
Proyecto de marco mundial de vigilancia integral: resumen de los resultados de las deliberaciones de los comités regionales y aportaciones de las partes interesadas

Informe de la Directora General

En consonancia con lo dispuesto en la decisión WHA65(8) de la Asamblea Mundial de la Salud, «Prevención de las enfermedades no transmisibles: resultados de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles», subpárrafo (8)(4), teniendo en cuenta la función directiva asignada a la OMS por la Asamblea General y la exigencia de ultimar los trabajos sobre el proyecto de marco mundial de vigilancia integral y, antes de que finalice 2012, preparar recomendaciones relativas a un conjunto de metas mundiales de carácter voluntario para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles,¹ la Directora General tiene el honor de presentar un informe donde se resumen los resultados de las deliberaciones celebradas en los comités regionales y otros procesos regionales pertinentes, así como una breve explicación preparada por la Secretaría acerca de las aportaciones resultantes de los diálogos mantenidos con las partes interesadas (véase el anexo).

¹ Véase la resolución 66/2 de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

ANEXO

**RESULTADOS DE LAS DELIBERACIONES DE LOS COMITÉS REGIONALES
Y OTROS PROCESOS REGIONALES PERTINENTES****Región de África de la OMS (Reunión técnica, Nairobi, 8 y 9 de septiembre de 2012)**

1. Los países expresaron su pleno respaldo a la meta global correspondiente a las enfermedades no transmisibles, a saber, la reducción en un 25% de la mortalidad para 2025. Los países dieron su apoyo al marco mundial de vigilancia y a las metas mundiales de carácter voluntario para centrar la atención y determinar los progresos realizados en la prevención y la reducción de las enfermedades no transmisibles. Se consideró que a la mayoría de los indicadores del marco de vigilancia mundial les correspondía una alta prioridad para llevar a cabo la vigilancia a escala mundial y nacional. Los Estados Miembros respaldaron unánimemente los indicadores de mortalidad, incidencia de cáncer, tensión arterial, glucemia, medicamentos esenciales para tratar las enfermedades no transmisibles y vacunación contra las infecciones que causan cáncer. La mayoría de los países convinieron en que los indicadores propuestos eran mensurables y viables. Se expresó inquietud acerca de la mensurabilidad y la disponibilidad de datos de referencia para los indicadores relacionados con el alcohol, la ingesta de grasas, la sal, los medicamentos esenciales para las enfermedades no transmisibles, la eliminación de las grasas *trans*, la publicidad orientada a los niños y la vacunación contra el virus del papiloma humano. Se propusieron indicadores adicionales relacionados con tratamientos especializados (radioterapia), la atención psicosocial y la drepanocitosis. Todas las esferas de acción se consideraron útiles y de alta prioridad. Las metas propuestas relativas a la mortalidad, la inactividad física, la ingesta de grasas, el alcohol, el colesterol, los medicamentos esenciales para las enfermedades no transmisibles y la farmacoterapia fueron respaldadas en su formulación actual. Se propusieron revisiones para las metas relativas a la tensión arterial, el tabaco, la sal/el sodio y la obesidad. Los países propusieron que en lugar de referirse al hábito de fumar se hiciera referencia al consumo de tabaco (en todas sus formas). Los países señalaron que se necesitaba apoyo técnico y financiero para reforzar la vigilancia de los indicadores del marco de vigilancia mundial con el fin de que pudieran presentar informes sobre esos indicadores.

Comité Regional de la OMS para las Américas (Washington, 17–21 de septiembre de 2012) y Consulta técnica (9 de agosto de 2012)

2. Los países coincidieron en el valor que tiene un marco mundial de vigilancia desde el punto de vista de la rendición de cuentas, la comunicación y la movilización de recursos, así como de la orientación hacia la acción de salud pública. Hubo acuerdo con respecto a la meta de reducción de la mortalidad prematura en un «25% para 2025». Hubo un acuerdo general sobre las metas relativas al tabaco, sal/sodio, inactividad física y tensión arterial, pero se plantearon cuestiones sobre el alcohol, obesidad, diabetes, colesterol y respuesta del sistema de salud. Se manifestaron inquietudes acerca de la necesidad de reforzar la capacidad de los países, dado que la mayoría de los indicadores dependen de encuestas, y también sobre la forma como se han elaborado algunos indicadores. Se reconoció que la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre enfermedades no transmisibles ha situado a estas enfermedades en el programa de desarrollo; sin embargo, se consideró que en los indicadores y metas faltan algunos aspectos, tales como indicadores de desarrollo e inversión económica; equidad; determinantes sociales de la salud; acceso a los medicamentos y servicios de salud; intervenciones dirigidas a los niños y adolescentes; capacidad de reglamentación, y acciones multisectoriales concretas. También se consideró importante que se disponga de metas a corto y a medio plazo (por ejemplo, con respecto a la estructura, el proceso y los resultados) para poder evaluar los

progresos. Se consideró que las metas regionales, subregionales y nacionales acordadas tienen el potencial de complementar las metas mundiales.

Comité Regional de la OMS para Asia Sudoriental (Yogyakarta, Indonesia, 4–7 de septiembre de 2012)

3. El Comité Regional respaldó el «modelo 4 por 4» (cuatro riesgos y cuatro enfermedades) para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, y pidió la inclusión de indicadores y metas dentro del marco de ese modelo. El Comité sugirió la inclusión de un número suficiente de metas mundiales (10, por ejemplo) que cubran los principales comportamientos de riesgo, en particular el consumo de tabaco, la dieta malsana, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol, así como de metas relacionadas con los resultados sanitarios y la respuesta del sistema de salud. El Comité manifestó sus inquietudes con respecto a las posibilidades de que se alcancen algunas de las metas propuestas, así como a la inexistencia de datos basales acerca de esas metas; por ejemplo, acerca de la «ingesta poblacional de sal». El Comité instó a los Estados Miembros a que refuerzen su capacidad de vigilancia y para ello incluyan la medición de datos basales que permitan efectuar un seguimiento y evaluación de la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Asimismo, pidió a los Estados Miembros que participen plena y activamente en todas las fases de los procesos de seguimiento de dichas enfermedades, tales como las consultas y reuniones de los órganos deliberantes de la OMS acerca del marco mundial de vigilancia y el establecimiento de las metas mundiales. El Comité pidió a la Secretaría que preste apoyo técnico a los Estados Miembros en la elaboración de los marcos nacionales de vigilancia, en particular con respecto a los indicadores y metas de la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

Comité Regional de la OMS para Europa (Valleta, 10 a 13 de septiembre de 2012) y Consulta técnica (9–31 de agosto de 2012)

4. En agosto de 2012 se organizó una consulta a través de la web, cuyos resultados fueron presentados al Comité Regional. Las principales conclusiones guardan relación con los siguientes conceptos: mortalidad, factores de riesgo comportamentales, factores de riesgo intermedios, desglose de datos y proceso. Se dispone de capacidad universal para informar sobre la mortalidad, y por tanto para establecer valores de referencia y vigilar los progresos hacia la meta mundial de reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles. Los países tienen una alta capacidad de vigilancia de cuatro factores de riesgo comportamentales (de mayor a menor capacidad): consumo de tabaco, consumo de alcohol, alimentación e inactividad física. En la pregunta sobre la alimentación no se distinguían los diferentes componentes de la dieta (como la sal, las grasas saturadas y las grasas trans), pero los países notificaron una alta capacidad para vigilar las dietas malsanas en general. En términos generales, la capacidad de seguir de cerca los factores de riesgo intermedios era escasa. Los lípidos sanguíneos fueron el único factor de riesgo controlado en menos de la mitad de los países EUR-B+C.¹ Además, se citó como un problema de costos la baja capacidad de medición de algunos factores de riesgo intermedios. La capacidad de desglosar los datos sobre las enfermedades no transmisibles es infrecuente en la Región de Europa, pese a las numerosas declaraciones sobre la importancia de los indicadores para evaluar la inequidad y medir los determinantes sociales. El Comité señaló una marcada preferencia por el reaprovechamiento de los datos existentes, la coherencia con conjuntos de da-

¹ Albania, Armenia, Azerbaiyán, Belarús, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Eslovaquia, Estonia, ex República Yugoslava de Macedonia, Federación de Rusia, Georgia, Hungría, Kazajistán, Kirguistán, Letonia, Lituania, Montenegro, Polonia, República de Moldova, Rumania, Serbia, Tayikistán, Turkmenistán, Turquía, Ucrania y Uzbekistán.

tos previos, la adopción de un número mínimo de indicadores y una labor escasa o nula de acopio de nuevos datos.

5. El Comité Regional adoptó una decisión sobre las enfermedades no transmisibles en la que acogió con satisfacción la meta mundial de un 25% de reducción relativa de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles para el año 2025, según lo acordado por la Asamblea Mundial de la Salud. Además, la decisión remite a los resultados de la consulta realizada en la web y destaca la necesidad de, a la hora de seleccionar los indicadores, tener en cuenta la capacidad de vigilancia ya existente en los Estados Miembros, a fin de no aumentar innecesariamente la labor de notificación de los Estados Miembros. En la decisión, además, se subraya la necesidad de tener en cuenta la disponibilidad de intervenciones viables, se exhorta a aplicar un enfoque sistemático y científico y a seleccionar un número limitado de indicadores científicamente sólidos que resulten factibles con los sistemas actuales de vigilancia, se hace hincapié en la necesidad de disponer de nuevos indicadores sobre los sistemas de salud, y se llama a otorgar más atención a las inequidades en salud y a sus determinantes.

Comité Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental (El Cairo, 1 a 4 de octubre de 2012)

6. Los participantes expresaron su pleno acuerdo con la meta de reducción global de la mortalidad «25 para 2025», adoptada por la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2012. Hubo apoyo general para la adopción de otras cuatro metas para abordar el consumo de tabaco, la hipertensión, la ingesta de sal/sodio, y la inactividad física. Respecto al tabaco, se sugirió reemplazar la idea de fumar por la idea de consumir tabaco, a fin de incluir el tabaco sin humo, que representa un problema considerable en muchos países. Otra propuesta fue la de añadir a las cuatro ya propuestas otra meta para la diabetes, centrada preferiblemente en la detección y el tratamiento tempranos, debido a la alta carga de esta enfermedad en la Región del Mediterráneo Oriental. Representantes de varios países plantearon diversas preguntas y opiniones relacionadas con las otras metas propuestas en el documento de debate, pero no hubo apoyo general para su inclusión. Los participantes subrayaron la necesidad de integrar el marco de vigilancia en el sistema nacional de información sanitaria, así como la importancia de mejorar la capacidad nacional para aplicar dicho marco.

Comité Regional de la OMS para el Pacífico Occidental (Hanoi, del 24 al 28 de septiembre de 2012)

7. Los Estados Miembros apoyaron en general la idea de las metas y los indicadores mundiales, pero se consideró que eran demasiados. Se pusieron en tela de juicio la idoneidad, la mensurabilidad y la posibilidad de alcanzar «todas las metas y todos los indicadores en todos los países». Los Estados Miembros preferirían seleccionar las metas e indicadores relacionados con sus necesidades y su capacidad. Una preocupación general fue el costo de la recopilación de datos. Hubo acuerdo en torno a la meta de reducir la mortalidad prematura, así como a las metas e indicadores relativos a la hipertensión arterial y el consumo de tabaco. Fue menor la coincidencia de pareceres y el apoyo con respecto a las metas que abordaban el alcohol, el consumo de sal, la elevación de las concentraciones totales de colesterol sanguíneo, el consumo de grasas, la obesidad y la farmacoterapia.

APORTACIONES DE OTRAS PARTES INTERESADAS

8. Una entidad del sistema de las Naciones Unidas¹ propuso hacer más hincapié en la necesidad de que los gobiernos y la sociedad civil se impliquen más y de ir más allá del sistema de salud.

9. Hubo un apoyo amplio de muchas organizaciones no gubernamentales pertinentes² para el proyecto del marco mundial de vigilancia, con inclusión de los indicadores, y para una serie de metas mundiales de aplicación voluntaria para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. La mayor parte de los comentarios apoyaron el número y tipo de los indicadores y las metas, pero se expresaron algunas inquietudes con respecto a la exclusión de grupos de edad más jóvenes de algunos indicadores. Se puso de relieve la necesidad de lograr el equilibrio, en particular entre las metas de prevención, tratamiento y atención; se insistió asimismo en la importancia de considerar el marco mundial de vigilancia en relación con otros cometidos de la OMS.

10. Varias entidades del sector privado³ dieron su respaldo al concepto del marco mundial de vigilancia, así como a los indicadores y las metas mundiales de aplicación voluntaria. Dos entidades privadas plantearon inquietudes con respecto al indicador y la meta relativos al alcohol; otra entidad, en cambio, apoyó aquel y esta. Se expresaron inquietudes en torno a los indicadores de nutrición que abordan únicamente nutrientes individuales, así como a la importancia de los indicadores sobre la capacidad del sistema de salud y la falta de aspiraciones en cuanto a la necesidad de aumentar la actividad física.

= = =

¹ ONUSIDA.

² Las entidades pertinentes son: Action on Smoking and Health (Escocia), Active - sobriety, friendship and peace (Suecia); los comités de adicciones de la Academia de la Medicina Francesa, la American Cancer Society, la American Diabetes Association la American Heart Association, la American Heart Association y la American Stroke Association; Center for Health and Development Intelligence y NCD-Forum (Bangladesh); EuroCare - European Alcohol Policy Alliance, European Association for the Study of the Liver, European Heart Network, European Respiratory Society, Framework Convention Alliance, German Obesity Association, Global Alcohol Policy Alliance, Global Asthma Network, Health Promotion Watch y Cameroonian Coalition against Tobacco, International Alliance of Patient's Organizations, International Association for Hospice and Palliative Care, International Association for the Study of Obesity, International Diabetes Federation, International Society of Pediatric Oncology, IOGT International, IOGT-NTO (Suecia), National Heart Forum (Reino Unido), NCD Alliance, NCD Child, Pioneer Foundation for Youth Development Uganda, Union for International Cancer Control, World Action on Salt and Health, World Association of Clubs of Alcoholics in Treatment, World Cancer Research Fund, World Dental Federation, World Health Professional Alliance y Worldwide Palliative Care Alliance.

³ Las entidades del sector privado son: European Spirits Organization, Global Alcohol Producers Group, International Dairy Federation, International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations, International Food and Beverage Alliance, Korea Alcohol and Liquor Industry Association, Lundbeck, The Brewers of Europe y World Federation of the Sporting Goods Industry.