

MEDICC October 2011, Vol 13, No 4 Review

International Journal of Cuban Health & Medicine

Salud Cardiovascular en Las Américas: Realidad, Prioridades y la Reunión de Alto Nivel de la ONU sobre las Enfermedades no Transmisibles



MEDICC Review is published by MEDICC (Medical Education Cooperation with Cuba), a non-profit organization founded in 1997 to enhance cooperation among the US, Cuban, and global health communities aimed at better health outcomes. The organization's mission is to support education and development of human resources in health committed to equitable access and quality care.

MEDICC Review online (ISSN 1527-3172) is an Open Access publication, allowing readers to freely access, copy, use, distribute, transmit and display its contents, subject to proper attribution. The uses described above are limited exclusively to non-commercial purposes. See *MEDICC Review's* Creative Commons License online for details.

 www.medicc.org/mediccreview — Copyright © 2011 by MEDICC

MEDICC Review is indexed in:

MEDLINE®



THOMSON REUTERS

SciELO

Science Citation Index Expanded/SciSearch®
Journal Citation Reports/Science Edition
Social Sciences Citation Index®
Social Scisearch®
Journal Citation Reports/Social Sciences Edition



www.cabi.org

Global Health
Tropical Diseases Bulletin

ELSEVIER
EMBASE
SCOPUS™

Salud Cardiovascular en Las Américas: Realidad, Prioridades y la Reunión de Alto Nivel de la ONU sobre las Enfermedades no Transmisibles

Dr. Pedro Ordúñez MD PhD

Traducción del artículo publicado en la revista *MEDICC Review* (October 2011, Vol 13, No 4). El original está disponible en inglés en <http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=18&id=218&a=vahtml>

RESUMEN

El envejecimiento de la población, el consumo de tabaco, la dieta no saludable y la falta de actividad física, en el contexto de la globalización y el crecimiento urbano no planificado, explican las altas prevalencias de hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes en las Américas, y con ello que las enfermedades cardiovasculares sean la primera causa de muerte. Además, las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo afectan de manera desproporcionada a las personas más pobres, contrarrestando los esfuerzos contra la pobreza y profundizando las disparidades en salud, entre otras. La crisis de las enfermedades crónicas no transmisibles ha alcanzado proporciones tan preocupantes que en septiembre de 2011 la Asamblea General de las Naciones Unidas convocó una Reunión de Alto Nivel para tratar el tema como un problema de desarrollo humano, con el objetivo de estimular un compromiso político y una acción concertada y global para contener la pandemia. Este artículo describe la carga de las ECV en las Américas y describe las prioridades de las estrategias y acciones en la región, y su relación con los resultados de la reunión de la ONU.

Las Enfermedades Cardiovasculares en las Américas

Como en otras regiones del mundo, las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) proliferan en las Américas. El envejecimiento de la población, el consumo de tabaco, la dieta no saludable y la falta de actividad física, en el contexto de la globalización y el crecimiento urbano no planificado, explican las altas prevalencias de hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes, y con ello que las enfermedades cardiovasculares (ECV) sean la primera causa de muerte.[1,2] Informes recientes dan cuenta de que en la población adulta de siete países de América Latina un 18% padece de HTA, 14% tiene el colesterol elevado, 7% está viviendo con diabetes, 23% es obesa y 30% fuma.[3] Dado el perfil epidemiológico de la Región, el porcentaje de la población adulta con menos de 70 años que está en riesgo de sufrir un evento cardiovascular en los próximos 10 años es alto: hasta un 41% de los hombres y un 18% de las mujeres en los países con muy baja mortalidad tanto infantil como de adultos (por ejemplo, Canadá, Cuba y Estados Unidos), hasta un 25% y un 17% de los hombres y mujeres, respectivamente, en países con baja mortalidad infantil y en adultos (Argentina, Barbados y Chile), y hasta un 8% de los hombres y un 6% de las mujeres de los países con muy alta mortalidad infantil y mortalidad en adultos (Bolivia y Ecuador).[4]

En 2007 se notificaron en las Américas 1 498 645 muertes por enfermedades cardiovasculares (CIE-10, I00-I99), aproximadamente el 30% de los fallecidos por todas las causas. El 87% de estas muertes se agruparon alrededor de 4 entidades: enfermedad isquémica del corazón (CIE-10, I20-I25), enfermedades

cerebrovasculares (CIE-10, I60-I69), insuficiencia cardíaca (CIE-10, I50) y las enfermedades hipertensivas (CIE-10, I10-I15). [5] La enfermedad isquémica del corazón (EIC) fue la primera causa de muerte para ambos sexos con 662 011 casos (362 596 hombres y 299 415 mujeres), comprendiendo el 13% del total de fallecidos de la Región. Fue la primera o segunda causa de muerte en 30 países, con tasas de mortalidad marcadamente más elevadas en hombres que en mujeres. Las diferencias entre países fueron notables, con tasas de mortalidad ajustadas por edad y sexo que oscilaron entre 34 y 129 por 100 000 habitantes. Cuba notificó tasas de mortalidad de 112 y 86 por 100 000 habitantes en hombres y mujeres, respectivamente.[5]

En América Latina y el Caribe una proporción importante de los fallecimientos por ECV ocurren prematuramente—más en los hombres que en las mujeres—justo en el período de mayor aporte económico y social. En Cuba, las tasas de mortalidad en la población menor de 70 años son de 1,5 a 2,5 veces mayor que las de Canadá, la cual notificó tasas de 32 y 9 por 100 000 habitantes en hombres y mujeres, respectivamente.[5]

En las Américas, las enfermedades cerebrovasculares causaron 336 809 fallecimientos (153 120 hombres y 183 689 mujeres) en 2007, siendo la segunda causa de muerte para ambos sexos y aportando el 7% del total de muertes en la región. Se ubicó entre la primera y tercera causa de muerte en al menos 12 países. Panamá, Venezuela, Cuba y Paraguay notificaron las tasas de mortalidad más elevadas (entre 49 y 61 por 100 000 habitantes en ambos sexos). Canadá tiene la mortalidad más baja de la región (9 y 10 por 100 000 habitantes en hombres y mujeres, respectivamente), particularmente al compararla con países que tienen un perfil de mortalidad global similar.[5] Vinculado con este fenómeno, se ha observado una relación inversa no-lineal entre la proporción de la mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares y el producto interno bruto per cápita, ajustado por la paridad del poder adquisitivo.[6] Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo afectan de manera desproporcionada a los sectores más pobres de la población,[7] y tienen un impacto catastrófico en la economía de los presupuestos estatales y familiares debido a los gastos derivados de los tratamientos y a la pérdida de años de vida potencial y de productividad causada por muertes prematuras y discapacidad.[8,9] Estas enfermedades contrarrestan los esfuerzos de la lucha contra la pobreza y profundizan aún más las inequidades en salud, entre otras.[7]

Prioridades para enfrentar las ECV en las Américas

Por consiguiente, en 2010, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) auspició una consulta regional con el propósito de identificar, sobre la base de las mejores pruebas científicas dis-

ponibles, en criterios de costo-efectividad, valor social y equidad, las prioridades para la salud cardiovascular en las Américas.[10] En esta consulta participaron numerosos expertos, instituciones, organizaciones de la sociedad civil y ministerios de salud, así como personal técnico especializado de la OPS. Los expertos presentaron sus recomendaciones basadas en la evidencia recogida en paneles organizados en torno a cuatro líneas de acción: políticas públicas y prevención de alcance poblacional; reducción de riesgo y estrategias de control del alto riesgo; control del síndrome coronario agudo y de los accidentes cerebrovasculares; y organización de la respuesta del sistema de salud, incluyendo los servicios de emergencia. Cada panel perfeccionó su borrador a través de intercambios reiterados, y luego se reunieron para evaluar en conjunto sus recomendaciones, evidencias y fundamentos, y redactar una declaración de consenso con recomendaciones para los encargados de tomar decisiones en materia de salud. Este documento fue circulado entre los participantes hasta alcanzar un consenso final sobre la formulación y justificación de cada prioridad.

La consulta se concentró en las enfermedades cardiovasculares de origen aterosclerótico y sus principales factores de riesgo. Las prioridades se articularon en torno a las cuatro líneas de acción de la *Estrategia Regional y el Plan de Acción para un Enfoque Integrado sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas*, adoptada por los países miembros de la OPS en 2006: políticas públicas, promoción de la salud y prevención de las enfermedades, control integrado de las enfermedades crónicas y los factores de riesgo, y vigilancia.[11]

Políticas públicas Existen evidencias de que el solapamiento entre las actuaciones destinadas a prevenir y controlar las ECV, así como entre sus determinantes, demanda de mecanismos que coordinen de forma robusta y eficiente, no sólo los sistemas de salud pública y de servicios de salud, sino todos los estamentos implicados de los gobiernos y de la sociedad en su conjunto.[12] En vista de esto, y para que la salud sea considerada en todas las políticas sociales,[13,14] se jerarquizó como prioridad el establecimiento de mecanismos multi-sectoriales de alto nivel que coordinen las acciones de prevención, no sólo de las ECV sino de otras ENT, a nivel poblacional.

Asimismo, y teniendo en cuenta que las ECV y sus factores de riesgo son al mismo tiempo causa y consecuencia de la pobreza, se estableció como prioridad garantizar que uno de los objetivos explícitos de los planes para la prevención y el control de las ECV sea reducir las desigualdades en la distribución de los riesgos, la carga de enfermedad y las actividades de prevención y control. El riesgo de tener una ECV está intensa e inversamente relacionado con el nivel socioeconómico, de manera que la reducción de las disparidades de la carga de las ECV exige que se actúe para limitar los factores asociados con el aumento de las desigualdades en la población.[15]

También fue identificada como prioridad el trabajo en redes. Las redes ayudan a diseminar las lecciones aprendidas, mejorar la comunicación y coordinación entre países, estandarizar los enfoques de evaluación, seleccionar las mejores prácticas, asignar mejor los recursos, estimular la innovación, fortalecer las relaciones y promover la coordinación de políticas de alimentación, comercio, fiscales y de salud.

En todos los países se observan notables disparidades en la carga de enfermedad, en la prevalencia de factores de riesgo y en

la cobertura y el acceso a los servicios de salud entre los diferentes grupos de población.[16] Los sistemas de salud que más contribuyen a mejorar la salud de la población y la equidad son aquellos cuyos servicios están organizados en torno al principio de cobertura universal, en los cuales la atención primaria promueve acciones a través de toda la gama de los determinantes sociales, los que equilibran las intervenciones de prevención y promoción con las curativas, y los que hacen hincapié en el nivel primario de atención con mecanismos apropiados de coordinación.[17,18] Por lo tanto, la consulta fue concluyente en la importancia de avanzar hacia la cobertura universal y el acceso equitativo a los servicios de salud. La promoción, la prevención y la atención calificada y eficiente a los pacientes forman parte integral del derecho a la salud, y por esta razón se llamó a los países a incorporar dichas intervenciones en los programas públicos existentes.

El mayor impacto de las ECV se observa en las poblaciones de medianos y bajos ingresos, y en algunos países hasta el 78% del gasto en medicamentos es gasto de bolsillo.[19] Considerando que estas realidades contrarrestan los esfuerzos de la lucha contra la pobreza, la consulta definió como prioritario el aseguramiento del acceso a los medicamentos y a otras tecnologías esenciales, incluidas las pruebas de laboratorio, prestando especial atención a las poblaciones desfavorecidas.

Promoción de salud y prevención de enfermedades En esta línea de acción la estrategia regional definió cinco prioridades relacionadas con el tabaco, la sal, la alimentación saludable, la actividad física y el alcohol (Tabla 1).

Control integrado de las ENT y sus factores de riesgo La provisión de servicios de salud eficientes y sostenibles requiere de recursos humanos en número y capacitación adecuados. La correcta implantación de los modelos integrales de prevención y control de las ENT y sus factores de riesgo obliga a revisar los planes de estudio vigentes y a incorporar en ellos la formación y acreditación continuadas, las tecnologías de la información y la comunicación, la medicina basada en evidencia, así como la planificación, la gestión de servicios y el manejo clínico.[29] De la misma forma se consideró prioritario desarrollar estrategias integrales y sostenibles de educación continua dirigidas especialmente a los trabajadores de la atención primaria, reforzar el componente de prevención y control de las ECV y, si es necesario, revisar los programas académicos para alcanzar ese objetivo.

Se conoce que la fragmentación de la atención clínica desemboca en una falta de adherencia a los estándares internacionales que explica el tratamiento subóptimo, el aumento de las recaídas y las complicaciones.[30] Este factor llevó a la consulta a recomendar como prioridad el fortalecimiento de los sistemas de salud basados en la atención primaria y organizados en redes integradas de servicios, prestando especial atención a las tres funciones básicas del primer nivel en relación con las ECV: servir de puerta de entrada al sistema, garantizar la coordinación y la continuidad de la atención e integrar la información del usuario.

La correcta integración de servicios en red y la eficiencia y calidad globales del sistema son en parte tributarias de que se dote a la atención primaria con las tecnologías más costo-efectivas y con mayor capacidad resolutoria para ese nivel de la atención.[31] Del mismo modo, se alentó a implantar criterios de derivación de pacientes desde el primer nivel de atención a otros ámbitos

de atención del sistema de salud a fin de mejorar la coordinación entre niveles y optimizar la eficacia y eficiencia de todo el sistema. No es ningún elemento aislado de los que componen los modelos de atención de pacientes crónicos el que desempeña un papel primordial en la mejora de resultados clínicos en pacientes con ECV y otras ENT, sino el cambio del conjunto de estos elementos interconectados en los modelos de provisión de servicios.[32] También se reconoce que el riesgo de las ECV se reduce y su control mejora cuando las personas afectadas conocen los estilos saludables de vida, los factores de riesgo y los cambios de comportamiento necesarios para reducirlos, así como las medidas específicas de autocuidado.[33] De esta manera, se consideró acelerar la implantación del modelo de atención integrado de las enfermedades crónicas en los servicios de salud y potenciar el papel activo, la responsabilización y la autonomía de las personas con factores de riesgo o ECV, y especialmente con diabetes e hipertensión, mediante el desar-

rollo de sus habilidades y recursos para maximizar su capacidad de autocuidado.

La hipertensión, la hipercolesterolemia y el tabaquismo vistos en conjunto explican más del 80% de las ECV, pero la hipertensión es el factor de riesgo con más peso y se asocia con el 62% de los accidentes cerebrovasculares y 49% de la cardiopatía isquémica. [34] Basado en ello, se entendió como cardinal, fortalecer las acciones para mejorar los niveles de conocimiento, tratamiento y control de la HTA, haciendo hincapié en la detección oportuna, la selección y la utilización adecuadas de medicamentos y la adherencia terapéutica. De la misma forma, se llamó a fomentar la evaluación del riesgo cardiovascular total individual en las prestaciones clínicas preventivas, haciendo hincapié en el tratamiento de los pacientes con alto riesgo de ECV y, a reforzar la detección temprana y el tratamiento de la enfermedad renal crónica en las personas con HTA y diabetes.

Tabla 1: Prioridades para la promoción de salud y la prevención de enfermedades en las Américas

Recomendación de la consulta de la OPS	Fundamento
<p>Tabaco Implementación acelerada del Convenio Marco para el Control de Tabaco (CMCT) de la OMS.</p>	<p>El CMCT contiene medidas basadas en pruebas científicas muy costo-efectivas—incluso de reducción del gasto—para reducir el consumo de tabaco y desalentar el inicio del hábito de fumar.[20]</p> <p>El CMCT ofrece un marco jurídico y herramientas de cooperación internacional para el control del tabaco.</p>
<p>Sal Programas sostenibles de reducción de la ingesta; financiados por los gobiernos; basados en pruebas científicas; integrados a otros programas de alimentación, nutrición y educación para la salud; y que son asequibles a todos.</p> <p>Regular mediante legislación, políticas fiscales e incentivos económicos el contenido de sal de todos los productos alimenticios, para que la industria establezca metas graduales y cronogramas de reducción del contenido de sal.</p>	<p>El consumo poblacional de sal en casi todos los países de la región es por lo menos el doble de la cantidad recomendada (5 g/día/persona).</p> <p>La reducción del consumo poblacional de sal es una de las medidas disponibles más costo-efectivas y de reducción de gastos en salud.[21]</p> <p>Resultados pobres de los compromisos voluntarios de la industria (lección aprendida de la lucha contra el tabaco).[22]</p>
<p>Alimentación saludable Promover políticas agrícolas sostenibles para aumentar la producción, la oferta, el acceso y la aceptación de los alimentos saludables así como reducir estos aspectos en los alimentos nocivos</p> <p>Políticas eficientes y basadas en pruebas científicas sobre la fijación de precios, los incentivos para la producción, y la venta de alimentos saludables.</p> <p>Políticas que regulen la promoción y el mercadeo de alimentos para niños y adolescentes.</p>	<p>La oferta en los mercados y el exceso de consumo de grasas, calorías y alimentos nocivos para la salud están influenciados por las políticas de agricultura y la cadena de suministros en su conjunto.[23]</p> <p>Las políticas de agricultura se asocian con los cambios en los precios y la disponibilidad de los alimentos y, junto a la regulación del contenido en nutrientes, influyen en los modelos de producción alimentaria.[23]</p> <p>El mercadeo de alimentos y la publicidad influyen en las preferencias y el consumo de alimentos.[24]</p> <p>Los niños y jóvenes son especialmente vulnerables, particularmente donde los mecanismos de regulación del mercadeo son escasos.[25]</p>
<p>Actividad Física Políticas sostenibles de planificación urbana, transporte y seguridad, para crear entornos que faciliten un modo de vivir saludable, activa y segura.</p> <p>Las escuelas deben promover la alimentación saludable y proporcionar 50 minutos diarios de ejercicio moderado.</p>	<p>La actividad física aumenta con la presencia de parques, áreas verdes y de recreación, políticas propicias a los peatones, y carriles seguros para bicicletas.[26]</p> <p>En algunos países, hasta el 20% de los niños son obesos o tienen sobrepeso.[27]</p> <p>La mayoría de los niños pasa casi todo el día en la escuela, las cuales son generalmente lugares seguros para realizar el ejercicio físico.</p> <p>Las escuelas y los maestros pueden ayudar a consolidar normas sociales que valoren la dieta saludable y la actividad física.</p>
<p>Alcohol Implementación de la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo de Alcohol de la OMS [28]</p>	<p>El uso nocivo del alcohol es uno de los principales factores de riesgo a escala mundial.[28]</p>

Fuente: Consulta Regional de la OPS, 2010–2011.

También se recomendó ejecutar políticas que favorezcan que el sistema de salud opere bajo altos estándares de eficiencia y seguridad clínica y, en este contexto, establecer programas integrales de mejora continua de la calidad para evaluar las prestaciones relacionadas con la atención a las ECV en los servicios de salud, aplicar sistemas de certificación y auditoría clínica e implementar guías de práctica clínica adaptadas a los requerimientos, recursos y la cultura local de todos los niveles de la red de servicios.[35]

La asequibilidad y disponibilidad de medicamentos y tecnologías esenciales, y la provisión de servicios de farmacia integrales, se mejoran cuando se implantan políticas que refuerzan el uso racional de medicamentos, promueven la prescripción de genéricos e incluyen medidas adecuadas de fijación de precios y de racionalización del gasto.[36,37] En consecuencia, resulta necesario, implantar políticas de regulación de medicamentos y otras tecnologías basadas en su buena calidad, eficacia relativa, su valor diagnóstico y terapéutico añadidos, su valor social, y su seguridad.

En relación con el síndrome coronario agudo y los accidentes cerebrovasculares se consideró que había pruebas suficientes [38–40] para priorizar seis intervenciones encaminadas a mejorar la calidad de la atención a los enfermos: 1) implementar una estrategia de comunicación y educación dirigida a la población general sobre el uso eficiente de los sistemas de urgencias y la detección temprana de los síntomas y signos premonitorios de esas dolencias; 2) desarrollar los servicios de emergencias médicas en espacios geo-administrativos y poblacionales definidos, que faciliten la actuación coordinada entre los componentes de la red de servicios y contribuyan a mejorar la eficiencia de las intervenciones; 3) ampliar el acceso y la cobertura de la terapia de reperfusión temprana, haciendo hincapié en la urgencia de las intervenciones (tiempo entre inicio de los síntomas y el tratamiento) y en la disponibilidad de tecnologías básicas que garanticen una intervención precoz y segura; 4) disponer de unidades coronarias y cerebrovasculares integradas a la red de servicios de salud, dando prioridad a los pacientes que se encuentran en alto riesgo de complicaciones y de muerte; 5) implementar programas de rehabilitación temprana, de amplio alcance y efectividad comprobada, y de reinserción social de los pacientes; y 6) aumentar la cobertura y el acceso a las intervenciones de prevención secundaria.

Vigilancia El respaldo técnico y financiero activos y mantenidos en el tiempo de sistemas de vigilancia de las ECV es uno de los elementos cruciales para mejorar las condiciones de salud cardiovascular,[41] por lo que se convino en la necesidad de integrar la vigilancia de las ECV en el sistema de información vigente de los sistemas de salud, mantenerla operativa e incluir sus funciones en los presupuestos regulares del sistema de salud. La consulta fue enfática en señalar la urgencia de mejorar la cobertura y la calidad de los registros de mortalidad de las ECV, así como la vigilancia de los factores protectores, factores de riesgo y de la morbilidad cardiovascular. También se consideró pertinente crear un conjunto mínimo básico de indicadores de cobertura, acceso y desempeño de los servicios de salud; calidad de la atención; costos y eficiencia de las intervenciones; adecuación de la utilización de medicamentos y tecnologías; y de los progresos en la aplicación de los planes nacionales. Estos indicadores deben proporcionar suficiente información para planificar, implantar y evaluar políticas, estrategias, servicios, tecnologías e intervenciones, e invertir en investigaciones sobre la efectividad—incluyendo las evaluaciones económicas—de los modelos de acción intersectorial en la prevención de las ECV.

El mantenimiento permanente de un sistema de difusión y re-orientación de información entre financiadores y proveedores, que respete los principios del buen gobierno,[42] es un elemento clave para reducir las asimetrías en la información y alcanzar los niveles esperados de efectividad y eficiencia de actividades, intervenciones y tecnologías.

Finalmente, con el objetivo de integrar y hacer sostenible las intervenciones propuestas, la consulta invitó a vincular todas las acciones recomendadas en un conjunto de intervenciones coherentes entre sí y vertebradas en torno a un eje común; a evitar su desagregación, y a garantizar el apoyo institucional y el financiamiento a largo plazo de un plan concreto, asignando un presupuesto específico basado en la carga y el impacto de las ECV, la relación de costo-efectividad de las intervenciones y su valor social, su impacto presupuestario y el principio de equidad, ajustando periódicamente el presupuesto de servicios de salud conforme a estos criterios.

Las ENT en la Agenda Política Global

Los días 19 y 20 de septiembre de 2011, los jefes de Estado y representantes de Gobierno se reunieron en la sede de las Naciones Unidas en Nueva York para examinar la prevención y el control de las ENT. Se trató de una oportunidad histórica para poner en la agenda política global el tema de las ENT como uno de los principales obstáculos para el desarrollo en el siglo XXI, lo cual socava el progreso social y económico y pone en peligro la consecución de los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente. La Declaración Política resultante reconoció que las ENT son una amenaza para las economías de muchos países, y que pueden aumentar las desigualdades entre países y poblaciones. Asimismo, que recae en los gobiernos las responsabilidades primordiales de responder al reto que plantean estas condiciones, y que la participación y el compromiso de todos los sectores de la sociedad son esenciales para generar respuestas eficaces con el fin de contribuir a la plena realización del derecho de toda persona al más alto nivel posible de salud física y mental.[43]


El seguimiento de esta Declaración requerirá una colaboración estrecha entre el Secretario General de la ONU y el Director General de la OMS, en consulta con los estados miembros de la ONU y otras organizaciones. Les fue solicitado que en el 2012 presenten a la Asamblea General opciones para fortalecer y facilitar las acciones multisectoriales de prevención y control de las ENT. La Declaración además solicita al Secretario General la presentación en la 68va Asamblea General en 2013 de un informe sobre los progresos en el cumplimiento de los compromisos acordados—particularmente sobre los avances de las acciones multisectoriales y sus efectos en la realización de los objetivos de desarrollo internacional, incluyendo los Objetivos de Desarrollo del Milenio—como base para la preparación en el 2014 de un estudio y una evaluación generales de los progresos logrados en la prevención y el control de las ENT.[43]

De la Política a la Práctica

Las prioridades para la salud cardiovascular definidas en la consulta regional están totalmente alineadas en contenido y espíritu con la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre las ENT. La Declaración servirá de brújula y de plataforma que permitirá que dichas prioridades, entendidas como un menú de opciones de política, se incorporen al conjunto de objetivos, metas e intervenciones que cada

país planificará en función de su contexto sanitario, económico, político y social para cumplir los compromisos contraídos ante la Asamblea General.

Visto el grave problema que representan las ENT, a no pocos les hubiera gustado que la Declaración Política tuviera metas más concretas, compromisos de financiamiento más tangibles, me-

canismos de verificación más transparentes, acciones más vinculantes, llamados más enfáticos, menos cuestionamientos de conflictos de interés, y medidas más substanciales. En cualquier caso, el progreso es innegable y la Declaración Política es ya una nueva pieza que conecta la agenda de salud con otras agendas globales, que alerta, indica un rumbo, define estrategias y compromete a la acción. 

References

- Emberson JR, Whincup PH, Morris RW, Walker M. Re-assessing the contribution of serum total cholesterol, blood pressure and cigarette smoking to the aetiology of coronary heart disease: impact of regression dilution bias. *Eur Heart J*. 2003 Oct;24(19):1719–26.
- WHO. The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2002 [cited 2011 Aug 20]. Available from: <http://www.who.int/whr/2002/en/>
- Schargrotsky H, Hernández R, Champagne BM, Silva H, Vinuesa R, Silva Ayçaguer LC, et al. CARMELA: Assessment of Cardiovascular Risk in Seven Latin American Cities. *Am J Med*. 2008 Jan;121(1):58–65.
- WHO. Prevention of Cardiovascular Diseases: guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk. Geneva: World Health Organization; 2006.
- PAHO Regional Health Observatory. Indicadores Básicos de Salud. Mortalidad. Causas principales de defunción [Internet]. 2010 [cited 2011 Jul 15]; [about 1 screen]. Available from: http://ais.paho.org/hip/viz/mort_causasprincipales_it_oms.asp. Spanish.
- PAHO. Información y Análisis de Salud: Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2009. Washington DC: Pan American Health Organization; 2009. Spanish.
- Kreatsoulas C, Anand SS. The impact of social determinants on cardiovascular disease. *Can J Cardiol*. 2010 Aug-Sep;26 Suppl C:8–13.
- The NCD Alliance [Internet]. Geneva: NCD Alliance; c2010. The Global Burden of NCDs: The Global Epidemic; 2010 [cited 2011 Jul 20]. Available from: <http://www.ncdalliance.org/node/11>.
- Suhrcke M, Nugent RA, Stuckler D, Rocco L. Chronic Disease: An economic perspective [Internet]. London: Oxford Health Alliance; 2006 [cited 2011 Jan 20]. 60 p. Available from: <http://www.sehn.org/tccpdf/Chronic%20disease%20economic%20perspective.pdf>.
- Ordúñez-García P, Campillo-Artero C, editors. Regional consultation: priorities for cardiovascular health in the Americas. Key messages for policymakers. Washington DC: Pan American Health Organization; 2011.
- PAHO. Regional strategy and plan of action on an integrated approach to the prevention and control of chronic diseases [Internet]. Washington DC: Pan American Health Organization; 2007 [cited 2011 Sep 26]. Available from: <http://www.paho.org/english/ad/dpc/nc/reg-strat-cncls.pdf>.
- Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams C, Alleyne G, Asaria P, et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet*. 2011 Apr 23;377(9775):1438–47.
- Fuster V, Kelly BB, editors. Committee on Preventing the Global Epidemic of Cardiovascular Disease: Meeting the Challenges in Developing Countries; Institute of Medicine. Promoting Cardiovascular Health in the Developing World: A Critical Challenge to Achieve Global Health. Washington DC: National Academies Press; 2010. 484 p.
- Geneau R, Stuckler D, Stachenko S, McKee M, Ebrahim S, Basu S, et al. Raising the priority of preventing chronic diseases: a political process. *Lancet*. 2010 Nov 13;376(9753):1689–98.
- Diez Roux AV, Mair C. Neighborhoods and health. *Ann NY Acad Sci*. 2010;1186:125–45.
- Pereira M, Lunet N, Azevedo A, Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. *J Hypertens*. 2009 May;27(5):963–75.
- WHO; Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a generation: Health equity through action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008. 256 p.
- WHO. The World Health Report 2008. Primary Care. Now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
- PAHO. Impacto de la exclusión de servicios de salud en el acceso a medicamentos. Análisis comparativo de la situación en Guatemala, Honduras y Nicaragua. Washington DC: Pan American Health Organization; 2011. Spanish.
- WHO. Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization; 2005.
- Campbell N, Legowski B, Legetic B, Wilks R, Pinto de Almeida Vasconcellos AB. PAHO/WHO Regional Expert Group Policy Statement—Preventing cardiovascular disease in the Americas by reducing dietary salt intake population-wide. *CVD Prevention and Control*. 2010;4(4):189–91.
- Brownell KD, Warner KE. The Perils of Ignoring History: Big Tobacco Played Dirty and Millions Died. How Similar Is Big Food? *Milbank Q*. 2009 Mar;87(1):259–94.
- Hawkes C, Blouin C, Henson S, Drager N, Dubé L, editors. Trade, Food, Diet and Health: Perspectives and Policy Options. Oxford: Wiley Blackwell; 2010 Jan. 336 p.
- Brownell KD, Schwartz MB, Puhl RM, Henderson KE, Harris JL. The need for bold action to prevent adolescent obesity. *J Adolesc Health*. 2009 Sep;45(3 Suppl):S8–17.
- WHO. Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. Geneva: World Health Organization; 2010. 16 p.
- Gomez LF, Sarmiento OL, Parra DC, Schmid TL, Pratt M, Jacoby E, et al. Characteristics of the built environment associated with leisure-time physical activity among adults in Bogotá, Colombia: A Multilevel Study. *J Phys Act Health*. 2010 Jul;7 Suppl 2:S196–203.
- Freedman DS; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Obesity—United States, 1988–2008. *MMWR Surveill Summ*. 2011 Jan 14;60 Suppl:73–7.
- WHO. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [cited 2011 Sep 20]. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/alcohol-stratenglishfinal.pdf
- Dubois CA, Singh D, Jiwani I. The human resource challenge in chronic care. In: Nolte E, McKee M, editors. Caring for people with chronic conditions: A health system perspective. Maidenhead (GB): Open University Press; 2008. p. 143–71.
- Curry N, Ham C. Clinical and service integration. The route to improve outcomes. London: The King's Fund; 2010 Nov 22. 56 p.
- PAHO. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington DC: Pan American Health Organization; 2010 May. 102 p. Spanish.
- Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Health Econ Policy Law*. 2010 Jan;5(Pt 1):71–90.
- Battersby M, Von Korff M, Schaefer J, Davis C, Ludman E, Greene SM, et al. Twelve evidence based principles for implementing self-management support in primary care. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2010 Dec;36(12):561–70.
- WHO. Global health risks; Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009. 70 p.
- World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Geneva: World Health Organization; 2008.
- Puig-Junoy J, Peiró S. De la utilidad de los medicamentos al valor terapéutico añadido y a la relación costo-efectividad incremental. *Rev Esp Salud Pública*. 2009 Jan-Feb;83(1):59–70. Spanish.
- WHO. Equitable access to essential medicines: a framework for collective action. WHO Policy Perspectives on Medicines No. 8. Geneva: World Health Organization; 2004 Mar. 6 p.
- Krumholz HM, Anderson JL, Bachelder BL, Fesmire FM, Fihn SD, Foody JM, et al. ACC/AHA 2008 performance measures for adults with ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures. *Circulation*. 2008 Dec 9;118(24):2596–648.
- National Institute for Health and of Clinical Excellence (GB). Unstable angina and NSTEMI. London: NICE; 2010 Mar.
- Schwamm LH, Fayad P, Acker JE 3rd, Duncan P, Fonarow GC, Gircus M, et al. Translating evidence into practice: A decade of efforts by the American Heart Association/ American Stroke Association to reduce death and disability due to stroke. *Stroke*. 2010 May;41(5):1051–65.

41. Bonita R. Guest Editorial: Strengthening NCD prevention through risk factor surveillance. *Glob Health Action*. 2009 Sep 28;2.
42. Campillo Artero C. [Integration of information for health interventions: from data to information and from information to action. Report of the Spanish Society of Public Health]. *Gac Sanit*. 2008 Apr;22 Suppl 1:14–8. Spanish.
43. United Nations. General Assembly. Sixty-sixth Sessions. Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. A/66/L.1 [Internet]. New York: United Nations; 2011 Sep 16 [cited 2011 Sep 26]. Available: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/N11/497/77/PDF/N1149777.pdf?OpenElement>.

EL AUTOR

Pedro Ordúñez García (ordunezp@paho.org), clínico especializado en salud pública con un doctorado en ciencias de la salud. Consultor en prevención y control de las enfermedades crónicas, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de Salud, Washington, DC.

Traducido al español por Georgina Gómez Tabío

MEDICC Review

Themes for Upcoming Issues

2013 - 2014

- Diabetes
- Primary Health Care
- Communicable Diseases
- Mental Health
- Health & Human Development over the Lifespan
- Genetics & Population Health

...and in every issue

- ▶ Original research by Cuban and international medical scientists and health professionals
- ▶ Exclusive features and interviews
- ▶ Viewpoints on hot topics in medicine and health in Cuba and the world

MEDICC Review online, Open Access on the web!
Visit www.medicc.org/mediccreview