
Informe de la Reunión oficial de Estados Miembros para ultimar los trabajos relativos al marco mundial de vigilancia integral, incluidos indicadores y un conjunto de metas mundiales de aplicación voluntaria para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles

1. La Reunión oficial de Estados Miembros para ultimar los trabajos relativos al marco mundial de vigilancia integral, incluidos un conjunto de indicadores y un conjunto de metas mundiales de aplicación voluntaria para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles se celebró del 5 al 7 de noviembre de 2012 en Ginebra y estuvo presidida por el Dr. Bjørn-Inge Larsen (Noruega). Asistieron a ella representantes de 119 Estados Miembros, una organización de integración económica regional, una organización intergubernamental y 17 organizaciones no gubernamentales.
2. Los Estados Miembros examinaron la versión revisada (de fecha 25 de julio de 2012) del documento de debate de la OMS sobre un marco mundial de vigilancia integral, incluidos un conjunto de indicadores y un conjunto de metas mundiales de aplicación voluntaria para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles,¹ y un informe sinóptico de los resultados de las deliberaciones celebradas en cada una de las reuniones de los comités regionales.²
3. Se aprobaron por consenso el marco mundial de vigilancia, incluidos un conjunto de indicadores (anexo 1), y un conjunto de metas mundiales de aplicación voluntaria para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles (anexo 2), que se adjuntan al presente informe. La vigilancia de los indicadores debería hacerse con arreglo a dimensiones clave de la equidad, incluidos el género, la edad y el estatus socioeconómico, y a determinantes sociales clave tales como el nivel de ingresos, la educación y otros estratificadores pertinentes por países, según proceda.
4. La reunión oficial solicita a la Directora General que presente este informe, y el marco mundial de vigilancia adjunto, incluidos un conjunto de indicadores y un conjunto de metas mundiales de apli-

¹ Documento A/NCD/INF./1.

² Documento A/NCD/INF./2.

cación voluntaria para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 132.^a reunión, a la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud, para que los examine y adopte.

5. El marco mundial de vigilancia, incluidos los indicadores y un conjunto de metas mundiales de aplicación voluntaria, para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles se integrará en las actividades ya emprendidas para elaborar un proyecto de plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, que abarcará el periodo 2013-2020, a fin de presentarlo a la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo.

6. La reunión oficial recomienda encarecidamente que el Consejo Ejecutivo examine este informe y los documentos adjuntos, con miras a adoptar el marco y el conjunto de metas mundiales de aplicación voluntaria y a recomendar a la Asamblea de la Salud su adopción sin volver a abrir el debate al respecto.

ANEXO 1

MARCO MUNDIAL DE VIGILANCIA INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES, INCLUIDO UN CONJUNTO DE INDICADORES

1. El cuadro 1 contiene un conjunto de 25 indicadores. Esos indicadores, que se refieren a los tres componentes del marco mundial de vigilancia, aparecen en relación con cada componente.

Cuadro 1. Indicadores para seguir las tendencias y evaluar los progresos en la aplicación de las estrategias y planes sobre enfermedades no transmisibles

Mortalidad y morbilidad:
<ul style="list-style-type: none"> • Probabilidad incondicional de muerte entre los 30 y los 70 años de edad por enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes o enfermedad respiratoria crónica. • Incidencia de cáncer, por tipo de cáncer por 100 000 habitantes.
Factores de riesgo
<p><i>Factores de riesgo conductuales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso nocivo del alcohol:¹ Consumo total de alcohol per cápita (registrado o no registrado) en la población de 15 o más años en un año civil, expresado en litros de alcohol puro, según proceda en el contexto del país. • Uso nocivo del alcohol: Prevalencia normalizada por edades de los episodios de ingesta masiva de alcohol entre los adolescentes y adultos, según proceda en el contexto del país. • Uso nocivo del alcohol: Morbilidad y mortalidad relacionadas con el alcohol entre los adolescentes y adultos, según proceda en el contexto del país. • 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 hortalizas. • Prevalencia de adolescentes con un nivel insuficiente de actividad física (definido como menos de 60 minutos diarios de ejercicio de intensidad moderada a elevada). • 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). • Ingesta diaria promedio de sal (cloruro de sodio) en gramos y normalizada por edades en las personas de 18 o más años. • Porcentaje medio normalizado por edades de la ingesta calórica total procedente de ácidos grasos saturados² entre las personas de 18 o más años. • Prevalencia del consumo actual de tabaco entre los adolescentes. • Prevalencia normalizada por edades del consumo actual de tabaco entre las personas de 18 o más años.

¹ Según proceda en el contexto del país y en consonancia con la Estrategia mundial de la OMS para reducir el uso nocivo del alcohol, los países seleccionarán los indicadores del uso nocivo del alcohol, que pueden comprender los episodios de ingesta masiva de alcohol, el consumo total de alcohol por habitante y la morbilidad y mortalidad relacionadas con el alcohol, entre otros.

² Determinados ácidos grasos incluidos en la clasificación general de los ácidos grasos saturados poseen propiedades biológicas singulares y efectos en la salud que pueden revestir interés para formular recomendaciones dietéticas.

Factores de riesgo biológicos:

- Prevalencia normalizada por edades de personas de 18 o más años 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).
- Prevalencia normalizada por edades de personas de 18 o más años con **hipertensión arterial** (definida como tensión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o tensión arterial diastólica ≥ 90 mmHg) y tensión arterial sistólica promedio.
- Prevalencia normalizada por edades de adolescentes con **sobrepeso u obesidad** (definidos con arreglo a los patrones de crecimiento de la OMS para niños en edad escolar y adolescentes, como aumentos de, respectivamente, una o dos desviaciones respecto del IMC para la edad y el sexo).
- Prevalencia normalizada por edades de personas de 18 o más años con **sobrepeso u obesidad** (definidos por un índice de masa corporal superior a, respectivamente, 25 kg/m² y 30 kg/m²).
- 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) y colesterol total promedio.

Respuesta de los sistemas nacionales

- 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.
- **Farmacoterapia y asesoramiento** (comprendido el control de la glucemia) para personas de 40 años o más que presenten un riesgo $\geq 30\%$ de ataque cardíaco y accidentes cerebrovasculares en los 10 años siguientes (incluyendo los que ya padezcan una dolencia cardiovascular).
- Disponibilidad y asequibilidad en los centros sanitarios tanto públicos como privados de **medicamentos esenciales** de calidad, seguros y eficaces, **incluidos genéricos**, y **tecnologías básicas** para las principales ENT.
- 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.
- Disponibilidad, cuando proceda, de **vacunas contra los papilomavirus humanos** costoeficaces y asequibles, de acuerdo con los programas y políticas nacionales.
- 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.
- 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.
- 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.

2. El marco mundial de vigilancia integral, incluido el conjunto de 25 indicadores, permitirá realizar evaluaciones comparables a nivel internacional sobre las tendencias de las enfermedades no transmisibles a lo largo del tiempo, y ayudará a evaluar la situación en los diferentes países en relación con la de otros de la misma región o la de los incluidos en la misma categoría en cuanto a nivel de desarrollo.

3. Además de los indicadores previstos en este marco mundial de vigilancia, los países y regiones pueden incluir otros indicadores para seguir los progresos de las estrategias nacionales y regionales de prevención y control de las enfermedades no transmisibles, teniendo en cuenta la situación concreta del país o región.

ANEXO 2

METAS MUNDIALES DE APLICACIÓN VOLUNTARIA PARA PREVENIR Y CONTROLAR LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

En el cuadro 2 se presentan nueve metas mundiales de aplicación voluntaria para que las consideren los Estados Miembros. El logro de esas metas de aquí al año 2025 supondría un notable progreso en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

Cuadro 2. Conjunto de metas mundiales de aplicación voluntaria para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles

Mortalidad y morbilidad	Indicador
Mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles	
Meta: Reducción relativa del 25% de la mortalidad total por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas.	Probabilidad incondicional de muerte entre los 30 y los 70 años de edad por enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes o enfermedad respiratoria crónica.
Factores de riesgo	Indicador
<i>Factores de riesgo conductuales:</i>	
Uso nocivo del alcohol¹	
Meta: Reducción relativa de al menos un 10% del uso nocivo del alcohol, ² según proceda en el marco del contexto nacional.	<ul style="list-style-type: none"> Consumo total de alcohol per cápita (registrado o no registrado) en la población de 15 o más años en un año civil, expresado en litros de alcohol puro, según proceda en el contexto del país. Prevalencia normalizada por edades de los episodios de ingesta masiva de alcohol entre los adolescentes y adultos, según proceda en el contexto del país. Morbilidad y mortalidad relacionadas con el alcohol entre los adolescentes y adultos, según proceda en el contexto del país.

¹ Según proceda en el contexto del país y en consonancia con la Estrategia mundial de la OMS para reducir el uso nocivo del alcohol, los países seleccionarán los indicadores del uso nocivo del alcohol, que pueden comprender los episodios de ingesta masiva de alcohol, el consumo total de alcohol por habitante y la morbilidad y mortalidad relacionadas con el alcohol, entre otros.

² En la Estrategia mundial de la OMS para reducir el uso nocivo del alcohol, el concepto de uso nocivo del alcohol abarca el consumo de alcohol que provoca efectos sanitarios y sociales perjudiciales para el bebedor, para quienes lo rodean y para la sociedad en general, así como las pautas de consumo de alcohol asociadas a un mayor riesgo de resultados sanitarios perjudiciales.

Inactividad física	
Meta: Reducción relativa del 10% en la prevalencia de inactividad física.	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalencia de adolescentes con un nivel insuficiente de actividad física (definido como menos de 60 minutos diarios de ejercicio de intensidad moderada a elevada). • 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).
Ingesta de sal/sodio	
Meta: Reducción relativa del 30% de la ingesta diaria promedio de sal/sodio de la población. ¹	Ingesta diaria promedio de sal (cloruro de sodio) en gramos y normalizada por edades en las personas de 18 o más años.
Consumo de tabaco	
Meta: Reducción relativa del 30% de la prevalencia de consumo actual de tabaco en las personas de 15 o más años.	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalencia del consumo actual de tabaco entre los adolescentes. • Prevalencia normalizada por edades del consumo actual de tabaco entre las personas de 18 o más años.
<i>Factores de riesgo biológicos:</i>	
Hipertensión arterial	
Meta: Reducción relativa del 25% de la prevalencia de hipertensión, o limitación de la prevalencia de hipertensión en función de las circunstancias del país.	Prevalencia normalizada por edades de personas de 18 o más años con hipertensión arterial (definida como tensión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o tensión arterial diastólica ≥ 90 mmHg).
Diabetes y obesidad²	
Meta: Detener el aumento de la diabetes y la obesidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalencia normalizada por edades de personas de 18 o más años 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). • Prevalencia normalizada por edades de adolescentes con sobrepeso u obesidad (definidos con arreglo a los patrones de crecimiento de la OMS para niños en edad escolar y adolescentes, como aumentos de, respectivamente, una o dos desviaciones estándar respecto del IMC para la edad y el sexo). • Prevalencia normalizada por edades de personas de 18 o más años con sobrepeso u obesidad (definidos por un índice de masa corporal superior a, respectivamente, 25 kg/m^2 y 30 kg/m^2).

¹ La OMS recomienda un consumo inferior a 5 gramos de sal o 2 gramos de sodio por persona al día.

² Los países seleccionarán los indicadores apropiados para el contexto nacional.

Respuestas de los sistemas nacionales	Indicador
Farmacoterapia para prevenir los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares	
Meta: Al menos el 50% de las personas que lo necesitan reciben farmacoterapia y asesoramiento (incluido el control de la glucemia) para prevenir los ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares.	Farmacoterapia y asesoramiento (comprendido el control de la glucemia) para personas de 40 años o más que presenten un riesgo $\geq 30\%$ de ataque cardíaco y accidentes cerebrovasculares en los 10 años siguientes (incluyendo los que ya padezcan una dolencia cardiovascular).
Medicamentos y tecnologías básicas para tratar las principales enfermedades no transmisibles	
Meta: 80% de disponibilidad de tecnologías básicas y medicamentos esenciales asequibles, incluidos genéricos, necesarios para tratar las principales enfermedades no transmisibles, tanto en los centros públicos de salud como en los privados.	Disponibilidad y asequibilidad en los centros sanitarios tanto públicos como privados de medicamentos esenciales de calidad, seguros y eficaces, incluidos genéricos, y tecnologías básicas para las principales enfermedades no transmisibles.

= = =