

REPORTE DE VIGILANCIA E INTERVENCIONES SOBRE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN PAÍSES DEL MERCOSUR Y PAÍS ASOCIADO – CHILE

(ARGENTINA, BRASIL, CHILE,
PARAGUAY Y URUGUAY)

SEGUNDA EDICIÓN - AÑO 2015



REPORTE DE VIGILANCIA E INTERVENCIONES SOBRE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN PAÍSES DEL MERCOSUR Y PAÍS ASOCIADO – CHILE

(ARGENTINA, BRASIL, CHILE,
PARAGUAY Y URUGUAY)

SEGUNDA EDICIÓN - AÑO 2015



Este documento fue elaborado por la Comisión Intergubernamental de Enfermedades No Transmisibles (CIENT) de países del MERCOSUR (Argentina, Brasil, Chile y Uruguay) y país asociado Chile

La redacción fue realizada por Mariana Galante, Victoria O'Donnell, Magali Gaudio, Lucila Goldberg y Carolina Begué (Argentina)

Colaboraron en la elaboración:

PAHO: Katri Kontio, Branka Legetic

Argentina: Sebastián Laspiur

Brasil: Silvânia Suely de Araújo Andrade, Taís Porto Oliveira, Maria Aline Siqueira Santos, Lenildo de Moura, Marta Maria Alves da Silva, Deborah Carvalho Malta, Simoni Urbano da Silva

Chile: Carmen Antini Iribarra, Sergio Loayza

Paraguay: Felicia Cañete, Guillermo Sequera, Tania Paiva, Ethel Santacruz

Uruguay: María José Rodríguez, Gustavo Gagliano, Enrique Barrios, Adriana Misa, Ximena Mortario, Ana Pérez, Franco González Mora, Gabriela Píriz Alvarez

La financiación estuvo a cargo de la Organización Panamericana de la Salud

ÍNDICE

Glosario	4
Antecedentes.....	5
Estructura del documento	7
Capítulo 1: Marco Mundial de Vigilancia (MMV) integral para la prevención y control de las Enfermedades No Transmisibles: Análisis metodológico y situación epidemiológica en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay	9
Indicadores del Marco Mundial de Vigilancia.....	9
Recomendaciones generales	11
Análisis de los indicadores del MMV	12
Indicadores de morbimortalidad	12
Indicadores de comportamiento.....	14
Indicadores biológicos	26
Indicadores de sistema de respuesta nacional.....	36
Capítulo 2: Plan Regional de la OPS para la prevención y el control de enfermedades no transmisibles: Análisis de indicadores de proceso en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay	45
Línea estratégica: Políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y control de ENT	45
Línea estratégica: Respuesta de los sistemas de salud a las ENT y sus factores de riesgo.....	47
Línea estratégica: Vigilancia e investigación de las ENT.....	49
Capítulo 3: Intervenciones “Best Buys – OMS”: Análisis de su aplicación en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay	53
Tabaco.....	53
Alcohol.....	55
Alimentación poco saludable e inactividad física	57
Cáncer.....	58
Enfermedades cardiovasculares y diabetes.....	58
Capítulo 4: Estrategias exitosas para la prevención y control de ENT y sus factores de riesgo en la región.....	63
Prevención y control de la obesidad	63
Promoción de la actividad física	64
Tabaco.....	66
Eliminación de grasas trans y reducción de sodio.....	66
Rotulado de alimentos.....	68
Vigilancia de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo.....	68
Capítulo 5: Recomendaciones para avanzar en la prevención y control de enfermedades no transmisibles a nivel de MERCOSUR.....	75
Tabaco	75
Alimentación	75

GLOSARIO

ANCT:	Alianza Nacional para el Control del Tabaco
ANSA:	Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria
ARG:	Argentina
AUDIT:	Alcohol Use Disorders Identification Test
AVAD:	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
BRA:	Brasil
CARMEN:	Conjunto de Acciones para la Reducción Multisectorial de Enfermedades No Transmisibles
CHI:	Chile
CIENT:	Comisión Intergubernamental de enfermedades no transmisibles
CMCT:	Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control de Tabaco
DE:	Desvío Estándar
EMSE (GSHS):	Encuesta Mundial de Salud Escolar
EMTJ (GYTS):	Encuesta Mundial de Tabaco en Jóvenes
ENCSP:	Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas
END:	Estudio Nacional de Drogas en población general
ENDE:	Estudio Nacional de Drogas en Escolares
ENFR:	Encuesta Nacional de Factores de Riesgo
ENS:	Encuesta Nacional de Salud (Chile)
ENT:	Enfermedades No Transmisibles
FR:	Factores de Riesgo
GAHENT:	Grupo Ad Hoc de Vigilancia de ENT
GPAQ:	Global Physical Activity Questionnaire
IARC:	International Agency for Research on Cancer
IC:	Intervalo de Confianza
IMC:	Índice de Masa Corporal
INA:	Inquérito Nacional de Alimentação
INCB:	International Narcotics Control Board
MERCOSUR:	Mercado Común del Sur
MMV:	Marco Mundial de Vigilancia
OMS (WHO):	Organización Mundial de la Salud
OPS (PAHO):	Organización Panamericana de la Salud
PAP:	Papanicolaou
PAR:	Paraguay
PENSE:	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PETab:	Pesquisa Especial de Tabagismo
PNAD:	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS:	Pesquisa Nacional de Saúde
POF:	Pesquisa de Orçamentos Familiares
SISVAN:	Sistema de Vigilancia Alimentaria Nacional
STEPS:	STEPwise approach to surveillance
SUS:	Sistema Único de Salud
UNICEF:	United Nations Children's Fund
URU:	Uruguay
VPH	Virus del Papiloma Humano
WUENIC:	WHO and UNICEF Estimates of National Immunization Coverage

ANTECEDENTES

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT) constituyen un problema mayor de salud pública a nivel mundial. Se estima que 6 de cada 10 muertes y el 70% de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) se deben a las ENT. Para el año 2030, se proyecta que más de tres cuartas partes de las muertes estarán asociadas a estas causas, lo que representará el 66% de la carga de enfermedad mundial ⁽¹⁾.

Esta problemática de salud era considerada una prioridad únicamente en países de altos ingresos. Sin embargo, en las últimas décadas la morbilidad y mortalidad por ENT en los países de ingreso medio y bajo han cobrado relevancia. Se estima que en estos últimos, el 80% de las muertes y casi la mitad de la carga de enfermedad es consecuencia de las ENT, haciendo indispensable la priorización de políticas efectivas de prevención y control de estas afecciones ⁽²⁾.

En la Región de las Américas se observa que las ENT también concentran la mayor parte de las muertes, con cifras que se mantienen por sobre el 50% de los casos. La información recabada en los países miembros muestra un escenario preocupante respecto de la magnitud de algunos factores de riesgo y su incidencia en las poblaciones más jóvenes, hecho que produciría un incremento creciente de la carga de enfermedad y mortalidad por ENT en los próximos años ⁽³⁾.

A pesar de este escenario desalentador, las ENT son en gran medida prevenibles. Existen intervenciones costo-efectivas dirigidas tanto a la población en su conjunto como a las personas en particular, diseñadas en base a estrategias que requieren de acciones multisectoriales de la sociedad ^{(4) (5)}.

En septiembre de 2011, la Asamblea General de las Naciones Unidas realizó una Reunión de Alto Nivel sobre la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles ⁽⁶⁾. En la misma, los jefes de estado y de gobierno y sus representantes firmaron la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, de la que se destaca:

- El reconocimiento de la importancia de la problemática y el compromiso de los estados miembros
- La descripción de las proporciones epidémicas de la problemática
- El fomento del trabajo y las acciones intersectoriales
- La necesidad de los gobiernos de reducir la exposición a factores de riesgo y de crear entornos más saludables
- La necesidad de reforzar los sistemas de salud hacia las ENT
- La apertura hacia la cooperación y la coordinación internacional
- El fomento a la investigación y el desarrollo
- La realización de monitoreo y evaluación de las ENT y sus factores de riesgo
- El seguimiento de la declaración ⁽⁷⁾

A partir de la misma, en el año 2013 la Organización Mundial de la Salud definió una agenda global organizada en torno al Plan de Acción Mundial para la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020, donde se establecieron nueve metas globales concretas para el año 2025 ⁽⁸⁾ (Ver recuadro).

Para la región de las Américas, también se diseñó un plan de acción 2013 – 2020, que incorpora cuatro líneas estratégicas de acción: 1) Políticas y Alianzas Multisectoriales para el control y prevención de ENT 2) Reducir la prevalencia de los principales factores de riesgo de las ENT y fortalecer los factores protectores 3) Mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas de salud a las ENT y sus factores de riesgo 4) Fortalecer la capacidad de los países para la vigilancia y la investigación sobre ENT, sus factores de riesgo y sus determinantes ⁽⁹⁾.

La región del MERCOSUR (Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay) y Chile, como país asociado, respaldaron plenamente el mencionado Plan Regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La región también mostró un liderazgo político en el abordaje de las ENT, tal como se presenta en la resolución del MERCOSUR de 2011 que establece la conformación de la Comisión Intergubernamental de Enfermedades No Transmisibles (CIENT) ⁽¹⁰⁾.

La vigilancia de la evolución de las enfermedades no transmisibles y sus determinantes, de las acciones tomadas por los países para su control y prevención, y del impacto de las intervenciones es fundamental para hacer frente a la epidemia de ENT. En los países de la región del MERCOSUR y Chile, dichas acciones de vigilancia son considerados una prioridad y es por ello que ya en el año 2011, el Grupo Ad Hoc de Vigilancia de las ENT (GAHENT) del MERCOSUR elaboró un informe basado en datos epidemiológicos evaluando la situación relacionada con las enfermedades no transmisibles y estableciendo sugerencias para la acción ⁽³⁾.

El presente documento constituye la segunda edición del Boletín de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles en países del MERCOSUR y país asociado – Chile. Su objetivo es brindar herramientas a los países para evaluar sus progresos en el establecimiento de metas nacionales voluntarias relacionadas con la prevención y control de las ENT y sus respectivos indicadores, así como proponer recomendaciones para la armonización de indicadores y políticas en la región.

Plan de acción global y regional para la Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles 2013 – 2020. OMS/OPS⁽⁹⁾

9 METAS GLOBALES Y REGIONALES

Mortalidad
y morbilidad

Mortalidad
Prematura de ENT
25%

Factores
de riesgo

Uso nocivo
de alcohol
10%

Tabaco
30%

Inactividad
física
10%

Sal/ Consumo
de sodio
30%

Presión
elevada
25%

Diabetes/
obesidad
0%

Respuesta de Sist.
Salud Nacional

Terapia por
medicamentos
y asesoramiento
50%

Medicamentos
y tecnología
80%

REFERENCIAS

1. Bloom, D.E., Cafiero, E.T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L.R., Fathima, S., et al. The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases [Internet]. 2011. 48 p. Recuperado a partir de: http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf
2. Dele O Abegunde. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2007;370:1929–38.
3. Primer Reporte de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles (ENT) 2011 [Internet]. [citado 15 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6392%3A2012-primer-reporte-vigilancia-enfermedades-no-transmisibles-ent-2011&catid=2324%3Acncd-surveillance-mercosur&Itemid=2322&lang=es

4. Rubinstein A, Colantonio L, Bardach A, Caporale J, Martí S, Kopitowski K, et al. Estimation of the burden of cardiovascular disease attributable to modifiable risk factors and cost-effectiveness analysis of preventative interventions to reduce this burden in Argentina. *BMC Public Health*. 2010;10(1):627.

5. Chisholm D, Abegunde D, Mendis S, World Health Organization. *Scaling up action against noncommunicable diseases: how much will it cost?*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2011.

6. Reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2011 [Internet]. [citado 15 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.un.org/es/ga/ncdmeeeting2011/>

7. Naciones Unidas, Asamblea General. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles [Internet]. 2011. Recuperado a partir de: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/66/L.1>

8. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020 [Internet]. Geneva 27, Switzerland: WHO Library Cataloguing In Publication Data; 2013. 55 p. Recuperado a partir de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1

9. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019 [Internet]. Washington, D.C., EE. UU: Biblioteca Sede de la OPS; 2014. 64 p. Recuperado a partir de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=30526&lang=es

10. MERCOSUR. Comisión intergubernamental para su prevención y control de ENT [Internet]. [citado 15 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/185000-189999/187149/norma.htm>

ESTRUCTURA DEL DOCUMENTO

Este documento se organiza en 5 capítulos.

En el primer capítulo se analizan las fuentes de información disponibles y la metodología utilizada para la construcción de indicadores del Marco Mundial de Vigilancia (MMV) en países del MERCOSUR (Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay) y país asociado - Chile. Asimismo, se analiza el grado de comparabilidad entre estos y la adecuación a la definición propuesta por el MMV, y se proporcionan recomendaciones para acortar las brechas en los datos existentes por países. Por otro lado, se evalúan los resultados correspondientes a cada indicador para caracterizar la situación epidemiológica en cada país y en la región, así como el grado de avance logrado en vistas al cumplimiento de las metas acordadas.

El objetivo del segundo capítulo es evaluar el estado de situación en relación con los indicadores de proceso del Plan Regional de la OPS para la prevención y control de las ENT. Se describen además algunas iniciativas llevadas a cabo en los diferentes países de la región, tendientes a profundizar sobre las líneas estratégicas de acción recomendadas en el mencionado Plan.

En el tercer capítulo se analiza el grado de aplicación de intervenciones costoefectivas propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), denominadas “Best Buys” o “Mejores Inversiones”, para enfrentar el creciente aumento de la mortalidad y morbilidad causada por estas enfermedades en los países de la región. Se describe para cada país, el nivel de cumplimiento de estas políticas que combinan intervenciones poblacionales con medidas dirigidas al individuo.

En el cuarto capítulo se describen algunas de las experiencias exitosas de prevención y control de ENT llevadas adelante en diferentes lugares de Latinoamérica y de los países del MERCOSUR. El intercambio de experiencias, logros y dificultades en el diseño e implementación de políticas es fundamental para potenciar los esfuerzos de los Estados en la lucha contra la epidemia de ENT.

Por último, se dan recomendaciones para avanzar en la prevención y control de enfermedades no transmisibles a nivel del MERCOSUR.



© Organización Panamericana de la Salud

CAPÍTULO 1

MARCO MUNDIAL DE VIGILANCIA (MMV) INTEGRAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES: ANÁLISIS METODOLÓGICO Y SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN ARGENTINA, BRASIL, CHILE, PARAGUAY Y URUGUAY

Tras la adopción de la Declaración Política sobre las Enfermedades No Transmisibles por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2011, la OMS elaboró el Marco Mundial de Vigilancia (MMV) para realizar un seguimiento mundial de los avances en la prevención y el control de las principales enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas) y sus principales factores de riesgo.

El MMV consta de 9 metas y de 25 indicadores agrupados en indicadores de mortalidad y morbilidad, de factores de riesgo (FR) de comportamiento y biológicos, y de sistema de respuesta nacional ⁽¹⁾.

Indicadores del Marco Mundial de Vigilancia

Mortalidad & Morbilidad	Factores de Riesgo	Sistema de Respuesta Nacional
Probabilidad incondicional de muerte entre los 30 y los 70 años de edad por enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes o enfermedad respiratoria crónica	Uso nocivo de alcohol (3)	Tamizaje de cáncer cérvico uterino
	Consumo insuficiente de frutas y verduras	Tratamiento farmacológico y asesoramiento
	Actividad física insuficiente (2)	Medicamentos y tecnologías esenciales para ENT
	Consumo excesivo de sal	Vacuna Hepatitis B
Incidencia de cáncer por tipo de cáncer	Consumo de grasas saturadas	Vacuna HPV
	Consumo de tabaco (2)	Publicidad dirigida a niños
	Diabetes / hiperglucemia	Acceso a cuidado paliativo
	Hipertensión	Políticas para limitar la cantidad de ácidos grasos saturados y eliminar prácticamente las grasas trans
	Exceso de peso y obesidad (2)	
	Hipercolesterolemia	

Número total de indicadores relacionados entre paréntesis

Se prevé que el marco impulse los progresos en la prevención y el control de las ENT y sirva de base para las actividades de promoción y sensibilización y, al mismo tiempo, refuerce el compromiso político y promueva la adopción de medidas a nivel mundial para combatir esas enfermedades. El MMV también contribuirá a definir una nueva agenda de desarrollo en la que se pongan de relieve las tres dimensiones del desarrollo sostenible: desarrollo económico, sostenibilidad ambiental e inclusión social ⁽¹⁾.

Sin embargo, no siempre existen datos disponibles para la estimación de estos indicadores, y su construcción puede variar a nivel geográfico. Resulta fundamental, tanto para realizar comparaciones entre países como para entender el grado de avance de la epidemia de ENT y los resultados de las acciones de control y prevención en la región, contar con indicadores comparables.

El objetivo de este capítulo es analizar las fuentes de información disponibles y la metodología utilizada para la construcción de indicadores en países de MERCOSUR (Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay) y país asociado-Chile, con el fin de evaluar su adecuación con los propuestos en el MMV y el grado de comparabilidad entre ellos. Asimismo, se proporcionan recomendaciones para reducir las brechas de datos existentes por países.

Por otro lado, se evalúan los resultados correspondientes a cada indicador para caracterizar la situación epidemiológica en cada país y en la región, así como el grado de avance logrado en vistas al cumplimiento de las metas estipuladas.

Fuentes de información para el relevamiento de indicadores del MMV en la Región

Gran parte de la información sobre la situación epidemiológica de las enfermedades no transmisibles en los países de la región proviene de encuestas realizadas en sus territorios. De éstas, las más importantes son las Encuestas de Salud Escolar para relevar datos sobre comportamientos de adolescentes y las Encuestas de Salud o Factores de Riesgo para recabar información en adultos.

La Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE o GSHS por sus siglas en inglés) utiliza una metodología estandarizada a nivel mundial para relevar datos sobre los comportamientos y factores de protección en alumnos de entre 13 a 15 años, relacionados con las principales causas de enfermedad y muerte⁽²⁾. De los países en consideración tanto Argentina, como Chile y Uruguay han implementado ya al menos una edición de esta encuesta.

Las Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo o Encuestas de Salud implementadas en cada país permiten conocer la distribución de los factores de riesgo y afecciones en poblaciones determinadas con el objetivo de orientar y evaluar la implementación de políticas de promoción de la salud y control de enfermedades. Todos los países de la región analizada poseen alguna encuesta de salud y factores de riesgo y están alineadas con el método STEPwise de vigilancia de la OMS⁽³⁾. A continuación se detallan las principales estrategias de información en cada país, la población objetivo y las ediciones disponibles de cada una.

Argentina

La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) incluye población no institucionalizada de 18 años y más residente en localidades de 5000 habitantes y más. La Encuesta cuenta con tres ediciones hasta el momento: 2005, 2009 y 2013, con una periodicidad de 4 años entre cada operativo. La tasa de respuesta de la última edición fue de 71%. Ninguna de las ediciones contó con mediciones objetivas⁽⁴⁾.

La EMSE tiene, hasta el momento, dos ediciones en el país en los años 2007 y 2012 (con un intervalo de 5 años entre ambas). La tasa de respuesta global del último relevamiento fue del 74%. Se proyecta llevar a cabo el próximo operativo en el año 2016⁽⁴⁾.

Paraguay

La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) incluye población de entre 15 a 74 años con residencia habitual o permanente en viviendas. Se realizó por primera vez en el año 2011, adoptando el método de vigilancia STEPS de la Organización Mundial de la Salud. La tasa de respuesta fue de aproximadamente 92%. Se proyecta llevar a cabo la siguiente edición en el año 2018⁽⁵⁾.

La Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes fue realizada por primera vez en el año 2003 y relevó datos en adolescentes de 13 a 15 años. La encuesta se implementó nuevamente en el año 2014.

Chile

La Encuesta Nacional de Salud (ENS) tiene como población objetivo los adultos de edad mayor o igual a 15 años. Se implementó una primera versión de la encuesta en el año 2003 y luego durante el periodo

2009-2010 (con un intervalo de 6/7 años entre ambas ediciones). La tasa de respuesta de la última edición fue del 85%⁽⁶⁾. La próxima implementación está proyectada para el año 2016.

La EMSE fue implementada por última vez en el año 2013 con una tasa de respuesta del 60%⁽²⁾.

Uruguay

La Primera Edición de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles (ENFRENT) se implementó en el año 2006 y abarcó a población adulta de 25 a 64 años en localidades de 10000 o más habitantes. En la segunda edición, llevada a cabo en el año 2013 (7 años después de la primera), se amplió la población objetivo a personas de 15 a 64 años. En las comparaciones entre ediciones se utilizó la población de 25 a 64 años. En la 2ª ENFRENT la tasa de respuesta fue de 76,8%⁽⁷⁾. La EMSE fue implementada en el país en los años 2006 y 2012, siendo la tasa de respuesta total en el último operativo del 77%⁽²⁾.

Brasil

La *Pesquisa Nacional de Saúde* (PNS) fue implementada en el año 2013 y relevó datos sobre habitantes de domicilios particulares en Brasil (con excepción de instituciones especiales) de 18 años y más. La tasa de respuesta fue del 78% aproximadamente⁽⁸⁾. El antecedente de esta encuesta era la *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicilios* (PNAD) realizada cada 5 años en 1998, 2003 y 2008⁽⁹⁾.

La *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar* (PENSE) releva información de la población de escolares de 9no año de enseñanza fundamental (intervalo de edad similar al de EMSE) en escuelas con un total de 15 estudiantes o más. Fue implementada en los años 2009 y 2012 (intervalo de 3 años). La tasa de respuesta en el último operativo fue del 83%⁽¹⁰⁾.

Otras fuentes de información utilizadas para el relevamiento de información fueron: Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (EMTJ o GYTS por sus siglas en inglés)⁽¹¹⁾, *Pesquisa Especial de Tabagismo* (PETab)⁽¹²⁾, Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población General (END), Estudio Nacional de Drogas en Escolares (ENDE)⁽¹³⁾, Encuesta Nacional de Consumo Alimentario (ENCA), *Inquérito Nacional de Alimentação* (INA)⁽¹⁴⁾, *Pesquisa de Orçamentos Familiares*⁽¹⁵⁾, Registros administrativos y estimaciones de OMS/OPS, Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (2010)⁽¹⁶⁾.

Recomendaciones generales

Es posible advertir con lo presentado el enorme desafío para la comparación de resultados y armonización de indicadores a nivel regional que representa la heterogeneidad en las metodologías, poblaciones e implementaciones de las encuestas, en especial las de adultos. En el caso de la población adolescente, la disponibilidad de resultados de una encuesta estandarizada a nivel mundial como la EMSE facilita sustancialmente la tarea.

A continuación se enumeran recomendaciones generales para avanzar en la reducción de brechas entre metodologías utilizadas para obtener indicadores comparables entre los países de la región:

- Fortalecer los espacios de intercambio entre los países de la región ya establecidos (como la CIENT) para gestionar consultas y consensos sobre la implementación de encuestas.
- Monitorear los progresos en la implementación de los consensos realizados entre países.
- Para la comparación entre países de la región, avanzar en el procesamiento y presentación de indicadores utilizando los grupos etarios de 13 a 15 años y de 25 a 64 años ya que son los grupos de edad que quedan cubiertos en todas las encuestas de los diferentes países (las escolares y las de hogares).
- Fomentar la periodicidad de las ediciones de las encuestas cada 3/5 años con el fin de contar con datos oportunos.
- Implementar mediciones objetivas de factores de riesgo en aquellos países en los que no se haya hecho aún, por ejemplo mediciones antropométricas, de tensión arterial, de laboratorio como colesterol o glucemia, entre otros.

- Garantizar la elaboración periódica de informes sobre la situación epidemiológica en la región del MERCOSUR para evaluar los avances en indicadores clave.
- A la hora de introducir cambios en los indicadores, intentar mantener las definiciones ya existentes para evitar perder comparabilidad en el tiempo.
- Dada la cantidad de implementaciones en la región de la EMSE (que provee información sobre estudiantes de 13 a 15 años), utilizar sus indicadores para proveer información.

Análisis de los indicadores del MMV

Para evaluar la disponibilidad y la adecuación de los indicadores en los países de la región, en comparación con los propuestos en el MMV, se utilizó un sistema de tipo semáforo. El color adjudicado a los indicadores se debe interpretar de la siguiente manera:

- Adecuación completa
- Adecuación parcial
- Sin disponibilidad de datos

Para la comparación de resultados se utilizó el método de cotejar intervalos de confianza (IC 95%) con el objetivo de identificar diferencias estadísticamente significativas.

1. Indicadores de Morbimortalidad

1.1. Probabilidad incondicional de muerte entre los 30 y los 70 años de edad por enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes o enfermedad respiratoria crónica

Meta: reducción relativa del 25%

		Argentina	Brasil	Paraguay	Uruguay	Chile
Cuestiones metodológicas		Alta calidad del dato de mortalidad	Alta calidad del dato de mortalidad	Baja calidad del dato de mortalidad	Alta calidad del dato de mortalidad	Alta calidad del dato de mortalidad
Fuente		Basic Indicators 2015. OMS	Basic Indicators 2015. OMS	Basic Indicators 2015. OMS	Basic Indicators 2015. OMS	Basic Indicators 2015. OMS
Resultado	Línea de base 2010	17,8	19,8	19	17,7	12,4
	Estimador 2012	17,5	19,4	18,5	17,1	11,9
	Variación relativa (%)	-1,7	-2,0	-2,6	-3,4	-4,0

Evaluación metodológica

Se observó una alta disponibilidad de datos para la construcción del indicador. La mayor parte de los países analizados cuentan con estadísticas vitales de buena calidad que permiten relevar y comparar los resultados a nivel regional.

Este indicador, estimado y publicado por la OMS en 2015 en su documento *Health Situation in the Americas - Basic Indicators 2015*⁽¹⁷⁾, se construye a partir de las estadísticas vitales (mortalidad) proporcionadas por los países. En dicho documento, se describe también el porcentaje de subregistros y el porcentaje de muertes de causas mal definidas, permitiendo evaluar la calidad de los registros de cada país. Según esta información y de acuerdo con la definición de calidad basada en criterios internacionales⁽¹⁸⁾, la calidad del dato es elevada en Argentina, Brasil, Uruguay y Chile.

Si bien la definición del indicador no lo considera, otro factor a tener en cuenta para evaluar la comparabilidad de la mortalidad por ENT es la proporción de códigos poco útiles (“*códigos basura*”) del total de muertes ⁽¹⁹⁾.

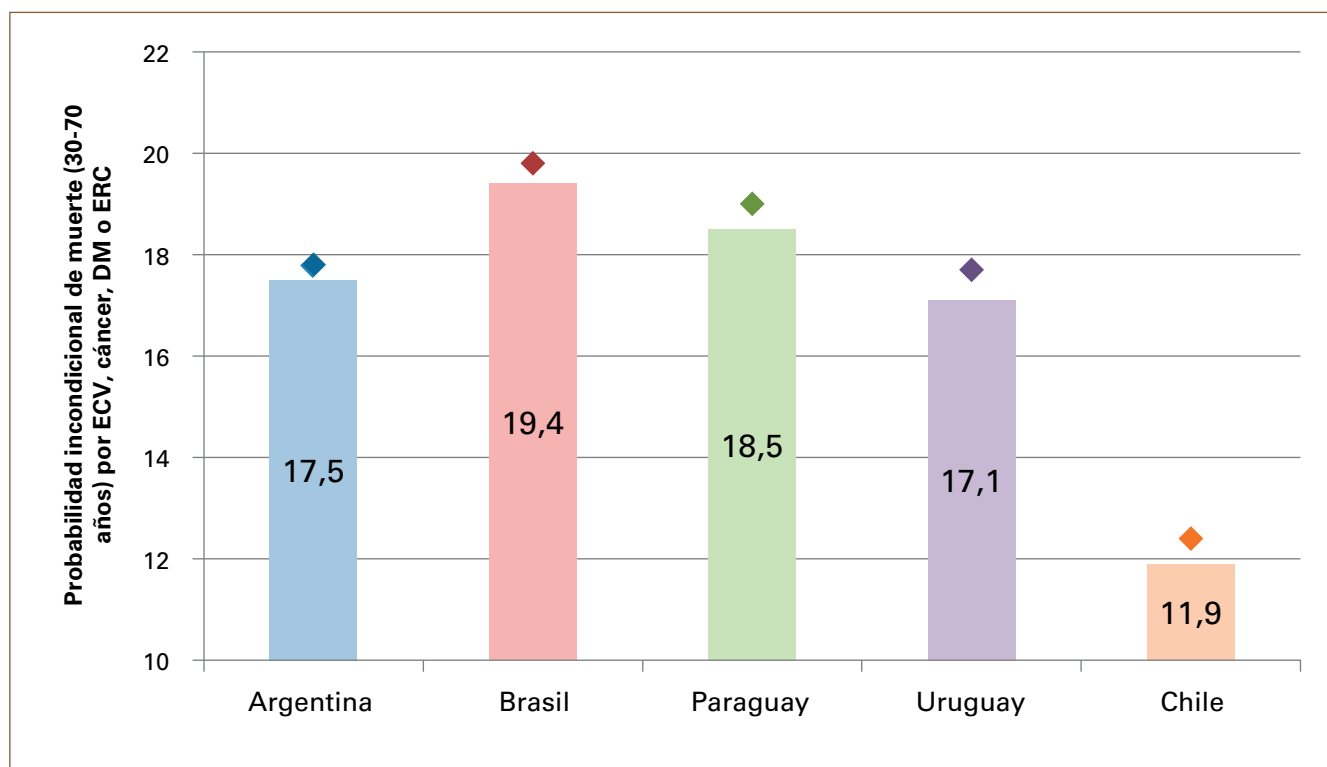
Recomendaciones:

- Evaluar la conveniencia de que los países estimen este indicador como parte de sus indicadores de uso habitual.
- Considerar también, para evaluar la comparabilidad de la información, la calidad de los registros en referencia a causas de defunción poco útiles (“*códigos basura*”).

Situación epidemiológica y avances

Entre el 2010 y el 2012 todos los países han logrado reducir la probabilidad incondicional de muerte por ENT en el grupo etario analizado (entre 1,7% y 4%). Sin embargo, para alcanzar la meta de reducción del 25% la velocidad de disminución debería incrementarse. De los países de la región, Chile es aquel que más se acerca al cumplimiento de la meta.

Gráfico 1.a. Probabilidad incondicional de muerte entre los 30 y los 70 años de edad por enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes o enfermedad respiratoria crónica. 2010-2012.



Los puntos representan la línea de base (2010) y las barras el último dato disponible (2012). Fuente: elaboración propia en base a datos publicados en *Health Situation in the Americas - Basic Indicators 2015* (17). ECV: Enfermedad cardiovascular, DM: diabetes mellitus, ERC (enfermedad respiratoria crónica)

1.2. Incidencia de cáncer por tipo de cáncer por 100.000 habitantes

		Argentina	Brasil	Paraguay	Uruguay	Chile
Cuestiones metodológicas		Cobertura subnacional (10% - 50%)	Cobertura subnacional (10% - 50%)	No dispone de registro poblacional de cáncer	Cobertura nacional (>50%)	Cobertura subnacional (<10%)
Fuente		GLOBOCAN	GLOBOCAN	GLOBOCAN	GLOBOCAN	GLOBOCAN
Resultado	Linea de base 2010	280,1	220,6	121,8	393,8	175,7

Evaluación metodológica

Existe insuficiente información disponible para estimar la incidencia de cáncer con exactitud en la mayoría de los países de la región. Hay limitaciones, entre ellas la cobertura, que restringen una comparabilidad adecuada.

La *International Agency for Research on Cancer* (IARC), en su publicación GLOBOCAN⁽²⁰⁾, estima este indicador a partir de distintos métodos. En el caso de Uruguay, los datos publicados son aquellos que el país informa a partir de sus registros. Para Brasil, Chile y Argentina la incidencia fue estimada a partir de modelos y proyecciones basados en datos de estadísticas vitales y de registros de cáncer. En el caso de Paraguay se usaron modelos que toman en cuenta datos de mortalidad únicamente. Asimismo, la IARC realiza evaluaciones de la calidad y comparabilidad de los datos⁽²⁰⁾.

Recomendaciones:

- Avanzar en la construcción de registros poblacionales regionales de cáncer en Paraguay y fortalecer los registros existentes en el resto de países a efectos de poder estimar la incidencia de cáncer a nivel nacional.

Situación epidemiológica y avances

La variabilidad en la calidad, exhaustividad y validez de los registros de cáncer evaluada por la IARC sugieren que la comparabilidad de los resultados en la incidencia de cáncer es limitada.

2. Indicadores de comportamiento

2.1. Uso nocivo de alcohol: Consumo de alcohol total (registrado y no registrado) per cápita (edad 15 años y más) en un año calendario en litros de alcohol puro, según proceda, en el contexto nacional

Meta: Reducción relativa de al menos del 10%

		Argentina	Brasil	Paraguay	Uruguay	Chile
Cuestiones metodológicas	Nombre del indicador	Total (registrados y no registrados) consumo de alcohol por cápita (edad 15 años y más) en un año calendario en litros de alcohol puro, según proceda, en el contexto nacional				
	Observaciones	Estimaciones realizadas por OMS				
	Fuente	Global status report on alcohol and health 2014 (OMS)				
Resultado	Linea de base: resultado (IC95%)/año	9,3/ 2008-2010	8,7/ 2008-2010	8,8/ 2008-2010	7,6/ 2008-2010	9,6/ 2008-2010

Evaluación metodológica

Los datos aquí presentados surgen de estimaciones realizadas por OMS en su informe *Global status report on alcohol and health 2014* ⁽²¹⁾. Para el cálculo del indicador se utilizan fuentes de información diversas de calidad variable: información recabada por *Organisation Internationale de la Vigne et du Vin* (France), datos de ventas, producción, importación, exportación, encuestas a los países, datos de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, entre otras. En el caso del alcohol no registrado, las fuentes de información tienen menor validez para los países analizados (opinión de expertos y revisiones de la literatura en el mejor de los casos). De todos modos, el consumo de alcohol no registrado representa un porcentaje menor en América (14% del total)⁽²¹⁾.

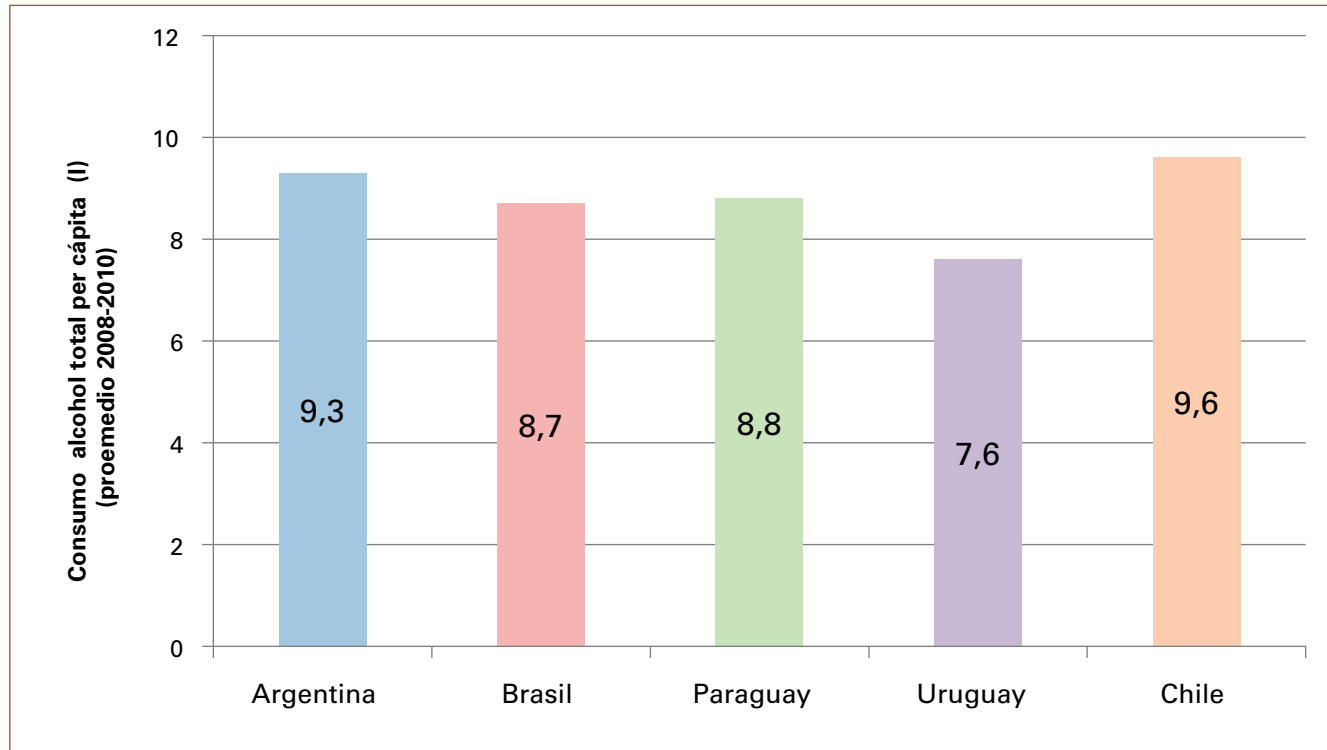
Recomendaciones:

- Avanzar desde los Ministerios de Salud en la evaluación, recopilación, integración y utilización de fuentes de información secundarias para la estimación del consumo alcohol per cápita de cada país.
- Fomentar alianzas con otras áreas de gobierno e industria para recabar información de dichas fuentes.

Situación epidemiológica y avances

Los resultados aquí presentados deben ser interpretados con cautela debido a las cuestiones metodológicas mencionadas. El consumo de alcohol per cápita en mayores de 15 años en los países de la región varía entre 7,6 y 9,6 litros de alcohol puro por año, valores similares a los observados en el resto de la región de las Américas ⁽²¹⁾.

Gráfico 1.b. Uso nocivo de alcohol: Consumo de alcohol total (registrado y no registrado) per cápita (edad 15 años o más) en un año calendario en litros de alcohol puro. Promedio 2008-2010



Fuente: Elaboración propia en base a datos *Global status report on alcohol and health 2014* (21)

2.2. Prevalencia, estandarizada por edad, de consumo episódico de alcohol entre los adolescentes y adultos (edad 15 años o más), según sea apropiado, en el contexto nacional

Meta: Reducción relativa de al menos del 10%

		Argentina	Brasil	Paraguay	Uruguay	Chile
Cuestiones metodológicas	Nombre del indicador	Consumo de ≥ 5 tragos en una misma ocasión (últimos 30 días) en población de ≥ 18 años	Consumo de ≥ 4 (mujeres)/ ≥ 5 (varones) tragos en una misma ocasión (últimos 30 días) en población de ≥ 18 años	Consumo de ≥ 4 (mujeres)/ ≥ 5 (varones) tragos en una misma ocasión (últimos 30 días) en población de 15 a 74 años	Consumo de ≥ 4 (mujeres)/ ≥ 5 (varones) tragos en una misma ocasión (últimos 7 días) en población de 15 a 64 años	ENS: Consumo de ≥ 6 tragos en población de ≥ 15 años (últimos 30 días). END: Consumo de ≥ 4 (mujeres)/ ≥ 5 (varones) (últimos 30 días) en población de 12 a 64 años
	Observaciones	Diferente rango etario y cantidad de tragos	Diferente rango etario y cantidad de tragos	Diferente rango etario y cantidad de tragos	Diferente rango etario, cantidad de tragos y marco temporal	Diferente rango etario. Distinto indicador (END)
	Fuente	ENFR	PNS	ENFR	ENFRENT	END y ENS
Resultado	Línea de base: resultado (IC95%)/año	8,9 (8,4-9,5) /2009	13,7 (13,1-14,2) /2013	Hombres: 32,5 (25,9-36,3)/2011 Mujeres: 14,2 (11,6-17,4)/2011	25 a 64 años: 12,1 (9,5-14,7)/2006	11,7 /2009-2010 (ENS) 21,2/2012 (END)
	Último disponible: resultado (IC95%)/año	10,4 (9,7-11,1) /2013	No hay datos más recientes	No hay datos más recientes	15 a 64 años: 9,8 (7,8-11,9)/2013 25 a 64 años: 9,5 (7,3-11,7) /2013	21,3/2014 (END)
	Variación relativa (%)	16,9	-	-	-21,5 (no significativa)	0,1 (END. No significativa)

Evaluación metodológica

Todos los países de la región poseen datos de buena calidad en referencia a este indicador. Uruguay, lo define utilizando un marco temporal menor al resto de los países (consumo en los últimos 7 días vs. 30 días). Por otro lado, con excepción de Chile (en la Encuesta Nacional de Salud), ningún país se adecúa al valor de corte de 6 tragos o más (60 gramos de alcohol puro) propuesto por el MMV para definir el consumo episódico excesivo. La mayoría define este indicador como el consumo de 5 o más tragos en el caso de varones y 4 o más en mujeres.

Al igual que en la mayor parte de los indicadores recabados mediante encuestas, los países difieren en el rango etario incluido en el análisis. Esta limitación debe ser considerada a la hora de interpretar resultados, sobre todo en indicadores como consumo episódico de alcohol en el que la edad puede ser un confusor relevante.

Recomendaciones:

- Si bien es deseable que los países se adecúen al indicador propuesto en el MMV, actualmente es posible reprocesar datos disponibles para obtener un indicador armonizado en cuanto a edad y cantidad de tragos. Esta información puede ser útil para realizar comparaciones entre países y elaborar reportes regionales.

Situación epidemiológica y avances

De los países con más de un resultado disponible, en Argentina se observó un aumento en el consumo de alcohol episódico excesivo mientras que en Uruguay y Chile este indicador se mantuvo estable.

2.3. Uso nocivo del alcohol: Prevalencia (edad 15 años o más) de los trastornos por consumo de alcohol en el contexto nacional

Meta: Reducción relativa de al menos del 10%

		Argentina	Brasil	Paraguay	Uruguay	Chile
Cuestiones metodológicas	Nombre del indicador	Consumo problemático de alcohol en población de 15 a 65 años	Sin datos primarios identificados	Sin datos primarios identificados	Consumo problemático de alcohol en población de 15 a 64 años	Consumo problemático de alcohol ENS: población ≥15 años END: población 12 a 64 años
	Observaciones	Diferente rango etario. Instrumento: AUDIT≥8	-	-	Diferente rango etario. Instrumento: AUDIT≥8	Instrumento: AUDIT≥8
	Fuente	ENCSP	-	-	ENFRENT	ENS y END
Resultado	Línea de base: resultado (IC95%)/año	13,1 (11,7-14,6)/2010	-	-	15 a 64 años: 8,4 (6,8-10,1)/2013	10,9 (9,4-12,6)/2009-2010 (ENS). 9,2 (8,0-10,4)/2012 (END)
	Último disponible: resultado (IC95%)/año	No hay datos más recientes	-	-	No hay datos más recientes	8,7 (7,7-9,8)/2014 (END)
	Variación relativa (%)	-	-	-	-	-5,4 (END. No significativo)

Evaluación metodológica

Chile, Uruguay y Argentina cuentan con información sobre este indicador a partir de fuentes primarias. Los datos para su construcción se obtienen por medio de cuestionarios estandarizados y validados, utilizados en encuestas poblacionales. Dichos países utilizan como instrumento el AUDIT (Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol). En Brasil y Paraguay no pudieron identificarse fuentes primarias de información sobre el indicador.

Además de las prevalencias detalladas en la tabla anterior, existen datos sobre este indicador publicados por OMS en el *Global status report on alcohol and health 2014* ⁽²¹⁾. En dicho reporte se describen, para los distintos países en el año 2010, las prevalencias de trastornos por uso de alcohol estandarizadas por edad en personas de 15 años o más. Para ello se utilizaron distintos métodos (en muchas ocasiones modelos basados en fuentes secundarias) de acuerdo a la disponibilidad de cada país. En los países de la región, los estimadores publicados en el reporte difieren en forma importante de los datos primarios obtenidos mediante encuestas. Es por ello que los resultados presentados a continuación deben ser interpretados con cautela.

Prevalencia de trastornos por uso de alcohol estandarizada por edad en personas de 15 años o más en 2010

	Argentina	Brasil	Paraguay	Uruguay	Chile
Fuente	<i>Global status report on alcohol and health</i>				
Resultado año 2010 (IC95%)	5,8 (4,1-7,6)	5,5 (3,8-7,3)	5,7 (3,9-7,4)	5,7 (3,9-7,4)	5,0 (3,3-6,6)

Recomendaciones:

- Evaluar la costo-oportunidad y factibilidad de incluir instrumentos validados en las encuestas poblacionales existentes para relevar el indicador en los países que no lo hayan implementado.

Situación epidemiológica y avances

La prevalencia del indicador en los países con fuentes primarias de información varió entre 8,4% (Uruguay) y 13,1% (Argentina).

Chile, el único país con más de una evaluación en el marco temporal analizado, no logró bajar el indicador en forma estadísticamente significativa entre los años 2012 y 2014.

2.4. Prevalencia de adolescentes con un nivel insuficiente de actividad física (definido como menos de 60 minutos diarios de ejercicio de intensidad moderada a elevada) (13 a 17 años)

Meta: Reducción relativa de al menos del 10%

	Argentina	Brasil	Paraguay	Uruguay	Chile	
Cuestiones metodológicas	Nombre del indicador	Realización de actividad física (≥ 60 min/día en la última semana) en estudiantes de 13 a 15 años	Realización de ≥ 300 minutos de actividad física en la última semana en estudiantes de 13 a 15 años	s/d	Realización de actividad física (≥ 60 min/día en la última semana) en estudiantes de 13 a 15 años	Realización de actividad física (≥ 60 min/día en la última semana) en estudiantes de 13 a 17 años
	Observaciones	Diferente rango etario Indicador inverso u opuesto.	Diferente indicador. Indicador inverso u opuesto.	s/d	Diferente rango etario Indicador inverso u opuesto.	Indicador inverso u opuesto.
	Fuente	EMSE	PENSE	s/d	EMSE	EMSE
Resultado	Línea de base: resultado (IC95%)/año	12,7 (9,8-16,3)/2007	43,1 (42,4-43,8)/2009	s/d	18,6 (16,8-20,4)/2006	13 a 17 años: 13,7 (11,6-16,2)/2013 13 a 15 años: 14,8 (12,4-17,6)/2013
	Último disponible: resultado (IC95%)/año	16,7 (15,8-17,7)/2012	30,1 (29,3-30,9)/2012	s/d	28,8 (25,9-31,9)/2012	-
	Variación relativa (%)	31,5 (no significativa)	-30,2	s/d	54,8	EMSE anterior en 2004

*téngase en cuenta para la interpretación de los resultados del indicador que los países informan la **prevalencia de actividad física suficiente** (indicador inverso u opuesto al propuesto en el MMV).

Evaluación metodológica

Todos los países, con excepción de Paraguay, cuentan con información sobre el nivel de actividad física realizado por adolescentes. Chile, Uruguay y Argentina tienen indicadores comparables entre sí debido a la implementación de la EMSE en sus territorios. Brasil, por su parte, utiliza un indicador levemente diferente en cuanto a la cantidad de tiempo por semana considerado como punto de corte.

Todos los países, además, utilizan el indicador inverso u opuesto al propuesto en el MMV (actividad física suficiente en vez de insuficiente).

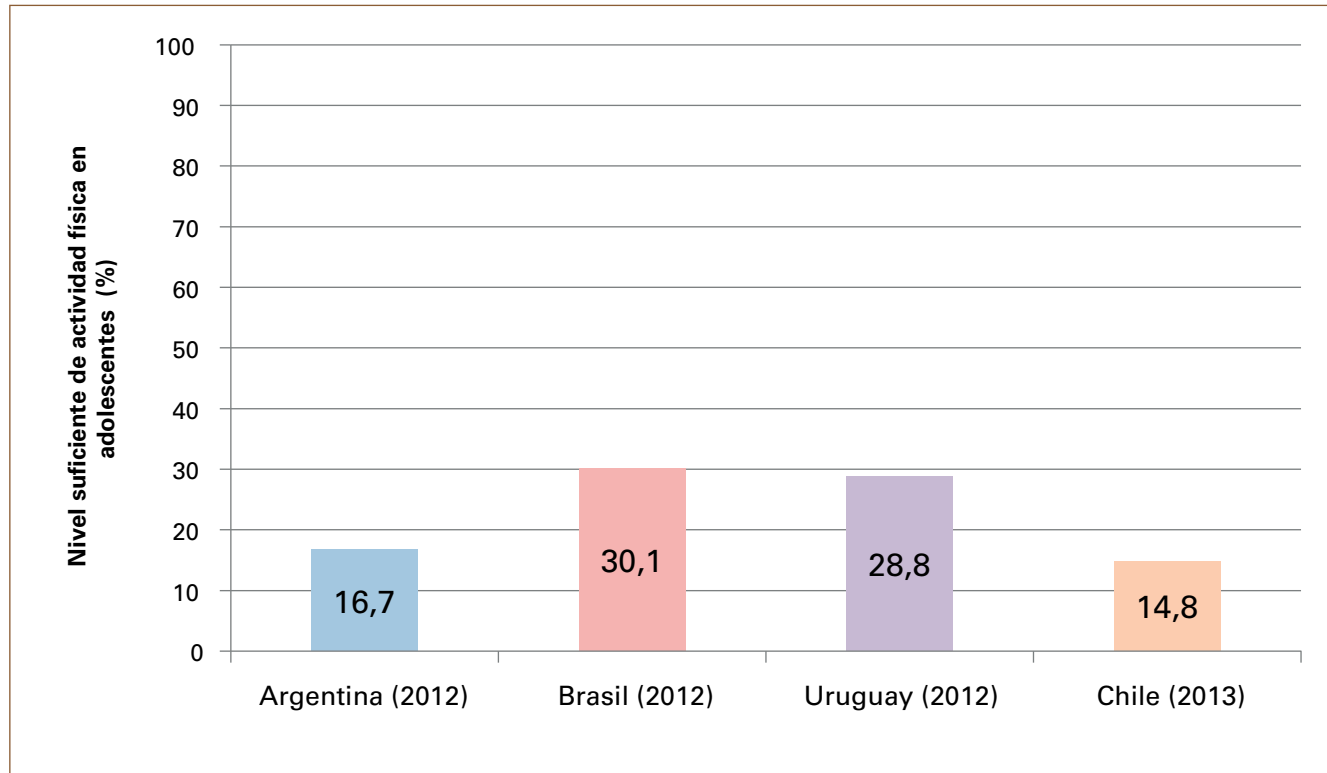
Recomendaciones:

- Utilizar el indicador propuesto en la EMSE para la evaluación del nivel de actividad física realizada por adolescentes, dado que la mayor parte de los países de la región ya implementaron esta encuesta validada y estandarizada internacionalmente.
- Implementar la EMSE en Paraguay.
- Adecuar el nivel de corte, al utilizado en los demás países de la región (60 minutos/ día en la última semana), para definir nivel insuficiente de actividad física en Brasil.

Situación epidemiológica y avances

Los avances en la región son muy disimiles. Uruguay evidenció un aumento en la prevalencia de actividad física suficiente en adolescentes entre 2006 y 2012. En Brasil se observó un empeoramiento del indicador mientras que en Argentina el mismo se mantuvo invariable.

Gráfico 1.c. Prevalencia de adolescentes con un nivel suficiente de actividad física en estudiantes de 13 a 15 años.



2.5. Nivel insuficiente de actividad física: Prevalencia normalizada por edades de personas de 18 o más años con un nivel insuficiente de actividad física (definido como menos de 150 minutos semanales de ejercicio de intensidad moderada, o su equivalente)

Meta: Reducción relativa de al menos del 10%

		Argentina	Brasil	Paraguay	Uruguay	Chile
Cuestiones metodológicas	Nombre del indicador	Nivel insuficiente de actividad física en población ≥18 años	Nivel insuficiente de actividad física en población ≥18 años	Nivel insuficiente de actividad física en población de 15 a 74 años	Nivel insuficiente de actividad física en población de 15 a 64 años	Nivel insuficiente de actividad física en población ≥15 años
	Comentarios	Instrumento GPAQ	Instrumento propio	Diferente rango etario, Instrumento GPAQ	Diferente rango etario, Instrumento GPAQ	Diferente rango etario, Instrumento GPAQ
	Fuente	ENFR	PNS	ENFR	ENFRENT	ENS
Resultado	Línea de base: resultado (IC95%)/año	54,9 (53,7-56,1)/2009	46,0% (45,2%-46,8%)/2013	59,7 (57,2-62,1)/2011	25 a 64 años: 35,1 (32,9-37,4)/2006	27,1 (25,2-29,0)/2009-2010
	Último disponible: resultado (IC95%)/año	54,7 (53,2-56,2)/2013	No hay datos más recientes	No hay datos más recientes	15 a 64 años: 26,4 (24,5-28,3)/2013 25 a 64 años: 27,3 (25,2-29,4)/2013	No hay datos más recientes
	Variación relativa (%)	-0,4 (no significativa)	-	-	-22,2	-

Evaluación metodológica

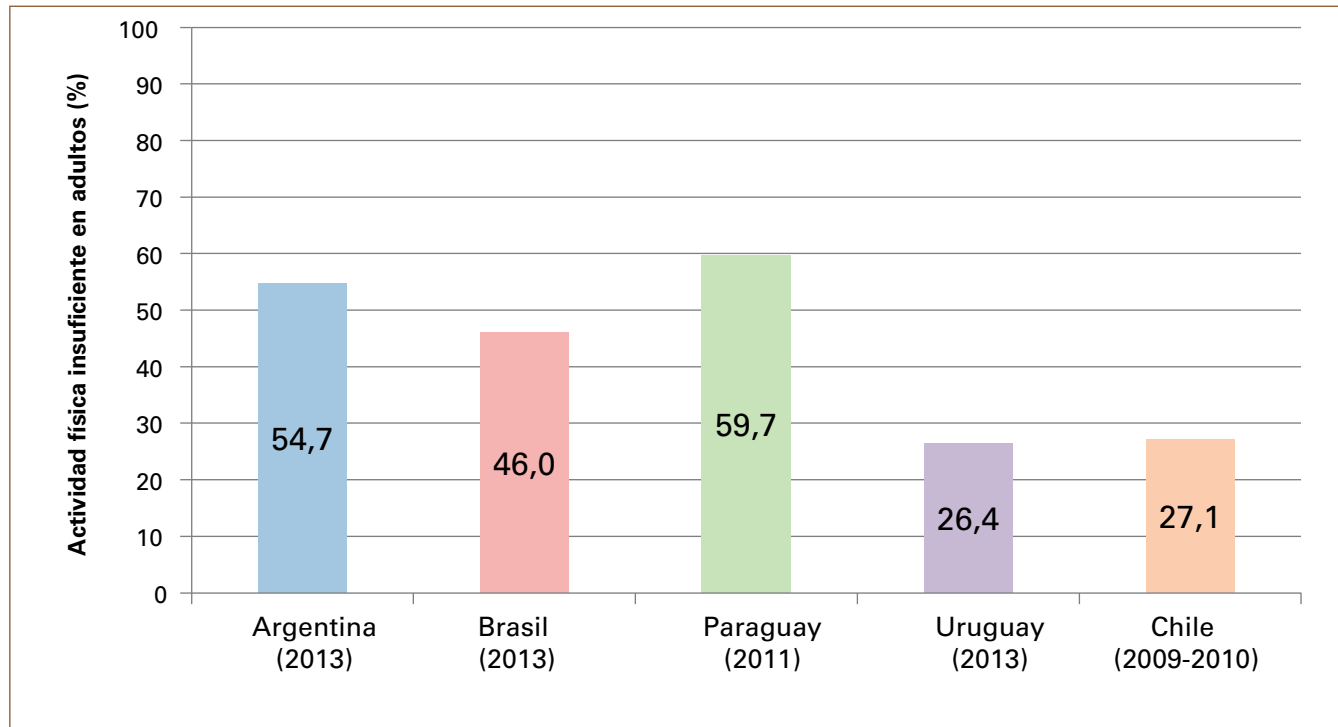
Todos los países de la región cuentan con información para evaluar el nivel de actividad física en adultos. Este indicador es recabado de manera semejante en cuanto a la metodología (encuesta) e instrumento utilizado para su medición (GPAQ - *Global Physical Activity Questionnaire*) en todos los países excepto Brasil que utiliza un instrumento propio que presenta buena correlación con GPAQ. Los indicadores relevados por los países difieren entre sí y con el indicador del MMV en relación con los intervalos de edad considerados.

Recomendaciones:

- En los países en los que sea posible, construir y definir un indicador para la conducta sedentaria.

Situación epidemiológica y avances

Entre 2006 y 2013, Uruguay logró una reducción relativa de la prevalencia de nivel insuficiente de actividad física similar a la meta pretendida. El desafío para este país es sostener el ritmo de reducción para alcanzar una disminución sustancial en el 2019. En Argentina el nivel de inactividad física se mantuvo elevado entre 2009 y 2013.

Gráfico 1.d. Prevalencia de actividad física insuficiente en adultos

Rango de edad: Argentina y Brasil ≥ 18 años, Uruguay 15 a 64 años, Chile 15 a 74 años, Paraguay ≥ 15 años

2.6. Ingesta diaria promedio de sal/sodio en gramos y normalizada por edades en las personas de 18 o más años

Meta: Reducción relativa del 30%

		Argentina	Brasil	Paraguay	Uruguay	Chile
Cuestiones metodológicas	Nombre del indicador	s/d	Resultados en proceso	Consumo promedio diario de sal (g) en población de 25 a 64 años	s/d	Consumo promedio diario de sal (g) en población ≥ 15 años
	Observaciones	s/d	Resultados en proceso	Diferente rango etario. Representación subnacional. Orina 24 horas	s/d	Diferente rango etario Segundo chorro de orina.
	Fuente	s/d	PNS	Estudio Específico	s/d	ENS
Resultado	Línea de base: resultado (IC95%)/año	s/d	Resultados aún no publicados	13,5 (8,1-18,9)/2014	s/d	9,8/2009-2010
	Último disponible: resultado (IC95%)/año	s/d	No hay datos más recientes	No hay datos más recientes	s/d	No hay datos más recientes
	Variación relativa (%)	s/d	-	-	s/d	-

Evaluación metodológica

La disponibilidad de datos para la construcción del indicador es baja en los países de la región. Según la definición metodológica del MMV⁽²²⁾, la ingesta promedio de sal se estima a partir de mediciones de sodio urinario o, en su defecto, a través de encuestas de frecuencia de consumo de alimentos. Sólo Chile dispone de resultados publicados sobre este indicador. En el caso de Paraguay, existen datos (aún no publicados) a nivel subnacional (Asunción), mientras que en Brasil la información se encuentra en vías de ser publicada. Argentina y Uruguay no poseen datos primarios para su cálculo.

Recomendaciones:

- Avanzar en la implementación de mediciones de sodio en orina.
- Dada la dificultad logística de la recolección de orina de 24 horas (patrón oro), los países pueden optar por otros métodos más factibles a nivel poblacional como la recolección casual y cronometrada de orina, y las encuestas de frecuencia de consumo de alimentos.
- Teniendo en cuenta la limitación logística mencionada para este indicador, otra opción para la evaluación del consumo de sodio para la vigilancia epidemiológica es la realización de estimaciones basadas en modelos estadísticos que utilizan datos secundarios. Un ejemplo de esta última estrategia fue un estudio realizado en Uruguay en 2010 en la cual se estimó un consumo promedio de 9,7 g/día¹.

Situación epidemiológica y avances

Chile y Paraguay (únicos países con información disponible), tienen un consumo de sodio diario promedio significativamente mayor al recomendado por la OMS (5 g/día)⁽²³⁾.

2.7. Consumo de tabaco: Prevalencia del consumo actual de tabaco entre los adolescentes (13 a 17 años)

Meta: Reducción relativa del 30%

		Argentina	Brasil	Paraguay	Uruguay	Chile
Cuestiones metodológicas	Nombre del indicador	Fumó cigarrillos al menos 1 de los últimos 30 días (EMSE) Consumo de algún tipo de tabaco actualmente (EMTJ) Ambas en estudiantes de 13 a 15 años	Consumo de cigarrillos en los últimos 30 días en estudiantes de 13 a 15 años	Fumó cigarrillos al menos 1 en los últimos 30 días en estudiantes de 13 a 15 años	Fumó cigarrillos al menos 1 de los últimos 30 días en estudiantes de 13 a 15 años	Prevalencia de consumo de tabaco en el último mes en estudiantes de 13 a 17 años
	Observaciones	“Diferente rango etario. EMSE no recaba tabaco sin humo”	Diferente rango etario e indicador (recaba tabaco sin humo en otro indicador)	Diferente rango etario e indicador (no recaba tabaco sin humo)	Diferente rango etario e indicador (no recaba tabaco sin humo)	Diferente rango etario e indicador (no recaba tabaco sin humo)
	Fuente	EMSE/ EMTJ	PENSE	EMTJ	EMSE	ENDE

Continúa en página siguiente

1 Estimación de los efectos de una disminución en el contenido de sal de los panificados sobre la salud cardiovascular. Tesis presentada para obtener el grado de Magíster en Nutrición por: Ing. Alim. Lara Taroco. Tutor: Mag. Florencia Cerruti. Universidad Católica del Uruguay.

Continuación gráfico

Resultado	Línea de base: resultado (IC95%)/año	EMSE: 21,0 (17,6-24,8)/2007	6,3 (6,0-6,7)/2009	10,4 / 2008	17,7 (15,7-19,7)/ 2006	25,9/2011
	Último disponible: resultado (IC95%)/año	EMSE: 18,8 (17,7-20,0)/2012 EMTJ: 24,1 (20,8-27,8)/2012	5,1 (3,9-6,2)/2012	5,8 / 2014	10,5 (8,9-12,2)/2012	26,7/2013
	Variación relativa (%)	-10,5 (no significativa)	-19 (no significativo)	-44,2 (significancia no evaluable)	-40,7	3,1 (significancia no evaluable)

Evaluación metodológica

Existe buena disponibilidad de datos para evaluar el consumo de tabaco en adolescentes en la región. El indicador fue recabado por varios países tanto mediante EMSE como mediante EMTJ, obteniendo información contrastable. La diferencia entre los indicadores utilizados en muchos países de la región y el indicador del MMV radica en la edad analizada y en la omisión de la medición del consumo de tabaco sin humo. Sin embargo, este tipo de consumo es bajo en estos países.

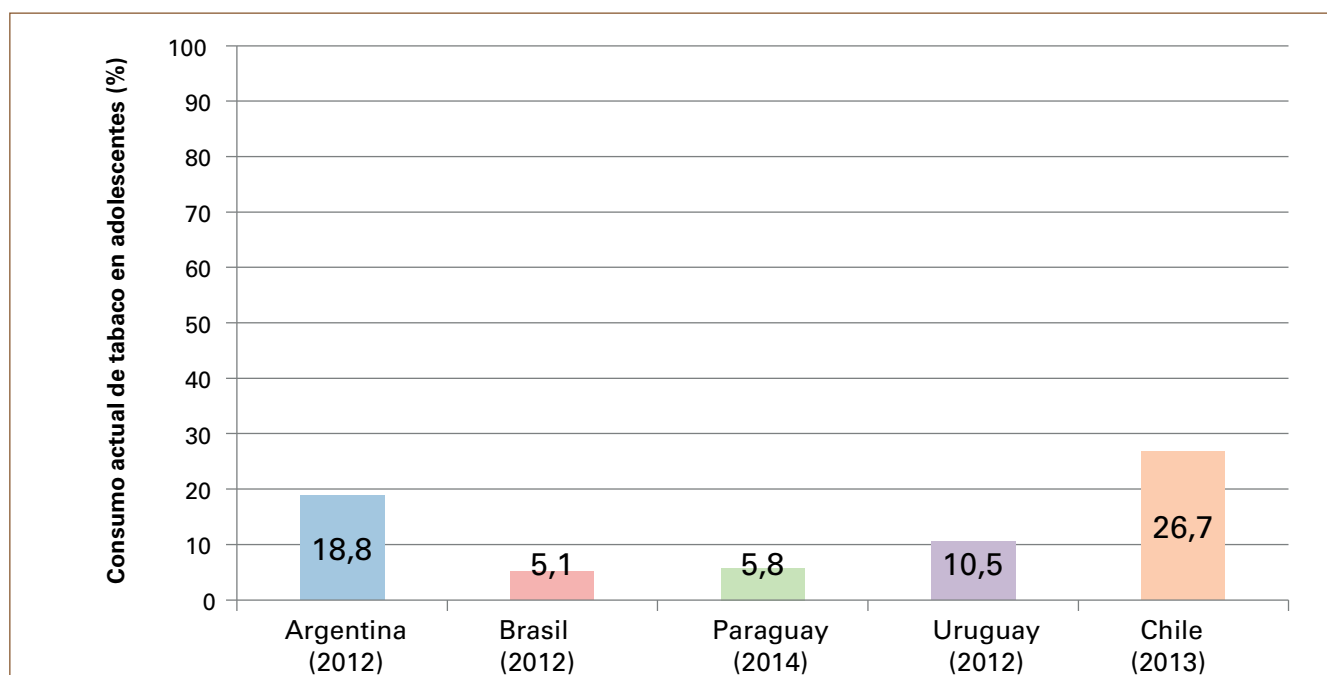
Recomendaciones:

- Evaluar y consensuar la necesidad de contemplar en el indicador el consumo de tabaco sin humo.

Situación epidemiológica y avances

Los datos disponibles evidencian una tendencia en descenso del consumo de tabaco en jóvenes. Entre los países que utilizan indicadores comparables (todos excepto Chile), Argentina es aquel con mayor prevalencia de consumo de tabaco en jóvenes seguido de Uruguay.

Gráfico 1.e. Consumo de tabaco: Prevalencia del consumo actual de tabaco entre adolescentes



Rango de edad: 13 a 15 años con excepción de Chile que considera 13 a 17 años

2.8. Prevalencia normalizada por edades del consumo actual de tabaco entre las personas de 18 años o más

Meta: Reducción relativa del 30%

		Argentina	Brasil	Paraguay	Uruguay	Chile
Cuestiones metodológicas	Nombre del indicador	Consumo de tabaco (>100 cigarrillos en su vida y fuman actualmente) en población ≥18 años	Consumo actual de tabaco en población ≥18 años	Consumo actual de tabaco en población de 15 a 74 años	Consumo actual de tabaco en población de 15 a 64 años	ENS: Consumo actual de tabaco en población ≥15 años END: Consumo de ≥1 cigarrillo por ≥20 días del último mes en población de 12 a 64 años
	Observaciones	Diferente indicador (no incluye tabaco sin humo y definición)		Diferente rango etario	Diferente rango etario e indicador (no incluye tabaco sin humo)	Diferente rango etario e indicador (no incluye tabaco sin humo) (END y ENS). En END además distinta definición
	Fuente	ENFR	PeTab(2008) y PNS (2013)	ENFR	ENFRENT	ENS y END
Resultado	Línea de base: resultado (IC95%)/año	27,1 (26,3-27,9)/ 2009	18,2 (17,7-18,8)/ 2008	14,5 (12,9-16,2)/ 2011	25 a 64 años:36,0 (33,8-38,2)/2006	40,6 (38,2-42,9)/ 2009-2010 (ENS) 34,0/2012 (END)
	Último disponible: resultado (IC95%)/año	25,1 (24,2-26,2)/ 2013	15,0 (14,4-15,5)/ 2013	No hay datos más recientes	15 a 64 años: 28,5 (26,5-30,5)/2013 25 a 64 años: 31,0 (28,8-33,2)/2013	34,7/2014 (END)
	Variación relativa (%)	-7,4	-17,6 (fuentes distintas)	-	-13,9	0,7 (END. No significativa)

Evaluación metodológica

Si bien todos los países de la región poseen información sobre el consumo de tabaco en adultos, los indicadores utilizados varían ya sea en su definición como en la edad de la población analizada. Por otro lado, el indicador del MMV considera en la definición también el uso de tabaco sin humo, condición que sólo contemplan Brasil y Paraguay. Sin embargo, este tipo de consumo es bajo en los países de la región.

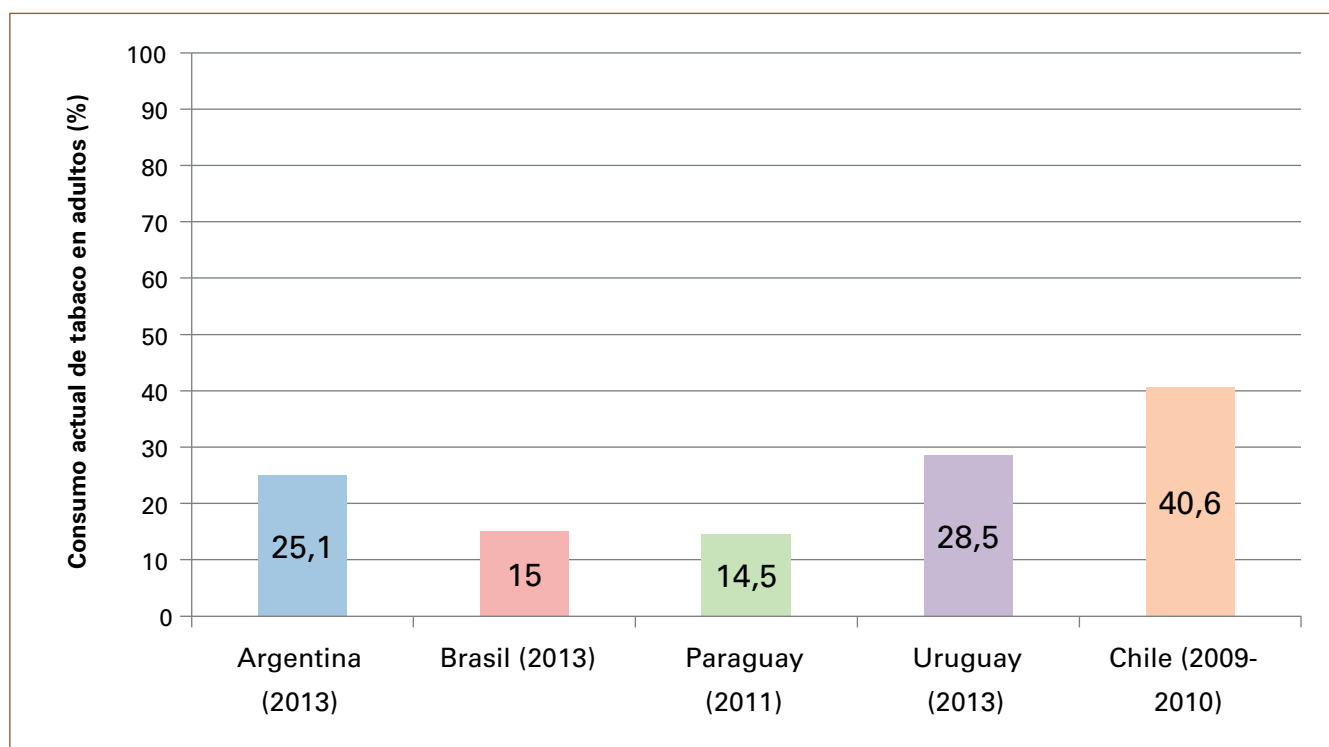
Recomendaciones:

- En Argentina, ajustar el indicador para relevar el consumo actual de tabaco, incluyendo aquellos consumidores diarios y ocasionales como se sugiere en el indicador del MMV.
- Evaluar y consensuar la necesidad de contemplar en el indicador el consumo de tabaco sin humo.

Situación epidemiológica y avances

Aún con las limitaciones expresadas anteriormente es posible observar que, de los países con más de una encuesta realizada, tanto Argentina como Uruguay y Brasil redujeron la prevalencia de consumo de tabaco (7,4% en 4 años y 13,9% en 7 años, 17,6% en 5 años respectivamente). Aunque este es un dato alentador, sería necesario aumentar el ritmo en la reducción alcanzada para garantizar la superación de la meta en el plazo estipulado.

Gráfico 1.f. Prevalencia normalizada por edades del consumo actual de tabaco



Rango de edad: Argentina y Brasil ≥ 18 años, Uruguay 15 a 64 años, Chile 15 a 74 años, Paraguay ≥ 15 años

3. Indicadores biológicos

3.1. Prevalencia normalizada por edades de personas de 18 años o más con hipertensión arterial (definida como tensión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o tensión arterial diastólica ≥ 90 mmHg)

Meta: contención o reducción relativa del 25%

		Argentina	Brasil	Paraguay	Uruguay	Chile
Cuestiones metodológicas	Nombre del indicador	Hipertensión arterial (entre los que se controlaron) según diagnóstico de un profesional de la salud en población ≥ 18 años	Hipertensión arterial en población ≥ 18 años	Hipertensión arterial en población de 15 a 74 años	Hipertensión arterial ($\geq 140/90$ mmHg o medicados) en población de 15 a 64 años	Hipertensión arterial ($\geq 140/90$ mmHg o medicados) en población ≥ 15 años
	Observaciones	Medido por autorreporte.		Diferente rango etario	Diferente rango etario e indicador	Diferente rango etario e indicador
	Fuente	ENFR	PNS	ENFR	ENFRENT	ENS
Resultado	Línea de base: resultado (IC95%)/año	34,6 (33,6 – 35,5)/2009	22,3 /2013	45,8 (43,4-48,1)/ 2011	25 a 64 años: 30,4 (26,9 – 34,0)/2006	26,9 (24,9-29,1)/ 2009-2010
	Último disponible: resultado (IC95%)/año	34,1 (32,9 – 35,3)/2013	No hay datos más recientes	No hay datos más recientes	15 a 64 años: 29,9 (28,1-31,8)/2013 25 a 64 años: 36,6 (34,4-38,8)/2013	No hay datos más recientes
	Variación relativa (%)	-1,4 (no significativa)	-	-	20,4	-

Evaluación metodológica

La disponibilidad de datos sobre este indicador es elevada en la región. Con excepción de Argentina, que lo releva mediante el autorreporte, todos los países cuentan mediciones de presión arterial y definen hipertensión mediante el mismo valor de corte estándar (140/90mmHg). Si bien en Argentina el indicador no se basa en mediciones objetivas (condición para cumplir con los criterios del MMV), el mismo fue validado previo a la implementación de las encuestas.

Por otro lado, Uruguay y Chile incluyen en la definición de personas hipertensas no sólo aquellas con cifras de tensión arterial mayores o iguales 140/90, sino además a quienes refieren tomar medicación antihipertensiva (condición no incluida en la definición del indicador del MMV).

Otra diferencia con el indicador propuesto por el MMV y entre países radica en el rango de edad de la población incluida en la evaluación. Esta diferencia tiene una relevancia adicional en la evaluación de la hipertensión arterial debido a que la prevalencia de este factor de riesgo aumenta con la edad.

Recomendaciones:

- Implementar mediciones objetivas en Argentina para tener mayor validez en los resultados.
- En Chile y Uruguay, con fines comparativos, procesar e informar el indicador según definición del MMV la cual no incluye en su numerador a las personas bajo medicación antihipertensiva.
- Procesar los datos existentes tomando rangos de edad de la población iguales en todos los países para controlar el factor confusor de la edad a la hora de realizar comparaciones y para obtener un valor único para la región.

Situación epidemiológica y avances

Teniendo en cuenta las limitaciones previamente mencionadas en cuanto a la comparabilidad del indicador entre países, Brasil presentó el valor más bajo de prevalencia de hipertensión arterial de la región. De los países con más de una medición del indicador, en Uruguay se evidenció un aumento de la prevalencia de hipertensión arterial del 20% en 7 años; en Argentina la misma se mantuvo invariable en 4 años.

3.2. Prevalencia normalizada por edades de personas de 18 años o más con hiperglucemia/diabetes (definida por valores de glucosa plasmática en ayunas $\geq 7,0$ mmol/l – 126 mg/dl) o que toman medicación contra ella

Meta: Detener el aumento

		Argentina	Brasil	Paraguay	Uruguay	Chile
Cuestiones metodológicas	Nombre del indicador	Diabetes según diagnóstico de un profesional de la salud en población ≥ 18 años	Diabetes, según diagnóstico clínico, en población ≥ 18 años	Diabetes (entre los que se midieron la glucemia) en población de 15 a 74 años	Diabetes (glucemia ≥ 126 mg/dl o medicados) en población de 15 a 64 años	Diabetes (glucemia ≥ 126 mg/dl o diagnóstico médico) en población ≥ 15 años
	Observaciones	Medido por autorreporte	Medido por autorreporte	Diferente rango etario y medido por autorreporte.	Diferente rango etario	Diferente rango etario e indicador
	Fuente	ENFR	PNS	ENFR	ENFRENT	ENS
Resultado	Línea de base: resultado (IC95%)/año	9,6 (9,1-10,1)/2009	6,2 (5,9-6,6)/2013	9,7 (8,2-11,6)/2011	25 a 64 años: 5,3 (3,5-7,0)/2006	9,4 (8,1-10,9)/2009-2010
	Último disponible: resultado (IC95%)/año	9,8 (9,1-10,4)/2013	No hay datos más recientes	No hay datos más recientes	15 a 64 años: 6,0 (5,0-7,0)/2013 25 a 64 años: 7,6 (6,4-8,9)/2013	No hay datos más recientes
	Variación relativa (%)	2,1 (no significativa)	-	-	43,4 (no significativa)	-

Evaluación metodológica

Todos los países tienen indicadores en relación con el diagnóstico de diabetes. Chile y Uruguay poseen mediciones bioquímicas y consideran el mismo valor de corte estándar (≥ 126 mg/dl). Sin embargo, el primero difiere en su definición con el MMV en incluir en su numerador a aquellos que poseen diagnóstico médico de esta condición. Uruguay, en cambio, es el único país de la región que toma en cuenta también a personas que reciben medicación para la diabetes como parte del numerador, tal como lo indica la definición del MMV.

En Argentina, Brasil, y Paraguay el indicador se recaba mediante el autorreporte. Además, existen diferencias en el denominador utilizado por estos países para su cálculo (en población general o entre aquellos que se controlaron la glucemia).

El rango de edad de la población incluida en la evaluación difiere entre los países y con respecto al indicador del MMV. Esta diferencia tiene una relevancia adicional en la evaluación de la diabetes debido a que la prevalencia de este factor de riesgo aumenta con la edad.

Recomendaciones:

- Implementar mediciones objetivas en Argentina, Brasil y Paraguay para tener mayor validez en los resultados.
- Procesar los datos existentes tomando rangos de edad de la población iguales en todos los países para controlar el factor confusor de la edad a la hora de realizar comparaciones y para obtener un valor único para la región.
- En los países que aún no estén en condiciones de implementar mediciones bioquímicas y que aún no lo hayan hecho, se recomienda validar la herramienta de recolección de información. Utilizar asimismo esta información para determinar el denominador del indicador que mejor describa la prevalencia objetiva.
- En Chile, evaluar la factibilidad de estimar el indicador de acuerdo a la definición del MMV que incluye en el numerador a aquellas personas que toman medicación para la diabetes.

Situación epidemiológica y avances

De los países con más de una encuesta ninguno experimentó un incremento estadísticamente significativo en la prevalencia de diabetes. De mantenerse esta tendencia, se cumpliría la meta del MMV de no aumentar la prevalencia de diabetes.

3.3. Prevalencia normalizada por edades de adolescentes con exceso de peso y obesidad (13 a 17 años)

Meta: Detener el aumento

3.3.1. Exceso de peso: definido de acuerdo a los patrones de crecimiento de la OMS para niños en edad escolar y adolescentes como aumento de una desviación estándar respecto de la mediana de Índice de Masa Corporal (IMC) para la edad y el sexo (13 a 17 años)

		Argentina	Brasil	Paraguay	Uruguay	Chile
Cuestiones metodológicas	Nombre del indicador	Exceso de peso en estudiantes de 13 a 15 años	Exceso de peso en estudiantes de 13 a 15 años.	Exceso de peso en estudiantes de 10 a 19 años.	Exceso de peso en estudiantes de 13 a 15 años	Exceso de peso en estudiantes de 13 a 15 años
	Observaciones	Diferente rango etario. Calculado a partir de autorreporte de peso y altura.	Diferente rango etario	Diferente rango etario	Diferente rango etario. 2006: autorreporte de peso y altura, 2012: medición antropométrica	Diferente rango etario. Calculado a partir de autorreporte de peso y altura.
	Fuente	EMSE	PENSE	SISVAN	EMSE	EMSE
Resultado	Línea de base: resultado (IC95%)/año	24,5 (21,6-28,1)/ 2007	23,0/2009	24,4 (23,3-25,5)/ 2011	22,8 (20,5-25,1)/ 2006	13 a 15 años: 44,8 (41,4-48,2)/2013 13 a 17: 41,9 (38,5-45,4)/2013
	Último disponible: resultado (IC95%)/año	28,6 (26,8-30,4)/2012	No hay datos más recientes	25,8 (24,8-26,8)/ 2014	27,2 (25,0-29,5)/2012	No hay datos más recientes
	Variación relativa (%)	16,7 (no significativa)	-	5,7 (no significativa)	no evaluable	-

3.3.2. Obesidad: definido de acuerdo a los patrones de crecimiento de la OMS para niños en edad escolar y adolescentes como aumento de dos desviaciones estándar respecto de la mediana de IMC para la edad y el sexo (13 a 17 años)

		Argentina	Brasil	Paraguay	Uruguay	Chile
Cuestiones metodológicas	Nombre del indicador	Obesidad en estudiantes de 13 a 15 años	Obesidad en estudiantes de 13 a 15 años	Obesidad en estudiantes de 10 a 19 años	Obesidad en estudiantes de 13 a 15 años	Obesidad en estudiantes de 13 a 15 años
	Observaciones	Diferente rango etario. Calculado a partir de autorreporte de peso y altura.	Diferente rango etario	Diferente rango etario	Diferente rango etario. 2006: autorreporte de peso y altura, 2012: medición antropométrica	Diferente rango etario. Calculado a partir de autorreporte de peso y altura.
	Fuente	EMSE	PENSE	SISVAN	EMSE	EMSE
Resultado	Línea de base: resultado (IC95%)/año	4,4 (3,2-6,1)/2007	7,3/2009	7,1 (6,5-7,9)/2010	3,3 (2,6-4,0)/2006	13 a 15 años: 16,7 (13,8-20,1)/2013 13 a 17 años: 14 (11,5-16,9)/2013
	Último disponible: resultado (IC95%)/año	5,9 (5,1-6,8)/2012	No hay datos más recientes	7,3 (6,5-7,9)/2014	7,0 (5,9-8,2)/2012	No hay datos más recientes
	Variación relativa (%)	34,1 (no significativa)	-	2,8 (no significativa)	no evaluable	-

Evaluación metodológica

Todos los países de la región poseen estimaciones sobre la prevalencia de exceso de peso y obesidad. Sin embargo, sólo Uruguay (a partir de la última encuesta en 2012), Paraguay y Brasil recaban los datos mediante mediciones antropométricas (definición del MMV).

La herramienta utilizada por Argentina y Chile fue el autorreporte de peso y altura a partir de los cuales se calcula IMC (datos recabados en EMSE).

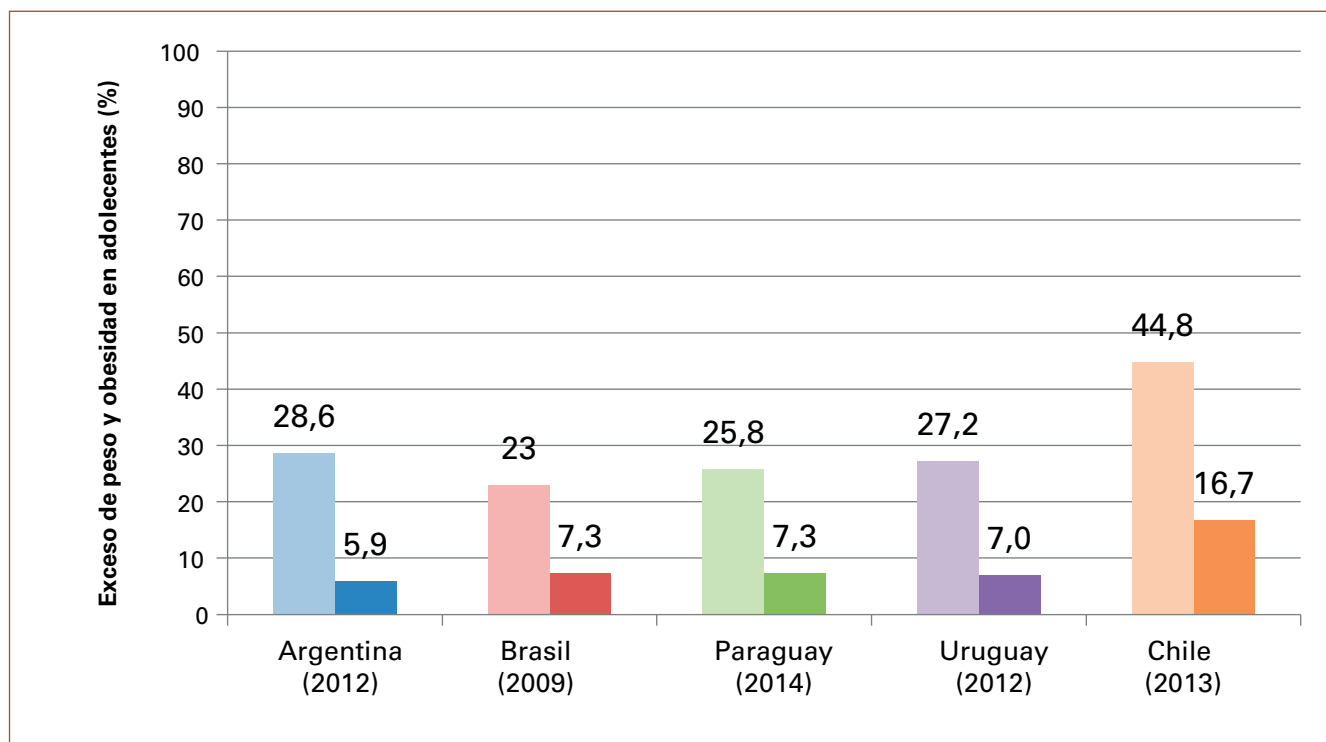
Recomendaciones:

- Evaluar la factibilidad de implementar mediciones antropométricas en Argentina y Chile.
- En los países que utilizan preguntas de peso y altura de la EMSE como alternativa para medir problemas de peso corporal, realizar estudios específicos de validación del autorreporte mediante la comparación con la medición antropométrica (de no haber realizado dicha validación hasta el momento).

Situación epidemiológica y avances

En todos los países de la región la prevalencia de exceso de peso y obesidad superó el 20% y el 5% respectivamente, siendo Chile el país con mayor prevalencia de ambos indicadores.

No se observaron diferencias significativas en la prevalencia de exceso de peso en los países con más de una evaluación del indicador. En relación con la obesidad, su prevalencia se mantuvo estable en Argentina y Paraguay. En Uruguay, la tendencia es no evaluable debido a la diferente metodología utilizada entre ediciones de las encuestas.

Gráfico 1.g. Prevalencia de exceso de peso (colores claros) y obesidad (colores oscuros) en adolescentes

Mediciones antropométricas en Paraguay, Brasil y Uruguay. Autorreporte en Argentina y Chile. Rango de edad: 13 a 15 años en todos los países, salvo Paraguay que incluye población de 10 a 19 años.

3.4. Prevalencia normalizada por edades de personas de 18 o más años con exceso de peso y obesidad

Meta: Detener el aumento

3.4.1. Exceso de peso definido por un índice de masa corporal ≥ 25 kg/m²

		Argentina	Brasil	Paraguay	Uruguay	Chile
Cuestiones metodológicas	Nombre del indicador	Exceso de peso en población ≥ 18 años	Exceso de peso en población ≥ 18 años (PNS)/ ≥ 20 años (POF)	Exceso de peso en población de 15 a 74 años	Exceso de peso en población de 15 a 64 años	Exceso de peso en población ≥ 15 años
	Observaciones	Calculado a partir de autorreporte de peso y altura	Diferente rango etario (POF)	Diferente rango etario	Diferente rango etario	Diferente rango etario
	Fuente	ENFR	POF (2008-2009) y PNS (2013)	ENFR	ENFRENT	ENS

Continúa en página siguiente

Continuación gráfico

Resultado	Línea de base: resultado (IC95%)/año	53,5 (52,6-54,4)/2009	49/2008-2009 (POF)	58,0/2011	25 a 64 años: 56,6 (52,8-60,4)/2006	64,6 (60,8-68,2)/2009-2010
	Último disponible: resultado (IC95%)/año	57,9 (56,7 - 59,0)/2013	56,9/2013 (PNS)	No hay datos más recientes	15 a 64 años: 58,5 (56,1-61,0)/2013 25 a 64 años: 64,9 (62,3-67,5)/2013	No hay datos más recientes
	Variación relativa (%)	8,2	16,2 (distintas fuentes)	-	14,7 (no significativa)	-

3.4.2. Obesidad definido por un índice de masa corporal ≥ 30 kg/m²

		Argentina	Brasil	Paraguay	Uruguay	Chile
Cuestiones metodológicas	Nombre del indicador	Obesidad en población ≥ 18 años	Obesidad en población ≥ 18 años (PNS)/ ≥ 20 años (POF)	Obesidad en población de 15 a 74 años	Obesidad en población de 15 a 64 años	Obesidad en población ≥ 15 años
	Diferencia	Calculado a través de autorreporte de peso y altura	Diferente rango etario (POF)	Diferente rango etario	Diferente rango etario	Diferente rango etario
	Fuente	ENFR	POF (2008-2009) y PNS (2013)	ENFR	ENFRENT	ENS
Resultado	Línea de base: resultado (IC95%)/año	18,0 (17,4 - 18,7)/ 2009	14,8/ 2008-2009	23,2 (21,5 - 25,0)/ 2011	25 a 64 años: 19,9 (17,1 - 22,9)/2006	25,2 (23,2 - 27,2)/ 2009-2010
	Último disponible: resultado (IC95%)/año	20,8 (19,9 - 21,8)/2013	20,8/2013	No hay datos más recientes	15 a 64 años: 23,7 (21,8-25,5)/2013 25 a 64 años: 27,6 (25,5 - 29,8)/2013	No hay datos más recientes
	Variación relativa (%)	15,6	40,5 (distintas fuentes)	-	38,7	-

Evaluación metodológica

Si bien todos los países cuentan con datos sobre la prevalencia de exceso de peso y obesidad, en Argentina se calcularon estos indicadores a partir del autorreporte de peso y altura. El resto de los países posee medidas antropométricas como lo recomendado por el MMV. Otra limitación para la comparación entre países se debe a los distintos rangos de edad incluidos en la medición.

Recomendaciones:

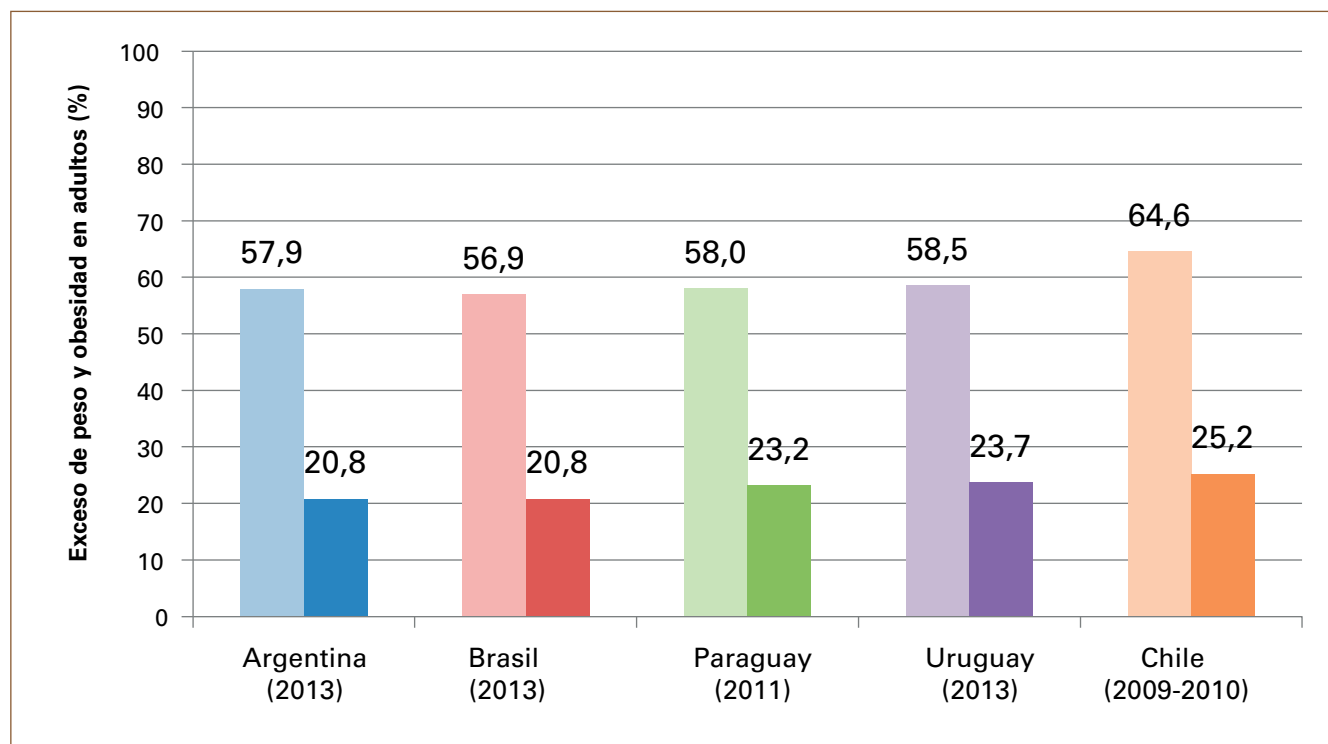
- Realizar mediciones antropométricas en el caso de Argentina.
- Procesar los datos existentes tomando rangos de edad de la población iguales en todos los países para controlar el factor confusor de la edad a la hora de realizar comparaciones y para obtener un valor único para la región.

- En los países en los que aún no se haga, presentar en los informes de las encuestas la prevalencia de exceso de peso, en vez o además de la prevalencia de sobrepeso y de obesidad.

Situación epidemiológica y avances

En todos los países de la región la prevalencia de exceso de peso supera el 50% y la de obesidad el 20%. Los tres países que cuentan con más de un dato disponible han experimentado incrementos sustanciales en la prevalencia de obesidad, lo cual hace improbable alcanzar la meta en el plazo estipulado.

Gráfico 1.h. Prevalencia de exceso de peso (colores claros) y obesidad (colores oscuros) en adultos



Argentina no posee mediciones antropométricas. Edad de la población incluida: Argentina y Brasil ≥ 18 años, Uruguay de 25 a 64 años, Chile ≥ 15 años, Paraguay de 15 a 74 años

3.5. Porcentaje medio normalizado por edades de la ingesta calórica total procedentes de ácidos grasos saturados entre las personas de 18 o más años

		Argentina	Brasil	Paraguay	Uruguay	Chile
Cuestiones metodológicas	Nombre del indicador	s/d	Porcentaje medio de la ingesta calórica total procedente de ácidos grasos saturados entre las personas de 10 o más años	s/d	s/d	Ingesta mediana de grasas saturadas (g/día) en población ≥2 años
	Observaciones	s/d	Diferente rango etario	s/d	s/d	Diferente rango etario e indicador
	Fuente	s/d	INA	s/d	s/d	ENCA
Resultado	Línea de base: resultado (IC95%)/año	s/d	9,1/2008-2009	s/d	s/d	varones: 20,9 (20,3-21,7), mujeres: 14,6 (14,2-15,0)/2010-2011
	Último disponible: resultado (IC95%)/año	s/d	No hay datos más recientes	s/d	s/d	-
	Variación relativa (%)	s/d	-	s/d	s/d	-

Evaluación metodológica

Existe muy baja disponibilidad de fuentes de información para recabar este indicador en la región. En Brasil, el indicador relevado es el mismo que el propuesto por el MMV pero en diferente población (10 años y más). Si bien en el 2010-2011 Chile realizó la Encuesta de consumo de alimentos que recaba información sobre el consumo de grasas saturadas, no se estima el porcentaje que éste representa en el total de calorías diarias (indicador del MMV).

Recomendaciones:

- Evaluar la factibilidad y costo-oportunidad de la implementación de encuestas de alimentación en los países que aún no las tengan.

Situación epidemiológica y avances

Brasil, el único país con datos sobre el indicador, evidenció un resultado del 9,1%. La recomendación de OMS para prevenir el riesgo cardiovascular es que este porcentaje no supere el 10% ⁽²³⁾.

3.6. Prevalencia normalizada por edades de personas de 18 o más años que consumen en total menos de cinco raciones (400 gramos) al día de frutas y vegetales

		Argentina	Brasil	Paraguay	Uruguay	Chile
Cuestiones metodológicas	Nombre del indicador	Consumo promedio de < 5 porciones de frutas o verduras al día en la población ≥18 años	Consumo promedio de < 5 porciones de frutas o verduras al día en la población ≥18 años	Consumo promedio de < 5 porciones de frutas o verduras al día en población de 15 a 74 años	Consumo promedio de < 5 porciones de frutas o verduras al día en población de 15 a 64 años	Consumo promedio de < 5 porciones de frutas o verduras al día en la población ≥15 años
	Observaciones	En los informes se presenta el indicador inverso	En los informes se presenta el indicador inverso	Diferente rango etario. En el informe se presenta el indicador inverso	Diferente rango etario	Diferente rango etario. En el informe se presenta el indicador inverso
	Fuente	ENFR	PNS	ENFR	ENFRENT	ENS
Resultado	Línea de base: resultado (IC95%)/año	95,2 (94,7-95,6)/ 2009	62,7 (61,9-63,6)/ 2013	84,7 (82,9-86,3)/ 2011	25 a 64 años: 84,9 (83,2-86,6)/2006	93,3 (92,6-94,0) /2009-2010
	Último disponible: resultado (IC95%)/año	95,1 (94,5-95,7)/ 2013	No hay datos más recientes	No hay datos más recientes	15 a 64 años: 90,6 (89,3-91,9)/2013 25 a 64 años: 90,9 (89,6-92,2)/2013	No hay datos más recientes
	Variación relativa (%)	-2,1 (no significativa)	-	-	7,1	-

Evaluación metodológica

Todos los países de la región cuentan con la medición de este indicador, utilizando como valor de corte el recomendado por la OMS (5 porciones al día). Una de las principales limitaciones para la comparación entre países es la diferencia en el rango de edad incluida en las encuestas.

Recomendaciones:

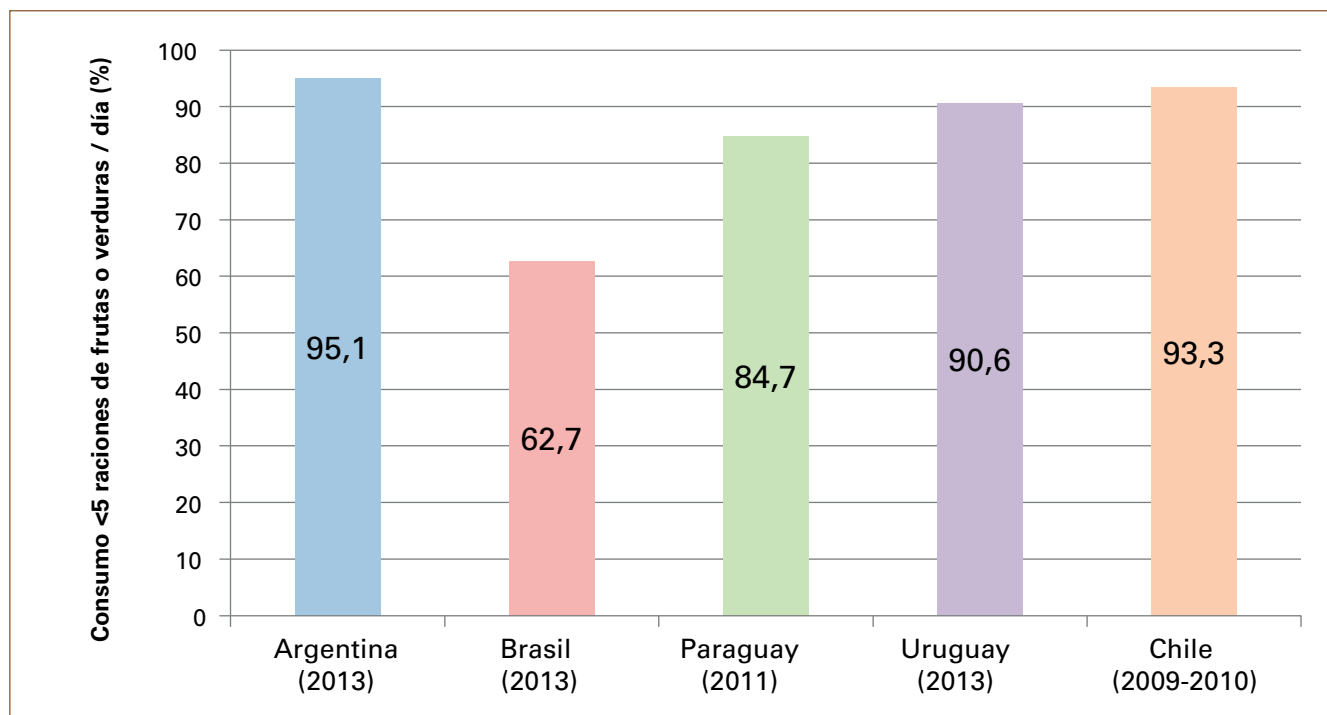
- Al evaluar el consumo de frutas y verduras, considerar agregar el indicador Consumo promedio diario de porciones de frutas y verduras, que puede calcularse a partir de los mismos datos recogidos por las encuestas y brinda mayor información sobre los hábitos de alimentación de estos productos.
- En los países que aún no lo hagan, incluir en los cuestionarios definiciones operativas sobre porción de fruta y verdura para mejorar la calidad de las respuestas.

Situación epidemiológica y avances

El porcentaje de personas que consumen menos de la cantidad de porciones diarias de frutas y verduras recomendada por la OMS es muy alto en la región. En Brasil, el país con menor porcentaje de este indicador, la prevalencia fue del 62,7%. En el resto de los países la ingesta insuficiente de frutas y verduras superó el 80%.

Asimismo, es posible advertir que ninguno de los países con más de una encuesta logró reducir el indicador sustancialmente.

Gráfico 1.i. Prevalencia de personas que consumen en total menos de cinco raciones (400 gramos) al día de frutas y hortalizas



Edad de la población incluida: Argentina y Brasil ≥ 18 años, Uruguay de 25 a 64 años, Chile ≥ 15 años, Paraguay de 15 a 74 años

3.7. Prevalencia normalizada por edades de personas de 18 o más años con hipercolesterolemia (definida por un valor de colesterol total $\geq 5,0$ mmol/l o 190 mg/dl)

		Argentina	Brasil	Paraguay	Uruguay	Chile
Cuestiones metodológicas	Nombre del indicador	Colesterol elevado (entre los que se controlaron) según diagnóstico de un profesional de la salud en población ≥ 18 años	Colesterol elevado, según diagnóstico clínico, en población ≥ 18 años	Colesterol elevado (entre los que se controlaron) en población de 15 a 74 años	Colesterol elevado ($\geq 5,2$ mmol/l o 200 mg/dl) o medicados en población de 15 a 64 años	Colesterol elevado ($\geq 5,2$ mmol/l o 200 mg/dl) en población ≥ 15 años
	Observaciones	Medido por autorreporte	Medido por autorreporte	Diferente rango etario. Medido por autorreporte	Diferente rango etario y valor de corte de colesterolemia	Diferente rango etario y valor de corte de colesterolemia
	Fuente	ENFR	PNS	ENFR	ENFRENT	ENS

Continúa en página siguiente

Continuación gráfico

Resultado	Linea de base: resultado (IC95%)/año	29,1 (28,1 - 30,2)/ 2009	12,5 (12,1- 13,0)/ 2013	21,4 (19,2 - 23,9)/ 2011	25 a 65 años: 29,2 (24,9- 33,6) /2006	38,5 (35,4- 41,8)/ 2009-2010
	Último disponible: resultado (IC95%)/año	29,8 (28,5 - 31,1)/2013	No hay datos más recientes	No hay datos más recientes	15 a 64 años: 18,4 (16,7-20,1) /2013 25 a 64 años: 21,5 (19,5 - 23,5)/2013	No hay datos más recientes
	Variación relativa (%)	2,4 (no significativa)	-	-	-26,4	-

Evaluación metodológica

Todos los países de la región cuentan con información sobre la prevalencia de hipercolesterolemia. Sin embargo, existen varias diferencias en la metodología utilizada para recabar esta información. Chile y Uruguay cuentan con mediciones bioquímicas de colesterol, aunque ambos utilizan un valor de corte levemente superior al recomendado en MMV (200mg/dl vs. 190mg/dl). Uruguay, además, incluye en el numerador a aquellas personas que reciben medicación hipolipemiente (no incluido en la definición del MMV).

Argentina, Paraguay y Brasil, en cambio, relevan la prevalencia mediante el autorreporte y utilizan distintas estrategias para la construcción del indicador en lo que refiere al denominador del mismo.

Por otro lado, otra limitación para la comparación de resultados radica en la variabilidad de edad de la población analizada (posible confusor relevante ya que el nivel de colesterolemia aumenta con la edad).

Recomendaciones:

- Avanzar en la implementación de encuestas que incluyan mediciones bioquímicas en el caso de Argentina, Brasil y Paraguay.
- Procesar los datos existentes tomando rangos de edad de la población iguales en todos los países para controlar el factor confusor de la edad a la hora de realizar comparaciones y para obtener un valor único para la región.
- Consensuar entre los países y OPS el valor de corte para definir hipercolesterolemia.
- En los países que aún no estén en condiciones de implementar mediciones bioquímicas y aún no lo hayan hecho, se recomienda validar la herramienta de recolección de información. Utilizar asimismo esta información para determinar el denominador del indicador (en población total o entre quienes se controlaron) que mejor describa la prevalencia objetiva.
- En Uruguay, con fines comparativos, procesar e informar el indicador según la definición del MMV que no incluye en su numerador a personas medicadas.

Situación epidemiológica y avances

Existe una variabilidad elevada en los valores de prevalencia de colesterol elevado entre los países de la región (de 12,5% a 38,5%). En parte, esto puede atribuirse a las grandes diferencias en las metodologías utilizadas para recabar y construir el indicador.

4. Indicadores de sistema de respuesta nacional

4.1. Porcentaje de personas (en la población de más de 40 años con un riesgo cardiovascular \geq 30% a 10 años, incluidos los que ya padecen una dolencia cardiovascular) que reciben farmacoterapia y asesoramiento (comprendido el control de la glucemia) para prevenir el infarto de miocardio y los accidentes cerebrovasculares

Meta: al menos 50%

	Argentina	Brasil	Paraguay	Uruguay	Chile
Fuente	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
Resultado	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d

Evaluación metodológica

Ninguno de los países cuenta con información para la construcción de este indicador. La limitación probablemente radica en la complejidad para estimar tanto su numerador como su denominador. Este indicador podría ser construido a partir de una combinación de datos autorreportados (edad, sexo, clase social, hábito tabáquico, antecedentes de enfermedad cardiovascular, presencia de hipertensión arterial, hipercolesterolemia y si recibe o no tratamiento farmacológico y asesoramiento) y medidas objetivas (presión arterial sistólica, glucemia en ayuno y colesterolemia). Esto podría complejizar las encuestas en salud existentes. Otra forma para su estimación periódica podría basarse en sistemas de información en salud integrados que se nutran de diversas fuentes de información, incluyendo historia clínica electrónica, registros de enfermedades, sistemas administrativos, encuestas en salud, entre otras.

Recomendaciones:

- Evaluar la costo-oportunidad de recabar datos extras en encuestas poblacionales para la estimación de este indicador.
- Avanzar en la construcción de sistemas de información en salud integrados.
- Evaluar en consenso con los países de la región y OPS la posibilidad de incorporar un indicador alternativo que provea información asequible para la acción y monitoreo.

4.2. Disponibilidad y asequibilidad de medicamentos (incluyendo genéricos) esenciales para enfermedades no transmisibles de calidad, seguros, eficaces y tecnologías básicas tanto en establecimientos públicos como privados

Meta: disponibilidad del 80%

	Argentina	Brasil	Paraguay	Uruguay	Chile
Fuente	s/d	Cuestionario a países	s/d	Cuestionario a países	s/d
Resultado	s/d	100	s/d	100	s/d

Evaluación metodológica

Según la información proporcionada por los países, Brasil y Uruguay alcanzaron la meta del indicador. Algunos países, como Argentina, cuentan con datos administrativos para estimar este indicador aunque sólo para el sector público.

Para su estimación se requiere de una evaluación representativa de instalaciones de salud a nivel nacional, incluyendo tanto aquellas públicas como privadas. Otra información disponible para evaluar una parte de este indicador proviene de la Encuesta global de capacidades nacionales de control y prevención de ENT⁽²⁴⁾ realizada en forma periódica por la OMS. Este documento proporciona datos a nivel país sobre la disponibilidad de medicamentos y otras tecnologías en el sector público.

Recomendación:

- Utilizar fuentes de datos administrativas para estimar el indicador.

4.3. Acceso a cuidados paliativos, medido por el nivel de consumo (en equivalentes de morfina) de analgésicos opioides potentes (excluida la metadona) por cada muerte por cáncer

	Argentina	Brasil	Paraguay	Uruguay	Chile
Fuente	INCB y estadísticas vitales nacionales				
Resultado	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d

Evaluación metodológica

Ningún país proporcionó datos sobre este indicador. La obtención del numerador del indicador es compleja. Para su cálculo pueden utilizarse las publicaciones anuales del *International Narcotics Control Board* (INCB)⁽²⁵⁾ que contienen información sobre el consumo de opioides, a partir de datos secundarios de calidad variable proporcionados por los países. El denominador puede obtenerse a partir de las estadísticas vitales de los países.

Recomendaciones:

- Mejorar registros administrativos sobre el consumo de opioides.
- Mejorar la calidad de estadísticas vitales.
- Utilizar los datos existentes en INCB para la construcción del indicador.

4.4. Adopción de políticas nacionales que limiten la cantidad de ácidos grasos saturados y eliminen prácticamente los aceites vegetales parcialmente hidrogenados en los alimentos, según proceda en el marco del contexto nacional y los programas nacionales

	Argentina	Brasil	Paraguay	Uruguay	Chile
Fuente	Encuesta global de capacidades nacionales de control y prevención de ENT - 2013				
Resultado	Si (legislado)	Si (voluntario)	No	No	Si (legislado)

Evaluación metodológica

La información sobre este indicador es recabada a través de la Encuesta global de capacidades nacionales de control y prevención de ENT y publicada en forma periódica por OMS⁽²⁴⁾. La última actualización fue realizada en 2013.

Situación epidemiológica

Tanto Argentina como Chile cuentan con políticas nacionales que limitan la cantidad de ácidos grasos saturados y eliminan aceites vegetales parcialmente hidrogenados en los alimentos a través de legislaciones. La adopción de esta política en Brasil es voluntaria, mientras que en Uruguay y Paraguay aún no se ha implementado.

4.5. Disponibilidad, cuando proceda, de vacunas contra los papilomavirus humanos costo-eficaces y asequibles, de acuerdo con los programas y políticas nacionales.

	Argentina	Brasil	Paraguay	Uruguay	Chile
Fuente	Immunization Program/PAHO-WHO, JRF reports y encuesta a países				
Resultado	Si, desde 2011	Si, desde 2014	Si, desde 2013	Si, desde 2013	Sí, desde 2014

Evaluación metodológica

La información para este indicador se recaba mediante cuestionarios estandarizados a los países y procesada y publicada por OPS-OMS (26). En el caso de Chile, la información fue proporcionada por el propio país.

Situación epidemiológica

Todos los países de la región cuentan con disponibilidad de este tipo de vacunas en sus calendarios de vacunación. En Argentina se encuentra disponible desde 2011, tanto en Paraguay como en Uruguay desde 2013 y en Brasil y Chile desde 2014.

4.6. Políticas para reducir el impacto que tiene en los niños la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo trans, azúcares libres o sal

	Argentina	Brasil	Paraguay	Uruguay	Chile
Fuente	Encuesta de capacidades nacionales de control y prevención de ENT - 2013				
Resultado	No	Si (voluntario)	Si (legislado)	Si (voluntario)	Si (legislado)

Evaluación metodológica

La información sobre este indicador es recabada a través de la Encuesta global de capacidades nacionales de control y prevención de ENT y publicada en forma periódica por OMS ⁽²⁴⁾. La última actualización fue realizada en 2013.

Situación epidemiológica

Según la fuente de información mencionada, Chile y Paraguay poseen políticas legisladas para reducir el impacto que tiene en los niños la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo trans, azúcares libres o sal. Por su parte, Brasil y Uruguay cuentan con políticas de tipo voluntarias para este tipo de medidas, mientras que en Argentina aún no se ha avanzado en dichas intervenciones.

4.7. Cobertura de vacunación contra el virus de la hepatitis B controlada por el número de terceras dosis de vacuna Hep-B (HepB3) administradas a los lactantes

	Argentina	Brasil	Paraguay	Uruguay	Chile
Fuente	WUENIC (OMS-UNICEF)				
Resultado	94% (2014)	96% (2014)	87% (2014)	95% (2014)	92% (2014)

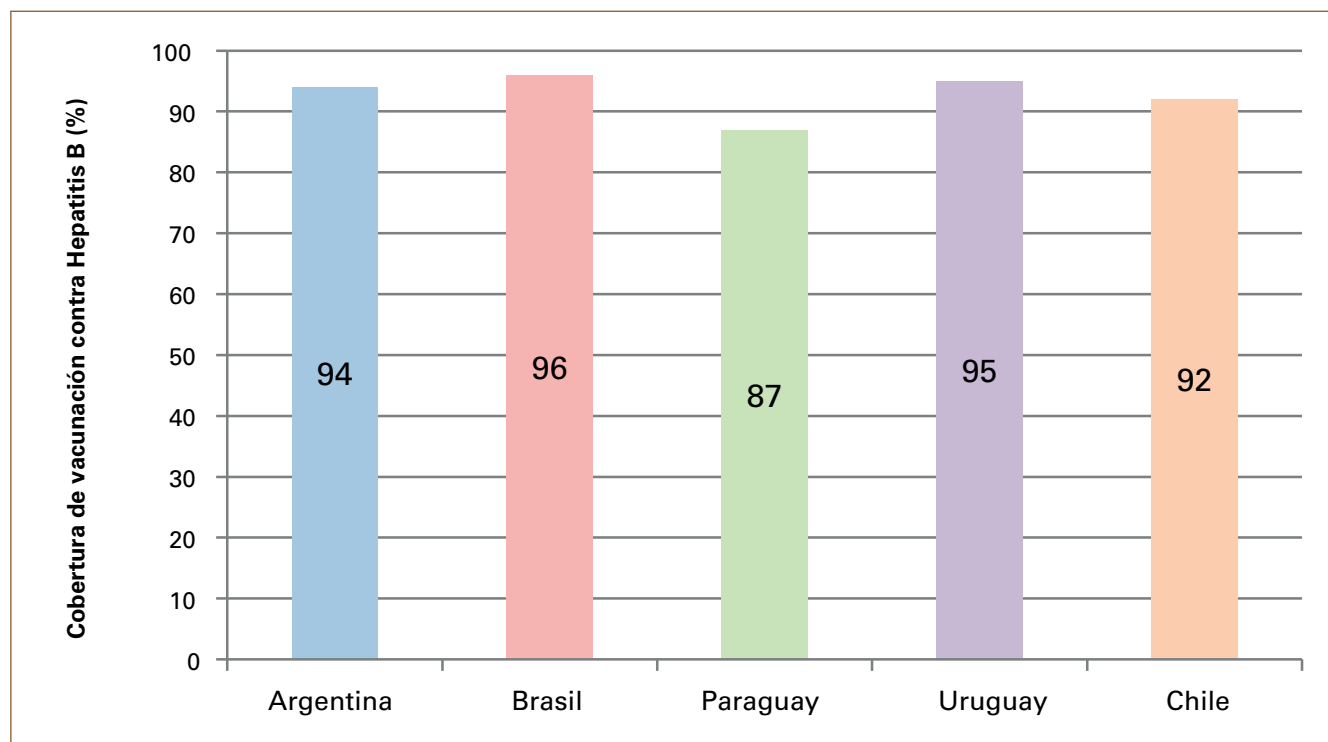
Evaluación metodológica

Esta información es publicada anualmente por OMS y *United Nations Children's Fund* (UNICEF). Se basa principalmente en informes de los proveedores de servicios (por ejemplo, personal del centro de salud, equipos de vacunación, médicos privados) y encuestas con módulos sobre historia de vacunación en niños ⁽²⁷⁾.

Situación epidemiológica

Todos los países de la región cuentan con la vacuna contra Hepatitis B con una cobertura que varió en 2014 entre el 87% y el 96%.

Gráfico 1.j. Cobertura (%) de vacunación contra el virus de la hepatitis B controlada por el número de terceras dosis de vacuna Hep-B (HepB3) administradas a los lactantes, Año 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de WHO and Unicef Estimates of National Immunization Coverage (WUENIC) ⁽²⁷⁾.

4.8. Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 30 y los 49 años que hayan sido examinadas para detectar cáncer cervicouterino al menos una vez o más a menudo, y para grupos de edad menor o mayor de conformidad con los programas o políticas nacionales

	Argentina	Brasil	Paraguay	Uruguay	Chile
Nombre del indicador	PAP en los últimos 2 años en mujeres de 30 a 49 años	PAP en los últimos 3 años en mujeres de 25 a 64 años	PAP en los últimos 2 años en mujeres de 30 a 49 años	PAP alguna vez en mujeres de 30 a 49 años	PAP alguna vez en mujeres ≥ 15 años
Observaciones	Diferente marco temporal	Diferente rango etario y marco temporal	Diferente marco temporal	-	Diferente rango etario
Fuente	ENFR	PENSE	ENFR	ENFRENT	ENS
Resultado	74,1/2013	79,4/2013	63,5 (59,7-67,4) /2011	93,6 (91,6-95,5)/2013	74,3/2009-2010

Evaluación metodológica

Todos los países de la región cuentan con datos sobre prevalencia de realización de Papanicolaou (PAP) en mujeres. La información es recabada en las encuestas de salud y factores de riesgo de cada país. La diferencia entre los países y con el indicador del MMV radica en el intervalo de tiempo considerado para la realización de PAP.

Recomendaciones:

- Reprocesar los datos existentes para obtener el indicador propuesto en el MMV (prevalencia de vida de realización de PAP y mismo rango de edad).

Situación epidemiológica

Considerando las limitaciones de comparabilidad mencionadas, todos los países de la región presentaron una prevalencia de realización de PAP mayor a 60%.

4.9. Proporción de mujeres de entre 50-69 años (y otros grupos de edad de acuerdo con los programas y políticas nacionales) que obtuvieron un resultado positivo en el tamizaje de cáncer de mama en los últimos 3 años y que fueron tratadas eficaz y oportunamente

	Argentina	Brasil	Paraguay	Uruguay	Chile
Nombre del indicador	s/d	s/d	s/d	s/d	Pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer de mama tratadas en el sistema público de salud en mujeres de 55 a 59 años
Observaciones	s/d	s/d	s/d	s/d	Distinta población (edad) e indicador
Fuente	s/d	s/d	s/d	s/d	Informe servicios de salud
Resultado	s/d	s/d	s/d	s/d	97,8 /2014

Evaluación metodológica

Chile es el único país de la región que cuenta con información relacionada con el indicador aunque el mismo no se ajusta exactamente al propuesto en el MMV. La limitación en la disponibilidad del indicador probablemente radica en su complejidad.

Si bien el indicador podría construirse a partir de datos relevados en encuestas, esto complejizaría las herramientas existentes y tendría limitaciones en su validez debido a provenir de información autorreportada.

Recomendaciones:

- Evaluar la costo-oportunidad de recabar datos extras en encuestas poblacionales para la estimación de este indicador.
- Avanzar en la construcción de sistemas de información en salud integrados que provean datos para su construcción.
- Evaluar en consenso con los países de la región y con el apoyo de OPS la posibilidad de incorporar un indicador alternativo, que provea información asequible para la acción y vigilancia de procesos en salud.

4.10. Porcentaje de pacientes con hipertensión tratada y controlada (<140/90 mmHg) en población de 18 años o más

	Argentina	Brasil	Paraguay	Uruguay	Chile
Nombre del indicador	s/d	s/d	Pacientes con hipertensión tratada y controlada en población de 15 a 74 años	Pacientes con hipertensión tratada y controlada en población 15 a 64 años	Pacientes con hipertensión tratada y controlada en población ≥15 años
Observaciones	s/d	s/d	Diferente rango etario	Diferente rango etario	Diferente rango etario
Fuente	s/d	s/d	ENFR	ENFRENT	ENS
Resultado	s/d	s/d	21,9 (18,9-24,9)/2011	17,6(14,7-20,5) /2013	16,5/ 2009-2010

Evaluación metodológica

Uruguay, Paraguay y Chile proporcionaron datos sobre el indicador. Estos países construyeron el mismo en base a datos obtenidos en sus encuestas en adultos. La diferencia con el indicador del MMV se basa en el rango de edad incluido. En el caso de Chile esta limitación es menor, dada la baja prevalencia de hipertensión arterial en personas de 15 a 18 años.

Recomendaciones:

- Brasil puede construir el indicador con los datos existentes en sus encuestas ya que cuenta con medición objetiva de la presión arterial.
- Avanzar en la implementación de medición objetiva de la presión arterial en Argentina.

Situación epidemiológica

En los países con disponibilidad de información, la proporción de personas con hipertensión tratada y controlada ronda el 20% (entre 16,5% en Chile y 21,9% en Paraguay).

REFERENCIAS

1. OMS | Marco mundial de vigilancia integral para la prevención y el control de las ENT [Internet]. [citado 16 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/es/
2. CDC Global School-based Student Health Survey (GSHS) [Internet]. [citado 29 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.cdc.gov/gshs/index.htm>
3. OMS | El método STEPwise de vigilancia [Internet]. [citado 29 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/chp/steps/es/>
4. Encuestas Poblacionales [Internet]. [citado 29 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/vigilancia/publicaciones/encuestas-poblacionales>
5. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay. Primera encuesta nacional de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles en población general 2011. 2012.
6. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad Alberto Hurtado. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010 [Internet]. [citado 1 de marzo de 2016]. Recuperado a partir de: Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010
7. Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles | Ministerio de Salud Publica - Republica Orien-

- tal del Uruguay [Internet]. [citado 1 de marzo de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/factores-de-riesgo-de-enfermedades-cr%C3%B3nicas-no-transmisibles>
8. Estatística IB de G e, Ministério da Saúde. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação 2013. Rio de Janeiro; 2014. 181 p.
 9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, editor. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008: pesquisa nacional por amostra de domicílios. Rio de Janeiro; 2010. 250 p.
 10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Pesquisa nacional de saúde do escolar, 2012. 2012.
 11. WHO | Global Youth Tobacco Survey (GYTS) [Internet]. [citado 1 de marzo de 2016]. Recuperado a partir de: http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gyts/country_reports/en/
 12. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva, Pan American Health Organization, Representação do Brasil. Pesquisa especial de tabagismo - PETab: relatório Brasil. 2011.
 13. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (Senda) [Internet]. [citado 1 de marzo de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.senda.gob.cl/observatorio/estudios/>
 14. Universidad de Chile. Encuesta nacional de consumo alimentario. Informe Final [Internet]. 2010. Recuperado a partir de: http://web.minsal.cl/sites/default/files/ENCA-INFORME_FINAL.pdf
 15. IBGE :: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. [citado 1 de marzo de 2016]. Recuperado a partir de: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoedevida/pof/2008_2009/default.shtm
 16. Observatorio Argentino de Drogas, SEDRONAR. Estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en población de 12 a 65 años. Argentina 2010 [Internet]. [citado 1 de marzo de 2016]. Recuperado a partir de: <http://scripts.minplan.gob.ar/octopus/archivos.php?file=5436>
 17. PAHO W. Health situation in the Americas. Basic Indicators 2015 [Internet]. Recuperado a partir de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2470&Itemid=2003&lang=en
 18. WHO P. Technical Definitions of Regional Indicators [Internet]. 2015. Recuperado a partir de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=21347&Itemid=270&lang=es
 19. Riley L, Cowan M, World Health Organization. Noncommunicable diseases progress monitor, 2015 [Internet]. 2015 [citado 18 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/184688/1/9789241509459_eng.pdf
 20. IARC W. Cancer Incidence in Five Continents Vol. X [Internet]. IARC Scientific Publications; Recuperado a partir de: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>
 21. Global status report on alcohol and health, 2014 [Internet]. 2014 [citado 10 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://alltitles.ebrary.com/Doc?id=10931311>
 22. WHO. Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework: Indicator Definitions and Specifications [Internet]. Recuperado a partir de: http://www.who.int/nmh/ncd-tools/indicators/GMF_Indicator_Definitions_Version_NOV2014.pdf
 23. WHO. Prevention of cardiovascular disease: pocket guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. [Internet]. 2007. Recuperado a partir de: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/PocketGL. ENGLISH.AFR-D-E.rev1.pdf
 24. WHO. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2013 global survey. Geneva: World Health Organization; 2013.
 25. United Nations. Estimated world requirements of narcotic drugs estimated world requirements for 2014 - ... [Place of publication not identified]: United Nations Pubns; 2014.
 26. WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system. 2015 global summary [Internet]. [citado 15 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary
 27. WHO. Data, statistics and graphics [Internet]. [citado 15 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/en/



© Organización Panamericana de la Salud

CAPÍTULO 2

PLAN REGIONAL DE LA OPS PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES: ANÁLISIS DE INDICADORES DE PROCESO EN ARGENTINA, BRASIL, CHILE, PARAGUAY Y URUGUAY

El Plan de acción para la prevención y el control de la enfermedades no transmisibles (ENT) en las Américas 2013-2019 tiene como meta reducir la mortalidad y la morbilidad prevenibles, reducir al mínimo la exposición a factores de riesgo, aumentar la exposición a factores protectores y reducir la carga socioeconómica de estas enfermedades por medio de enfoques multisectoriales que promuevan el bienestar y reduzcan la inequidad en y entre los países miembros.

Para ello se basa en las cuatro líneas estratégicas de acción: políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y el control de las ENT; factores de riesgo y factores protectores de las ENT; respuesta de los sistemas de salud a las ENT y sus factores de riesgo; y vigilancia e investigación de las ENT. Para cada línea estratégica, a su vez, se proponen objetivos, indicadores y metas específicas para vigilar el progreso alcanzado por los países ⁽¹⁾.

El objetivo de este capítulo es analizar el avance alcanzado en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay evaluando el cumplimiento de los indicadores de tres líneas estratégicas del mencionado Plan Regional de la OPS para el control de ENT: políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y el control de las ENT; respuesta de los sistemas de salud a las ENT y sus factores de riesgo; y vigilancia e investigación de las ENT. Por otro lado, se mencionan algunas experiencias o intervenciones destacadas realizadas en los países para lograr el cumplimiento de los indicadores.

Se utilizaron para el análisis de este apartado las siguientes fuentes de información: a) plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019 (OPS-OMS) ⁽¹⁾; b) Encuesta de capacidades de los países frente a las ENT de la OMS, coordinada por la OPS en la región de las Américas ⁽²⁾; c) Documento de monitoreo de indicadores de progreso de ENT (OMS) ⁽³⁾; d) Cuestionario a los países participantes.

Línea estratégica: Políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y control de ENT

Tanto los determinantes como las consecuencias de las ENT exceden ampliamente al sector salud. Es por lo tanto indispensable un abordaje multisectorial de esta problemática. Tal es así que varias declaraciones de políticas y resoluciones regionales y subregionales están dando cada vez más relieve a las ENT en los programas de protección social y desarrollo económico.

Dos iniciativas disponibles para avanzar en esta línea estratégica son: a) el Foro Panamericano de Acción sobre las Enfermedades No Transmisibles (creado por OPS), que tiene como fin servir de plataforma para el diálogo y catalizar la puesta en práctica de enfoques multisectoriales encaminados a promover modos de vida saludables, proteger la salud y prevenir las ENT ⁽⁴⁾; y b) CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multisectorial de Enfermedades No Transmisibles - creado por OPS-OMS) constituida por una red de países, organizaciones e instituciones que comparten la meta común de reducir la carga de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo, a través de un planteo multidimensional centrado en la prevención y el manejo integrado de las enfermedades no transmisibles ⁽⁵⁾.

A continuación se evalúa el cumplimiento en los países de la región de los tres indicadores referidos a las políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y el control de ENT.

Objetivos	Indicadores	Si	No	Parcial
Promover, a nivel del gobierno y en colaboración con una amplia gama de entidades no estatales, según corresponda, la integración de la prevención de las ENT en otros sectores que están fuera del sector de la salud, como la agricultura y la ganadería, el comercio, la educación, el trabajo, el desarrollo, las finanzas, el urbanismo, el medio ambiente y el transporte.	Número de países con políticas multisectoriales de prevención de las ENT, así como marcos y acciones, por lo menos en tres sectores fuera del sector de la salud a nivel del gobierno, que se llevan a cabo en colaboración con una amplia gama de entidades no estatales, según corresponda. *	(4) ARG BRA CHI PAR	(1) URU	-
Fortalecer o formular planes nacionales de salud, basados en enfoques multisectoriales, con acciones, metas e indicadores específicos orientados por lo menos a las cuatro ENT prioritarias y a los cuatro factores de riesgo principales.	Número de países que ejecutan planes o medidas nacionales multisectoriales para la prevención y el control de las ENT.	(4) ARG BRA CHI PAR	(1) URU	-
Ampliar las políticas de protección social en el campo de la salud para proporcionar cobertura universal de servicios de salud y un acceso más equitativo a servicios básicos de salud orientados a la promoción, la prevención, la curación, la rehabilitación y los cuidados paliativos, así como medicamentos y tecnologías esenciales, seguros, asequibles, eficaces y de buena calidad para las ENT.	Número de países con sistemas nacionales de protección social en el campo de la salud que abordan el acceso universal y equitativo a intervenciones para las ENT.	(5) ARG BRA CHI PAR URU	-	-

* Por ejemplo, agricultura y ganadería, comercio, educación, trabajo, desarrollo, finanzas, planificación urbana, ambiente y transporte.

Entre paréntesis figura el número de países.

Elaboración propia en base a: a) Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019; b) encuesta de capacidades de los países frente a las ENT de la OMS, coordinada por la OPS en la región de las Américas; c) Documento de monitoreo de indicadores de progreso de ENT, de la OMS; d) cuestionario a los países participantes.

Se observa en la región un alto alcance de los objetivos de esta línea de acción. Se detallan a continuación algunas de las políticas llevadas adelante por los países que hacen al cumplimiento de los indicadores referentes a las políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y control de ENT.

Desde 1988, Brasil cuenta con el Sistema Único de Salud (SUS) de acceso universal, integral, equánime y gratuito para todos los brasileños. A través de la atención primaria en las Unidades Básicas de Salud y el programa "Aquí hay una Farmacia Popular", se ofrece en forma gratuita medicamentos para la población con factores de riesgo de ENT. Otras estrategias poblacionales de protección social en el campo de la salud son el Plan de Acción Estratégico para Enfrentar las ENT (con metas al 2022 para la reducción de la morbimortalidad por ENT y sus factores de riesgo) y el programa Academia de Salud (espacios en los municipios cercanos a las unidades de atención primaria, destinados a la promoción de la salud y la vida activa).

En Paraguay, en el año 2015 se lanzó la resolución "Política Nacional de Salud 2015-2030" que tiene el objetivo de avanzar hacia el acceso y cobertura universal de la salud, para reducir inequidades y mejorar la calidad de vida, en el marco de un desarrollo sustentable. Otras estrategias relevantes implementadas en el país son el Plan Nacional de Acción para la Prevención y Control de las ENT 2014-2024 y las Policlínicas de Salud para la Capital Asunción, con expansión progresiva en otras Regiones Sanitarias que proponen un abordaje integral de las ENT y factores de riesgo.

En Uruguay, el Sistema Nacional Integrado de Salud y el Fondo Nacional de Recursos favorecen el acceso universal y equitativo a intervenciones de prevención y control de ENT.

En Argentina existe un programa nacional de abordaje territorial en salud (Cuidarse en Salud) que articula y coordina acciones conjuntas de prevención y promoción de la salud a nivel interinstitucional e intersectorial. Su propósito es contribuir a la instalación de una cultura del cuidado, protección y promoción de la salud, atendiendo la prevención de enfermedades a través de dispositivos de educación, información y comunicación dirigidos a la población en general, con activa movilización y participación social. Además, la Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles y el Plan Nacional Argentina Saludable profundizan el enfoque multisectorial.

En Chile se encuentra operativo el Plan de Garantías Explícitas en Salud mediante el cual se constituyen un conjunto de beneficios garantizados por ley: garantía de acceso (recibir las atenciones definidas para cada enfermedad), garantía de oportunidad (las prestaciones deben ser entregadas de acuerdo a los plazos establecidos), garantía de protección financiera (sistema de copagos por categoría, de 0% a 20%) y garantía de calidad (las prestaciones deben ser entregadas por un prestador de salud registrado y acreditado en la Superintendencia de Salud).

Línea estratégica: Respuesta de los sistemas de salud a las ENT y sus factores de riesgo

Mejorar la cobertura, el acceso equitativo y la calidad de atención para el abordaje de las ENT, con énfasis en la atención primaria de la salud, incluyendo el autocuidado y la prevención son medidas prioritarias para dar respuesta desde los servicios de salud a la epidemia de ENT.

Objetivos	Indicadores	Si	No	Parcial
Mejorar la calidad de los servicios de salud para el tratamiento de las ENT.	Número de países que adoptan un modelo de manejo integrado de las ENT.*	(4) ARG BRA CHI PAR	(1) URU	-
Aumentar la accesibilidad y el uso racional de medicamentos esenciales y tecnologías para la detección, diagnóstico, tratamiento, control, rehabilitación y cuidados paliativos de las ENT.	Número de países que utilizan el Fondo Estratégico de la OPS, el Fondo Rotatorio u otros mecanismos que permiten ahorrar en los costos para comprar medicamentos esenciales y tecnologías sanitarias pertinentes para la prevención, el control y los cuidados paliativos para las cuatro ENT principales.**	(1) PAR	(3) BRA CHI URU	(1) ARG Medicamentos para HIV, Hepatitis B y vacuna contra VPH únicamente
	Número de países que tienen una comisión oficial que selecciona, basándose en la mejor evidencia disponible y sin conflictos de intereses, medicamentos y tecnologías para la prevención y el tratamiento de las ENT, así como para los cuidados paliativos, a fin de incluirlos o excluirlos en los servicios del sector público.	(3) BRA CHI URU	(2) ARG PAR	-

Continúa en página siguiente

Continuación gráfico

Aumentar la accesibilidad y el uso racional de medicamentos esenciales y tecnologías para la detección, diagnóstico, tratamiento, control, rehabilitación y cuidados paliativos de las ENT.	Número de países con un plan implantado, según corresponda, para aumentar el acceso a opciones asequibles para el tratamiento de la enfermedad renal crónica, en particular en estadios terminales de la enfermedad.	(5) ARG BRA CHI PAR URU	-	-
	Número de países con una tasa de prevalencia del tratamiento de la enfermedad renal terminal de por lo menos 700 pacientes por millón de habitantes.	(3) ARG CHI URU	(2) PAR BRA	-

**Por ejemplo, el modelo de atención a las enfermedades crónicas, con directrices basadas en la evidencia, sistemas de información clínica, autocuidado y apoyo de la comunidad, atención de salud por medio de equipos multidisciplinarios.*

*** Por ejemplo, medicamentos para quimioterapia, medicamentos para cuidados paliativos, insulina, diálisis y hemodiálisis, y vacunas contra la hepatitis B y el virus del papiloma humano, y medicamentos para el tratamiento de la hipertensión y la diabetes.*

Entre paréntesis figura el número de países.

Elaboración propia en base a: a) Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019; b) encuesta de capacidades de los países frente a las ENT de la OMS, coordinada por la OPS en la región de las Américas; c) Documento de monitoreo de indicadores de progreso de ENT, de la OMS; d) cuestionario a los países participantes.

El modelo de atención a las enfermedades crónicas es un modelo para el manejo de las ENT que vincula a pacientes empoderados y bien informados con equipos de atención de salud proactivos y bien preparados. Para eso se requiere de un sistema de salud debidamente organizado y conectado con los recursos necesarios en la comunidad. En la región analizada se observó un alto avance en el manejo integrado de las ENT. Si bien cuatro de los cinco países han logrado el cumplimiento del indicador, todos cuentan en alguna medida con estrategias que hacen al avance hacia su logro.

El Fondo Estratégico de la OPS, derivado del Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública, fue creado por la OPS en septiembre del 2000 con el propósito de asistir a los Estados miembros de la OPS en la adquisición de medicamentos esenciales y productos básicos para la salud pública. Involucra el apoyo técnico de la OPS en la gestión de los sistemas de suministro y adquisición de productos que cumplan con los estándares internacionales de calidad. De los cinco países analizados, sólo Paraguay utiliza el Fondo Estratégico de la OPS. Algunos países como Chile, Uruguay y Brasil, firmaron el convenio con dicho Fondo aunque por el momento sólo participan a través de la adquisición de vacunas y no de medicamentos esenciales y tecnologías sanitarias pertinentes para la prevención, el control y los cuidados paliativos para las cuatro ENT principales. Por su parte Argentina utiliza parcialmente el Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de Salud para la compra de medicamentos para HIV/SIDA, para hepatitis B y la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) para la prevención del cáncer de cuello uterino.

Tres países cuentan con una comisión de evaluación de tecnologías sanitarias para su selección en el sector público. Brasil lo hace a través del Departamento de Atención Farmacéutica en consonancia con la Política Nacional de Salud y Servicios Farmacéuticos. En Chile esta función está a cargo del Consejo Consultivo AUGE, creado en el marco del Plan de Garantías Explícitas en Salud, mientras que en Uruguay la evaluación de tecnologías sanitarias, que aplica a establecimientos públicos y privados, se desarrolla desde el 2010. Si bien Argentina no cumple con los criterios del indicador, cuenta con el Programa Remediador cuyo fin es asegurar el abastecimiento y cobertura de medicamentos en el sector público.

La enfermedad renal crónica es un problema de salud pública, caracterizado por un aumento importante en su incidencia y prevalencia, mal pronóstico y elevados costos de tratamiento. Los cinco países de la

región cuentan con estrategias para aumentar el acceso a su tratamiento. Cabe destacar la estrategia realizada en Chile cuya línea de acción principal es promover el control adecuado de las personas de alto riesgo, principalmente diabéticas e hipertensas, ambas condiciones incluidas en el programa de Garantías Explícitas en Salud desde el año 2005. En el año 2008, se incluyó la prevención específica de la enfermedad renal crónica, lo que garantiza tanto su diagnóstico como tratamiento. Asociado a esta estrategia, se ha implementado un instrumento de detección y un sistema de registro de la prevalencia de enfermedad renal crónica en pacientes bajo control por otras patologías crónicas. En conjunto con sociedades científicas se elaboraron las guías de práctica clínica y se brindó capacitación a los equipos de salud, facilitando la implementación de las nuevas directrices técnicas mediante la aplicación de un Programa piloto de Nefroprevención en Atención Primaria.

El análisis del acceso al tratamiento sustitutivo de la función renal se operacionaliza en el indicador que da cuenta de los países y territorios que notifican un punto de prevalencia del tratamiento de la sustitución de la función renal de por lo menos 700 pacientes por 1.000.000 de habitantes. Argentina (860 pacientes/millón, año 2013), Chile (1252 pacientes/millón, año 2014) y Uruguay (1110 pacientes/millón, año 2014) notificaron prevalencias superiores a este valor de corte. Paraguay y Brasil no alcanzaron a cumplir con el indicador, aunque para este último sólo se notificó la prevalencia de pacientes en diálisis (554,7 pacientes/millón, año 2012). Cabe resaltar que Argentina, con 31 trasplantes por millón de habitantes, es el país que más trasplantes renales realizó en Latinoamérica.

Línea estratégica: Vigilancia e investigación de las ENT

Los sistemas de información sanitaria deben integrar la recopilación de datos sobre las ENT y sus factores de riesgo procedentes de diversas fuentes, y fortalecer las competencias para el análisis y la utilización de la información. La vigilancia en sí misma, y específicamente la vigilancia de las ENT y sus factores de riesgo, requieren de un compromiso permanente con recurso humano capacitado y financiamiento. El ciclo de la vigilancia se completa con la utilización de los datos para la formulación de políticas y la planificación basada en información.

Objetivos	Indicadores	Si	No	Parcial
Mejorar la calidad y el alcance de los sistemas de vigilancia de las ENT y sus factores de riesgo, a fin de incluir información sobre la situación socioeconómica, ocupacional o laboral.	Número de países con datos sobre mortalidad de buena calidad en relación con las cuatro ENT principales y otras que tengan prioridad a nivel nacional.*	(4) ARG BRA CHI URU	(1) PAR	-
	Número de países que han hecho por lo menos dos encuestas poblacionales, representativas a nivel nacional sobre factores de riesgo y factores protectores de las ENT en adultos y adolescentes, en los últimos 10 años.**	(4) ARG BRA CHI URU	-	(1) PAR 2 Encuestas poblacionales a adolescentes, pero sólo 1 en adultos
Mejorar la utilización de los sistemas de vigilancia de las ENT y sus factores de riesgo y fortalecer la investigación operativa con miras a mejorar la base de evidencia para la planificación, la vigilancia y la evaluación de las políticas y los programas relacionados con las ENT.	Número de países que elaboran y difunden informes regulares con análisis de las ENT y sus factores de riesgo, incluidos los determinantes demográficos, socioeconómicos y ambientales y su distribución social, a fin de contribuir al proceso de vigilancia mundial de las ENT.	(5) ARG BRA CHI URU PAR	-	-

Continúa en página siguiente

Continuación gráfico

Mejorar la utilización de los sistemas de vigilancia de las ENT y sus factores de riesgo y fortalecer la investigación operativa con miras a mejorar la base de evidencia para la planificación, la vigilancia y la evaluación de las políticas y los programas relacionados con las ENT.	Número de países que tienen agendas de investigación que incluyen estudios operativos sobre las ENT y sus factores de riesgo con la finalidad de fortalecer las políticas basadas en la evidencia, así como la formulación y ejecución de programas.	(3) ARG BRA CHI	(1) URU	(1) PAR Falta aprobación de Ministerio de Salud
---	--	--------------------------	------------	---

**Que se ciñen a los criterios internacionales con respecto al carácter integral y a la cobertura y el porcentaje de causas de muerte mal definidas o desconocidas.*

*** Que abarcan los siguientes aspectos: consumo de tabaco, presión arterial, inactividad física, consumo de alcohol, glucosa y colesterol en ayunas, ingesta de sodio, datos antropométricos, ingesta de frutas y verduras, prevalencia de enfermedades, albúmina, creatinina, ingesta de azúcar, uso de medicamentos.*

Entre paréntesis figura el número de países. Elaboración propia en base a: a) Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019; b) encuesta de capacidades de los países frente a las ENT de la OMS, coordinada por la OPS en la región de las Américas; c) Documento de monitoreo de indicadores de progreso de ENT, de la OMS; d) cuestionario a los países participantes.

Los resultados de la evaluación de indicadores de esta línea estratégica evidencian que los países de la región priorizan la vigilancia e investigación en ENT.

Las fuentes de información para la construcción del indicador referido a la calidad de los datos de mortalidad por ENT son las estadísticas vitales de cada país. Para evaluar la calidad de la información se tienen en cuenta el porcentaje de subregistros y el porcentaje de muertes de causas mal definidas. La mayor parte de los países cuentan con estadísticas vitales de buena calidad que permiten relevar y comparar los resultados a nivel regional.

Cuatro países de la región (Argentina, Brasil, Chile y Uruguay) realizaron al menos dos ediciones de una encuesta en adultos y adolescentes. Paraguay implementó más de dos encuestas temáticas poblacionales en adolescentes, pero sólo cuenta con una edición (2011) de la encuesta de factores de riesgo en adultos.

Todos los países de la región notificaron que elaboran y difunden informes regulares con análisis de las ENT y sus factores de riesgo, incluidos los determinantes demográficos, socioeconómicos y ambientales y su distribución social, a fin de contribuir al proceso de vigilancia mundial de las ENT.

Argentina, Brasil y Chile poseen agendas de investigación que incluyen estudios operativos de ENT y factores de riesgo con la finalidad de fortalecer las políticas basadas en la evidencia, así como la formulación y ejecución de programas. En Paraguay, actualmente existe una agenda y líneas prioritarias de investigación sobre ENT y sus factores de riesgo, pero aún no se cuenta con la aprobación del Ministro de Salud, por lo que se considera que el cumplimiento del indicador es parcial. Cabe destacar el ejemplo de Argentina, como estrategia para alcanzar este indicador. En dicho país, la Comisión Nacional Salud Investiga, creada en 2002, define y promueve la investigación en áreas prioritarias de investigación en salud para utilizar la evidencia en el diseño y reorientación de políticas de salud y en la toma de decisiones políticas, clínicas y sanitarias. Entre las áreas temáticas priorizadas se incluyen las Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

REFERENCIAS

1. OPS OMS. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019 [Internet]. Recuperado a partir de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=30526&lang=es
2. WHO. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2013 global survey. Geneva: World Health Organization; 2013.
3. Riley L, Cowan M, World Health Organization. Noncommunicable diseases progress monitor, 2015 [Internet]. 2015 [citado 18 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/184688/1/9789241509459_eng.pdf
4. Pan American Forum for Action on NCDs - [Internet]. [citado 21 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.paho.org/panamericanforum/?lang=es>
5. CARMEN: Collaborative Action for Risk Factor Prevention & Effective Management of NCDs [Internet]. [citado 21 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www1.paho.org/carmen/index.html>



© Organización Panamericana de la Salud

CAPÍTULO 3

INTERVENCIONES “BEST BUYS – OMS”: ANÁLISIS DE SU APLICACIÓN EN ARGENTINA, BRASIL, CHILE, PARAGUAY Y URUGUAY

Ante el creciente avance de las ENT y los factores de riesgo, la OMS ha identificado un conjunto de intervenciones basadas en la evidencia, denominadas *Best Buys* o Mejores Inversiones, para enfrentar el aumento de la mortalidad y morbilidad causada por estas enfermedades. A partir del seguimiento de los progresos y de los resultados alcanzados en 38 países, la OMS elaboró este conjunto de estrategias para todos los países, en especial los de ingresos bajos y medios. El retorno a esta inversión será de millones de muertes prematuras evitadas y de miles de millones de dólares de ahorro para las economías nacionales ^{(1) (2) (3)}.

Las *Best Buys* se definen entonces por ser intervenciones no sólo altamente costoefectivas¹ sino también asequibles, de bajo costo y adecuadas para su implementación en el marco de los sistemas de salud locales ⁽⁴⁾.

Estas estrategias de intervención específicas incluyen medidas poblacionales que fomentan la reducción del consumo de tabaco, alcohol y sal, una mayor concientización sobre estilos de vida saludables, el aumento de impuestos sobre productos específicos y una mejor regulación. A nivel del individuo, las intervenciones están dirigidas a la prevención y manejo de enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares, así como a la detección precoz y tratamiento del cáncer ⁽¹⁾.

De acuerdo con los informes de la Escuela de Salud Pública de Harvard ⁽¹⁾ y la OMS ⁽²⁾, aplicar el conjunto de intervenciones *Best Buys* durante el período 2011-2025 tendrá un costo total de 170 billones de dólares, lo que equivale a una inversión anual per cápita de 1 dólar en los países de ingreso bajo, 1 dólar y medio en los países de ingreso medio-bajo, y 3 dólares en los países de ingreso medio-alto. En términos del gasto de salud general, estos costos constituyen sólo una pequeña parte del gasto total en salud -4% en los países de ingreso bajo, 2% en los países de ingreso medio-bajo y menos del 1% en los países de ingreso medio-alto ^{(1) (2) (5)}.

A continuación se describen brevemente las intervenciones recomendadas por la OMS para reducir la morbimortalidad por ENT, y en cada tabla se detalla el nivel de cumplimiento de estas políticas en los cinco países analizados: Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. Las mismas fueron confeccionadas en base a: a) Encuesta de capacidades de los países frente a las ENT de la OMS, coordinada por la OPS en la región de las Américas ⁽⁶⁾; b) Documento de monitoreo de indicadores de progreso de ENT, de la OMS ⁽⁷⁾; c) Encuesta de evaluación de las capacidades de los países frente a las ENT, de la OMS ⁽⁸⁾; d) Cuestionario a países participantes.

Tabaco

El tabaquismo constituye un grave problema de salud pública a nivel mundial. En la actualidad alrededor de 6 millones de personas fallecen anualmente por cuestiones relacionadas con el tabaco; se estima asimismo que más de 5 millones son consumidores directos y más de 600.000 son no fumadores expuestos al humo de tabaco ajeno. A menos que se actúe de forma eficaz, se prevé que para el año 2030 el número de muertes asociadas ascenderá a más de 8 millones anuales en el mundo ⁽⁹⁾, y más del 80% de estas muertes evitables se producirán en personas que viven en los países de ingreso medio y bajo.

1 Una intervención costoefectiva es la que agrega un año de vida saludable por un costo inferior al ingreso anual medio o producto interno bruto por persona en el país o región de que se trate.

Las intervenciones costoefectivas identificadas por la OMS para controlar el tabaquismo son: el aumento de impuestos a los productos elaborados con tabaco, la creación de ambientes libres de humo, las regulaciones del empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco, y por último, la prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.

Intervenciones básicas	Indicador	Si	No	Parcial
Aumento de los impuestos	Países con impuestos selectivos al consumo del tabaco a un nivel que representa al menos el 70% del valor final de productos elaborados con tabaco.	-	(3) PAR, URU	(2) ARG, CHI Países con impuestos al consumo del tabaco que representan entre el 50%-70% del valor final de productos elaborados con tabaco.
Regulación sobre lugares de trabajo y espacios públicos libres del humo del tabaco	Países con todos los lugares públicos totalmente libres de humo (o al menos el 90% de la población está cubierta por legislación subnacional)	(4) ARG, BRA, CHI, URU	(1) PAR	-
Información sanitaria y advertencias sobre los daños que produce el tabaco	Países con advertencia sanitaria grande (que cubre un 50% promedio del frente y dorso del paquete) con todas las características apropiadas.*	(4) ARG, BRA, CHI, URU	-	(1) PAR Países con advertencia sanitaria de tamaño medio con algunas o todas las características apropiadas, o advertencias de tamaño grande con algunas características apropiadas.
Prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco	Países con prohibición de toda forma de publicidad directa o indirecta.**	(2) BRA, URU	-	(3) ARG, CHI, PAR Países con prohibición de la publicidad en la televisión y la radio nacional, revistas y periódicos nacionales, pero no en todas las otras formas de publicidad directa o indirecta.

Elaboración propia en base a: a) encuesta de capacidades de los países frente a las ENT de la OMS, coordinada por la OPS en la región de las Américas; b) Documento de monitoreo de indicadores de progreso de ENT, de la OMS (7); c) cuestionario a países participantes.

**Estas incluyen: advertencias sanitarias específicas obligatorias de gran tamaño; tanto en los paquetes individuales como en todo envasado y etiquetado externo utilizado para la venta; con la descripción de los efectos nocivos específicos del consumo de tabaco en la salud; que sean grandes, claros, visibles y legibles (por ejemplo, una fuente de un estilo, tamaño y color determinados); la serie de advertencias es rotativa; las advertencias incluyen alguna imagen; las advertencias están escritas en el idioma principal del país.*

***La prohibición de la publicidad directa incluye: la televisión y la radio nacional; revistas y periódicos nacionales; vallas publicitarias y anuncios al aire libre; puntos de venta. La prohibición de la publicidad indirecta incluye: distribución gratuita por correo u otros medios; descuentos promocionales; productos no tabáquicos que lleven nombres marcas de tabaco; nombres comerciales de productos no tabáquicos empleados en productos de tabaco; aparición de productos de tabaco por televisión y/o en películas de tabaco; eventos patrocinados por la industria del tabaco.*

En líneas generales los países de la región han logrado un avance importante en la implementación de estrategias *Best Buys* para el control y prevención del consumo tabaco y exposición al humo de tabaco ajeno, siendo el aumento de los impuestos el área con más dificultades en la implementación.

Se observa que, actualmente, Argentina y Chile tienen impuestos al consumo de tabaco que representan entre un 50% y 70% del valor final de los productos elaborados con tabaco. Para reducir la demanda (y lo propuesto como estrategia *Best Buys*), la OMS promueve el incremento de los impuestos de estos productos y recomienda que representen al menos un 70% del valor final.

Las leyes de ambientes 100% libre de humo benefician tanto a los no fumadores como a los fumadores (en tanto reducen la exposición al humo de tabaco ajeno entre los primeros y reducen el consumo de tabaco entre los segundos), y además, disminuyen la aceptabilidad social de fumar. En relación con las regulaciones de protección contra la exposición al humo de tabaco, en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay todos los lugares de trabajo y espacios públicos cerrados son totalmente libres de humo del tabaco (o al menos el 90% de la población está cubierta por legislación subnacional).

Argentina, Brasil, Chile y Uruguay cumplen en forma completa, y Paraguay en forma parcial, con las medidas recomendadas por la OMS, relativas a la presentación de advertencias e información sanitaria sobre los daños que produce el tabaco en el empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco.

Brasil y Uruguay tienen prohibición total de la publicidad (directa e indirecta), la promoción y el patrocinio del tabaco. Argentina, Chile y Paraguay por su parte, cumplen con el indicador en forma parcial en tanto tiene prohibición de algunas formas de la publicidad directa e indirecta.

Alcohol

A nivel mundial, se producen en el mundo 3,3 millones de muertes debido al consumo nocivo de alcohol, el cual aumenta el riesgo de las personas de desarrollar más de 200 enfermedades. La ingesta de grandes cantidades de alcohol a lo largo de muchos años provoca el desarrollo de enfermedades crónicas pero también está asociado a la posibilidad de padecer afecciones agudas como las lesiones, en particular las lesiones provocadas por el tránsito ⁽¹⁰⁾.

Si bien existe una diversidad de políticas efectivas para la disminución del consumo nocivo del alcohol, algunas estrategias basadas en la evidencia están fundamentadas sobre su impacto. Los resultados de investigación indican que entre las políticas más costoefectivas -en términos de reducción de muertes y discapacidades atribuibles al alcohol- se encuentran: el aumento del precio a través de los impuestos, el acceso restringido a la venta al por menor de bebidas alcohólicas (vino, cerveza, licores), y la prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio de esta sustancia ⁽¹⁰⁾.

Intervenciones básicas	Indicador	Si	No	Parcial
Aumento de los impuestos sobre las bebidas alcohólicas	Países con: - impuestos al consumo de cerveza, vino, licores, y - ajuste del nivel de los impuestos por inflación de las bebidas alcohólicas.	-	(3) ARG, PAR, URU	(2) BRA, CHI Países con impuestos al consumo de cerveza, vino, licores, que ajustan el nivel de los impuestos a la inflación de al menos una de las bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores).

Continúa en pág siguiente

Continuación gráfico

Acceso restringido a la venta al por menor de bebidas alcohólicas	Países con: -sistema de licencias o monopolio sobre la venta al por menor de cerveza, vino y licores, -restricciones sobre la venta al por menor fuera de los locales, sobre las horas, días y lugares de venta y, -límites legales mínimos de edad para beber o adquirir alcohol (dentro y fuera de locales y para cada tipo de bebida).	-	-	(5) ARG, BRA, CHI, PAR, URU Países con respuesta positiva en una o dos de las siguientes condiciones: -Tiene un sistema de licencias o monopolio sobre la venta al por menor de cerveza, vino y licores. -Tiene restricciones sobre la venta al por menor fuera de los locales, sobre las horas, días y lugares de venta. -Tiene límites legales de 18 años para beber o adquirir alcohol.
Prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio de bebidas alcohólicas	Países con: -marcos regulatorios o de co-regulación de la publicidad de alcohol a través de diferentes canales (servicios públicos/TV nacional, televisión comercial/privada, radio nacional o local, medios impresos, vallas publicitarias, puntos de venta, cine, internet, medios de comunicación y -sistema de detección de infracciones relativas a las restricciones comerciales.	-	(3) CHI, PAR URU	(2) ARG, BRA Países con regulación de la publicidad de alcohol en (al menos) los servicios públicos/TV nacional, radio nacional y vallas publicitarias, pero no tienen un sistema de detección de infracciones.

Entre paréntesis figura el número de países. Elaboración propia en base a: a) encuesta de capacidades de los países frente a las ENT de la OMS, coordinada por la OPS en la región de las Américas; b) Documento de monitoreo de indicadores de progreso de ENT, de la OMS⁽⁷⁾; c) cuestionario a países participantes.

El análisis en la región de las políticas *Best Buys* para el control y prevención del consumo de alcohol evidencian que aún queda un largo camino por recorrer para hacer frente a este factor de riesgo.

Entre los países de la región estudiada, Brasil y Chile aplican impuestos al consumo de cerveza, vino y licores y ajustan el nivel de los impuestos a la inflación de al menos una de las bebidas alcohólicas mencionadas. En relación con el acceso a la venta al por menor de bebidas alcohólicas, los cinco países bajo estudio alcanzan parcialmente el indicador en tanto cumplen con una o dos de las siguientes condiciones: posee un sistema de licencias o monopolio sobre la venta al por menor de cerveza, vino y licores; tiene restricciones sobre la venta fuera de los locales (sobre las horas, días y lugares de venta); o bien cuenta con límites legales de 18 años de edad para beber o comprar alcohol.

La prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio de bebidas alcohólicas no es ejercida en ninguno de los países analizados. Si bien Argentina y Brasil regulan la publicidad del alcohol en algunos medios de comunicación, no cuentan con un sistema nacional de detección de infracciones relativas a las restricciones comerciales.

Alimentación poco saludable e inactividad física

En la actualidad, la actividad física baja y la alimentación inadecuada constituyen dos importantes problemas de salud que generan una elevada carga de enfermedad, discapacidad y mortalidad. A nivel mundial, se estima que cerca de 5,3 millones del total de muertes pueden deberse a la falta de actividad física ⁽¹¹⁾, en tanto 2,6 millones de muertes por año son atribuibles al bajo consumo de frutas y verduras ⁽¹²⁾.

Las estrategias dirigidas a disminuir la carga de morbilidad asociadas a una nutrición y alimentación inadecuadas deben orientarse -de acuerdo con las *Best Buys* de OMS- a la disminución del consumo de sal (a través de campañas masivas de comunicación y de la reducción del contenido de sal en los alimentos procesados); además, se promueven políticas para el reemplazo de grasas trans por grasas poliinsaturadas. En cuanto a la promoción de la actividad física, a partir de información basada en la evidencia, las *Best Buys* recomiendan el desarrollo de programas de concientización del público sobre la actividad física y el régimen alimentario, para fomentar estilos de vida saludables y mejorar la calidad de vida de las personas.

Intervenciones básicas	Indicador	Si	No	Parcial
Disminución de la ingesta mediante campañas masivas y reducción del contenido de sal en los alimentos procesados	Países que implementaron alguna política para reducir el consumo de sal/sodio en la población.*	(5) ARG, BRA, CHI, PAR, URU	-	-
Políticas para el reemplazo de grasas trans por grasas poliinsaturadas	Países con alguna política que limite el contenido de ácidos grasos saturados y prácticamente elimine grasas trans industriales (por ejemplo, aceites vegetales parcialmente hidrogenados) de los alimentos.	(2) ARG, CHI	(4) BRA, PAR, URU	-
Programa de concientización pública sobre la alimentación y la actividad física	Países con algún programa nacional de concientización del público sobre la actividad física y/o alimentación/dieta saludable en los últimos 5 años.	(4) ARG, BRA, CHI, PAR	(1) URU	-

Entre paréntesis figura el número de países. Elaboración propia en base a: a) encuesta de capacidades de los países frente a las ENT de la OMS, coordinada por la OPS en la región de las Américas; b) Documento de monitoreo de indicadores de progreso de ENT, de la OMS ⁽⁷⁾; c) cuestionario a países participantes.

*Por ejemplo: la reformulación de productos de la industria, la reglamentación sobre el contenido de sal en los alimentos, o programas de concientización pública.

Los cinco países bajo estudio actualmente implementan alguna política para reducir el consumo de sal en la población (tales como la reformulación de productos a nivel industrial en toda la cadena alimentaria, la reglamentación sobre el contenido de sal en los alimentos, o programas de concientización del público). En cuanto al reemplazo de las grasas trans, Argentina, mediante la modificación del código alimentario argentino, implementa una política nacional que limita el contenido de ácidos grasos saturados y prácticamente elimina las grasas trans industriales de los alimentos. Esta estrategia se desarrolla en profundi-

dad en el siguiente capítulo. Chile, a su vez, establece un límite máximo de contenido de grasas trans del 2% de las grasas totales del alimento.

Para impulsar estilos de vida saludables y mejorar la calidad de vida de las personas, Argentina, Brasil, Chile y Paraguay han impulsado en los últimos cinco años algún programa de concientización de la población sobre la actividad física y dietas. Si bien Uruguay ha intentado crear un plan nacional de actividad física y salud para modificar los hábitos sedentarios de la población, aún no ha logrado cumplir con este objetivo.

Cáncer

El cáncer constituye una de las principales causas de muerte y carga de enfermedad en el mundo; en 2012 se produjeron 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer y hubo 14 millones de nuevos casos. Se prevé que en las próximas dos décadas los casos anuales de cáncer se incrementarán en un 70% ⁽¹³⁾. Esta epidemia es en gran medida prevenible; los factores relacionados con los hábitos y estilos de vida -consumo de tabaco y alcohol, dietas ricas en grasas y actividad física baja- y algunas infecciones crónicas constituyen los factores de riesgo más importantes. Los virus de las hepatitis B y algunos tipos de virus del papiloma humano aumentan el riesgo de cáncer de hígado y cuello uterino, respectivamente. Por lo tanto, la OMS recomienda la administración de medidas preventivas eficaces (como las vacunas contra el virus de la hepatitis B y el virus del papiloma humano) las cuales, junto con medidas como la detección sistemática de cáncer de útero y tratamiento de lesiones precancerosas, constituyen estrategias de inmunización universal, más seguras y costoefectivas.

Intervenciones básicas	Indicador	Si	No	Parcial
Políticas de inmunización contra la hepatitis b para la prevención del cáncer de hígado	Países con política(s) de inmunización contra la hepatitis B para la prevención del cáncer de hígado	(5) ARG, BRA, CHI, PAR, URU	-	-
Políticas para la detección sistemática de cáncer cervicouterino y tratamiento de lesiones pre-cancerosas	Países con política(s) para la detección sistemática de cáncer cervicouterino y tratamiento de lesiones pre-cancerosas.	(5) ARG, BRA, CHI, PAR, URU	-	-

Entre paréntesis figura el número de países. Elaboración propia en base a: a) encuesta de capacidades de los países frente a las ENT de la OMS, coordinada por la OPS en la región de las Américas; b) Documento de monitoreo de indicadores de progreso de ENT, de la OMS ⁽⁷⁾; c) cuestionario a países participantes.

En la región, las estrategias *Best Buys* para la prevención del cáncer han sido completamente adoptadas. Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay cuentan con políticas de inmunización universal contra la hepatitis B para la prevención del cáncer de hígado, así como de detección del cáncer de cuello de útero y tratamiento de lesiones precancerosas.

Enfermedades cardiovasculares y diabetes

La diabetes es una de las causas de enfermedad y muerte prematura más importante en la mayoría de los países, principalmente debido al aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares que conlleva ⁽¹⁴⁾. Prácticamente la mitad de los pacientes que padecen diabetes fallecen por enfermedad cardiovascular (principalmente cardiopatía y accidente cerebrovascular) ⁽¹⁵⁾. Según la OMS alrededor de 17,5 millones de

personas fallecen anualmente por estas causas, representando alrededor del 31% de todas las muertes registradas en el mundo ⁽¹⁶⁾.

Entre las estrategias más costoefectivas, la OMS promueve el tratamiento con múltiples fármacos para personas de más de 40 años con un riesgo cardiovascular superior o igual a 30% a 10 años, incluidas las que ya padecen una dolencia cardiovascular. Para aquellas personas que han tenido un infarto agudo de miocardio se recomienda el tratamiento con aspirina ⁽²⁾.

Intervenciones básicas	Indicador	Si	No	Parcial
Recomendaciones para el tratamiento con múltiples fármacos para personas con enfermedades cardiovasculares o que presentan un alto riesgo (> 30%) de padecer un episodio cardiovascular en los próximos 10 años	Países con recomendaciones para el tratamiento con múltiples fármacos para personas con enfermedades cardiovasculares o que presentan un alto riesgo (> 30%) de padecer un episodio cardiovascular en los próximos 10 años.	(5) ARG, BRA, CHI, PAR, URU	-	-
Recomendaciones para el tratamiento con aspirina para las personas que hayan tenido un infarto agudo de miocardio	Países con recomendaciones para el tratamiento con aspirina para las personas que hayan tenido un infarto agudo de miocardio.	(5) ARG, BRA, CHI, PAR, URU	-	-

Entre paréntesis figura el número de países. Elaboración propia en base a: a) encuesta de capacidades de los países frente a las ENT de la OMS, coordinada por la OPS en la región de las Américas; b) Documento de monitoreo de indicadores de progreso de ENT, de la OMS ⁽⁷⁾; c) cuestionario a países participantes.

En la región, la adopción de estrategias *Best Buys* para la prevención de enfermedad cardiovascular y diabetes es completa.

Todos los países estudiados tienen en sus sistemas de salud recomendaciones para el tratamiento con múltiples fármacos para personas con enfermedades cardiovasculares o que presentan un alto riesgo de padecer un episodio cardiovascular en los próximos 10 años, así como recomendaciones para el tratamiento con aspirina para las personas que hayan tenido un infarto agudo de miocardio.

REFERENCIAS

1. Bloom, D.E., Cafiero, E.T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L.R., Fathima, S., Feigl, A.B., Gaziano, T., Mowafi, M., Pandya, A., Prettner, K., Rosenberg, L., Seligman, B., Stein, A.Z., & Weinstein, C. The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases [Internet]. World Economic Forum; 2011. Recuperado a partir de: http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf
2. Chisholm D, Abegunde D, Mendis S, World Health Organization. Scaling up action against noncommunicable diseases: how much will it cost?. [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2011. Recuperado a partir de: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18805en/s18805en.pdf>
3. OMS | Soluciones de bajo costo para luchar contra las enfermedades no transmisibles [Internet]. [citado 15 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/NCDs_solutions_20110918/es/
4. Discussion Paper. Prevention and Control of NCDs: Priorities for Investment. En: First Global Ministerial Conference on Healthy Lifestyles and Noncommunicable Disease Control [Internet]. Moscow; 2011. Recuperado a partir de: http://www.who.int/nmh/publications/who_bestbuys_to_prevent_ncds.pdf
5. WHO; World Economic Forum. From Burden to "Best Buys": Reducing the Economic Impact of Non-Communi-

nicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries [Internet]. WHO; World Economic Forum; 2011. Recuperado a partir de: http://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary.pdf?ua=1

6. World Health Organization. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the Americas region. Washington D.C.; World Health Organization; 2013.

7. Riley L, Cowan M, World Health Organization. Noncommunicable diseases progress monitor, 2015 [Internet]. 2015 [citado 16 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/184688/1/9789241509459_eng.pdf

8. OMS | Página de inicio ENT [Internet]. [citado 21 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: <https://extranet.who.int/ncdccs/>

9. OMS | Tabaco [Internet]. [citado 16 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>

10. Global status report on alcohol and health, 2014 [Internet]. 2014 [citado 16 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://alltitles.ebrary.com/Doc?id=10931311>

11. Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*. julio de 2012;380(9838):219–29.

12. Lock, Joceline Pomerleau, Louise Causer, Dan R. Altmann, Martin McKee Bull. The global burden of disease attributable to low consumption of fruit and vegetables: implications for the global strategy on diet. *World Health Organ*. 2005;83(2):100–8.

13. OMS | Cáncer [Internet]. [citado 16 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

14. OMS | Diabetes [Internet]. [citado 16 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

15. and the WHO Multinational Study Group, Morrish NJ, Wang S-L, Stevens LK, Fuller JH, Keen H. Mortality and causes of death in the WHO multinational study of vascular disease in diabetes. *Diabetologia*. septiembre de 2001;44(S2):S14–21.

16. OMS | Las 10 causas principales de defunción en el mundo [Internet]. [citado 16 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index2.html>



© Organización Panamericana de la Salud

CAPÍTULO 4

ESTRATEGIAS EXITOSAS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENT Y SUS FACTORES DE RIESGO EN LA REGIÓN

Las intervenciones que resultan efectivas para prevenir y controlar las ENT y sus factores de riesgo involucran, por lo general, a muchos sectores ya que son originadas y generan consecuencias en múltiples dimensiones: educativas, sanitarias, económicas, familiares, etc. ⁽¹⁾.

La necesidad de un abordaje multisectorial conlleva en su proceso instancias complejas ya que los actores involucrados, en muchos casos, sostienen posturas contrapuestas. El éxito de las estrategias, entonces, depende de la eficacia de quienes las diseñan y ejecutan para alinear los intereses de los partidos políticos y organismos, los grupos de la sociedad civil, el sector privado y la sociedad en su conjunto hacia metas comunes de salud pública ⁽²⁾.

Como fue mencionado en capítulos anteriores, existen recomendaciones globales y regionales ⁽³⁾, así como estrategias basadas en la evidencia (*Best Buys*) ⁽⁴⁾ ⁽⁵⁾ para hacer frente al creciente aumento de la mortalidad y morbilidad por ENT. Sin embargo, resulta relevante describir experiencias de políticas e intervenciones exitosas, incluyendo logros, dificultades y aprendizajes adquiridos durante su diseño e implementación, con el fin de facilitar la acción de otros países de la región.

En este capítulo se detallan experiencias exitosas de prevención y control de ENT llevadas adelante en diferentes lugares de Latinoamérica que podrían ser tomadas como ejemplo para su replicación.

Prevención y control de la obesidad

México es uno de los países con mayor prevalencia de obesidad del mundo, pero también es el país que ha tomado hasta el momento más medidas para su control y prevención. En el año 2010 se diseñó el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad (ANSA) ⁽⁶⁾. Como su nombre lo indica, este es un acuerdo multisectorial basado en acciones multidisciplinarias, que incluye la colaboración de diversos actores, como diferentes dependencias de Estado, el sector privado, la sociedad civil y la comunidad académica. Su meta es revertir la epidemia de obesidad y las enfermedades crónicas asociadas a ella, para lo cual se establecieron 10 objetivos prioritarios (ver recuadro 4.1).

Las acciones más destacadas que se llevaron a cabo para el cumplimiento de los objetivos son ⁽⁷⁾:

- **Regulación de la publicidad de alimentos y bebidas dirigidas a niños:** prohíbe la publicidad de productos que no cumplan con los criterios nutrimentales especificados, aplicándose a medios masivos de comunicación como televisión en ciertos horarios en donde los niños están más expuestos y a cine en películas aptas para todo público. La ley entró completamente en vigor en enero de 2015.
- **Etiquetado frontal de alimentos y bebidas no alcohólicas:** en la cara frontal de los envases de alimentos y bebidas se debe indicar la cantidad de energía (Kcal) que aporta el producto así como el porcentaje que representa la cantidad contenida de grasas saturadas, otras grasas, azúcares totales y sodio en relación a una dieta diaria promedio de 2000 kcal (establecida para adultos). La ley entró en vigor en junio de 2015.
- **Expendio y distribución de alimentos y bebidas en escuelas:** se establece que los refrigerios entregados en la escuelas deben constituirse por frutas y verduras, leguminosas, cereales integrales y agua potable, a excepción de los días viernes en los que se puede vender productos procesados. Ley en vigor desde 2014.
- **Impuestos a bebidas azucaradas y alimentos con alta densidad energética:** se trata de un impuesto de alrededor del 10% a las bebidas que contengan azúcares agregados y de alrededor de 8% en el caso de los alimentos con densidad calórica elevada (igual o mayor a 275kcal por cada 100 gramos). Las bebidas lácteas están exentas de esta medida. En vigor desde enero 2014.

La puesta en marcha del ANSA puede servir como ejemplo para los países de la región, por ser el primero en establecer metas multisectoriales y haber logrado instalar el tema de la obesidad en todos los sectores de la sociedad. Las dificultades observadas en su ejecución también deben ser analizadas y tenidas en cuenta, como el hecho de que los criterios nutrimentales establecidos resultaron laxos o que los criterios nutrimentales que guían el distintivo y la publicidad difieren de aquel considerado para gravar impuestos ⁽⁷⁾.

Recuadro 4.1

Objetivos Principales del ANSA ⁽⁶⁾

1. Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo, con la colaboración de los sectores público, privado y social.
2. Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable.
3. Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas.
4. Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo.
5. Mejorar la capacidad de toma de decisiones informada de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud.
6. Promover y proteger la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, y favorecer una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad.
7. Disminuir el consumo de azúcares y otros edulcorantes calóricos añadidos en los alimentos, entre otros, aumentando la disponibilidad y accesibilidad de alimentos reducidos o sin edulcorantes calóricos añadidos.
8. Orientar a la población sobre el control de tamaños de porción recomendables en la preparación casera de alimentos, poniendo accesibles y a su disposición alimentos procesados que se lo permitan, e incluyendo en restaurantes y expendios de alimentos, tamaños de porciones reducidas.
9. Disminuir el consumo diario de grasas saturadas en la dieta y reducir al mínimo las grasas trans e origen industrial.
10. Disminuir el consumo diario de sodio, reduciendo la cantidad de sodio adicionado y aumentando la disponibilidad y accesibilidad de productos de bajo contenido o sin sodio.

Promoción de la actividad física

Otro ejemplo alentador, en lo que refiere no sólo a una estrategia que abarque múltiples sectores sino también a lo que implica el diseño de políticas a nivel local, es el implementado en la ciudad de Bogotá, Colombia. En este país, en los últimos 25 años, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares se duplicó y la mortalidad por diabetes se triplicó ⁽⁸⁾. Al igual que en la mayoría de los países de América Latina, en Colombia un porcentaje significativo de adultos es inactivo ^{(9) (10)}.

En la ciudad de Bogotá, capital y centro administrativo de Colombia, se diseñaron y ejecutaron cuatro programas e infraestructuras con el objetivo común de fomentar la actividad física de toda la población. Para la ejecución de los mismos también resultó fundamental una estrategia multidisciplinaria ^{(11) (12) (13) (14)}:

- **La Ciclovía Recreativa:** consiste en cerrar las calles al tránsito de vehículos motorizados y habilitar un espacio seguro y gratuito para la recreación y el deporte. Es un circuito de 121 km. interconectados que funciona los días domingos y festivos, y se estima que participan entre 600.000 y 1.400.000 usuarios por evento. A nivel mundial, el de Bogotá es el programa de ciclovías más largo y con el mayor número de participantes.
- **La Red de CicloRutas:** es una política de infraestructura urbana que consiste en destinar una carril permanente a la circulación exclusiva de bicicletas. En la actualidad, la red cuenta con 376 km construidos siendo la más extensa de América Latina.
- **El sistema TransMilenio:** es una metodología basada en autobuses que transitan por carriles exclusivos y que cuenta con estaciones específicas y exclusivas. La asociación entre este sistema y la actividad

física radica en que los usuarios deben caminar (o utilizar bicicleta) para llegar a las estaciones así como una vez dentro de la red de autobuses. Se estima que el TransMilenio moviliza aproximadamente al 70% de la población que utiliza transporte público.

- **Gimnasios al aire libre:** en la ciudad de Bogotá, 25 parques urbanos se han dotado de equipos de fácil manejo para realizar actividad física gratuita, donde pueden trabajar varias personas simultáneamente en actividades de calentamiento, tonificación muscular, estiramiento y ejercicio cardiovascular.

La implementación de estos programas e infraestructuras cuentan con la ventaja de tener, por lo general, mucha aceptación social y gran potencial de funcionamiento dado que conllevan la participación de distintas áreas en su planificación y del empoderamiento de todos los sectores de la sociedad en su uso y mantenimiento⁽¹⁵⁾ (ver recuadro 4.2). Sin embargo, la experiencia de Bogotá muestra que aún prevalecen barreras que dificultan el diseño e implementación, sobre todo aquellas asociadas a los cambios en las prioridades a nivel político (que dificultan su continuidad); la desarticulación entre los distintos sectores involucrados; el automóvil privado como mecanismo aún priorizado para transportarse; problemas de financiación para el mantenimiento; entre otros⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾.

Recuadro 4.2.

Fomento de la actividad física en Bogotá: una estrategia multisectorial. Actores clave de las cuatro estrategias implementadas⁽¹⁵⁾

- **Ciclovía recreativa:** la operación mantenimiento y evaluación del programa requiere de la participación de nueve sectores: recreación, cultura y deportes; transporte y planeación urbana; gobierno; seguridad; servicios; academia/investigación; salud; educación y medio ambiente.
- **Red de CicloRutas:** es administrada principalmente por el Instituto de Desarrollo Urbano. La operación, mantenimiento y evaluación involucra la participación de diferentes actores tales como: planeación urbana, servicios públicos, cultura y deporte y academia/investigación.
- **Sistema TransMilenio:** tiene un esquema de participación público – privada. El estado provee la infraestructura a través del Instituto de Desarrollo Urbano; lo operativo está a cargo de siete empresas privadas; el sistema de recaudo es responsabilidad de dos concesionarios privados.
- **Gimnasios al aire libre:** en su mayoría funcionan mediante un convenio entre el distrito y las empresas privadas que donan los equipos, financian la instalación y se encargan del mantenimiento; en su mayoría son firmas privadas asociadas a los sectores salud, educación y recreación y deportes.

Tabaco

En lo que refiere a la estrategia para el control del tabaquismo, Uruguay es uno de los países que más ha avanzado en la implementación de medidas para la reducción del consumo de tabaco.

En este país, la prevalencia y tasa de mortalidad del cáncer de pulmón, especialmente entre varones, es una de las más altas en relación con otros tipos de cáncer⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾. El año 2000 marcó un inicio importante en el proceso de implementación de la estrategia de control del tabaquismo cuando, desde la Dirección General de la Salud dependiente del Ministerio de Salud Pública, se creó la Alianza Nacional para el Control del Tabaco (ANCT), integrada por organismos gubernamentales, paraestatales, internacionales y académicos, y organizaciones no gubernamentales. La creación de la ANCT logró que la temática tuviera visibilidad, no solo instalando el tema a nivel político sino también permitiendo la concientización de todos los sectores de la sociedad⁽¹⁵⁾.

Las distintas instituciones que conformaron la ANCT realizaron gestiones de abogacía de manera individual, lo que derivó en una demanda conjunta de las instituciones del Estado y de la sociedad civil para promover la ratificación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control de

Tabaco (CMCT), que fue ratificado por ley en 2004 (Ley N° 17.793)⁽¹⁹⁾; Uruguay se convirtió así en uno de los primeros 40 Estados que lo ratificaron y el primero en hacerlo en América del Sur. Desde entonces, el país se encaminó en un proceso de políticas y regulaciones destinadas al control de tabaco a través de decretos del Poder Ejecutivo y la conformación de la Comisión Nacional Asesora para el Control del Tabaco, integrada por instituciones gubernamentales, públicas no estatales y representantes de los gremios médicos. Además, en el año 2005 se estableció el Programa Nacional de Control de Tabaco del Ministerio de Salud Pública, responsable de la planificación, desarrollo e implementación de la estrategia de control de tabaco así como de la fiscalización de la normativa⁽²⁰⁾.

En el año 2005 Uruguay fue declarado libre de humo de tabaco en espacios públicos cerrados y en lugares de trabajo⁽²¹⁾. En el año 2008, entró en vigencia la Ley de Control de Tabaquismo (Ley N° 18.256)⁽²²⁾ que profundizó y sistematizó las medidas⁽²⁰⁾. Para el año 2013, Uruguay fue el único país de la región que firmó el Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco, dispuesto por la CMCT de la OMS⁽²³⁾.

El éxito de la política de control de tabaco en Uruguay no solamente responde a la normatización, sino también a mecanismos de fiscalización, defensa, promoción, prevención y educación de toda la población, que el Estado ha instrumentado con los aportes fundamentales de la sociedad civil y de toda la población⁽²⁴⁾. Puede afirmarse, entonces, que el control de tabaco en Uruguay se constituyó en una política pública integral de salud, que por su efectividad constituye hoy un ejemplo y un modelo a seguir (ver recuadro 4.3).

Recuadro 4.3

Ejes de acción para el control de tabaco en Uruguay: Ley 18.256, Ordenanza Ministerial N° 466/09 y Resolución del Ministerio de Salud Pública N° 514/09^{(22) (3)}

- **Espacios “libre de humo de tabaco”.** Todos los espacios públicos cerrados, lugares de trabajo, instituciones educativas y de salud deben contar con avisos alusivos, con o sin imágenes, que contengan la leyenda “Prohibido fumar, ambiente 100% libre de humo de tabaco”.
- **Advertencias sanitarias.** Todos los paquetes y envases de productos de tabaco deberán figurar advertencias sanitarias e imágenes o pictogramas (aprobados por el Ministerio de Salud Pública), que describan los efectos nocivos del consumo de tabaco; deben ocupar por lo menos el 80% de las partes delantera y trasera del paquete. Los mismos contienen además información de la totalidad de los componentes de los productos de tabaco y de sus emisiones.
- **Prohibición absoluta de publicidad.** Está prohibida toda forma de publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco en los medios de comunicación (radio, televisión, diarios, vía pública, etc.), a excepción de los locales donde se expendan estos productos, en los cuales la publicidad debe contener información sobre los daños que produce el tabaco. Se prohíbe además toda terminología, signos, simbología o promociones que generen mensajes engañosos sobre la nocividad de los productos de tabaco.
- **Obligatoriedad de diagnóstico y tratamiento de la dependencia de tabaco.** Rige para todo el Primer Nivel de Atención, de salud pública y privada, con policlínicas de Cesación de Tabaquismo obligatorias por parte de todos los prestadores de salud.
- **Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco.** Uruguay ratificó el protocolo en septiembre de 2014, adoptado por las partes del CMCT de la OMS. El objetivo es combatir el comercio ilícito del tabaco mediante el control de la cadena de suministro. Todas las partes se comprometen a aplicar un sistema mundial de seguimiento y localización con miras a reducir y, a largo plazo, erradicar el comercio ilícito⁽⁸⁾.
- **Fiscalización.** El Ministerio de Salud Pública controla el cumplimiento de esta ley y la aplicación de sanciones ante violaciones a la misma. Desde este eje, se elaboran informes anuales sobre la situación, aplicación, resultados y cumplimiento de la ley así como un “Registro de Infractores” que identifica los infractores y las sanciones aplicadas.
- **Regla de presentación única.** Se establece la prohibición del uso de múltiples presentaciones de una misma marca de productos de tabaco.

Eliminación de grasas trans y reducción de sodio

En lo que respecta a la promoción de alimentación saludable en la región, Argentina es pionera en dos estrategias exitosas dirigidas a la eliminación de grasas trans y a la disminución del consumo de sodio.

El Ministerio de Salud de la Nación, tomando como eje la necesidad de un enfoque intersectorial, convocó a distintos actores involucrados en la regulación, producción y distribución de alimentos, con el objetivo de acordar acciones conjuntas para reducir el sodio y las grasas trans en la dieta de la población.

Para la implementación de estas estrategias los enfoques de acción fueron:

A) Eliminación de las grasas trans. El trabajo conjunto entre los organismos públicos y los representantes de la industria de alimentos permitió la modificación del Código Alimentario Argentino mediante la incorporación del Artículo N° 155 tris ⁽²⁵⁾, que establece que el contenido de ácidos grasos trans de los productos industrializados no debe ser mayor a 2% del total de grasas en aceites vegetales y margarinas y a 5% del total de grasas para el resto de los alimentos; asimismo determinó plazos de adecuación a la modificación de entre 2 y 4 años respectivamente ⁽²⁶⁾.

Durante los plazos establecidos para el cumplimiento de la normativa se trabajó sobre dos aspectos fundamentales: 1) la difusión de información a la pequeña y mediana industria, para lo cual se elaboró una guía de recomendaciones y estrategias para el remplazo de las grasas trans por alternativas más saludables ⁽²⁷⁾. En diciembre de 2014, habiéndose alcanzado los plazos de adaptación, comenzaron las acciones de fiscalización de cumplimiento de la normativa y sus efectos, para lo cual se fortaleció el sistema de control de alimentos en las áreas de vigilancia, auditoría y laboratorio; 2) campañas destinadas a los consumidores sobre alimentación sana mediante material informativo sobre los efectos en la salud y pautas para la lectura del rotulado ⁽²⁶⁾.

B) Reducción de sodio. En el año 2010 el Ministerio de Salud de la Nación implementó la estrategia “Menos Sal, Más Vida” que se basa en tres componentes: 1) concientización de la población sobre la necesidad de disminuir la incorporación de sal en las comidas; 2) reducción progresiva del contenido de sodio en alimentos procesados, mediante acuerdos, en aquel momento voluntarios, con la industria de alimentos. Para cumplir con este objetivo, se seleccionaron cuatro grupos de alimentos: productos cárnicos y sus derivados, farináceos, productos lácteos y aderezos, conservas y sopas; 3) reducción del contenido de sal en panaderías artesanales. A partir de un compromiso firmado entre el Ministerio de Salud de la Nación, el Instituto Nacional de Tecnología Industrial y la Federación Argentina de la Industria de Pan y Afines, se brindó asistencia técnica y transferencia de tecnología a panaderías para la producción con menos o sin sal. En la actualidad, más de 9000 panaderías redujeron el contenido de sal en sus productos ⁽²⁸⁾ ⁽²⁹⁾.

A partir de dicha estrategia, en el año 2013 se sancionó la ley N° 26.905 de Promoción de la Reducción del Consumo de Sodio en la población. La misma propone: 1) la limitación de la oferta espontánea de saleros de mesa en establecimientos gastronómicos y el suministro de sal en sobres para quienes lo soliciten, la disponibilidad de sal con bajo contenido de sodio, la oferta de opciones de preparaciones sin sal y la difusión de mensajes sobre el riesgo del consumo de sal en productos, publicidades y menús; 2) la regulación de la publicidad y la inclusión de advertencias sanitarias en envases de sal; y 3) la regulación del contenido máximo de sodio permitido en algunos productos alimenticios ⁽³⁰⁾.

Al igual que en los ejemplos anteriores, la coordinación de acciones entre distintos entes del sector público y también con el sector privado resultó fundamental para el éxito de estas políticas en Argentina. También han influido el posicionamiento que estas temáticas tienen en el contexto internacional y las demandas de los consumidores, quienes exigen cada vez más alimentos saludables. Sin embargo aún es necesario el fortalecimiento de estrategias de monitoreo y adecuación a los plazos estipulados, así como la implementación de campañas masivas de comunicación que logren concientizar a todos los sectores de la población ⁽¹⁵⁾⁽³¹⁾⁽³²⁾ (ver recuadro 4.4).

Recuadro 4.4**Análisis FODA de la estrategia de eliminación de grasas trans y reducción de sodio en Argentina****FORTALEZAS**

- Diálogo y negociación intersectorial
- Capacidad de liderazgo del Ministerio de Salud para articular y dialogar con otras dependencias del sector público y sector privado
- Aceptación por parte de los consumidores

OPORTUNIDADES

- Contexto internacional
- Mayor demanda de los consumidores a productos saludables
- Conformación del grupo intersectorial que permitió la modificación del CAA

DEBILIDADES

- Falta de recursos para campañas masivas de comunicación
- Ausencia de pequeñas y medianas empresas en la discusión de las políticas a seguir
- Falta de tecnología estandarizada para el monitoreo y evaluación

AMENAZAS

- Pedidos de prórroga para cumplir con los plazos establecidos (fundamentalmente en sodio)
- Escasa información basal para el monitoreo y evaluación
- Las compañías multinacionales que fijan sus políticas a nivel global, pueden perjudicar los acuerdos locales

Rotulado de alimentos

En Chile, en el año 2012 se aprobó la Ley 20.606 “Sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad”; la misma se pondrá en vigencia a partir de junio de 2016. La ley establece que los envases o etiquetas de los alimentos destinados al consumo humano deben indicar los ingredientes que contienen, incluyendo todos sus agregados, y su información nutricional, que será determinada -en sus contenidos, forma, tamaño, mensajes, señalización o dibujos, proporciones, etc.- por el Ministerio de Salud en el Reglamento Sanitario de los Alimentos. Asimismo, dicha normativa podrá fijar límites de contenido de energía y nutrientes y dispone que todos los envases de productos alimenticios que estén sobre los límites establecidos como recomendables, deberán estar rotulados con la frase “ALTO EN”, sobre un fondo negro. Por otro lado el reglamento prohíbe la venta en todas las escuelas de alimentos “ALTOS EN”, así como su publicidad en canales de expresión dirigidos a menores de 14 años o a través de juguetes o regalos que incentiven a el consumo de estos alimentos. También se desarrolló una guía para la implementación de kioscos saludables en escuelas, así como programas para promover la alimentación saludable⁽³³⁾.

Dicha ley entrará en vigencia durante el primer semestre del 2016, tras haber superado fuertes obstáculos para su implementación. De hecho, el etiquetado original proponía un rótulo con la leyenda “EXCESO DE”, el cual tuvo que ser modificado tras la objeción de la asociación gremial AB Chile, que reúne a 18 empresas chilenas y multinacionales de bebidas y productos comestibles de la industria de alimentos en la Contraloría. Este hecho podría debilitar el proceso de implementación de la estrategia.

Vigilancia de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo

Brasil constituye un ejemplo en la región en lo referente a la Vigilancia de ENT ⁽³⁴⁾ ⁽³⁵⁾. Sus tres componentes esenciales son: a) monitoreo de los factores de riesgo; b) monitoreo de la morbilidad y mortalidad específica de las enfermedades; y, c) respuestas de los sistemas de salud, que también incluyen la gestión, políticas, planes, infraestructura, recursos humanos y acceso a los servicios de salud esenciales, inclusive a los medicamentos. Las principales acciones a destacar son ⁽³⁶⁾ ⁽³⁷⁾:

- **Implementación de la “Pesquisa Nacional de Salud”:** es una encuesta domiciliaria, realizada a mayores de 18 años, que se implementa junto con el Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística formando parte del sistema integrado de encuestas domiciliarias. Se realizó por primera vez en el año 2013 y se repetirá cada 5 años. Además de recabar información sociodemográfica sobre los hogares, la encuesta tiene como objetivo analizar la prevalencia de los principales factores de riesgo, estilos de vida y acceso a la atención médica; cuenta con mediciones antropométricas, de la presión arterial, y colecta de sangre y orina ⁽³⁸⁾.
- **Investigaciones sobre ENT:** entre otros, se elaboran análisis de morbilidad y mortalidad, se financian investigaciones con énfasis en las desigualdades en salud (poblaciones vulnerables como indígenas por ejemplo), evaluación de intervenciones, análisis de costos de ENT, etc ⁽³⁶⁾.

Además, en Brasil se implementa desde el año 2006 el Proyecto VIGITEL para analizar la frecuencia de los factores de riesgo de enfermedades crónicas y morbilidad referida, a partir de encuestas telefónicas a adultos (18 años y más) residentes en domicilios con línea fija de teléfono en las capitales de estado del país. Anualmente se realizan aproximadamente 54 mil entrevistas telefónicas ⁽³⁷⁾.

El fortalecimiento de la vigilancia es una prioridad nacional y global. Si bien Brasil muestra un sistema de vigilancia avanzado, aún es necesario mejorar la cobertura y calidad de los datos de mortalidad y en el fomento a investigaciones regulares sobre factores de riesgo a nivel nacional y municipal ⁽³⁹⁾ ⁽⁴⁰⁾.

En Paraguay, en 2014, mediante la resolución ministerial N° 507, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en el marco del Plan Global de ENT, lanzó el “Plan Nacional de Acción para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles 2014-2024” ⁽⁴¹⁾. Su meta es la prevención y control de ENT mediante la reducción de la exposición a los factores de riesgo, el diagnóstico precoz, el tratamiento y seguimiento adecuados, así como el fortalecimiento de la vigilancia e investigación en esta área ⁽⁴²⁾.

Puede decirse que las acciones para la prevención de ENT en Paraguay son aún nuevas y necesitan del tiempo y evaluación para su fortalecimiento y materialización de los objetivos esperados. Ha sido un avance importante para el país la implementación de la Primer Encuesta Nacional de Factores de Riesgo en el año 2011, como línea de base para la constitución de estrategias y políticas de acción, y posterior evaluación de las mismas cuando sean ejecutadas las siguientes (se espera realizarlas aproximadamente cada 4 años). Los principales objetivos de la Primer Encuesta de Factores de Riesgo fueron ⁽⁴³⁾:

- Determinar la prevalencia de los factores de riesgo y las ENT
- Monitorear la evolución de los principales factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles.
- Predecir los números de casos futuros de enfermedades crónicas
- Evaluar el impacto de políticas de prevención realizadas a nivel nacional
- Contribuir como insumo para la planificación y ejecución del Plan de Acción de las ENT, en el marco de las Políticas Públicas de calidad de vida y salud con equidad

En conclusión, las estrategias aquí presentadas son sólo algunos ejemplos de las acciones llevadas a cabo en la región. El intercambio de experiencias, logros y dificultades en el diseño e implementación de políticas es fundamental para potenciar los esfuerzos de los estados en la lucha contra la epidemia de ENT.

REFERENCIAS

1. Foro Panamericano promueve alianzas multisectoriales contra las enfermedades no transmisibles [Internet]. [citado 15 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.paho.org/Hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6781:pan-american-forum-promote-cross-sector-action-against-non-communicable-diseases-&Itemid=1926&lang=es
2. Beaglehole R, Ebrahim S, Reddy S, Voûte J, Leeder S. Prevention of chronic diseases: a call to action. *The Lancet*. diciembre de 2007;370(9605):2152–7.
3. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019 [Internet]. Washington, D.C., EE. UU: Biblioteca Sede de la OPS; 2014. 64 p. Recuperado a partir de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=30526&lang=es
4. Bloom, D.E., Cafiero, E.T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L.R., Fathima, S., et al. The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases [Internet]. 2011. 48 p. Recuperado a partir de: http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf
5. Chisholm D, Abegunde D, Mendis S, World Health Organization. Scaling up action against noncommunicable diseases: how much will it cost?. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2011.
6. Secretaría de Salud. Gobierno Federal de México. Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. [Internet]. 2010. Recuperado a partir de: <http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/Acuerdo%20Original%20con%20creditos%2015%20feb%2010.pdf>
7. Alianza por la Salud Alimentaria - Actúa por la salud [Internet]. [citado 15 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://alianzasalud.org.mx/>
8. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Universidad de Antioquia, Fac. Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”. Análisis de la situación de salud en Colombia, 2002-2007. Bogotá: Imprenta Nacional; 2012.
9. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 [Internet]. 2010. Recuperado a partir de: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/Descargas1/Resumenfi.pdf>
10. World Health Organization, editor. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009. 62 p.
11. IDRD [Internet]. [citado 16 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.idrd.gov.co/sitio/idrd/>
12. Secretaria Distrital de Movilidad [Internet]. [citado 16 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.movilidadbogota.gov.co/>
13. Transmilenio [Internet]. [citado 16 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.transmilenio.gov.co/>
14. Gimnasios al aire libre en Bogotá | IDRD [Internet]. [citado 16 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.idrd.gov.co/sitio/idrd/?q=node/199>
15. Bonilla-Chacin Maria Eugenia, Barbieri Maria Eugenia, Hernandez Adriana Diaz del Castillo, Duran Ethel Segura, Sarmiento Olga L., Rodriguez Evelyne, et al. Prevention of health risk factors in Latin America and the Caribbean : governance of five multi sectoral efforts. The World Bank; 2014.
16. Puerta Noreida Alcaraz, Monroy Héctor Escudero. Sistematización de la experiencia CicloVía recreativa de la Secretaría de Deporte y Recreación del municipio de Itagüí (Antioquia) entre los años 2012-2013. *Rev Educ Física*. 2014;3(2):38.
17. Globocan 2012 - Home [Internet]. [citado 15 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>
18. The Tobacco Atlas | World Lung Foundation [Internet]. [citado 15 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.tobaccoatlas.org/>
19. Ley 17.793 [Internet]. [citado 17 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=17793&Anchor=>
20. Centro de Cooperación Internacional de Control de Tabaco - Uruguay. Normativa sobre control de tabaco en Uruguay [Internet]. 2015. Recuperado a partir de: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/CCICT_libro%20febrero%202015_original_web.pdf
21. LEGISLACION - DECRETOS [Internet]. [citado 15 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.elderechodigital.com.uy/smu/legisla/D0500268.html>
22. Ley 18.256 [Internet]. [citado 15 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18256&Anchor=>
23. OMS | El Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco queda abierto a la firma [Internet]. [citado 15 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.who.int/fctc/cop/sessions/signing_ceremony/es/
24. Cooperativa 21 de Octubre se presenta en todos los departamentos del interior del país: Apoyo a las tareas de educación, prevención y supervisión en el marco de las políticas de control del tabaco | Ministerio de Salud Publica - Re-

publica Oriental del Uruguay [Internet]. [citado 15 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.msp.gub.uy/noticia/cooperativa-21-de-octubre-se-presenta-en-todos-los-departamentos-del-interior-del-pa%C3%Ads-apoyo>

25. Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos y Secretaría de Agricultura, Ganadería y Pesca. CÓDIGO ALIMENTARIO ARGENTINO. Resolución Conjunta 137/2010 y 941/2010. Modificación. [Internet]. [citado 16 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/176669/norma.htm>

26. Alimentos Argentinos - Nutrición [Internet]. [citado 16 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.alimentosargentinos.gov.ar/HomeAlimentos/nutricion/argentina_2014_libre_de_grasas_trans.php

27. Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca. Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de recomendaciones para la pequeña y mediana industria. Iniciativa “América Libre de GrasasTrans” Comisión de trabajo en Argentina. [Internet]. 2011. Recuperado a partir de: <http://www.msal.gov.ar/argentina-saludable/pdf/Guia%20de%20Recomendaciones%20PyMEs%20marzo%202011.pdf>

28. Menos Sal + Vida [Internet]. [citado 16 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/menos-sal--vida>

29. Ministerio de Salud de la Nación. Iniciativa Menos Sal, Más Vida. [Internet]. PPT presentado en; 2015; Buenos Aires, Argentina. Recuperado a partir de: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/programas/pdf/2015-11_menos-sal-mas-vida_ppt.pdf

30. INFOJUS - Promoción de la reducción del consumo de sodio en la población [Internet]. [citado 16 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.infojus.gov.ar/26905-nacional-promocion-reduccion-consumo-sodio-poblacion-Ins0005889-2013-11-13/123456789-0abc-defg-g98-85000scanyel>

31. Moodie R, Stuckler D, Monteiro C, Sheron N, Neal B, Thamarangsi T, et al. Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. *The Lancet*. febrero de 2013;381(9867):670–9.

32. Roberto CA, Swinburn B, Hawkes C, Huang TT-K, Costa SA, Ashe M, et al. Patchy progress on obesity prevention: emerging examples, entrenched barriers, and new thinking. *The Lancet*. junio de 2015;385(9985):2400–9.

33. Etiquetado de alimentos - Ley fácil - Biblioteca del Congreso Nacional de Chile [Internet]. [citado 16 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/etiquetado-de-alimentos>

34. Malta DC, Cezário AC, Moura L de, Morais Neto OL de, Silva Junior JB da. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol E Serviços Saúde* [Internet]. septiembre de 2006 [citado 16 de diciembre de 2015];15(3). Recuperado a partir de: [scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro: situação e desafios atuais [Internet]. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). 2005. 79 p. Recuperado a partir de: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>

36. Ministerio, de la Salud. Secretaría de Vigilancia en Salud. Departamento de Análisis de Situación de Salud. Plan de Acciones estratégicas para el enfrentamiento de las enfermedades no transmisibles (ENT) en Brasil 2011-2022 [Internet]. 1a ed. Brasilia, Brasil; 2011. 160 p. Recuperado a partir de: http://www.iccp-portal.org/sites/default/files/plans/cartilha_13102011.pdf

37. Eixos - Eixo Vigilância [Internet]. [citado 16 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/portal-dcnt/mais-sobre-portal-dcnt/6755-eixos-eixo-vigilancia>

38. PNS - Pesquisa Nacional de Saúde [Internet]. [citado 16 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.pns.icict.fiocruz.br/>

39. Laurenti R, Jorge MHP de M, Gotlieb SLD. Mortalidade segundo causas: considerações sobre a fidedignidade dos dados. *Rev Panam Salud Pública*. mayo de 2008;23(5):349–56.

40. Gomes F de BC. Sistema de informações sobre mortalidade: considerações sobre a qualidade dos dados. *Inf Epidemiológico Sus* [Internet]. marzo de 2002 [citado 16 de diciembre de 2015];11(1). Recuperado a partir de: http://scieloteste.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16732002000100001&lng=en&nrm=iso&tlng=en

41. Paraguay lanza Plan Nacional para la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles 2014 – 2024 [Internet]. [citado 16 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=1225:paraguay-lanza-plan-nacional-para-la-prevencion-y-el-control-de-las-enfermedades-cronicas-no-trasmisibles-2014-2024&Itemid=214

42. Establecen Plan Nacional para el control de Enfermedades Crónicas - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social [Internet]. [citado 16 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.mspbs.gov.py/v3/establecen-plan-nacional-para-el-control-de-enfermedades-cronicas/>

43. Prof. Dra. Felicia Cañete. Dirección Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Enfermedades No Transmisibles. Paraguay 2001 [Internet]. Recuperado a partir de: <http://www.nutrisys-py.com/descarga/img/-ENT.pdf>



© Organización Panamericana de la Salud

CAPÍTULO 5

RECOMENDACIONES PARA AVANZAR EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES A NIVEL DE MERCOSUR

En la actualidad, existen a nivel de MERCOSUR declaraciones y acuerdos que deben tomarse en cuenta para el establecimiento de la agenda subregional sobre prevención y control de ENT.

Tabaco

Mediante el acuerdo MERCOSUR/CMC/Dec N 20/03, referente a la Estrategia regional para el control de tabaco, los Ministros de la Salud de esta región convinieron:

- Priorizar los “costos sociales y económicos relacionados al tabaco” e identificar mecanismos para garantizar la sustentabilidad política y financiera de las políticas nacionales de control de tabaco.
- Priorizar recursos para el desarrollo de estudios y encuestas para medir los costos económicos directos e indirectos del tabaco, así como de la implementación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT).
- Solicitar a la OPS que apoye a los países de la región en dichos temas.

Recomendación para el próximo periodo:

- Dar continuidad al mencionado acuerdo. La OPS, a través del Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental (NMH/RF) se pone a disposición para dar su colaboración técnica.

Alimentación

Para avanzar en temas de nutrición se requiere la articulación intersectorial y en el ámbito de MERCOSUR para generar acciones de mejora en el etiquetado nutricional de los alimentos y su publicidad a fin de facilitar mejores decisiones de la población.

En la actualidad existen en la región los siguientes acuerdos en relación con la alimentación:

- 1. MERCOSUR/GMC/RES N 26/03:** Reglamento técnico MERCOSUR para rotulación de alimentos envasados sobre etiquetado nutricional. En este documento se precisan los detalles sobre:
 - Los principios generales, definiciones e idioma
 - La información obligatoria y su presentación
 - La rotulación facultativa
 - La presentación y distribución de la información obligatoria
 - Los casos particulares
- 2. MERCOSUR/RMS/ ACUERDO N° 02/15:** Recomendaciones en relación con Políticas y Medidas regulatorias para la Reducción del consumo de sodio. En este documento se detallan los siguientes puntos:
 - El compromiso de los Estados parte de MERCOSUR para la reducción del contenido de sodio en alimentos procesados y ultraprocesados.
 - Los límites máximos de sodio en las categorías de alimentos calve o priorizados consensuados por los Estados parte de MERCOSUR, en concordancia con las metas regionales impulsadas por la OPS.
 - Asimismo, cada Estado establecerá los alimentos que serán priorizados de acuerdo con su respectivo patrón alimentario.

- 3. MERCOSUR/RMS/ ACUERDO N° 03/15:** Recomendaciones en relación con Políticas y Medidas regulatorias para la Prevención y Control de la Obesidad. Durante la última reunión de CIENT en Asunción - Paraguay (2015) se realizó la siguiente propuesta:
- Lograr la articulación entre los Grupos de Trabajo con el Subgrupo de Trabajo Número 3 (SGT°3)/ COMISION DE ALIMENTOS en lo relacionado con los procesos de revisión y/o redacción de los Reglamentos Técnicos vinculados a las Recomendaciones (Etiquetado de Alimentos, Rotulado Nutricional, Declaración de Propiedades Nutricionales – CLAIMS, Declaración de Propiedades de Salud, publicidad. etc.).
 - Ser una herramienta trascendental de consenso entre países sobre temas relacionados a las políticas y medidas regulatorias en salud al contar con representantes de las Comisiones Nacionales.

Recomendaciones para el próximo periodo:

- Revisar las recomendaciones del *Codex Alimentarius* sobre el etiquetado obligatorio.
- Revisar los avances en relación con las metas subregionales sobre la reducción de la sal en los productos procesados y ultraprocesados.
- Implementar el Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia.
- Generar un espacio para la discusión y toma de decisiones a nivel de MERCOSUR en relación con el mercadeo de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidos a niños, así como la introducción de impuestos a alimentos con alto contenido de azúcar, sal y grasas. La OPS tiene la capacidad de prestar la cooperación técnica en estos puntos.

