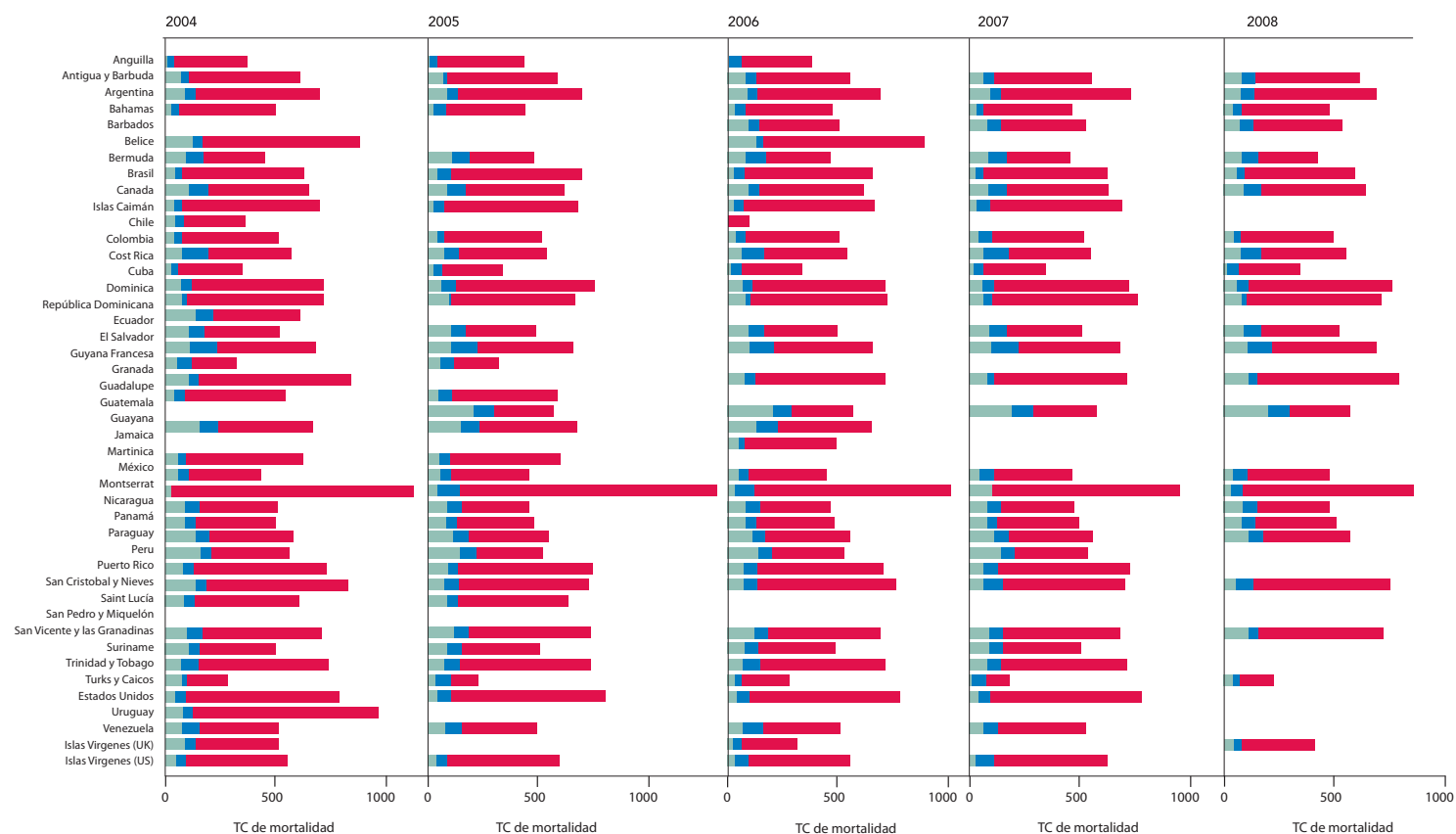
DIABETES
230,000

Fuente: Buscador de datos de mortalidad de la OPS, Observatorio regional de salud

AUMENTO DE LAS ENT EN EL TIEMPO: MORTALIDAD POR GRUPOS PRINCIPALES DE CGE, EJEMPLO DE BRASIL Y GUATEMALA



TASAS CRUDAS DE MORTALIDAD POR PAÍS PARA GRUPOS DE CARGA GLOBAL DE ENFERMEDADES (CGE)



CARGA MUNDIAL DE ENFERMEDADES

- Enfermedades no transmisibles
- Lesiones
- Condiciones transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales

Fuente: Buscador de datos de mortalidad de la OPS, Observatorio de Salud Regional

Impacto económico de las ENT

El coste financiero de las ENT en las Américas representa una amenaza creciente para la estabilidad económica regional. En la actualidad, pocos programas nacionales satisfacen adecuadamente las demandas para la prevención y atención de las ENT; no obstante, el porcentaje de recursos de salud que se gasta tratando de responder a las actuales necesidades ya constituye un reto para la mayoría de los países. En los Estados Unidos, el 85% del total de dólares gastados en salud se destina al tratamiento y atención de personas con ENT.⁴ Se espera que el coste total de la epidemia—incluidos la prevención, el diagnóstico, la atención y la pérdida de productividad—aumente significativamente en la próxima década debido a la propagación de las ENT, ejerciendo una presión sin precedentes sobre los sistemas de salud y las economías. En Brasil, se estimó que el coste actual del tratamiento, unido a la pérdida de productividad económica debida a las ENT, es del orden de \$72 millones de dólares.¹⁶ De manera especial, los países de menores ingresos se enfrentan a grandes desafíos para satisfacer las crecientes demandas de tratamiento y atención de las ENT puesto que los recursos actuales para la salud se dirigen en gran parte hacia la prevención y atención de las enfermedades transmisibles y a la mortalidad materna e infantil. La redistribución de los recursos existentes y la obtención de otros nuevos, son pasos esenciales en cualquier tipo de entorno si se desea que los sistemas de salud en las Américas tengan éxito en la respuesta a las necesidades evolutivas de salud de sus poblaciones.

Costos crecientes

Las necesidades de tamizaje, tratamiento y cuidados crónicos para las ENT están aumentando en toda la región. Proporcionar niveles adecuados de atención sanitaria es un reto incluso para los países más ricos. En América Latina, el gasto en materia de salud ha sido de alrededor del 6.5% del PIB en la pasada década. Sin inversión de nuevos recursos, los sistemas de salud están luchando para proporcionar la atención mínima necesaria para las ENT de la creciente población.

Dado que, en gran parte, los programas de tamizaje y diagnóstico temprano no consiguen llegar a la mayoría de la población, es muy frecuente que las personas bus-

quen atención para una ENT cuando la enfermedad ya ha avanzado significativamente, y las únicas opciones que quedan son costosas atenciones agudas y paliativas. En algunos países, el tratamiento y los cuidados paliativos en una etapa tardía no están disponibles o solamente son accesibles a un costo enorme para la persona y la familia que los necesita. Tratar las ENT en fase aguda supone haber perdido la oportunidad de realizar un tratamiento preventivo y sobrecargar a los sistemas de salud con pacientes gravemente enfermos. Este enfoque también está teniendo funestas consecuencias económicas en las familias. En América Latina, el 39% del total de gastos en salud son pagos de bolsillo, la mayoría relacionados con las ENT.⁴ El impacto que tienen estos pagos en los ahorros de las familias, en las tasas de inversión individual y en el desarrollo económico nacional es considerable.

Existen ejemplos significativos sobre el impacto económico de la diabetes y la hipertensión. América Latina tiene una mortalidad debida a la diabetes más alta que cualquier otra región en el mundo. El costo actual del tratamiento de la diabetes se estima que es el doble del costo actual del tratamiento del VIH—llegando a \$10.7 mil millones de dólares solamente en América Latina.¹⁷ Una investigación reciente de la Federación Internacional de la Diabetes muestra que, en 2010, el gasto en diabetes representó el 9% del total de los gastos en salud en América del Sur y Central; y llegó al 14% en América del Norte, incluidos los países del Caribe de habla inglesa y Haití.¹⁸ De manera similar, se estima que el coste actual de la hipertensión y la diabetes en Trinidad y Tobago, es del 8% del PIB.¹⁹ Investigaciones recientes en México muestran que, si la diabetes y la hipertensión continúan aumentando como se prevé, el gasto nacional en salud tendrá que aumentar un 5-7% cada año, solo para hacer frente a las necesidades de los nuevos pacientes.²⁰ De manera similar, el cáncer también tiene un impacto económico dramático, que cuesta a los Estados Unidos 1.73% de su PIB.²¹

Morbilidad prematura y el mercado laboral

Además de los costes del tratamiento, el comienzo temprano de las ENT y la resultante morbilidad prematura repercuten especialmente en la productividad económica. Una investigación realizada por USAID y la Facultad de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins, muestra que el 50% de las personas en las Américas en edades entre los 30 y 60 años, tienen al



menos una ENT.⁴ Según los estudios disponibles sobre factores de riesgo a nivel nacional en las Américas, el porcentaje de adultos que viven con tres o más factores de riesgo para ENT varía entre el 10% en Uruguay y el 46% en las Islas Vírgenes Británicas. Estos factores aumentan con la edad; en San Cristóbal, el 68% de la población entre 45 y 65 años tiene tres o más factores de riesgo. En Jamaica, el 82% de la población entre 65 y 74 años de edad tiene tres o más factores de riesgo.²²

El impacto de esta carga en el mercado laboral es muy preocupante. En las Américas, el porcentaje de hombres que superan los 15 años de edad y mueren antes de cumplir los 60, varía entre el 15% en los países del Cono Sur y el 25% en los países latinos caribeños.⁴ Las personas que padecen enfermedades crónicas tienen menores ingresos, mayor absentismo laboral, menos horas trabajadas y una mayor inestabilidad laboral debido a sus discapacidades.

Las consecuencias económicas de esta inestabilidad, asociada a la trágica muerte prematura de personas de sus familias y de sus comunidades y a la pérdida de fuerza laboral, hacen que las ENT sean un importante problema para el desarrollo económico. El Foro Económico Mundial señaló que las ENT son uno de los tres riesgos más probables y graves para la economía mundial, junto con la crisis financiera y la inflación.²³ En Brasil, los investigadores predicen que la pérdida de ingreso nacional atribuible a las ENT puede alcanzar el 3.21% del PIB en 2015. Reducir estos costos a través de la prevención, la detección temprana, el acceso a medicinas asequibles y el uso de modelos emergentes para el autocuidado es de vital importancia en todos los entornos.

Inversión en prevención

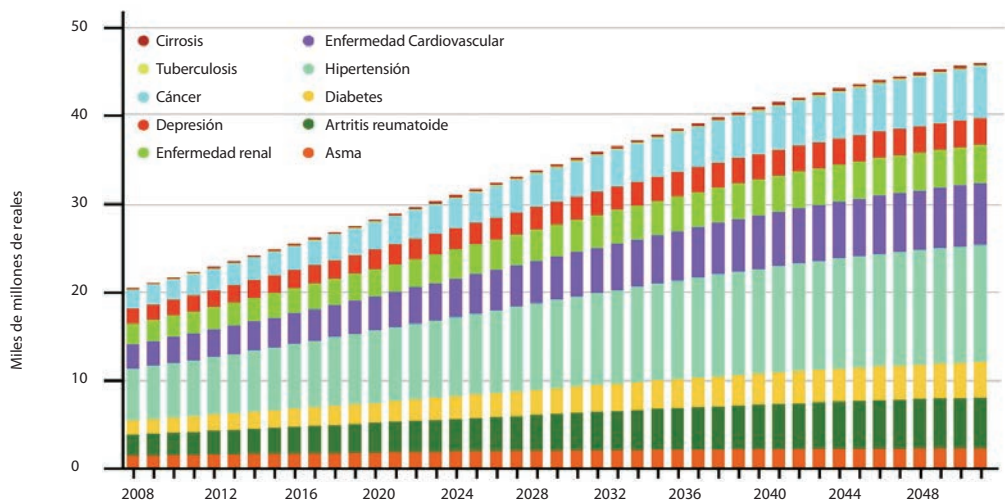
A pesar de la amenaza que suponen las ENT para la estabilidad económica, existen soluciones costo-efectivas para su prevención y tratamiento que pueden ser implementadas. Varios países de medianos ingresos, entre los que destacan México, Brasil y Uruguay, han llevado a cabo investigaciones a nivel nacional para identificar cuáles ENT están causando mayor presión económica, y cuáles son las intervenciones costo-efectivas que pueden disminuir la carga de la enfermedad y las pérdidas que conlleva. Las

intervenciones asequibles costo-efectivas existen a todos los niveles—desde las intervenciones a nivel poblacional, como reducir el consumo excesivo de sal y limitar el acceso a los productos del tabaco, hasta la atención clínica, la educación en salud y el acceso a medicamentos genéricos para el tratamiento de la hipertensión y la hipercolesterolemia. Las inversiones en la detección temprana y el tratamiento de las ENT a nivel secundario y terciario, la vacunación contra los virus que causan el cáncer cervicouterino y el cáncer de hígado, así como los esquemas novedosos de seguros de salud pueden ahorrar gran cantidad de recursos y vidas a largo plazo. Una revisión de los programas de hipertensión en México y Brasil, realizada por el Banco Mundial, encontró que las inversiones en campañas de concientización pública, grupos de autoayuda, capacitación clínica y sistemas de información son costo-efectivas.⁴ En México, se demostró que cada dólar que se invierte para identificar y dirigir el tratamiento a pacientes de riesgo con condiciones de prediabetes y prehipertensión ahorra entre \$84–\$323 dólares en costos de tratamiento a lo largo de un período de veinte años.²⁴

Otras medidas fiscales para la prevención—como los impuestos al tabaco y al alcohol—también pueden generar ingresos para los sistemas de salud, a la vez que disuaden de las conductas de riesgo.

Es necesario que los donantes financien programas de ENT en los países de bajos ingresos y en comunidades desfavorecidas de los países de medianos ingresos. En la actualidad, menos del 3% de la asistencia global para el desarrollo en salud se gasta en ENT. Una parte de este dinero llega a las Américas. Además, los países de medianos ingresos—los más golpeados por esta epidemia—muchas veces no son elegibles para recibir el apoyo de los donantes internacionales y tienen que afrontar solos los extraordinarios costos de esta epidemia. Esta realidad tiene que cambiar y se deben explorar nuevos mecanismos de financiación. La experiencia que se presenta a continuación muestra la estrategia puesta en marcha por Jamaica para recaudar fondos a través de impuestos al tabaco y a las nóminas, con el fin mejorar la calidad de la atención disponible para quienes están afectados por las ENT y asegurar un acceso equitativo a los medicamentos. Este programa es único en las Américas y proporciona un modelo sostenible dirigido a obtener los recursos necesarios para apoyar la atención a las ENT.

PROYECCIONES DE GASTOS EN SALUD POR CONDICION CRÓNICA EN BRASIL, 2008-2050



Fuente: A. Glassman, T. Gaziano, C. P. Bouillon Buendia, F. C. Guanaís de Aguiar: Confronting Chronic Disease burden in Latin America and the Caribbean, Health Affairs, 29, No12 (2010): 2142-2148

CARGA ECONÓMICA ESTIMADA DE DIABETES E HIPERTENSIÓN EN PAÍSES SELECTOS EN EL CARIBE (MILLONES DE \$US DÓLARES, 2001)

	Bahamas	Barbados	Jamaica	Trinidad y Tobago
Diabetes	27	38	221	467
Hipertensión	46	73	266	250
Total	73	111	487	717
%PIB	1.4	5.3	5.8	8.0

Fuente: Abdulkadri et al. Social and Economic Studies 58: 3 & 4 (2009): 175-197

Fondo Nacional de Salud de Jamaica

El Fondo Nacional de Salud de Jamaica es un ejemplo excepcional de cómo un mecanismo innovador de financiación ha permitido que Jamaica maneje exitosamente la creciente presión de las ENT. Las ENT son una amenaza económica importante para todos los jamaicanos ya que representan más del 60% de la carga de enfermedad en el país.

Después de luchar durante décadas para encontrar los recursos financieros necesarios para responder a la creciente demanda de medicamentos y de cuidados crónicos, el Fondo Nacional de Salud logró un equilibrio mediante el cual el gobierno, las aseguradoras privadas y las personas comparten la carga de los gastos para la prevención y el control de las ENT. Establecida en 2003, esta corporación pública se ha convertido en un sistema que canaliza la inversión de nuevos fondos en educación pública, mejora y ampliación de infraestructuras del sistema de salud y que asegura el acceso asequible a medicamentos para todos los residentes que sufren alguna de las quince ENT seleccionadas.

Esta forma de financiación del Fondo puede ayudar a otros países que se enfrentan a retos similares, a identificar nuevos recursos destinados a la prevención y atención de las ENT, ya que se ha creado un modelo sostenible a través del cual una cantidad significativa de nuevos recursos se dirige al sistema de salud. Los recursos para el Fondo provienen de un impuesto nacional al consumo del tabaco del 20% (43% de los ingresos del Fondo), un 0.5% del impuesto nacional a las nóminas (35% de los ingresos del Fondo) y una contribución del gobierno (22% de los ingresos del Fondo).

El Fondo está diseñado para subvencionar medicinas a todas las personas elegibles que padecen ENT. Todos los residentes que han recibido la certificación requerida de sus enfermedades crónicas son beneficiarios del Fondo. Estos medicamentos subvencionados están disponibles para todos, pero están pensados para apoyar, no para reemplazar, los esquemas de seguros privados o



públicos, incluyendo la cobertura farmacéutica nacional para adultos mayores; y con frecuencia requieren copagos modestos del propio bolsillo.

El Fondo también apoya programas de educación pública del Ministerio de Salud y de las organizaciones privadas que caen dentro de la Estrategia de Protección y Promoción de la Salud del Ministerio, con el propósito de concienciar a la población y aumentar la capacidad para el auto manejo de las ENT. Adicionalmente, el Fondo proporciona considerables recursos para mejorar la infraestructura de salud pública, los sistemas de vigilancia de ENT, la capacitación en calidad de atención y la capacitación en evaluación, entre otras iniciativas.

Como modelo para otros países, el Fondo está sirviendo actualmente a 404,615 personas, introduciendo nuevos medicamentos esenciales, así como invirtiendo en programas públicos que van desde la seguridad en las carreteras, la concientización sobre el consumo de sal, los deportes para la juventud y el mejoramiento de las capacidades de los servicios de salud, hasta el monitoreo de la situación de la salud en todo el país.

Impacto social de las ENT

Las causas y consecuencias de las ENT también tienen que ser comprendidas desde una perspectiva social—no solamente desde la perspectiva económica y de salud pública. En una sociedad, existen grandes diferencias en riesgos y resultados entre los grupos socialmente desfavorecidos y los más prósperos. La población que vive en condiciones de pobreza y desventaja social tiene mayor probabilidad de padecer ENT y de sufrir sus consecuencias económicas y sociales; y más posibilidades de sufrir una discapacidad y de mortalidad prematura.

Alta exposición, poca protección

Los grupos social y económicamente marginados tienen mayor probabilidad de vivir en ambientes en donde las políticas para hacer frente a las ENT todavía no han sido establecidas—donde hay poca protección contra riesgos ambientales, pocos espacios abiertos para promover el ejercicio hecho con regularidad, poca restricción de las ventas de tabaco y alcohol, así como escasez de alimentos saludables disponibles como fundamento de una dieta nutritiva. Por estas razones, las poblaciones vulnerables tienen mayor probabilidad de estar expuestas a los factores de riesgo ambientales y modificables asociados con las ENT—como los cancerígenos ambientales, altas tasas de obesidad, bajos niveles de actividad física, consumo de alimentos con alto contenido de sal, azúcar y grasas trans, así como altas tasas de consumo de tabaco y alcohol.

Acceso inadecuado a servicios de salud

Las personas vulnerables también tienen menos probabilidad de recibir la educación en salud necesaria y tener acceso al tamizaje, tratamiento y cuidados para prevenir las ENT. La pobreza crea barreras adicionales para el acceso a la prevención y atención disponibles. Se sabe que en algunos grupos indígenas el coste de los servicios de salud y de las medicinas esenciales, junto con la dificultad para el transporte y las barreras de comunicación aumentan las disparidades de salud y debilitan los resultados del tratamiento.

Cuando los grupos desfavorecidos están en situaciones de mayor riesgo, se produce un círculo vicioso sufren desproporcionadamente una falta de atención crónica y son más vulnerables a eventos médicos catastróficos asociados con estas enfermedades. Tales eventos pueden empujar a las familias a una mayor pobreza. Las altas tasas

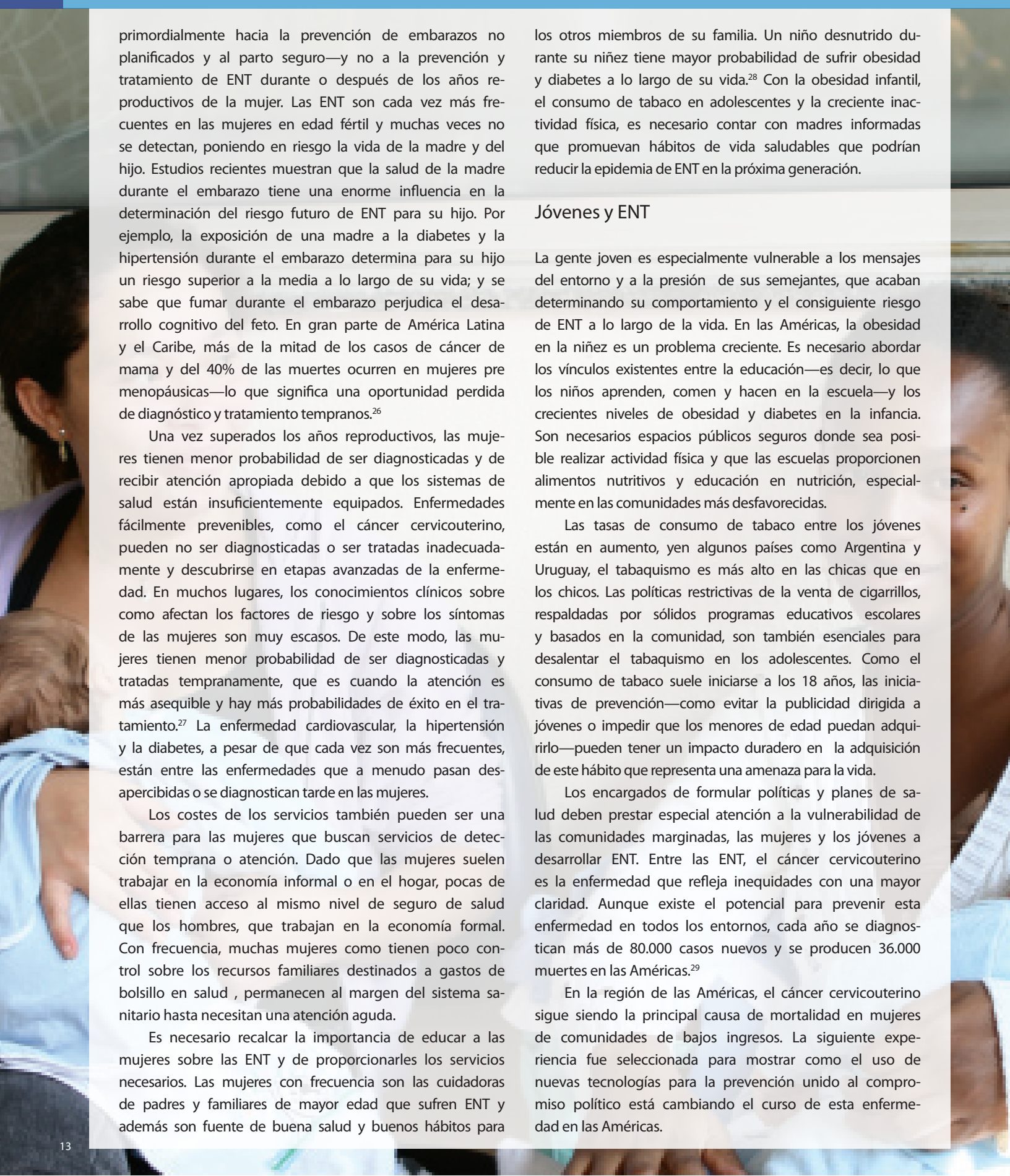
de adicción al tabaco y al alcohol, frecuentes en estas comunidades, agravan aún más este círculo. Las desproporcionadas tasas de morbilidad y mortalidad prematuras en padres de familia de bajos ingresos en edad laboral, tienen efectos significativos en el futuro de sus hijos—ya que las enfermedades de los padres o, en definitiva su muerte, pueden tener graves consecuencias en las posibilidades que tienen la niña o el niño para continuar en la escuela y en sus oportunidades de tener una vida próspera y saludable.

Las mujeres y las ENT

Aunque las actuales tasas de mortalidad global de las ENT son similares en hombres y en mujeres, es posible que el futuro de esta epidemia se presente en forma bastante diferente. Nuevas investigaciones revelan una creciente “feminización” de la epidemia de las ENT como resultado de una mayor esperanza de vida de las mujeres, de riesgos excepcionales asociados con los cánceres femeninos, mayores tasas de obesidad, actividades específicas de género y una persistente marginación social.²⁴ Estos mayores riesgos siguen sin disminuir dado que los sistemas para la prevención, atención y provisión de servicios para las mujeres fuera de sus años reproductivos, siguen siendo virtualmente inexistentes en países de bajos ingresos. A nivel global, las ENT se han convertido en el asesino silencioso de las mujeres—representando el 65% del total de muertes de mujeres.²⁵

Las costumbres sociales y la presión del medio desempeñan un rol importante para expandir el riesgo y fomentar la enfermedad entre las mujeres. La cultura y la tradición que rodea a la actividad física hace que el deporte sea patrimonio de los hombres y reduce el acceso de las mujeres y las niñas al ejercicio estructurado y practicado con regularidad. Con estilos de vida cada vez más sedentarios, las tasas de obesidad se han vuelto extraordinariamente altas en mujeres—llegando a tasas hasta del 40% del total de mujeres que viven en San Cristóbal y Nieves.¹ Además, mientras que las tasas de consumo del tabaco en hombres disminuyen gradualmente, el uso del tabaco en las mujeres—especialmente en las mujeres jóvenes—está aumentando. En América Latina y el Caribe, el 16% de las niñas fuma, en comparación con el 8% en los EE.UU. y 11% a nivel mundial. El riesgo de padecer una Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es también especialmente elevado entre las mujeres de las comunidades de bajos ingresos que continúan usando combustibles sólidos para cocinar.

En muchos países de bajos y medianos ingresos, el sistema de atención a la salud de las mujeres se enfoca

A background image showing a woman in a light blue hospital gown holding a baby. The woman is looking down at the baby, and the baby is looking towards the camera. The image is slightly blurred and has a soft focus.

primordialmente hacia la prevención de embarazos no planificados y al parto seguro—y no a la prevención y tratamiento de ENT durante o después de los años reproductivos de la mujer. Las ENT son cada vez más frecuentes en las mujeres en edad fértil y muchas veces no se detectan, poniendo en riesgo la vida de la madre y del hijo. Estudios recientes muestran que la salud de la madre durante el embarazo tiene una enorme influencia en la determinación del riesgo futuro de ENT para su hijo. Por ejemplo, la exposición de una madre a la diabetes y la hipertensión durante el embarazo determina para su hijo un riesgo superior a la media a lo largo de su vida; y se sabe que fumar durante el embarazo perjudica el desarrollo cognitivo del feto. En gran parte de América Latina y el Caribe, más de la mitad de los casos de cáncer de mama y del 40% de las muertes ocurren en mujeres premenopáusicas—lo que significa una oportunidad perdida de diagnóstico y tratamiento tempranos.²⁶

Una vez superados los años reproductivos, las mujeres tienen menor probabilidad de ser diagnosticadas y de recibir atención apropiada debido a que los sistemas de salud están insuficientemente equipados. Enfermedades fácilmente prevenibles, como el cáncer cervicouterino, pueden no ser diagnosticadas o ser tratadas inadecuadamente y descubrirse en etapas avanzadas de la enfermedad. En muchos lugares, los conocimientos clínicos sobre como afectan los factores de riesgo y sobre los síntomas de las mujeres son muy escasos. De este modo, las mujeres tienen menor probabilidad de ser diagnosticadas y tratadas tempranamente, que es cuando la atención es más asequible y hay más probabilidades de éxito en el tratamiento.²⁷ La enfermedad cardiovascular, la hipertensión y la diabetes, a pesar de que cada vez son más frecuentes, están entre las enfermedades que a menudo pasan desapercibidas o se diagnostican tarde en las mujeres.

Los costes de los servicios también pueden ser una barrera para las mujeres que buscan servicios de detección temprana o atención. Dado que las mujeres suelen trabajar en la economía informal o en el hogar, pocas de ellas tienen acceso al mismo nivel de seguro de salud que los hombres, que trabajan en la economía formal. Con frecuencia, muchas mujeres como tienen poco control sobre los recursos familiares destinados a gastos de bolsillo en salud, permanecen al margen del sistema sanitario hasta necesitan una atención aguda.

Es necesario recalcar la importancia de educar a las mujeres sobre las ENT y de proporcionarles los servicios necesarios. Las mujeres con frecuencia son las cuidadoras de padres y familiares de mayor edad que sufren ENT y además son fuente de buena salud y buenos hábitos para

los otros miembros de su familia. Un niño desnutrido durante su niñez tiene mayor probabilidad de sufrir obesidad y diabetes a lo largo de su vida.²⁸ Con la obesidad infantil, el consumo de tabaco en adolescentes y la creciente inactividad física, es necesario contar con madres informadas que promuevan hábitos de vida saludables que podrían reducir la epidemia de ENT en la próxima generación.

Jóvenes y ENT

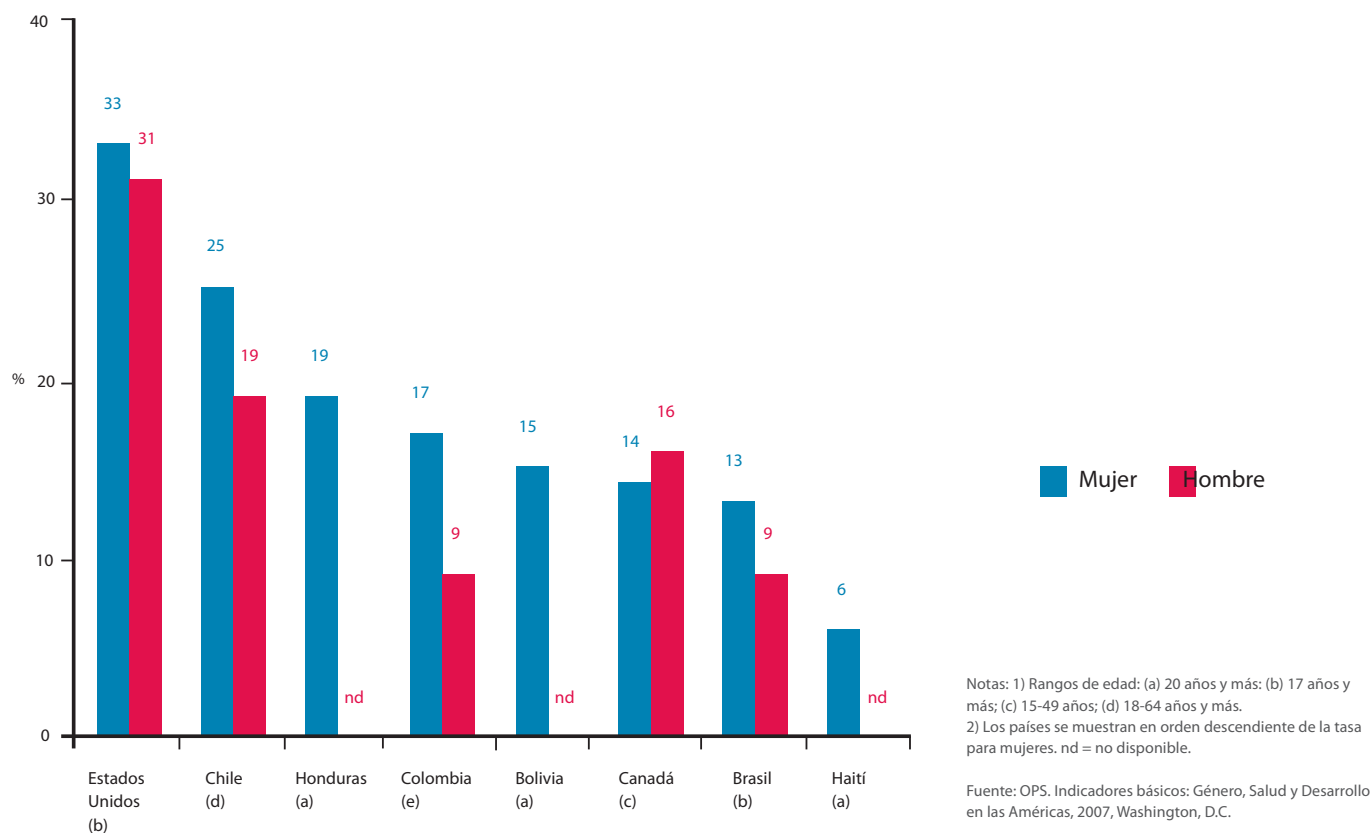
La gente joven es especialmente vulnerable a los mensajes del entorno y a la presión de sus semejantes, que acaban determinando su comportamiento y el consiguiente riesgo de ENT a lo largo de la vida. En las Américas, la obesidad en la niñez es un problema creciente. Es necesario abordar los vínculos existentes entre la educación—es decir, lo que los niños aprenden, comen y hacen en la escuela—y los crecientes niveles de obesidad y diabetes en la infancia. Son necesarios espacios públicos seguros donde sea posible realizar actividad física y que las escuelas proporcionen alimentos nutritivos y educación en nutrición, especialmente en las comunidades más desfavorecidas.

Las tasas de consumo de tabaco entre los jóvenes están en aumento, y en algunos países como Argentina y Uruguay, el tabaquismo es más alto en las chicas que en los chicos. Las políticas restrictivas de la venta de cigarrillos, respaldadas por sólidos programas educativos escolares y basados en la comunidad, son también esenciales para desalentar el tabaquismo en los adolescentes. Como el consumo de tabaco suele iniciarse a los 18 años, las iniciativas de prevención—como evitar la publicidad dirigida a jóvenes o impedir que los menores de edad puedan adquirirlo—pueden tener un impacto duradero en la adquisición de este hábito que representa una amenaza para la vida.

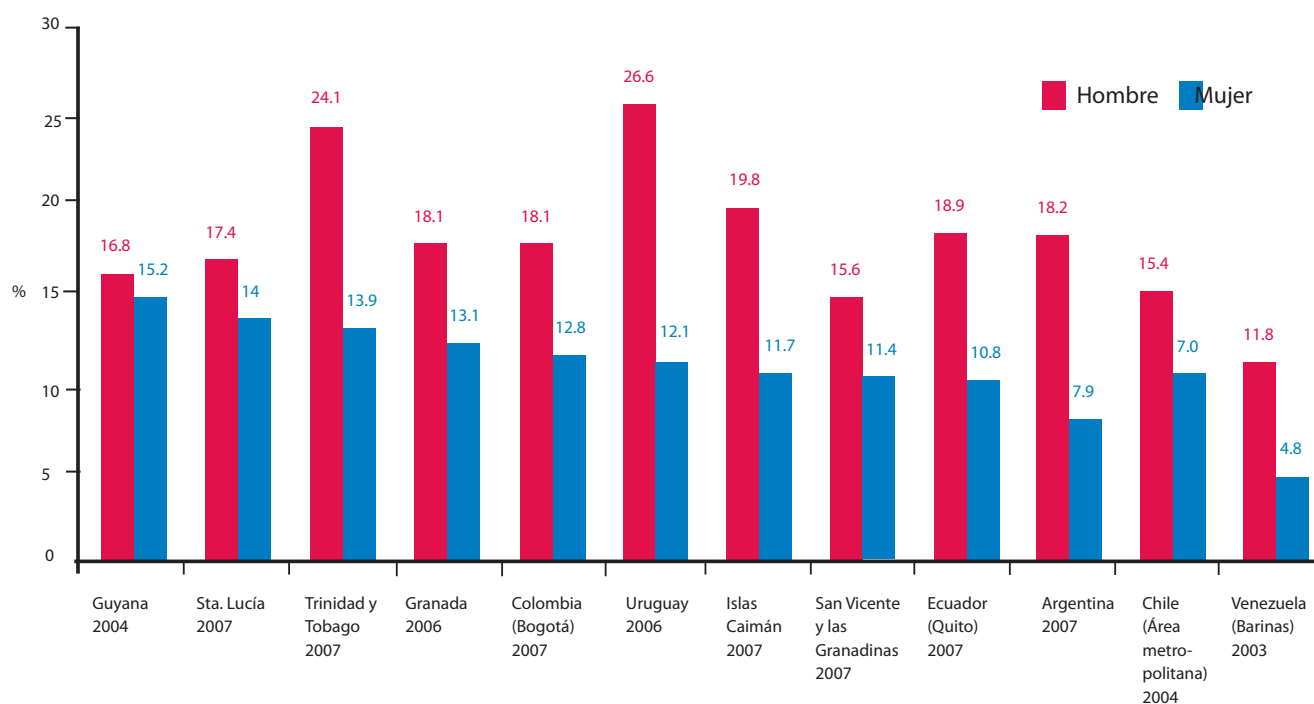
Los encargados de formular políticas y planes de salud deben prestar especial atención a la vulnerabilidad de las comunidades marginadas, las mujeres y los jóvenes a desarrollar ENT. Entre las ENT, el cáncer cervicouterino es la enfermedad que refleja inequidades con una mayor claridad. Aunque existe el potencial para prevenir esta enfermedad en todos los entornos, cada año se diagnostican más de 80.000 casos nuevos y se producen 36.000 muertes en las Américas.²⁹

En la región de las Américas, el cáncer cervicouterino sigue siendo la principal causa de mortalidad en mujeres de comunidades de bajos ingresos. La siguiente experiencia fue seleccionada para mostrar como el uso de nuevas tecnologías para la prevención unido al compromiso político está cambiando el curso de esta enfermedad en las Américas.

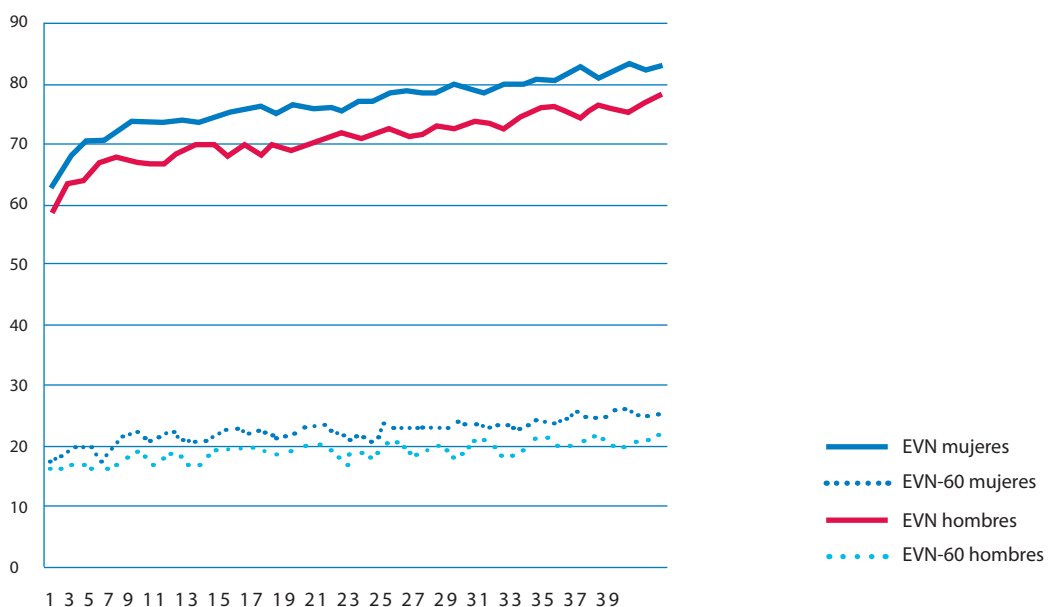
PREVALENCIA DE OBESIDAD POR SEXO (%), OCHO PAÍSES EN ALC, 2002–2006



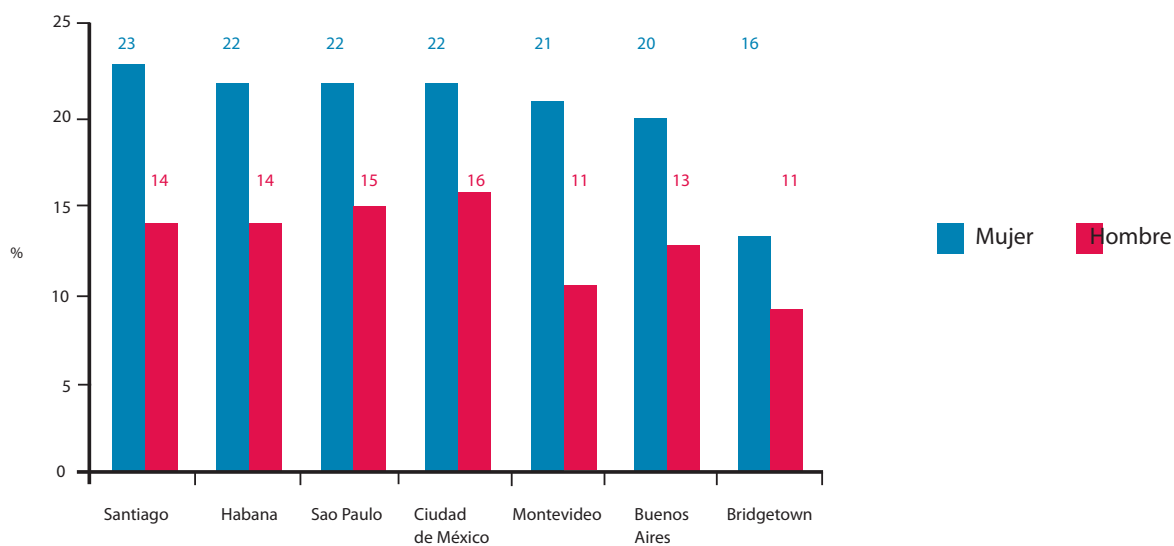
ACTIVIDAD FÍSICA DE ESTUDIANTES, POR SEXO (%), > 60 MIN/DÍA SIETE DÍAS ANTES DE APLICAR LA ENCUESTA EN 12 PAÍSES/CIUDADES EN ALC, 2003–2008



ESPERANZA DE VIDA AL NACER DE HOMBRES Y MUJERES (EVN) Y A LOS 60 AÑOS DE EDAD (EVN -60) EN 39 PAÍSES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (2005–2010)



PORCENTAJE DE MUJERES Y HOMBRES EN EDADES DE 60+ LIMITADOS EN EL DESEMPEÑO DE AL MENOS UNA ACTIVIDAD DIARIA, 7 CIUDADES DE ALC, 2000



Prevención del cáncer cervicouterino en América Latina

En la última década, la Región de las Américas ha estado a la vanguardia del esfuerzo mundial para la prevención del cáncer cervicouterino. Actualmente, tras décadas de esfuerzos dirigidos al fortalecimiento y la ampliación de los programas basados en la citología, los líderes de salud de la Región están reconociendo los retos de este enfoque que ha tenido un limitado impacto en los países de ingresos medios y bajos. Entre los factores que han motivado esta situación las limitaciones de la citología como prueba de tamizaje y las dificultades para realizar un adecuado seguimiento. En respuesta a esta situación, la existencia de nuevas tecnologías y evidencia científica procedente de las comunidades científica, de investigación y de salud pública ha generado un amplio compromiso político dirigido a la prevención de la principal causa de mortalidad por cáncer entre las mujeres de comunidades de ingresos medios y bajos en las Américas.

En el año 2000, se inició en la Amazonía Peruana el proyecto de demostración TATI (acrónimo del término tamizaje y tratamiento inmediato) que generó evidencia novedosa acerca de la factibilidad de introducir soluciones costo-efectivas y asequibles para el tamizaje del cáncer cervicouterino en comunidades de bajos ingresos. Los resultados del proyecto TATI, permitieron demostrar que el nuevo enfoque para el tamizaje del cáncer cervicouterino era tan efectivo o más que la citología en entornos rurales. La Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) para la identificación de lesiones precancerosas seguida de crioterapia para el tratamiento del pre cáncer, fue introducida por primera vez en este proyecto. Se trata de un enfoque que está emergiendo como un estándar de cuidado y que ya ha sido ahora introducido en más de cuarenta países de bajos ingresos en todo el mundo, incluyendo Bolivia, Colombia, El Salvador, Guatemala, Guyana, Nicaragua, Perú, Haití y Suriname.

El compromiso con la prevención del cáncer cervicouterino en las Américas se ha expandido para incluir las vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH). En el 2008, México se convirtió en el primer país de América Latina en introducir la vacuna frente al VPH así como nuevas pruebas para el tamizaje del VPH, priorizando a las comunidades rurales con las tasas más altas de mortalidad por cáncer cervicouterino. En el mismo



año, Panamá siguió los pasos de México, convirtiéndose en el segundo país latinoamericano en incorporar la vacuna frente al VPH. En la actualidad, son 6 los países que han incluido la vacunación en sus programas nacionales de salud pública: Canadá, Estados Unidos, México, Panamá, Perú y Argentina. Además, se están llevando a cabo proyectos de demostración en otros 4 países: Bermuda, Bolivia, Islas Caimán y Haití.

Desde el 2010, las vacunas contra el VPH forman parte del Fondo Rotatorio del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) de la OPS, lo que ha hecho posible que los países de América Latina adquieran la vacuna a un precio especialmente bajo. La inclusión de la vacuna contra el VPH en el Fondo Rotatorio del PAI ha permitido a una reducción significativa en su precio, desde más de 120 dólares americanos hasta sólo \$14.00 en el 2011. Bajo el marco de la Estrategia Regional y Plan de Acción para la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino de la OPS del 2008, los países de toda la región se han comprometido a garantizar el acceso de todas las mujeres y niñas de la Región a estas estrategias capaces de salvar vidas.



2

EVIDENCIA DE ÉXITO/ PERSPECTIVAS PARA UN FUTURO SALUDABLE

Enfoque de toda la sociedad

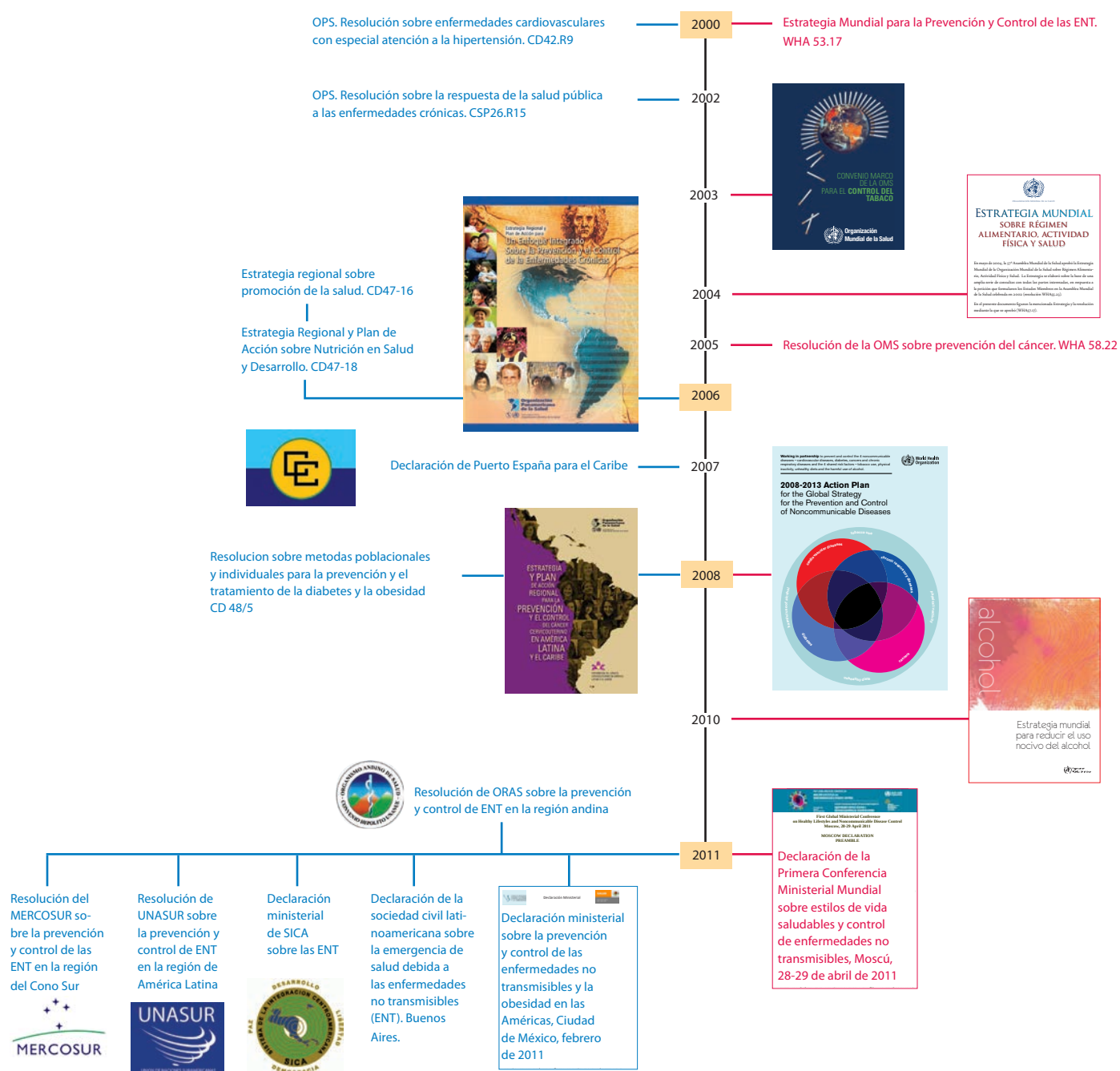
En la última década, se ha producido un importante avance en el conocimiento de las causas de las ENT. Inicialmente, se consideró que las crecientes tasas de tabaquismo, consumo de alimentos industrializados poco saludables e inactividad, estaban causadas por la toma individual de decisiones, haciéndose poco énfasis en la reducción de estos factores de riesgo o las inequidades sociales que los favorecen. Los esfuerzos iniciales de los Ministerios de Salud se centraron en la provisión de servicios para quienes ya estaban enfermos.

A medida que las tasas de personas afectadas fueron aumentando, los Ministerios de Salud comprendieron que el enfoque basado en el tratamiento no evita por sí solo el rápido crecimiento del número de casos de ENT. Por ello comenzaron a trabajar con otros sectores del gobierno—desde agricultura y educación hasta comercio y planificación urbana—para promover políticas y acciones coordinadas en la prevención de los

factores de riesgo más comunes. Entre los esfuerzos de trabajo intersectorial en el gobierno, destacan iniciativas para fortalecer los vínculos entre pequeños granjeros y los residentes urbanos, mejorar los alimentos y la educación en nutrición en las escuelas, gravar la importación de tabaco y abrir las calles de las ciudades a los peatones.

El éxito de estas actividades, hizo evidente que los esfuerzos para prevenir las ENT debían expandirse más allá de los gobiernos para incluir un ‘enfoque de toda la sociedad’, abarcando a la sociedad civil, el sector privado, los líderes de la comunidad, los medios y otras partes interesadas o tomadores de decisiones. Todos estos grupos, cada uno a su manera, han demostrado ser esenciales para crear un ambiente social que apoye una cultura de cambio, promueva decisiones saludables y aliente nuevas opciones de estilo de vida en los hogares, en los centros de trabajo y en las ciudades y pueblos en los que vivimos. A continuación se presentan varios ejemplos de proyectos pioneros en este enfoque que han logrado un impacto significativo en la lucha contra las ENT.

RESOLUCIONES Y DECLARACIONES RELEVANTES PARA ENT



El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en las Américas

El consumo de tabaco es una de las principales causas prevenibles de muerte prematura y enfermedad en todo el mundo. Cada año, aproximadamente 5,4 millones de personas mueren debido al consumo de tabaco y 600.000 como consecuencia de la exposición al tabaquismo pasivo. El tabaco es el único producto legal que causa la muerte de entre un tercio y la mitad de las personas que lo consumen ajustándose a sus especificaciones de uso. 145 millones de adultos son fumadores en las Américas, donde el promedio de mujeres y hombres fumadores es similar en la población joven. Ante esta situación, los gobiernos están finalmente impulsando importantes restricciones al consumo del tabaco, letal tanto para los fumadores como para quienes les rodean.

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT OMS), que fue adoptado en mayo del 2003 y respaldado por las Resoluciones de la OMS CD 48.R2 y CD 50.R6 en septiembre del 2008 y 2010, respectivamente, ha movilizado apoyo de alto nivel y puesto en marcha importantes cambios en políticas. Con el apoyo de la OMS en aspectos técnicos y de políticas, 29 países (un 83% de los estados miembros de la OMS) se han incorporado como Partes al CMCT OMS. Seis países más aún no han asumido compromisos con responsabilidad legal vinculante. Utilizando el CMCT OMS como modelo para la acción, los gobiernos están trabajando a través de diferentes sectores para disminuir la demanda mediante el aumento de precios e impuestos; prohibir la publicidad, promoción y patrocinio; asegurar la existencia de espacios públicos libres de humo; aumentar la conciencia de los consumidores a través de advertencias sobre los daños a la salud y promover el abandono del uso del tabaco en fumadores.

Un paso importante en la disminución del consumo del tabaco en poblaciones vulnerables y jóvenes es el aumento de los impuestos y precios de los productos de tabaco. Esta medida también podría proveer de los recursos necesarios para la educación sobre el tabaco, los programas de cesación u otros programas de salud y servicio social. Algunos países, como México y Panamá, han incrementado los impuestos a los productos de tabaco como indica el CMCT OMS, sin embargo, estos gravámenes todavía están por debajo del 75% del precio de venta. Solamente Argentina y Chile incluyen



impuestos que llegan a ese porcentaje o lo superan. La mayoría de los países todavía tienen que cumplir con este elemento del tratado, pues mantienen los precios del tabaco a un nivel desfavorablemente bajo. Como parte de una estrategia adicional dirigida a la reducción del número de nuevos fumadores, el CMCT OMS exige prohibiciones a la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, que sólo han sido establecidas por Ecuador, Colombia y Panamá.

Otra de las estrategias importantes del CMCT OMS es la protección contra los casos de muerte y enfermedad causadas por el tabaquismo pasivo. Argentina, Barbados, Canadá, Colombia, Ecuador, Guatemala, Honduras, Panamá, Perú, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela están liderando la implementación completa de las políticas libres de humo de tabaco. Al mismo tiempo, algunos países están impulsando la expansión de los programas de cesación para todos. Actualmente, todos los países de las Américas proporcionan algún tipo de apoyo en este sentido, pero sólo unos cuantos cubren todos los elementos recomendados en el CMCT OMS, como por ejemplo los programas de cesación financiados con fondos públicos (incluida la terapia de reemplazo de nicotina) con una línea telefónica de ayuda para dejar de fumar, a nivel nacional.

Aunque muchos países son partes del CMCT OMS, todavía es necesario pasar de la intención a la acción mediante el desarrollo de legislación nacional consistente con el Convenio. En los próximos años, la OMS continuará trabajando de cerca con los estados miembros para apoyar la promulgación de políticas y programas nacionales que reduzcan las tasas de consumo del tabaco y la exposición al tabaquismo pasivo en las Américas.

Día del Bienestar Caribeño

El Caribe tiene actualmente algunas de las tasas más altas de prevalencia de ENT en las Américas. Con el fin de abordar esta problemática, la Comunidad y Mercado Común del Caribe (CARICOM) y la OPS, con el apoyo del Gobierno de Canadá, convocaron en septiembre del 2007 una cumbre de líderes de gobierno. En esta reunión, los líderes de la subregión emitieron la Declaración de Puerto España, "Unidos para detener la epidemia de las enfermedades crónicas no transmisibles en el Caribe". La Declaración enfatizó la necesidad de estrategias integrales e integradas para la prevención y control a nivel individual, familiar, comunitario, nacional y regional; y estableció el segundo sábado de septiembre como "Día del Bienestar Caribeño (DBC)".

Desde la publicación de la declaración en el 2007 hasta el 2009, dieciocho de los veinte países caribeños han participado en esta iniciativa. El DBC fue establecido en septiembre del 2008 con la meta de estimular la actividad física en las comunidades, centros de trabajo y escuelas, así como de promover opciones de alimentación saludables, el tamizaje y los ambientes libres de humo. A partir de ese momento, las actividades pasaron de ser celebraciones aisladas en las ciudades capitales a incorporar una amplia variedad de actividades patrocinadas para ese día, en más de la mitad de las comunidades y regiones administrativas de CARICOM. Entre las actividades se han incluido competiciones atléticas, el día de llevar una fruta a la escuela/trabajo, actividades y clases sobre cómo preparar alimentos. También se han establecido puntos de tamizaje de enfermedades crónicas donde se mide la presión arterial, estatura, peso, niveles de colesterol y glucosa, y se deriva a la persona a otros servicios de salud cuando corresponde. En 2009, el gobierno de cada país asignó un presupuesto promedio de 22.000 dólares americanos para el DBC, que fue complementado por el sector privado.

A pesar del impacto positivo del DBC en las comunidades caribeñas, los equipos multisectoriales en varios de los países participantes se han dado cuenta de que un día dedicado a la actividad y el bienestar no es suficiente.

CARIBBEAN WELLNESS DAY 2010
"LOVE THAT BODY"
SATURDAY, 11 SEPTEMBER
 Contact the listed coordinator for activities in your area:

District/Community	Contact
District 2	Mrs. Carolyn Stoutt Igwe 494-0723
District 3	Ms. Bernet Scatliffe 494-3701 ext. 2168 Ms. Beverly Hodge Smith 494-3701 ext. 2174
District 5	Ms. Veda Austrie 442-2578
Purcell Estate	Ms. Shirmel Benjamin 494-3435
Districts 7 & 8	Mrs. Helen Frett 852-7651
Long Trench	Mrs. Joyce Samuel 494-2767
Virgin Gorda	Mrs. Grace Flax Waters 495-5344
Ånegada	Mrs. Andrea Vanterpool Fahie 499-8048
Jost Van Dyke	Mr. Mark Morris 494-3450

Trinidad y Tobago ha establecido el "Domingo para la actividad física familiar", que consiste en que cada domingo se distribuyen muestras de productos saludables y se cierran múltiples carreteras en todo el país con el fin de proporcionar espacio para la actividad física. En las Islas Vírgenes, el Ministro de Salud puso en marcha la iniciativa "Entra en la caminata" de un año de duración. Además de los mencionados, Santa Lucía, Antigua y Barbuda, San Vicente y las Granadinas han realizado programas de actividad física y bienestar a nivel nacional. Catorce de dieciocho países participantes han conducido evaluaciones estructuradas de los presupuestos, la participación de socios y la distribución geográfica del DBC, así como del uso de la marca regional, la cobertura de medios, los planes para actividades sostenidas y recomendaciones.

Actúa ahora [Act Now] Columbia Británica, Canadá

En el 2003, la provincia canadiense de Columbia Británica (CB) ganó la nominación para organizar los Juegos Olímpicos de Invierno en 2010. El gobierno decidió usar esta oportunidad para impulsar un cambio innovador en la salud de su población. En el 2005, el gobierno puso en marcha ActNowBC, una iniciativa multisectorial para la promoción de la salud, que integró la acción gubernamental con la concienciación y motivación de la sociedad civil.

Las metas principales que se establecieron fueron: aumentar en un 20% la proporción de la población adulta que es activa físicamente durante su tiempo libre y que come el nivel diario recomendado de frutas y vegetales; reducir en un 10% la proporción que consume tabaco y en un 20% la que sufre de sobrepeso u obesidad; aumentar en un 50% el número de mujeres que reciben consejería relacionada con el uso de alcohol durante el embarazo; y promover estrategias dirigidas a la prevención del síndrome de alcoholismo fetal en todas las autoridades de salud regionales.

En el 2009, CB ya había logrado algunas mejoras importantes en la salud de su población, alcanzándose las metas para aumentar el consumo de frutas y vegetales y para expandir la prevención del síndrome de alcoholismo fetal. ActNowBC también expandió las oportunidades de capacitación y subvención para estrategias integrales de estilo de vida saludable, dirigidas a mejorar la equidad en materia de salud dentro de las comunidades aborígenes. Además, CB aprobó una legislación más estricta para el control del tabaco, restricciones más enérgicas del uso de grasas trans producidas industrialmente, directrices más estrictas para la inclusión de alimentos saludables en máquinas expendedoras en los edificios públicos y las escuelas, así como normativas para impulsar niveles más altos de actividad física en las escuelas.

Aunque hay varios factores que pueden ayudar a explicar los resultados abrumadoramente positivos de la campaña ActNowBC, un informe de la OMS publicado en el 2009 destacó la importancia del liderazgo y



la colaboración. El liderazgo del Primer Ministro de CB, así como de todos los ministros, adjuntos y ministros adjuntos asistentes, ayudó a mantener la iniciativa en la agenda gubernamental. La colaboración entre los sectores gubernamentales fue amplia, así como la implicación de la sociedad civil. Esa participación diversa ayudó a difundir mensajes dirigidos a una audiencia amplia y contribuyó inmensamente al éxito del programa.

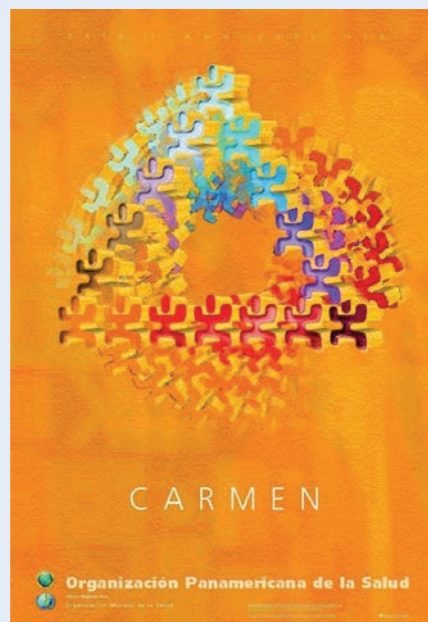
ActNowBC no solamente cambió la salud de los residentes de BC, sino que ha tenido un enorme impacto en la gestión y el funcionamiento del gobierno. Esta colaboración multisectorial sirve como ejemplo de la forma en que pueden alcanzarse con éxito metas de salud ambiciosas en los años por venir.

La red CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No transmisibles)

La red CARMEN de gerentes nacionales de programas de enfermedades crónicas es una iniciativa regional de los países de las Américas y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), que fomenta las políticas y programas multisectoriales, así como los esfuerzos colaborativos de movilización social, para prevenir las ENT a nivel local, nacional, subregional y regional. Los miembros de la red CARMEN incluyen países y socios de la sociedad civil que trabajan juntos para disminuir la incidencia e impacto de las ENT en las sociedad a través de la formulación efectiva de políticas y el desarrollo de programas para prevenir y tratar las ENT. Con el apoyo de la OPS, la Red CARMEN sirve como catalizadora de la acción multisectorial y como un importante vehículo para la implementación de la Estrategia Regional y Plan de Acción para un Enfoque Integrado sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas, aprobada por los estados miembros de la OPS en septiembre del 2006.

Desde su comienzo en 1997, inicialmente con Chile, Canadá y Cuba, la red CARMEN desempeñó un papel clave en la creación de sitios de demostración para intervenciones basadas en la comunidad y orientadas a la prevención y control de las ENT. Esta plataforma también contribuyó a la difusión de prácticas y políticas efectivas basadas en la evidencia, a la vez que establecía los esfuerzos de vigilancia regional de las ENT e impulsaba la colaboración regional y subregional entre los países. Actualmente, la red está compuesta por 32 países miembros y numerosas organizaciones de la sociedad civil, que van desde los centros de colaboración de la OMS hasta la Federación Americana del Corazón y Ciclovías recreativas de las Américas. Por otra parte, la red CARMEN ha estado trabajando activamente a nivel subregional, en los países andinos, MERCOSUR y el Caribe.

Además de compartir experiencias basadas en la evidencia para la prevención y control de las ENT y favorecer la abogacía y la colaboración entre países, la red



CARMEN tiene dos proyectos para mejorar la capacidad regional en el abordaje efectivo de las ENT: el observatorio de políticas y la escuela CARMEN. El Observatorio apoya la investigación y el análisis de políticas; y lidera el intercambio constructivo de experiencias entre agencias, planificadores y encargados de formular políticas. La escuela CARMEN trabaja en el fortalecimiento de la capacidad técnica de los gerentes de programas y de los proveedores de servicios de salud en materia de políticas e intervenciones para el control de las ENT. Además, a través de sus reuniones bienales, subregionales y comunicaciones electrónicas, la red CARMEN se ha convertido en un espacio donde compartir datos recientes y enfoques novedosos.

Desde su creación, la red CARMEN ha sido crucial para el aumento de la visibilidad de las ENT y el desarrollo de las capacidades técnicas y compromisos políticos en toda la Región. Sus esfuerzos multisectoriales han dado forma y apoyado una participación más informada, activa y efectiva en contra de las ENT.



Cambio de los sistemas de salud

Junto con los programas o políticas que adoptan un enfoque de ‘toda la sociedad’ para la reducción de las ENT, el cambio de los sistemas de salud también es esencial para mejorar la supervivencia de las personas que ya están afectadas. Es esencial expandir el acceso a la detección temprana y el tratamiento de las personas de alto riesgo, así como de las ya enfermas, con el fin de revertir las crecientes tendencias de morbilidad y mortalidad. En los países en desarrollo, los sistemas de atención primaria continúan respondiendo a las necesidades generadas por las enfermedades transmisibles y la maternidad; mientras que la atención a las ENT—en donde existe—sigue siendo en gran parte atendida en etapas tardías y mediante hospitalización. Con el fin de responder al aumento de las ENT, los sistemas de salud deben expandir sus recursos humanos e integrar la prevención y atención en los servicios de atención primaria, como parte de los servicios ofrecidos a la comunidad.

Existen intervenciones que proporcionan servicios asequibles de prevención y de atención en todo el ciclo de vida—desde la niñez hasta la vejez—basados en la comunidad y que ofrecen la posibilidad de ser ampliadas. Es necesario integrar estos servicios en las infraestructuras de salud existentes. Como señala la revista *Lancet*³⁰, las ENT son una “prueba de fuego” para los sistemas de salud. En los países de ingresos medios y bajos, la mayoría de las personas son diagnosticadas de una ENT en etapas tardías cuando empiezan a tener síntomas y es necesario un tratamiento costoso.

Con el fin de evitar el alto costo y los fracasos que se asocian a este tipo de manejo, es necesario implementar una serie de nuevas intervenciones que hagan que la prevención, el diagnóstico y la atención de las ENT se dirijan desde el nivel de atención primaria. Entre ellas se incluyen la prevención primaria y secundaria, la garantía del suministro de medicamentos esenciales, los sistemas de identificación y referencia para personas en riesgo, el aumento de trabajadores sanitarios, los sistemas de información y monitoreo, así como las nuevas tecnologías y enfoques asequibles. Al mismo tiempo, también es necesario mejorar los niveles secundario y terciario de atención a la salud para responder a las demandas emergentes de tratamiento y atención en etapas tardías. Así, el ratio actual de unidades de radioterapia por unidad de

población varía ampliamente en las Américas. En el 2010, los países más industrializados tenían un promedio de 6,6 unidades de radioterapia de alta energía por 1 millón de personas, mientras que el promedio en América Latina y el Caribe era de 1,3 por 1 millón de personas. Algunos países de la Región tienen promedios bastante por debajo de esa cifra, como Bolivia, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Perú; y en otros países, estos servicios no existen.³¹

Es necesario introducir cambios en los sistemas de salud que permitan mejorar el acceso de las poblaciones vulnerables, la disponibilidad de los medicamentos esenciales, la prevención y el tratamiento temprano, así como la implementación de los modelos de atención crónica. Estos cambios beneficiarán enormemente todos los aspectos de la atención a la salud—incluyendo los esfuerzos actuales para reducir la carga de las enfermedades transmisibles como la tuberculosis (TB) y el VIH; y para mejorar los resultados de la salud materna e infantil.

Esta visión ampliada resulta muy costosa para la mayoría de los sistemas de salud en entornos de ingresos medios y bajos. Por ello, es necesario disponer de nuevos recursos e innovar en los enfoques de atención para la detección temprana y los cuidados para la salud. Conforme crece la carga de enfermedad, es necesario explorar enfoques disponibles y efectivos como son la implicación del personal sanitario no médico y el auto cuidado como formas de mejorar los resultados de los pacientes. Además, esto implica la reducción del costo de la atención crónica a través de la delegación de funciones, el auto monitoreo y los usos innovadores de tecnología en la provisión de atención. Los planes de seguros de salud que alientan los estilos de vida saludables, incluyendo la reducción de las conductas de riesgo y mejoran el acceso, precio y disponibilidad de los servicios de salud preventiva, podrían tener un gran impacto en la reducción de la carga económica y social de las ENT.

Como se demuestra en las siguientes experiencias, están surgiendo nuevos modelos para la reorientación de los sistemas de salud en las Américas. Estos programas parecen ser efectivos y tienen el potencial de ser ampliados. Junto con el enfoque de ‘toda la sociedad’ para reducir los factores de riesgo e involucrar a diferentes sectores, estos programas muestran la posibilidad de establecer servicios de detección temprana y la atención de las ENT en entornos de todo tipo de recursos. En consecuencia, las abrumadoras inequidades en la supervivencia podrán ser eliminadas.

Mejora de la atención crónica integrada

Ante la expansión de las enfermedades no transmisibles, el fortalecimiento de la capacidad de los sistemas de salud para proporcionar atención preventiva y crónica se ha convertido en una importante prioridad. Como parte integral de su Estrategia para la Prevención Integrada de las Enfermedades Crónicas, la OPS ha trabajado con el fin de aumentar la capacidad de sus estados miembros para proveer atención crónica de calidad y reducir las brechas entre las necesidades actuales, las recomendaciones clínicas y la atención existente. En sus esfuerzos para reafirmar las capacidades dentro de la región, la OPS se ha asociado con la Universidad de Miami para proporcionar capacitación técnica sobre un enfoque sistemático mejorando la calidad de la atención a través de la toma de decisiones basada en la evidencia y la introducción de directrices clínicas también basadas en evidencia. Además ha tenido un papel activo en la mejora del seguimiento de los pacientes, aspecto esencial para asegurar la calidad en el caso de las enfermedades crónicas. Este modelo, creado por el Instituto Cindy MacColl en Seattle, se centra en la expansión de la calidad y los centros en los que se prestan los servicios mediante la vinculación del sistema de salud tradicional con organizaciones basadas en la comunidad que apoyan la expansión de los servicios de salud y educación a las comunidades insuficientemente atendidas y vulnerables. Otros elementos importantes del modelo y la futura atención de las ENT son los nuevos modelos de auto cuidado y apoyo de grupos basados en la comunidad, especialmente en los entornos de bajos recursos.

La capacitación y el apoyo técnico de la OPS han ayudado a catalizar una variedad de programas exitosos en toda la región. En América Central, el Programa CAMDI (Iniciativa Centroamericana de Diabetes) desarrolló un modelo exitoso de atención crónica integrada, mediante la vinculación de habilidades clínicas mejoradas de los proveedores de salud con la educación basada en la comunidad y el apoyo para quienes viven con ENT—como los clubes comunitarios para personas que viven con diabetes y otras enfermedades crónicas. Este programa cuenta con un total de 15 centros activos en Guatemala, El Salvador, Nicaragua y Honduras y está mostrando buenos resultados mejorando la atención y la prevención de la morbilidad prematura para quienes sufren enfermedades crónicas. En Alberta, Canadá, el enfoque integrado basado en la comunidad para la



prevención, tratamiento y atención de las ENT abriendo paso a la integración exitosa de la atención de las ENT. Por otra parte, Argentina, Brasil, el Caribe, República Dominicana, El Salvador, México, Paraguay y Uruguay también están forjando nuevos modelos para la atención crónica integrada en respuesta a las necesidades emergentes de sus poblaciones. Estos modelos pueden servir de referencia a otros países y comunidades en la Región. Algunas de estas estrategias han demostrado ser efectivas en la mejora de la calidad de atención; por ejemplo, en la reducción de la glucosa en sangre en personas con diabetes (Veracruz, México; Misiones, Paraguay), la mejora de indicadores de proceso como el registro del índice de masa corporal (IMC) y el consumo de tabaco (Argentina), la mejora de la cobertura y la calidad del tamizaje del cáncer cervicouterino (El Salvador) y la disminución de admisiones hospitalarias de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (Alberta, Canadá).

Proporcionar herramientas a los proveedores de servicios de salud y a los pacientes es un componente importante de la mejora de la calidad de atención. Un ejemplo de esto es el Pasaporte de Cuidados Crónicos de la OPS, consistente en una tarjeta que el paciente conserva y que contiene su plan de cuidados, consejos sobre estilos de vida saludables, un plan de alimentación saludable personalizado y medidas preventivas para la enfermedad cardiovascular, entre otros elementos. El Pasaporte de Cuidados Crónicos está siendo implementado en alrededor de 15 países de América Latina y el Caribe.

Estrategia Nacional de Salud de Argentina para la Prevención y el Control de las ENT



La nueva Estrategia nacional de salud para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles desarrollada en Argentina representa un sólido ejemplo de una iniciativa dirigida por el gobierno para abordar las ENT de manera integral. Esta ambiciosa estrategia contó con el apoyo de todo el gobierno para la prevención de las ENT—responsables del 60% de las muertes prematuras en el país. La estrategia desencadenó grandes cambios en el sistema de salud argentino, a través de la revisión de las prioridades nacionales de salud y la expansión de los parámetros y actores involucrados en la mejora de la salud en Argentina.

Aprobada por resolución ministerial (1083/09), la nueva estrategia nacional supuso el establecimiento de nuevas metas dentro del Plan Nacional de Salud, una significativa restructuración organizacional dentro del Ministerio de Salud y un esfuerzo a nivel nacional para la introducción de intervenciones preventivas de base poblacional, todo ello acompañado del inicio de la mejora de la calidad de la atención a todos los niveles del sistema de salud. Con el apoyo del consejo asesor intersectorial, recientemente establecido, el Ministerio de Salud encargó a su Dirección de Promoción y Protección de la Salud la tarea de expandir su mandato para incluir las

ENT. La ahora Dirección de Promoción y Protección de la Salud y Control de las ENT, está al mando de la estrategia que implica a cuatro vertientes del gobierno. Este ambicioso esfuerzo combina política y abogacía con intervenciones de base poblacional, la mejora de la atención clínica y el énfasis en la vigilancia como herramienta para el monitoreo y la evaluación.

Esta estrategia ha obtenido rápidamente resultados exitosos en muchos niveles. Las políticas dirigidas a limitar el uso de aceites perjudiciales y el exceso de sal en los alimentos de origen industrial se han consolidado y son pioneras en la región. Otras iniciativas dirigidas a mejorar la información de la población así como la revisión de las directrices nutricionales nacionales, están avanzando en la reducción del riesgo público y la mejora de la salud. Los esfuerzos dirigidos por el Ministerio para aumentar el consumo de frutas y vegetales—actualmente en 1,9 porciones por persona y día, muy por debajo de las 5 recomendadas por la OPS/OMS—también son multisectoriales. Además, para mejorar el conocimiento de la sociedad y la demanda de alimentos frescos, el Ministerio ha dado el paso de trabajar directamente con las redes nacionales de distribución de alimentos para asegurar la disponibilidad de frutas y verduras frescas



en áreas insuficientemente atendidas. El conocimiento de la sociedad es también un elemento importante de la estrategia nacional. En colaboración con la Federación Nacional de Cardiología y la Fundación Bioquímica Argentina, el Ministerio de Salud está dirigiendo una campaña de alcance nacional denominada 100.000 Corazones para un Cambio Saludable, para mejorar la conciencia pública sobre vida saludable.

Al mismo tiempo, se están desarrollando otras iniciativas con el objetivo de mejorar el acceso de servicios de calidad en todos los niveles de atención. Ante un sistema con dificultades para ofrecer atención crónica, el nuevo programa integrado del Modelo de Atención Crónica trabajó con rapidez para mejorar los diagnósticos clínicos y revisar los formularios de admisión de pacientes con el objetivo de incluir los factores de riesgo para las ENT. Desde que estas herramientas empezaron a utilizarse, la vigilancia de los factores de riesgo de las ENT ha mejorado dramáticamente en los pacientes. Se han publicado nuevas directrices clínicas para la diabetes, la enfermedad cardiovascular así como las enfermedades relacionadas con el tabaco y los trastornos renales. Además se han desarrollado materiales de apoyo clínicos para el mejor auto cuidado por parte de

los pacientes, incluyendo folletos para el auto monitoreo que los pacientes pueden usar para llevar un registro de su evolución entre las visitas clínicas, cy alculadoras de riesgo que han sido distribuidas ampliamente entre el público en general.

Por otra parte, el gobierno ha reconocido la importancia de la vigilancia para asegurar el éxito de estas acciones. Actualmente se están poniendo en marcha iniciativas para lograr una mejor comprensión de las tendencias emergentes como el consumo del tabaco en los jóvenes y la morbilidad prematura, a la vez que se mide el impacto de los esfuerzos actuales y se comunica la evidencia epidemiológica a los encargados de formular políticas y la población en general.

Esta ambiciosa iniciativa no está libre de retos. Según el Ministerio de Salud, todavía es necesario trabajar para mejorar la acción multisectorial, la capacidad clínica a nivel de las provincias, asegurar que todas las estrategias estén basadas en evidencia nacional y obtener los recursos financieros necesarios para dar respuesta a las crecientes necesidades. A pesar de estos retos, la escala y el alcance del esfuerzo de Argentina contra las ENT es motivo de inspiración para toda la región.

Programa AUGE de Chile

En Chile, la cobertura sanitaria se proporciona a través de dos sistemas de seguros que operan en paralelo: el Fondo Nacional de Salud o FONASA, que cubre al 73.5% de la población y un sistema privado, llamado Instituciones de Salud Previsional o ISAPRES, con una cobertura del 16.3%. El 10% restante comprende a beneficiarios de las fuerzas armadas y a las personas no aseguradas. Los empleados tienen la obligación de contrinuir con un 7% de sus salarios, ya sea en el sistema público o en el privado.

El Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas de Chile (Plan AUGE) entró en vigor en el 2004 como parte de la reforma del sistema de salud. Este Plan garantiza el acceso a un listado de intervenciones relacionadas con 69 problemas de salud predefinidos (de las cuáles un 75% son enfermedades no transmisibles), más un examen preventivo de salud para todos los beneficiarios de los seguros público y privado. El nivel de prioridad de los problemas de salud fue establecido en función de la evidencia científica, su importancia epidemiológica, la factibilidad de poner en marcha soluciones y la definición de una respuesta médica apropiada. Tanto FONASA como ISAPRES tienen la obligación de proporcionar atención y tratamiento a sus beneficiarios para estos problemas de salud, incluyendo los medicamentos y suministros médicos necesarios.

Además, el Plan AUGE requiere por ley que las intervenciones asociadas con cada una de los problemas de salud recogidos en el Plan sean provistas dentro de plazos establecidos y de acuerdo con estándares de calidad predefinidos. Al mismo tiempo, se garantiza la protección financiera individual mediante la provisión de tratamiento gratuito a quienes no dispongan de recursos y la garantía de que los costos no excedan un cierto porcentaje de los ingresos mensuales para quienes si pueden pagarlo.

Los éxitos de la estrategia incluyen un aumento de la cobertura general, una disminución del número de hospitalizaciones y una mayor proporción de diagnósti-



cos tempranos de varios cánceres. Las principales atributos identificados por los usuarios del ISAPRES son los bajos costos y los tiempos de espera razonables. AUGE ha contribuido a mejorar considerablemente el acceso a los servicios de salud, especialmente en aquellas situaciones en las que el beneficio económico percibido es alto, como por ejemplo el aumento de la cobertura de la diabetes tipo 1.

Por otra parte se ha registrado una disminución de la mortalidad por los problemas de salud cubiertos por AUGE. Así, aunque 2 han aumentado las hospitalizaciones por diabetes tipo, las tasas de mortalidad por esta causa han disminuido, dato destacable puesto que se tratan principalmente de pacientes de edad avanzada. Además se ha registrado una disminución estadísticamente significativa de la mortalidad por infarto agudo de miocardio, desde el 12% antes de la introducción de AUGE hasta el 8.6% a partir del 2010.

Finalmente, los resultados de un diagnóstico del impacto preliminar del Plan AUGE, publicados por el Ministerio de Salud en el 2009, muestran que también ha mejorado la detección del cáncer de mama y cervicouterino en etapas tempranas y que las tasas de mortalidad por cáncer testicular, de vejiga y de mama disminuyeron desde 125,8 por 100.000 en el 2005 hasta 114,5 por 100.000 en el 2007.

CONACRO: El Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, México

Inicialmente propuesto en el 2007, el Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles fue creado por el Presidente de México, Felipe Calderón, mediante Decreto Presidencial en febrero del 2010. Se trata del primer consejo de este tipo en la región, y tiene como propósito catalizar una respuesta de todo el gobierno al creciente problema de las ENT. Por ello, está integrado por representantes de alto nivel del sector salud y de otros cinco ministerios considerados importantes en los esfuerzos nacionales para la prevención de las ENT: hacienda, trabajo, educación, agricultura y desarrollo social. Los miembros del consejo trabajan juntos para desarrollar y ejecutar políticas y programas intersectoriales en colaboración con las partes interesadas o los tomadores de decisiones de otras áreas del gobierno, la sociedad civil y el sector privado. Con el fin de apoyar esta ambiciosa agenda, se han establecido comités de alto nivel centrados en áreas de necesidades específicas que incluyen la salud y la nutrición, el fortalecimiento de las capacidades del personal sanitario, el enfoque multi-sectorial para la atención, la prevención de las ENT, la acción dentro del gobierno, los trastornos alimentarios y la evaluación del impacto. A pesar de su reciente creación, el CONACRO está trabajando con rapidez para catalizar una respuesta más efectiva a la prevención y el control de las ENT a todos los niveles del gobierno y de la sociedad mexicanos.



Medicamentos gratuitos para la hipertensión y la diabetes: La experiencia de Brasil

En el 2010, la prevalencia de diabetes e hipertensión en la población adulta brasileña era del 6.3% y 23.3%, respectivamente, representado las dos causas más frecuentes de hospitalización en todo el país. Reconociendo la magnitud del problema, el Ministerio de Salud de Brasil puso en marcha estrategias para reducir la carga de estas enfermedades en la población brasileña, mediante la mejora del diagnóstico y la calidad en el nivel de atención primaria.

Un elemento importante de este programa ha sido la distribución de medicamentos gratuitos para las ENT entre quienes los necesitan. Esta estrategia se puso en marcha en 1971, dirigiéndose a las comunidades de bajos ingresos con acceso limitado a las medicinas. Los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y el acceso a los medicamentos han aumentado en paralelo al crecimiento de la carga de las ENT en el país.

En el 2004 se creó el programa “Farmacia Popular de Brasil” o Farmácia Popular do Brasil. Apoyado por los gobiernos federal, estatal y municipal, este programa fue diseñado con el objetivo de mejorar el acceso de la población general a medicamentos esenciales de bajo costo—no solamente para las comunidades de más bajos ingresos. En el 2006, el programa se expandió de nuevo para incluir a las farmacias privadas. De esta forma el Ministerio de Salud financia un 90% del costo de 24 medicamentos registrados para el tratamiento de la hipertensión, diabetes, asma, rinitis, Parkinson, osteoporosis y glaucoma. En la actualidad, este programa cubre a aproximadamente 1,3 millones de personas en 2.500 municipios, entre las que se estima que 660.000 sufren de hipertensión y 300.000 tienen diabetes.

El compromiso de Brasil de asegurar la disponibilidad y asequibilidad de los medicamentos ha ido creciendo a través de sus programas, políticas y leyes. Desde el 2006 hasta la fecha, se han puesto en marcha políticas para garantizar el apoyo financiero necesario



para la provisión de medicinas para las ENT a través de los centros de atención primaria. Con un fuerte énfasis en la hipertensión y la diabetes, el apoyo de Brasil para este programa ha llegado desde los más altos niveles del gobierno. En el 2011, tras sólo dos meses en el cargo, la Presidenta Dilma Rousseff creó un programa llamado “La salud no tiene precio” con el objetivo de ampliar el acceso a los medicamentos para personas que viven con hipertensión y diabetes. Actualmente el programa provee 11 medicamentos gratuitos para quienes los necesitan y ha llegado a más de 3,7 millones de usuarios en todo el país (lo que representa un aumento del 70% en la distribución de medicinas para personas necesitadas) y ya está mostrando un impacto en las tasas de mortalidad.

Construcción de ciudades saludables

En las últimas décadas, la urbanización ha afectado a todos los países de las Américas. En la actualidad, son más las personas que viven en áreas urbanas que en áreas rurales. Como se mencionó anteriormente, muchas personas cambian el campo por las ciudades estimuladas por la búsqueda de empleos mejor pagados, enfrentando opciones de estilos de vida radicalmente diferentes. En muchos casos, los empleos sedentarios conducen a bajos niveles de actividad física, contribuyendo a esta situación la percepción de que caminar en las ciudades es inseguro debido al tráfico, la inseguridad y la falta de espacios para los peatones. Esta falta de actividad, unida a un dramático cambio en la dieta debido al mayor costo relativo de los alimentos frescos comparada con los de origen industrial, ha causado una epidemia de obesidad y ha desencadenado el aumento de las ENT. En los países de altos ingresos en la región estos cambios han ocurrido continuamente por décadas. Para los países de bajos ingresos, sin embargo, estos cambios son relativamente nuevos.

Los primeros líderes del movimiento de las ENT en las Américas, comprendieron la importancia de usar la planificación y las políticas urbanas para cambiar el papel de las ciudades como “factor de riesgo” hacia el de “facilitador de la salud”. Los éxitos alcanzados en la región han demostrado el poder que las políticas y los programas urbanos tienen para combatir estas tendencias. Desde Colombia hasta Nueva York, las ciudades están tomando el liderazgo para reducir el riesgo de las ENT, asegurando espacios libres de humo, promoviendo el ejercicio físico y mejorando el acceso a alimentos saludables y bajos en calorías—todos ellos aspectos importantes de una agenda de prevención de las ENT. Las siguientes experiencias muestran la evolución de estos esfuerzos innovadores.



Ciclovías: una epidemia saludable

El movimiento de las Ciclovías está transformando las ciudades y haciendo que las personas sean más felices y saludables. Surgidos en los años sesenta y setenta, los programas piloto de Bogotá y Ottawa comenzaron a cerrar al tráfico partes de las calles para permitir la circulación de bicicletas los domingos y días festivos. La innovación de estos programas fue ganando reconocimiento y apoyo de líderes públicos y defensores de la salud, demostrándose que las ciudades—con frecuencia inhóspitas para la actividad física y el fortalecimiento de las comunidades—necesitaban ser transformadas en lugares más habitables y saludables.

A finales de los años noventa, el movimiento global de las Ciclovías fue catalizado en gran parte por los esfuerzos del ex Alcalde de Bogotá, Enrique Peñalosa y su hermano Guillermo Peñalosa, entonces Comisionado de Parques de la Ciudad de Bogotá. En la lucha contra las enfermedades crónicas, el aislamiento social y la pobreza, el Alcalde Peñalosa reconoció la vulnerabilidad de los residentes de Bogotá a los daños a la salud y problemas sociales derivados de la rápida urbanización, la inactividad física y las altas tasas de enfermedades crónicas. Así el programa de las Ciclovías se multiplicó por diez, creando un programa masivo de calles abiertas en más de 70 millas de calles en toda la ciudad. Las calles cerradas abrieron espacio público para peatones, ciclistas y corredores; y también inspiró la creación de un programa paralelo llamado “Recrovía” que ofrece clases gratuitas de baile, ejercicios aeróbicos y yoga en toda la ciudad. Además, el crecimiento del programa ha atraído a vendedores ambulantes—creando nuevas oportunidades para los desempleados—y, sobre todo, ha permitido un acceso equitativo de todos los habitantes de la ciudad al espacio público.

Esta solución, simple pero exitosa, requiere de la participación de muchos sectores del gobierno de la ciudad—transporte, parques y recreación, policía, planificación urbana y salud—y la implicación de la sociedad civil. Existe un amplio reconocimiento de la utilidad de programas como este que permiten construir comunidades y reducir la contaminación ambiental a un bajo costo. Hasta la fecha, el movimiento Ciclovías ha sido puesto en marcha en 38 ciudades de 11 países incluyendo Quito, Ciudad de México, Nueva York, San Salvador, Los Ángeles, Ciudad de Guatemala, Santiago de Chile y Lima.



La Ciudad de Nueva York frente a las ENT

Bajo el liderazgo del Alcalde Michael Bloomberg, Nueva York se ha convertido en líder mundial en la reducción de factores de riesgo de ENT en las ciudades, convirtiéndolas en un lugar más saludable para vivir. Al principio de su administración, el Alcalde Bloomberg trabajó a favor de la creación de espacios libres de humo, aplicando un impuesto adicional de \$1,50 dólares en todos los cigarrillos y aplicando medidas drásticas para combatir la venta ilegal de tabaco. En el 2003, el Alcalde Bloomberg expandió una prohibición de fumar a todos los centros de trabajo, bares y restaurantes; y, en el 2011, hizo extensible esta prohibición a los 1.700 parques y playas de la ciudad.

Además, en el 2006, el Alcalde Bloomberg trabajó con la Comisión de Salud de la Ciudad de Nueva York para eliminar el uso de grasas trans en los restaurantes y establecimientos, aplicando una enmienda al código de salud por la que estas grasas eran consideradas un riesgo para la salud pública exigiendo su eliminación gradual a partir del 2007. De este modo, en el 2008, todos los alimentos servidos en Nueva York tenían menos de 0,5 gramos de grasas trans por ración. El gobierno de la ciudad apoyó la transición ofreciendo recursos a los restaurantes para apoyar la búsqueda de ingredientes alternativos y de nuevos enfoques para la preparación de alimentos. Más recientemente, el Departamento de Salud ha lanzado una campaña publicitaria para desalentar el consumo excesivo de bebidas azucaradas. La campaña “¿Estás contribuyendo al aumento de tu peso?” está dirigida al consumo de bebidas azucaradas por parte tanto de adultos como de niños, mediante la difusión de mensajes como “¡Presta atención a lo que bebes!” y mostrando la forma en que unas cuantas bebidas azucaradas al día pueden representar el equivalente de 93 paquetes de azúcar o 1.400 calorías vacías de valor nutritivo al día. Esta campaña se ha construido sobre los esfuerzos hasta ahora infructuosos del Alcalde Bloomberg para aplicar impuestos a los refrescos y prohibir el uso de cupones de alimentos apoyados con fondos públicos para comprar bebidas azucaradas.

Bloomberg ha logrado mejorar el acceso a alimentos saludables y la información nutricional en las escuelas y los restaurantes de Nueva York. Los almuerzos escolares saludables, las clases de cocina, la educación en nutrición y las huertas escolares se han convertido en parte de un esfuerzo en toda la ciudad para expandir el conocimiento y promover la alimentación saludable entre los jóvenes. Las alianzas entre la ciudad y celebridades de la cocina,



defensores de las huertas y los granjeros locales han sido fundamentales en los programas escolares para reducir la obesidad infantil. También, bajo la administración de Bloomberg, se ha establecido el requerimiento de que las cadenas de restaurantes con más de 15 puntos de venta a nivel nacional muestren el contenido en calorías de sus alimentos.

La promoción de la actividad física también ha sido una. Basándose en el programa Ciclovías establecido en Bogotá, Colombia, la Ciudad de Nueva York puso en marcha hace cuatro años el Programa Calles de Verano. Durante tres domingos en el mes de agosto, se cierra al tráfico la Avenida Park desde el Parque Central hasta el Puente de Brooklyn, llenándose de ciclistas, corredores, caminantes e incluso piscinas temporales. La reciente campaña “Haz de NYC tu gimnasio” ofrece clases de ejercicio, encuentros e información que tiene el propósito de aumentar la actividad física, haciéndola más accesible y divertida para los neoyorkinos.

Tanto sus partidarios como sus críticos están de acuerdo en que el Alcalde Bloomberg ha logrado hacer de la Ciudad de Nueva York una ciudad más saludable mediante la reducción de los factores de riesgo responsables de las ENT. Los estudios iniciales están demostrando que estos esfuerzos están dando sus frutos. Recientemente, la ciudad anunció que entre 2001-2009 la esperanza de vida de los neoyorkinos aumentó en 19 meses con una marcada disminución de las enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades atribuibles al consumo del tabaco.³²

Ciudades Activas, Ciudades Saludables

“Ciudades Activas, Ciudades Saludables” es un singular concurso basado en internet que reconoce proyectos innovadores que están dando forma a la salud de las ciudades en la región. La OPS, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y el Centro de Transporte Sustentable (EMBARQ) de la iniciativa Instituto de Recursos Mundiales, han creado una plataforma regional para promover el intercambio de ideas entre los defensores de la ciudad saludable y los planificadores; y reconoce proyectos exitosos que hacen ciudades más humanas, saludables, seguras y más racionales con el ambiente.

Desde su inicio en el 2002, “Ciudades Activas, Ciudades Saludables” ha tratado de mejorar la salud pública en las Américas alentando la expansión innovadora de áreas urbanas amigables con los peatones y los ciclistas. La reducción de lesiones y muertes relacionadas con el tránsito vehicular, la calidad del aire mejorada, una mayor actividad física y una mejor interacción social y movilidad para todos los ciudadanos, incluidos los ancianos y discapacitados, son todas metas ambiciosas de esta iniciativa regional y elementos claves en la lucha contra las ENT. Los proyectos existentes en las áreas de transporte sustentable y calidad del aire, espacios públicos, parques y protección ambiental, actividad física, recreación y seguridad en las carreteras, son elegibles para ser nominados.

Durante los pasados nueve años, Ciudades Activas Ciudades Saludables ha otorgado su premio a 12 proyectos en cinco diferentes países en las Américas. Combinando la votación del público a través de internet con la participación de líderes regionales expertos, este programa ofrece una plataforma pública única para intercambios entre la sociedad civil, líderes municipales, planificadores urbanos y especialistas en salud pública. Al identificar y construir consenso en torno a modelos innovadores, este programa ha avanzado en la identificación rápida de soluciones con capacidad de ser ampliadas, en respuesta a la inactividad física, obesidad y riesgo ambiental en áreas urbanas, así como en el apoyo a la disseminación de modelos efectivos entre países.



Educación de niñas y niños saludables

Innovadores del sector de la salud y líderes de la sociedad civil han comenzado a reconocer el importante rol que desempeñan las escuelas en el contexto de la lucha contra las ENT. Las escuelas son lugares importantes para educar, movilizar y alimentar a los niños con el fin de mejorar su salud y reducir su riesgo futuro de enfermedades. Esto es fundamental en comunidades en las que las fuentes de alimentos frescos son limitadas; los padres de familia carecen de una educación suficiente sobre opciones y hábitos alimenticios saludables; y las normas sociales y de género ponen restricciones a los espacios seguros y accesibles para los niños.

Actuando hoy sobre la salud en las escuelas mediante programas de actividad física se puede ayudar a revertir las tendencias de obesidad y establecer buenos hábitos como la comida saludable, el ejercicio y no fumar. En las comunidades vulnerables, los programas de alimentos escolares pueden proveer una comida saludable para niñas y niños que viven en condiciones de marginación. Es probable que las políticas gubernamentales que restringen los tipos y cantidades de alimentos que están a la venta en las escuelas tengan ahora un impacto en la salud de las y los niños. De manera similar, en las comunidades vulnerables, las escuelas pueden ser el único lugar seguro y confiable para la actividad física.

El propio nivel educativo ha demostrado tener efectos protectores contra las ENT. Investigaciones recientes muestran que las personas adultas con menos del 8° grado de escolaridad tienen dos veces más probabilidad de tener diabetes que los adultos con mayor nivel educativo.³³

El siguiente ejemplo describe varias iniciativas nacionales en proceso para mejorar los conocimientos y la salud de los niños a través de políticas y programas en las escuelas, que se pueden replicar en otros lugares.



Cambiar el enfoque de la alimentación en el ámbito escolar

Durante varias décadas se establecieron programas de alimentos en las escuelas para prevenir la desnutrición en los estudiantes más necesitados. En la actualidad, el enfoque ha cambiado: de proporcionar alimentos a proporcionar alimentos nutritivos. Con tasas de obesidad infantil aumentando desmedidamente, la educación y acceso a alimentos saludables en las escuelas se ha convertido en una prioridad para los gobiernos. En América Latina, Colombia y Brasil están a la vanguardia. En 2009, se aprobó la “ley de obesidad” en Colombia en un esfuerzo por revertir la inactividad física y las tendencias de obesidad mediante la promoción de la actividad física, la alimentación saludable y la educación en nutrición en las escuelas. Conforme a esta ley, se pretende que las escuelas provean alimentos saludables y balanceados, que incluyan frutas y vegetales, así como que ejecuten programas de educación que enfaticen en la alimentación saludable. En Brasil, por su parte, una ley nacional definió el acceso a alimentos saludables en el ámbito escolar como un derecho humano y está influyendo para que las inversiones que el gobierno hace en la alimentación escolar incluyan el apoyo a las granjas familiares locales. Conforme a esta nueva ley, al menos 30% de los fondos nacionales usados para apoyar el Programa Nacional de Almuerzos Escolares tiene que ser utilizado para adquirir alimentos producidos localmente. En 2009, el Programa Nacional de Almuerzos Escolares proporcionó 47 millones de raciones de alimentos por día para los estudiantes, con una inversión de US 1, 700 millones de dólares y canalizando cientos de millones de dólares a granjas familiares.

En Brasil, Panamá, México y los Estados Unidos, la venta de refrescos azucarados y otros alimentos procesados industrialmente en las escuelas se ha convertido en foco de la atención de políticas y programas nacionales y sub-nacionales. Otrora en el centro de la estrategia



de la industria de alimentos y bebidas para aumentar las ventas y expandir los mercados, las escuelas se han convertido ahora en un punto de síntesis de los esfuerzos de los gobiernos para controlar los alimentos que se venden en las máquinas expendedoras, las cafeterías y los alrededores de las escuelas, a la vez que impulsan la mejoría en el acceso a refrigerios saludables. Entre los primeros esfuerzos de este tipo, Panamá prohibió la venta de alimentos fritos y refrescos en las escuelas en 1997 y, en México, donde uno de cada tres niños es obeso, entraron en vigor nuevas reglas a partir del 1 de enero de 2011 para limitar el tamaño de las porciones de alimentos que pueden ser vendidas en las escuelas a la vez que están disponibles paquetes producidos industrialmente de “tamaño escolar”. En los Estados Unidos entre 2004–2007³⁴ una combinación de prohibiciones del Congreso por una parte y de compromisos voluntarios de la industria de alimentos por la otra redujo en un 58% las calorías de todas las bebidas que se expenden en las escuelas. Aunque aun su desarrollo es muy incipiente, las alianzas multisectoriales que involucran a los Ministerios de Salud, Educación, Agricultura, granjeros locales e industrias, con el objeto de reducir exitosamente la obesidad infantil y aumentar la alimentación saludable dentro y fuera de las escuelas, se están consolidando.

Alimentos saludables para todos

Dado que la demanda de alimentos procesados industrialmente continúa aumentando, la creación de nuevas normas sociales para promover la alimentación saludable, a la vez que se mitigan los riesgos asociados con este tipo de alimentos, tiene que convertirse en prioritaria. Las políticas que limitan los niveles dañinos de azúcar, sal y grasas trans en los alimentos son y continuarán siendo de primordial importancia. Los esfuerzos para, por un lado expandir el acceso a alimentos saludables y disminuir su precio, y por el otro, para hacer más caros y menos atractivos los alimentos no saludables ya sea mediante medidas impositivas o etiquetas en el empaquetamiento, tienen un gran potencial de tener éxito para revertir los actuales patrones de demanda. Asimismo, debe facilitarse la producción y el transporte de alimentos saludables y controlar de una manera más efectiva los riesgos, lugares de venta y costos de los alimentos procesados industrialmente de precio bajo. Aun cuando todavía es prematuro y no abundan los ejemplos, hay algunos signos que indican que los fabricantes de alimentos están persuadidos de que los nuevos estándares en la manufactura de alimentos pueden convertirse en elementos fundamentales de prácticas socialmente responsables, así como en opciones para la expansión alimentos saludables en las comunidades.



Reducción del consumo de sal en América Latina y los Estados Unidos

El consumo excesivo de sal y su impacto en la hipertensión se ha convertido en uno de los más grandes retos para la prevención de ENT en las Américas. En la actualidad, aproximadamente el 35% de todas las personas en las Américas sufre de hipertensión, en gran parte debido al consumo excesivo de sal derivado de alimentos manufacturados industrialmente muchos de los cuales tienen altos contenidos en sodio y además, debido al consumo excesivo de sal al cocinar o en la mesa. Afortunadamente, como se ha demostrado a lo largo de muchos años, se dispone de políticas poblacionales e intervenciones costo-efectivas que pueden cambiar los patrones de consumo a través de esfuerzos de concientización pública y producir reducciones rápidas en la prevalencia de hipertensión a nivel poblacional. Así, con el respaldo del grupo regional de expertos de la OPS sobre Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares mediante la Reducción de la Ingesta de Sal de los alimentos, Chile, Brasil, Argentina y los Estados Unidos encabezan en la Región las iniciativas innovadoras de reducción de sal.

Con más del doble del consumo recomendado de sal y más del 33% de su población adulta hipertensa, Chile ha dado pasos para introducir metas nacionales para la reducción gradual de sal. Con la puesta en marcha de la Estrategia Nacional para Reducir el Consumo de Sal 2010-2015, Chile ha asignado prioridad a la vigilancia de los patrones de enfermedad y riesgo, el conocimiento del público, los compromisos voluntarios de la industria y ciertos elementos regulatorios a nivel nacional. Con base en la Ley de Alimentos aprobada en 2009, Chile está trabajando activamente para: 1) reformular los productos, concretamente el pan, la principal fuente de consumo de sodio para la población, 2) aumentar las opciones de información para los consumidores a través de un mejor etiquetado de los alimentos y una mejor identificación de los contenidos de sodio, 3) fortalecer los mecanismos regulatorios y, 4) crear una mayor demanda en el público para productos con bajo contenido de sodio. Los productos alimenticios no saludables están etiquetados apropiadamente y no están disponibles para su venta en las escuelas.



En Brasil, el Ministerio de Salud ha sido pionero en lograr compromisos voluntarios con la industria de alimentos. Con el propósito de llegar a un consumo nacional de menos de 5 gramos de sodio por día, el gobierno ha firmado un acuerdo con las Asociaciones Brasileñas de Industrias de Alimentos, de Pasta y Masa, Trigo y con los panaderos para reducir los niveles de sodio para el año 2020 en alimentos de consumo popular. Los panes y sopas producidos industrialmente están entre los primeros alimentos para los que nuevas metas serán desarrolladas y aplicadas. Entre los muchos compromisos hechos, se han establecido nuevos criterios para limitar el contenido máximo de sodio en los alimentos procesados y hacer reducciones anuales en el sodio en las pastas instantáneas, panes y pan francés (el alimento básico nacional y principal fuente de consumo de sodio en el país). Se han programado reducciones adicionales en 2012 y 2014 para otras categorías de alimentos, incluidas las carnes procesadas, quesos, cereales para el desayuno y alimentos empaquetados.

En Argentina, el Ministerio de Salud se ha enfocado, de manera similar. A través de su programa “Menos Sal Mas Vida”, las acciones han estado dirigidas a la promoción de políticas poblacionales para reducir el consumo de sodio y para aumentar la demanda de productos de bajo contenido de sodio. Un grupo de investigadores encontró que el consumo de pan era responsable de más del 25% del total del consumo nacional de sodio—que se estima

es bastante más del doble de los niveles nacionales recomendados. En alianza con la Federación Argentina de la Industria del Pan y Afines (FAIPA) y el Instituto Nacional de Tecnología Industrial (INTI), el Ministerio de Salud desarrolló una campaña nacional dirigida a los fabricantes de pan artesanal—que provee el 95% del pan nacional a través de una red de 25,000 panaderías—y el público en general. Este esfuerzo se diseñó para alentar a los panaderos a reducir los niveles de sodio en el pan en 1 gramo por pieza—una reducción que, previo ensayo, fue imposible de distinguir por los consumidores, pero que podría salvar 2,000 vidas por año en Argentina. Comenzando con una campaña nacional, el gobierno buscó alentar nuevas recetas de pan con bajo contenido de sodio a través de concursos nacionales y, trabaja para crear demanda por un tipo de pan con bajo contenido de sal. Este esfuerzo ha conducido a la aceptación a nivel nacional de recetas para producir pan con bajo contenido de sodio por parte de 30,000 panaderías en todo el país. Además, el Ministerio de Salud ha puesto en marcha exitosamente acuerdos voluntarios de reducción de sal con los principales productores de alimentos manufacturados industrialmente en el país. En poco tiempo, varios productores claves han accedido a reducir los niveles de sodio en productos esenciales durante los próximos años. Estas actividades sumados a los esfuerzos de concientización pública que lleva a cabo el Ministerio de Salud tienen potencialidades de avanzar en la reducción de consumo de sal y, en última instancia, desempeñar un importante rol en la reducción de muertes y enfermedades por hipertensión.

En los Estados Unidos, está en proceso una iniciativa similar para reducir la sal en alimentos producidos industrialmente y también los que se preparan en los restaurantes, los cuales representan el equivalente a más del 80% de la sal consumida por la población. La Iniciativa Nacional para la Reducción de Sal (INRS) es una alianza pública-privada compuesta por 72 socios, que incluyen 15 ciudades, 29 agencias estatales, 19 organizaciones nacionales de salud y 9 asociaciones estatales y locales. Esta iniciativa ha desarrollado metas de contenido de sodio para 62 categorías de alimentos empaquetados y 25 cate-



gorías de comidas de restaurantes. Las compañías participantes ofrecen cumplir con las metas voluntarias dentro de una categoría de alimentos, pero se les permite hacerlo uniendo sus productos. Los principales fabricantes de alimentos industrializados y restaurantes, incluidos Au Bon Pain, Heinz, Hostess Brands, Kraft Foods y Starbucks Coffee Company se han comprometido. En un esfuerzo por asegurar que los compromisos contraídos por estas compañías se cumplan, esta iniciativa incluye el seguimiento de los compromisos y la evaluación de niveles de sodio de sus alimentos. Si la INRS es capaz de alcanzar su meta de reducir la sal en los alimentos empaquetados y de la comida de los restaurantes en un 25% a lo largo de cinco años, el consumo de sal en los Estados Unidos se reduciría en un 20% y decenas de miles de vidas se salvarían cada año.

Aunque los esfuerzos para reducir el consumo de sal están muy avanzados en algunos países, otros muchos países de la región aun carecen del apoyo de políticas y programas que aseguren que los productos saludables bajos en sal estén disponibles y que sean demandados por el público. Se espera que iniciativas como las descritas aquí sirvan de estímulo para que otros países diseñen sus propias estrategias para la reducción de sal.

Chile 5 al Día

En Chile, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte, seguidas por el cáncer. Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2003 mostraron que el 55% de la población adulta (17 a 65 años) tenía alto riesgo cardiovascular, el 33.7% tenía hipertensión y el 61% padecía de sobrepeso u obesidad. Basados en estas cifras y a partir del conocimiento de que la producción nacional de vegetales y frutas de Chile era capaz de abastecer la demanda nacional, en 2004 el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos INTA de la Universidad de Chile puso en marcha el programa nacional "5 al Día" para mejorar los hábitos alimenticios del país. El programa chileno se modeló a partir del exitoso programa implementado en 1991 en California, EE.UU., el cual ha sido reproducido desde entonces en más de 40 países alrededor del mundo.

El "Programa 5 al Día" en Chile vinculó a los sectores público y privado, e incluyó alianzas con los Ministerios de Agricultura, Salud y con organizaciones internacionales como OPS/OMS, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). La meta general del "Programa 5 al Día" chileno es aumentar el consumo promedio de frutas y vegetales en al menos 5 porciones diarias, con el fin de disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares, cáncer y otras enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la nutrición.

El programa tiene cuatro componentes principales: 1) fortalecimiento del conocimiento del público a través de campañas de medios, 2) mejor disposición de frutas y vegetales frescos y de la consiguiente información nutricional en los supermercados, 3) expansión de los mercados de los agricultores locales y 4) medición del impacto del programa a través de la investigación y evaluación.

En 2006, se fundó la Corporación 5 al día Chile con socios de los sectores tanto académico como público. Para 2007, la corporación puso en marcha la campaña con la meta de crear conciencia y motivar a las personas a aumentar su consumo de frutas y vegetales. La campaña incluyó comunicados a los medios, trabajo con las redes nacionales de supermercados para colocar las frutas y vegetales en lugares más visibles de los mostradores en las tiendas y ofrecer semanalmente un "día de frutas y



vegetales con descuento". El Ministerio de Agricultura apoyó el proyecto con la meta de consolidar a Chile como el principal productor internacional de frutas y vegetales saludables.

Según el proyecto de investigación evaluativa, "Evaluación de Impacto de una Campaña '5 al día' para Aumentar el Consumo de Frutas y Vegetales", los resultados alcanzaron éxito a nivel nacional. Antes del proyecto, el consumo de línea de base de frutas y vegetales era bajo, con reportes de que el 58.7% de las personas encuestadas consumía de 1 a 2 porciones por día; y, 48.6%, de 3 a 4 porciones diarias. Luego de la campaña de intervención de "5 al Día", la proporción que consumía entre 3 y 4 porciones por día ascendió a 51.4%. El estudio concluyó que los cuatro componentes de acción del "Programa 5 al Día" no solamente son factibles sino efectivos. El "Programa 5 al Día" en Chile se ha usado como ejemplo positivo en toda América Latina y alrededor del mundo con base a su disseminación, alianzas multisectoriales y a los amplios cambios positivos producidos en la conducta de la población.

Cinco Pasos Por Tu Salud

El gobierno de México ha puesto en marcha un exitoso programa de educación en salud a nivel nacional para combatir la epidemia de obesidad y mejorar conciencial conocimiento del público acerca de las ENT. Iniciado por el Secretario de Salud, José Ángel Córdova Villalobos, el programa “Cinco Pasos Por Tu Salud” está cambiando la forma en que la población mexicana comprende y trabaja para prevenir las alarmantes tasas de sobrepeso y obesidad—que afectan en la actualidad a más del 60% de los adultos y 30% de los niños.

El programa promueve cinco pasos básicos hacia la salud a través de actividades de comunicaciones y alianzas con escuelas, equipos deportivos, negocios y municipios en todo el país. Estos pasos son 1) actíivate, realiza actividad física, 2) toma agua, 3) consume frutas y verduras, 4) mídete, conoce tu estado de salud y tus avances y 5) comparte con amigos y familia. Usando los medios masivos de comunicación, se diseminan mensajes televisivos que fortalecen conciencial conocimiento del público sobre los cinco pasos para la salud. En un esfuerzo por ganar la atención de la nación, el gobierno ha recurrido a lo que se considera la pasión de México—el fútbol—para ganar una audiencia cautiva. El Ministerio de Salud ha puesto en marcha la campaña “El fútbol contra la obesidad”, una alianza con la Comisión Nacional para la Salud Popular, la Federación Mexicana de Fútbol y la empresa fabricante de balones Voit. Este programa usa encuentros de fútbol para alentar al público mexicano a que mida su estado de salud, uno de los cinco pasos. La Campaña “Mídete” establece puestos informativos que ofrecen mediciones físicas e información sobre salud en cada partido, logotipos relacionados con la salud en los postes de las porterías, mensajes sobre salud antes de cada juego y brazaletes y pulseras que promueven el mensaje y que son usados por jugadores y árbitros durante cada partido. Estos esfuerzos se complementan con un sitio web, donde las personas o grupos pueden llevar un registro de sus avances en el seguimiento de los cinco pasos.

A nivel estatal y municipal, el programa ha sido ampliamente aceptado y ha catalizado esfuerzos para mejorar el acceso a alimentos saludables y espacios seguros destinados a la actividad física. En la actualidad, cinco estados se han convertido oficialmente en “Estados Cinco Pasos”, lo que significa que el gobernador de ese estado



ha decidido incluir el combate a la obesidad y la prevención de ENT entre las prioridades más altas del gobierno estatal. Otros cinco estados están en proceso de recibir la misma acreditación. Este compromiso político ha dado lugar a esfuerzos municipales para expandir eventos de actividad física los domingos por la tarde, asegurar la disponibilidad de agua gratuita en los eventos públicos, iniciar nuevos mercados locales de frutas y vegetales, organizar talleres de nutrición, mejorar la calidad de los alimentos en las escuelas, ofrecer información sobre salud y servicios de medición durante eventos especiales y organizar días de campaña para difundir el mensaje de los Cinco Pasos.

Este esfuerzo de múltiples niveles dirigido a elevar la conciencia del público y alentar la acción individual, está siendo apoyado por esfuerzos continuos para garantizar las políticas y atención clínica que son necesarias, con la finalidad de reducir los factores de riesgo y mejorar el acceso a diagnósticos tempranos y un efectivo tratamiento en todo México.

Sector privado: hacerlo bien y hacer el bien

En las Américas, es fundamental contar con la participación del sector privado para luchar contra las ENT mediante la promoción de comunidades saludables. La participación del sector privado en la promoción de comunidades saludables a través de la prevención, la abogacía y la sensibilización de la población. Como se mencionó anteriormente, las ENT ejercen un efecto negativo en la salud, la productividad y la riqueza de nuestras comunidades. Los negocios se ven afectados por la pérdida del tiempo, de la energía y de los conocimientos de sus empleados a causa de la enfermedad y de la mortalidad prematura.

Son muchos los beneficios potenciales de la participación del sector privado en la prevención de las ENT. Los riesgos laborales influyen enormemente en las ENT a nivel mundial. Según la OMS, el 26% de las ECV y de las EPOC, el 15% del asma, el 10% del cáncer y el 8% de los accidentes y de la depresión, son consecuencia de riesgos en trabajo. Una mayor seguridad en el trabajo y la implantación de programas de promoción de la salud en los centros de trabajo enfocados a disminuir el riesgo de accidentes y la exposición del trabajador a productos tóxicos, son pasos importantes en la prevención de las

ENT. El centro de trabajo es también un lugar adecuado para dar a los trabajadores una educación para la salud y unos servicios que les ayuden a reducir su exposición a factores de riesgo fuera del centro de trabajo—incluidos los programas para promover el abandono del hábito de fumar, el control de la obesidad, la salud cardiovascular y la actividad física.

Para el sector privado, el reciente interés de la población en las ENT también ofrece la oportunidad de desarrollar nuevas líneas de productos más saludables y de expandir la cobertura de su mercado mediante el desarrollo de nuevos productos destinados a poblaciones conscientes de la salud. Esta situación “ganar-ganar” existe para todo tipo de productos desde los alimentos saludables hasta las bicicletas. El involucramiento del sector privado en estas importantes áreas—disminuir el desgaste de los trabajadores, mejorar la productividad, sensibilizar a la población y establecer nuevas líneas de productos saludables—está demostrando ser una medida beneficiosa para las empresas socialmente responsables y emprendedoras. Los siguientes ejemplos innovadores son una muestra del involucramiento del sector privado en la lucha contra las ENT.



La Alianza por una Vida Saludable

En respuesta a las extraordinariamente altas tasas de obesidad nacional, la industria alimenticia mexicana formó una singular alianza dirigida a concienciar al consumidor y proporcionar información para apoyar los estilos de vida saludables. Creada en 2005, la Alianza por una Vida Saludable reúne actualmente a más de treinta de los principales líderes de la industria alimenticia, como CocaCola, Pepsi, Mars, Kellog, Sabritas, Red Bull y La Costeña. Basada en el principio de que solamente los hábitos, no los alimentos, son buenos o malos y de que la responsabilidad individual es la clave, la Alianza está activamente involucrada en el discurso público y en actividades para frenar la epidemia de obesidad de México.

En colaboración con la sociedad civil y líderes del sector privado, la Alianza por una Vida Saludable desarrolla iniciativas para promover la alimentación y los estilos de vida saludables. Entre sus numerosos programas, destaca uno en particular. Iniciado en 2010, Checa y Elige, Claves de Nutrición, ha generalizado exitosamente claves nutricionales sencillas y fáciles de comprender, que están siendo rápidamente integradas en la mayoría de las marcas de alimentos empaquetados en todo el país. Este sistema voluntario, iniciado por la industria, permite a los consumidores identificar rápidamente el contenido de calorías, grasas saturadas, azúcar y sodio en un producto, con el fin de facilitar la toma de decisiones informadas sobre su consumo. El sistema de etiquetado fácil de leer ya ha sido adoptado por 300 marcas y se espera que cientos de otras marcas lo incorporen para fines de este año.



Entre sus otras iniciativas, la Alianza por una Vida Saludable anima a sus miembros a reformular sus productos y desarrollar otros nuevos más saludables. Estos esfuerzos se concentran en reducción de azúcar, grasas y sal, a la vez que proponen el uso alternativo de granos enteros ricos en fibra y el empaquetamiento de porciones de tamaño controlado. Además, la Alianza es un grupo poderoso de influencia política nacional, que ha involucrado a fondo al gobierno y a la sociedad civil en temas sobre la alimentación y estilos de vida saludables. También, es un importante colaborador de las campañas de información pública, que contribuyen a concienciar a la población y a los consumidores en México.

Campaña “Capta el Mensaje”

En el Caribe, las compañías de teléfonos móviles están uniéndose a la lucha contra las ENT. Siendo la primera de estas características en la región, la campaña “Capta el Mensaje” utiliza las redes de comunicación de las compañías de teléfonos móviles y el poder de los medios sociales para concienciar a la población acerca de las ENT e impulsar el compromiso de los Jefes de Estado caribeños para que participen en la Reunión de Alto Nivel de la ONU. Habiendo sido iniciada por la Coalición Caribe Saludable en sociedad con dos redes de proveedores de teléfonos móviles, Digicel y CWI Caribbean Limited (que se comercializa como LIME en el Caribe de habla inglesa), la campaña alienta a los residentes caribeños a que actúen mediante el envío de mensajes desde sus teléfonos móviles para registrar su apoyo y hacer un llamamiento a los líderes de la comunidad caribeña (CARICOM) para que participen en esa importante reunión.

La campaña “Capta el Mensaje” ofrece una oportunidad para la deliberación y el diálogo entre jóvenes, un grupo muy importante al que es difícil llegar, acerca de las ENT y los estilos de vida saludables; así mismo, se les proporciona una aplicación positiva de este popular método de comunicación. La campaña representa un buen ejemplo de la forma en que la sociedad civil en el Caribe puede formar alianzas para responder a las ENT.

Formada en 2008, la Coalición Caribe Saludable es una red de la sociedad civil y alianza contra las ENT que reúne una amplia variedad de socios de las ONG que trabajan en salud, compañías privadas, instituciones académicas y gobiernos, con la finalidad de obtener apoyo para la prevención y manejo de las ENT en todo el Caribe. La Coalición Caribe Saludable está usando estrategias innovadoras a través de los medios sociales—que incluyen mensajes de texto, Twitter, Facebook y You

TEXT FREE!

COME TOGETHER
show your support
for the United Nations Summit on
CHRONIC DISEASES

TEXT YES to
4357 LIME

TEXT YES to
4325 Digicel
The Bigger, Better Network.

Get the
message

- GET THE MESSAGE
- TEXT THE MESSAGE
- BE THE MESSAGE

CHRONIC DISEASES:

- DIABETES
- CANCER
- HIGH BLOOD PRESSURE
- ASTHMA
- HEART DISEASE

HEALTHY CARIBBEAN COALITION
www.healthycaribbean.org

facebook.com/getthmessage twitter.com/healthcaribbean HealthyCaribbean

Tube—para elevar la conciencia pública sobre las ENT. Al asociarse con DIGICEL y LIME, las personas que apoyan la campaña pueden enviar mensajes de texto sin costo a la Coalición Caribe Saludable, lo que sirve para demostrar el interés y apoyo del público a las acciones en torno a las ENT a través de un canal previamente sin explotar. Mientras que se fortalece la campaña “Capta el Mensaje” en todo el Caribe, un esfuerzo similar está ahora en proceso en América Latina.



3

CONCLUSIONES

Las enfermedades no transmisibles como la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad cerebrovascular, el cáncer, la diabetes y la enfermedad respiratoria crónica son en la actualidad la principal causa de muerte en la región, con impacto desproporcionado en las personas más pobres y con menor nivel de educación. Como se destaca en este documento, los riesgos se han generalizado y están creciendo, lo que hace que el coste humano y económico para los gobiernos, negocios y familias sea insostenible.

El liderazgo, la sólida formulación de políticas y los programas innovadores que se describen en este informe, indican una creciente conciencia y compromiso con las ENT a lo largo de las Américas. Movilizados por la Estrategia para un Enfoque Integrado sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas de la OPS y basados en la Declaración de la Ciudad de México, los gobiernos de las Américas reconocen que la lucha contra

las ENT tiene que ser exhaustiva y enfocarse en estrategias integradas de prevención y control que adopten un 'enfoque de toda la sociedad'. Este esfuerzo conjunto tiene que ser multisectorial y movilizar a todos los miembros de la sociedad.

- Los gobiernos deben actuar rápidamente para integrar la prevención y control de las ENT en sus planes, presupuestos, programas y políticas de salud.
- Los miembros de la sociedad civil deben ampliar sus esfuerzos como defensores, educadores y vigilantes de este área de creciente preocupación para la salud pública.
- El sector privado debe aumentar sus esfuerzos para fortalecer la conciencia pública sobre las ENT



y proveer productos que sean buenos tanto para la salud como para los negocios.

En la medida en que el reto de las ENT continúe creciendo, el liderazgo de todos los sectores—incluida la OPS— será esencial. A la fecha, la OPS desde el principio ha desempeñado un rol fundamental en el proceso de comprender y dar forma a la respuesta a la epidemia de las ENT en las Américas. La OPS tiene el compromiso de expandir este rol y sus esfuerzos en los próximos años a través de actividades de abogacía, apoyo técnico y coordinación en toda la región. También, ampliará sus esfuerzos de prevención, especialmente las intervenciones de alto impacto como el control del tabaco, la reducción del consumo de sal y la actividad física. Así mismo, apoyará el desarrollo y la rápida difusión de prácticas y modelos exitosos para la atención a personas que viven con ENT en toda la región.

Al reconocer que ningún sector puede lograr esto por sí solo, la OPS continuará proporcionando su apoyo a los esfuerzos regionales enfocados en las ENT, lo que incluye la puesta en marcha de su Foro Panamericano para la Acción sobre Enfermedades Crónicas. El Foro reunirá a

gobierno, sector privado y sociedad civil para fortalecer la conciencia pública y catalizar la ampliación de prácticas exitosas para la prevención y control de las ENT y la promoción de la salud a todos los niveles. El enfoque es relevante para todos los países y será necesario para intensificar la acción posterior a la Reunión de Alto Nivel de la ONU sobre ENT.

La OPS tiene la convicción de que las personas, programas y enfoques cuyo perfil se presenta en este informe permiten vislumbrar que es posible y necesario luchar contra las ENT en las Américas y en otras regiones. Se espera que el espíritu ambicioso, colaborador y comprometido de estos esfuerzos inspire una aún mayor responsabilidad en todos nosotros, así como la acción en la región de las Américas y el mundo en los años venideros.

Para millones de personas en las Américas, la salud, productividad y calidad de vida puede mejorar en los siguientes 10 años y 3 millones de muertes puedan ser evitadas si las intervenciones ya conocidas fueran ejecutadas y si la prevención y el tratamiento llegara a todos los que lo necesitan.



Referencias

1. Enfermedades no transmisibles en las Américas: Cifras e información esencial. [no publicado] OPS; 2011
2. Base de datos de mortalidad de la OPS 2010 [Internet]. 24 de septiembre de 2010 [Acceso el 4 de julio de 2011].
Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=2391&Itemid=2392
3. Creswell J, Raviglione M, Ottmani S, Migliori GB, Uplekar M, Blanc L, Sotgiu G, Lonnroth K. Tuberculosis and noncommunicable diseases: neglected links and missed opportunities. *European Respiratory Journal* [Internet]. 1 de mayo de 2011;37(5): 1269-1282. Disponible en: <http://erj.ersjournals.com/content/37/5/1269.short>
4. Anderson G, Waters H, Pittman P, Herbert R, Chu E, Das K. Non-Communicable Chronic Diseases in Latin America and the Caribbean. Baltimore, MD: Bloomberg School of Public Health, John Hopkins University; 19 de febrero de 2009. 55 p.
5. Población y Salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos. CEPAL. 5 de mayo de 2010. 85 p. <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/20/publicaciones/xml/8/39438/P39438.xml&xs=/celade/tpl/p9f.xsl%20&base=/ues/tpl/top-bottom.xslt>
6. OPS. Declaración de la Ciudad de México. Ciudad de México: 25 de febrero de 2011.
7. OPS. Estrategia Regional y Plan de Acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas. Washington, DC: OPS; 2007. 46 p.
8. WHO Global Infobase. [Internet] 2010 [Actualizada en enero de 2011; Citada el 28 de junio de 2011]. Disponible en: <https://apps.who.int/infobase/>
9. Muller F, Wehbe L. Smoking and smoking cessation in Latin America: A review of the current situation and available treatments. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. [Internet]. 2008 June [Citada el 4 de julio de 2011]; 3(2): 285–293. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2629971/
10. Mayer J. Non-communicable Chronic Diseases in the Americas: An Economic Perspective on Health Policies. The Economic, Fiscal and Welfare Implications of Chronic Diseases in the Americas; 23 y 24 de noviembre de 2009. México: CIDE; Diciembre de 2010. 39 p.
11. Global Status Report on Non-Communicable Diseases [Internet]. Organización Mundial de la Salud; Abril de 2011. 176 p.
Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/
12. Perel P, Casas J, Ortiz Z. Noncommunicable Diseases and Injuries in Latin America and the Caribbean: Time for Action [Internet]. *PLoS Medicine*. Septiembre de 2006.
Disponible en: <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0030344>
13. OPS. Programa STEPS Panamericano. Método paso a paso de la OPS/OMS para la vigilancia de factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles.
Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/panam-steps.htm>
14. OPS. Vigilancia de ENT. Disponible en: www.paho.org/cncd_vigilancia
15. Fondo de Seguridad Social Costarricense. Vigilancia de factores de riesgo cardiovascular. San José, Costa Rica 2011.
16. Addressing the Challenge of Non-Communicable Diseases in Brazil. World Bank; 2005. Report No. 32576–BR.
17. USAID Issue Brief: Latin America and Caribbean Health Programs Affect Economic Growth. Citado en el documento John Hopkins USAID.
18. Zhang Z, Betz J, Vistisen D, Sicree R, Shaw J & Nichols GA. Economic impact of diabetes. Documento de antecedentes para la cuarta edición del Atlas de la Diabetes de la FID. 2009. Disponible en: http://www.diabetesatlas.org/sites/default/files/Economic%20Impact%20of%20Diabetes_101123.pdf
19. Documento de antecedentes y hoja informativa para la “Conferencia de Salud Caribeña 2008”, No. 1. Healthy Caribbean Coalition. 2007.
Disponible en: www.healthycaribbean.org/hcc/fact_sheets/fact_sheet_1.html
20. Glassman A, Gaziano TA, Buendia CPB, & Guanais de Aguiar F. Confronting the chronic disease burden in Latin America and the Caribbean. *Health Affairs*. 2010; 29(12): 2142-2148.
21. The Global Economic Cost of Cancer. American Cancer Society; 2010. 10 p.
22. Fuentes:
 - Ministerio de Salud de Uruguay. Primera Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. Uruguay: 2009.
 - Ministerio de Salud de Chile. Encuesta Nacional de Salud—Enfermedades No Transmisibles 2009–2010. Chile: 2010.
 - Ministerio de Salud Nacional de Argentina. Segunda Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo. Argentina: 2011.
 - Ministerio de la Protección Social de Colombia. Encuesta Nacional de Salud 2007. Colombia: 2009.
 - Ministerio de Salud de Jamaica. Encuesta de Salud y Estilos de Vida de Jamaica 2007–2008. Jamaica: 2008.
 - Ministerio de Salud de la República Dominicana. Informe de la Encuesta STEPS 2008. República Dominicana: 2010.
 - Ministerio de Salud de San Cristóbal. Encuesta de Enfermedades Crónicas y Factores de Riesgo. San Cristóbal: 2010.
 - Ministerio de Salud de Costa Rica. Vigilancia de Factores de Riesgo Cardiovascular. Costa Rica: 2011.
 - Ministerio de Salud de las Islas Vírgenes Británicas. Encuesta STEPS de las Islas Vírgenes Británicas 2010. [Informe no publicado].

23. Global Risk Network of the World Economic Forum. Global Risks 2009: A Global Risk Network Project. World Economic Forum; 2009 Jan; Ginebra, Suiza. 35 p.
Disponible en: <https://members.weforum.org/pdf/globalrisk/2009.pdf>
24. Castro-Rios A, Doubova SV, Martinez-Valverde S, Coria-Soto I, Perez-Cuevas R. Potential Savings in Mexico from Screening and Prevention for Early Diabetes and Hypertension. Health Affairs. Julio de 2011. 8 p.
25. Non-Communicable Diseases: A Priority for Women's Health and Development [Internet]. The NCD Alliance. Septiembre de 2010. 20 p. Disponible en: http://www.ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/Non%20Communicable%20Diseases%20A%20priority%20for%20womens%20health%20and%20development.pdf
26. Knaul F, Bystreo F, Ha E, Langer A. Breast cancer: why link early detection to reproductive health interventions in developing countries? Salud pública Méx; 2009; 51(suppl.2): 7p.
27. OPS y Federación Internacional de la Diabetes. Resumen de Políticas sobre Género y ENT. Washington, DC; 2011.
28. PAHO smoking database [Internet]. Pan American Health Organization. 2004 [Acceso el 5 de julio de 2010].
Disponible en: <http://www.paho.org/tobacco/CountriesTopic.asp?CountryId=0&TopicId=1265>
29. WHO/Globocan. Fast Stats for WHO Americas Region (PAHO) 2008. [Acceso el 30 de julio de 2011]
Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=992#WOMEN>
30. Beaglehole R, Horton R. Chronic Disease: Global Action Must Match Global Evidence. The Lancet. 11 de noviembre de 2010; DOI: 10.1016/S0140-6736(10)619029-0
31. PAHO elaboration from the IAEA/WHO database International Atomic Energy Agency. Directory of Radiotherapy Centers (DIRAC) [Internet]; 2003-2004.
Disponible en: <http://www-naweb.iaea.org/nahu/dirac/default.shtm>
32. New York City Department of Health and Mental Hygiene. Health Department Reports All-Time Low Death Rates and Infant Mortality Rates in New York City. New York. Acceso el: 29 de diciembre de 2010. Disponible en: <http://www.nyc.gov/html/doh/html/pr2010/pr063-10.shtml>
33. Seligman H, Schillinger D. Hunger and Socioeconomic Disparities in Chronic Disease. N Engl J Med: Julio de 2010; 363;1.
34. Hawkes C. The Worldwide Battle Against Soft Drinks in School. AM J Prev Med. 2010; 38(4) 457-461.

www.paho.org/chronicdiseases

twitter.com/ncds-paho

facebook.com/pahoncds

