

Proyecto de 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

INTRODUCCIÓN

1. Las enfermedades no transmisibles (ENT) son en la actualidad la principal causa mundial de mortalidad. De los 57 millones de defunciones que se produjeron en 2008 en todo el mundo, 36 millones —casi las dos terceras partes— se debieron a ENT, principalmente enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas. El mayor ritmo de aumento de la carga combinada de estas enfermedades corresponde a los países con los ingresos más bajos y alrededor de una cuarta parte de la mortalidad mundial relacionada con las ENT afecta a personas menores de 60 años.
2. Un gran porcentaje de ENT son prevenibles. Tienen en común factores de riesgo comportamentales modificables tales como el consumo de tabaco, una dieta malsana, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol. Estos factores de riesgo contribuyen al sobrepeso y la obesidad, la hipertensión y la hipercolesterolemia. Si no se toman medidas, el costo de la carga de las ENT ascenderá a billones de dólares en términos de pérdida de recursos en los próximos 30 años. Para reducir la carga y el impacto de las ENT, existen intervenciones viables y costoefectivas, y la adopción de medidas sostenidas para prevenir los factores de riesgo y mejorar la atención de salud, puede permitir que se eviten millones de muertes prematuras prevenibles.
3. El plan de acción para aplicar la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles aborda unos componentes fundamentales, a saber: vigilancia, prevención y atención de salud. El objetivo de la vigilancia consiste en monitorear las ENT, y analizar sus determinantes sociales, económicos, comportamentales y políticos con objeto de facilitar una orientación sobre medidas políticas, legislativas y financieras.
4. En la Reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, celebrada los días 19 y 20 de septiembre de 2011 en Nueva York, se subrayó la importancia de vigilar y monitorear los progresos realizados en materia de prevención y control de las ENT. El 19 de septiembre de 2011, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Resolución 66/2 relativa a la Declaración Política de la Reunión de alto nivel de la

Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no Transmisibles, en virtud de la cual se exhortaba a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a que, antes del fin de 2012:

- elaborara un marco mundial amplio de seguimiento, que comprendiera un conjunto de indicadores y fuera aplicable a diversas situaciones regionales y nacionales, incluso empleando enfoques multisectoriales, para realizar el seguimiento de las tendencias y evaluar los progresos que se lograran en la aplicación de las estrategias y los planes nacionales relacionados con las enfermedades no transmisibles;
- preparara recomendaciones para establecer un conjunto de metas mundiales de aplicación voluntaria para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles.

5. La Declaración Política instaba además a los Estados Miembros a considerar la posibilidad de establecer metas e indicadores nacionales basados en la situación de cada país, con arreglo a la orientación que proporcione la OMS.

6. En su decisión WHA65(8) la Asamblea Mundial de la Salud reconoció entre otras cosas los importantes progresos realizados en estrecha colaboración con los Estados Miembros en aplicación de los párrafos 61 y 62 de la Declaración Política de la Reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, decidió adoptar el objetivo mundial de una reducción del 25% de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles para 2025, expresó su firme apoyo a las actividades adicionales orientadas a propiciar un consenso en torno a objetivos relacionados con los cuatro factores de riesgo principales, esto es, el consumo de tabaco, las dietas poco saludables, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol; tomó nota del amplio respaldo expresado por los Estados Miembros y otras partes interesadas en torno a las metas de aplicación voluntaria consideradas hasta la fecha, en particular las relacionadas con la hipertensión arterial, el consumo de tabaco, sal y sodio, y la inactividad física, y señaló el apoyo de los Estados Miembros y otras partes interesadas al desarrollo de metas relacionadas con la obesidad, la ingesta de grasas, el alcohol, el colesterol y las respuestas del sistema de salud, tal como la disponibilidad de medicamentos esenciales para las enfermedades no transmisibles.

7. Conforme con la petición formulada a la Directora General por la Asamblea de la Salud en la decisión WHA65(8), este documento de debate revisado presenta un marco de vigilancia integral que comprende un conjunto de indicadores y ejemplos de metas mundiales de aplicación voluntaria, teniendo en cuenta la mensurabilidad, la viabilidad, las posibilidades de consecución y las estrategias de la OMS existentes en esa esfera. Este documento se fundamenta en otros documentos de debate anteriores publicados en 2011 y 2012.¹

PARTE 1: PROYECTO DE MARCO MUNDIAL DE VIGILANCIA DE LAS ENT, CON INCLUSIÓN DE UN CONJUNTO DE INDICADORES

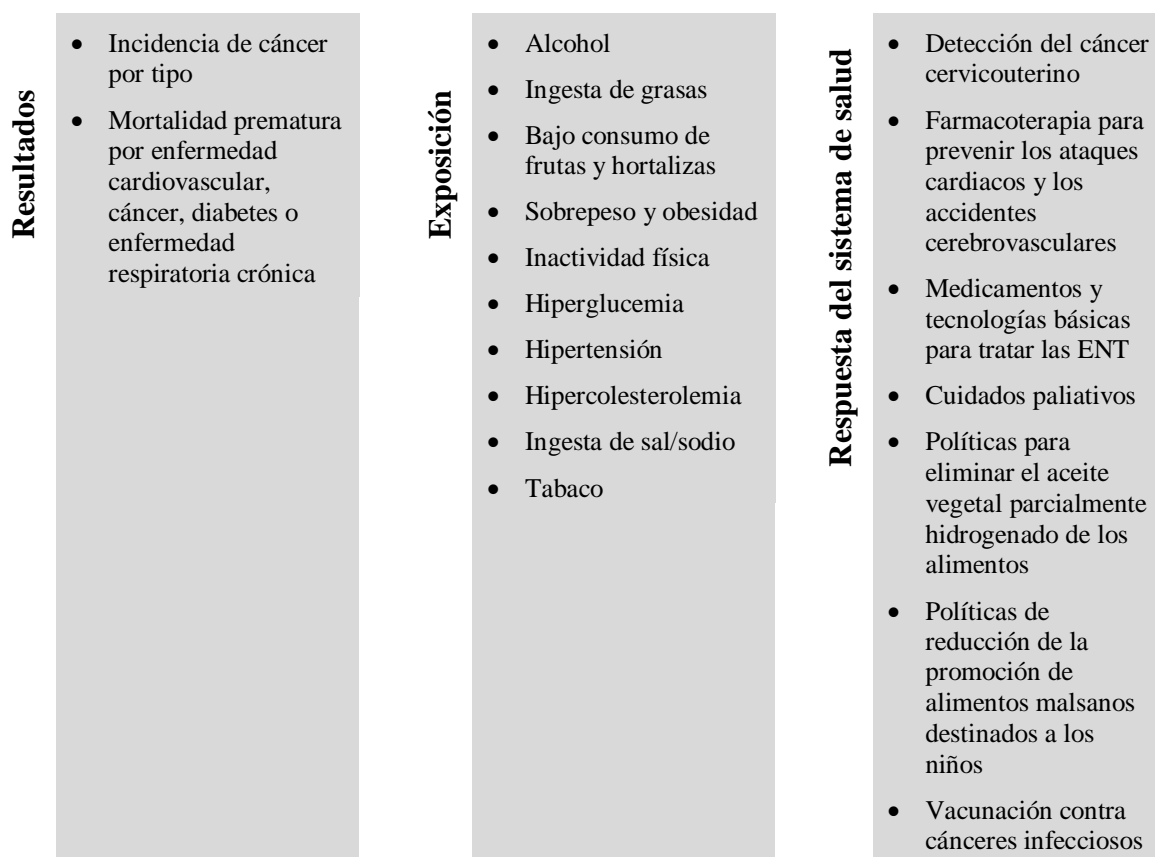
8. La finalidad de la vigilancia mundial consiste en fomentar la toma de conciencia y reforzar el compromiso político, para así llevar a cabo una acción mundial más sólida y coordinada sobre la prevención y control de las ENT.

¹ Publicado el 25 de julio en el sitio web de la OMS, donde se puede consultar en: http://www.who.int/nmh/events/2012/ncd_discussion_paper/en/index.html

9. Un marco de vigilancia integral (véase la figura 1) debería abarcar los resultados pertinentes (mortalidad y morbilidad), las exposiciones (factores de riesgo), y la capacidad y respuesta del sistema de salud, haciendo particular hincapié en las prioridades que figuran en la Declaración Política. El marco mundial de vigilancia y su correspondiente conjunto de indicadores permitirán equiparar internacionalmente las evaluaciones del estado y de las tendencias de las ENT a lo largo del tiempo y facilitará una referencia para comparar la situación particular de un país con otros de la misma región o de la misma categoría de desarrollo.

10. Además de los indicadores descritos en este marco mundial de vigilancia, los países pueden incluir otros indicadores para realizar un seguimiento de los progresos de las estrategias nacionales en materia de prevención y control de las ENT, teniendo en cuenta las situaciones propias de cada país.

Figura 1: Proyecto de marco mundial de vigilancia de las ENT



Indicadores para la vigilancia de las ENT en el marco mundial de vigilancia

11. El cuadro 1 presenta un conjunto de indicadores para vigilar los progresos realizados hacia la reducción del impacto de las ENT. Los indicadores, que abarcan los tres componentes del marco mundial de vigilancia (resultados, exposición y respuesta del sistema de salud), figuran bajo el componente al que corresponden.

Cuadro 1: Indicadores para la vigilancia de las ENT*Resultados:*

- Incidencia de cánceres, por tipo de cáncer, por cada 100 000 personas.
- Probabilidad incondicional de muerte entre los 30 y los 70 años de edad por enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes o enfermedad respiratoria crónica.

Exposición a factores de riesgo:

- Consumo per cápita de alcohol puro (registrado o no registrado) en la población adulta (de 15 o más años).
- Porcentaje medio normalizado por edades de la ingesta calórica total procedente de ácidos grasos saturados (AGS) y ácidos grasos poliinsaturados en adultos (personas de más de 18 años).
- Prevalencia normalizada por edades de adultos (personas de 18 o más años) que consumen en total menos de cinco raciones (400 gramos) al día de frutas y hortalizas.
- Prevalencia normalizada por edades de sobrepeso y obesidad (definidos por un índice de masa corporal superior a 25 kg/m² en el caso del sobrepeso, y a 30 kg/m² en el caso de la obesidad, y con arreglo al patrón de crecimiento y al patrón de crecimiento infantil de la OMS) en adultos (18 o más años), adolescentes y niños.
- Prevalencia normalizada por edades de adultos (18 o más años) con un nivel insuficiente de actividad física (definido como menos de 150 minutos de ejercicio de intensidad moderada a la semana, o su equivalente).
- Prevalencia normalizada por edades de hiperglucemia/diabetes, definida por valores de glucosa plasmática en ayunas $\geq 7,0$ mmol/l (126 mg/dl) o de personas que toman medicación contra ella en la población adulta (18 o más años).
- Prevalencia normalizada por edades de hipertensión arterial (definida como tensión arterial sistólica superior o igual a 140 mmHg y/o tensión arterial diastólica superior o igual a 90 mmHg) en la población adulta (18 años o más).
- Prevalencia normalizada por edades de hipercolesterolemia (definida como colesterol total igual o superior a 5,0 mmol/l o 190 mg/dl) en la población adulta (18 años o más).
- Ingesta diaria media de sal (cloruro de sodio), en gramos y normalizada por edades en la población adulta (18 o más años).
- Prevalencia normalizada por edades del consumo actual de tabaco en las personas de 15 o más años.

Respuesta del sistema de salud:

- Prevalencia de mujeres con edades comprendidas entre los 30 y los 49 años que hayan sido examinadas al menos una vez, para detectar cáncer cervicouterino.

- Farmacoterapia (comprendido el control de la glucemia) para personas de 40 o más años que presenten un riesgo del 30% o superior de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular en los 10 años siguientes, (o que ya padezcan una dolencia cardiovascular).
- Disponibilidad de medicamentos esenciales genéricos contra las enfermedades no transmisibles, en centros tanto públicos como privados.
- Acceso a cuidados paliativos, medido por el nivel de consumo (en equivalentes de morfina) de analgésicos opioides fuertes (excluida la metadona) por cada muerte por cáncer.
- Adopción de políticas nacionales que eliminen de la cadena alimentaria los aceites vegetales parcialmente hidrogenados, reemplazándolos con ácidos grasos poliinsaturados.
- Adopción de políticas nacionales para reducir el impacto que tiene en los niños la promoción de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo trans, azúcares libres o sal.
- Administración de vacunas contra infecciones cancerígenas, como las causadas por el papilomavirus humano (HPV) y el virus de la hepatitis B (VHB).

Información detallada sobre los indicadores

Indicadores de resultados

Incidencia de cáncer

12. *Indicador:* Incidencia de cánceres, por tipo de cáncer, por cada 100 000 personas.

13. *Consecuencias para la salud pública:* el cáncer es la segunda causa de las defunciones por ENT en el mundo. En 2008 fue responsable de 7,6 millones de muertes y más de las dos terceras partes de estas ocurrieron en países de ingresos bajos y medios. Se prevé que durante los próximos decenios la importancia del cáncer como causa de morbilidad y mortalidad vaya en aumento en todas las regiones del mundo. Los datos sobre la incidencia y el tipo de cáncer son esenciales para planificar los programas de control de esta enfermedad. La diversidad de tipos de cáncer en los diferentes países pone de manifiesto la necesidad de llevar a cabo un control que permita estudiar todos los patrones, ya que puede diferir la forma de combatirlos mediante prevención primaria, detección temprana, revisiones y tratamiento.

14. *Selección del indicador:* La incidencia de cáncer hace un seguimiento del número de nuevos casos, en un lugar concreto y de un tipo específico, que se dan cada año en la población. Normalmente se expresa en número de nuevos casos de cáncer por cada 100 000 habitantes.

15. *Referencias disponibles, métodos de medición y carencias:* Los datos sobre la incidencia de cáncer se extraen de los registros de casos de cáncer de las poblaciones. En estos registros se recopila y clasifica la información sobre todos los nuevos casos en una población determinada, facilitando estadísticas sobre incidencia y supervivencia, con objeto de evaluar y controlar el impacto de la enfermedad. Sin embargo, en África, Asia y América Latina sigue habiendo una carencia considerable de registros de alta calidad de los casos de cáncer en las poblaciones, ya que apenas se realiza el seguimiento del 1%, 4% y 6% de los habitantes de esas regiones, respectivamente.

Muertes prematuras atribuidas a las ENT

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

17. *Consecuencias para la salud pública:* De los 57 millones de defunciones que se produjeron en todo el mundo en 2008, 36 millones (63%) se debieron a ENT, y casi el 80% (29 millones) de esas muertes se registraron en los países de ingresos bajos y medios. Las ENT que más vidas se cobraron en 2008 fueron las enfermedades cardiovasculares (17 millones, o el 48% de las muertes por ENT), cánceres (7,6 millones, o el 13% de las muertes por ENT), y enfermedades respiratorias como el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (4,2 millones). La diabetes fue la causante de la muerte de otros 1,3 millones de personas.

18. *Selección del indicador:* Este indicador se calcula en base a la tasa de mortalidad correspondiente a las cuatro categorías combinadas por grupos de edad (habitualmente se establecen grupos de edad en una horquilla de cinco años; por ejemplo, de 30 a 34,..., de 65 a 69). Se aplica un método de tabla de vida que permite calcular el riesgo de muerte entre exactamente los 30 y 70 años, debido a esas enfermedades y en ausencia de otras causas.

19. El límite inferior de edad del indicador, 30 años, representa el punto en el ciclo de la vida en donde, tras haberse mantenido en niveles muy bajos durante la etapa de la juventud, el riesgo de mortalidad por las cuatro enfermedades crónicas mencionadas empieza a aumentar en la mayor parte de las poblaciones. Se han escogido los 70 años como límite superior por dos razones:

i) identificar una franja de edad en donde esas muertes por enfermedades crónicas pueden considerarse verdaderamente prematuras en prácticamente todas las regiones del mundo. En el cuadro 1 se muestran la esperanza de vida en las personas de 30 años en diferentes regiones del mundo en 2009; en todas estas, excepto en la Región de África, las personas de 30 años tienen una esperanza media de vida superior a los 70 años;

ii) cuanta más edad, más inciertas resultan las estimaciones de las tasas de mortalidad por una razón concreta, pues van aumentando el porcentaje de muertes por causas mal definidas, los niveles de comorbilidad y los índices de error en las fuentes sobre mortalidad y demografía.

20. *Referencias disponibles, métodos de medición y carencias:* En solo aproximadamente las dos terceras partes de los países, las anotaciones sobre fallecimientos en los sistemas de registro civil están lo suficientemente completas como para permitir una estimación de los índices correspondientes a todas las causas de muerte. Por lo tanto, ya que en gran parte de los países ocurren errores a la hora de certificar y codificar la causa concreta de una defunción, se propone que este indicador se refiera al riesgo de mortalidad combinado de los cuatro grupos principales de ENT mortales. Así se evitará la necesidad de manejar las diferencias que puedan existir entre distintas prácticas de codificación de la diabetes y de las enfermedades cardiovasculares. Los países que disponen de datos de buena calidad sobre las causas de defunción pueden desear elegir metas nacionales más detalladas respecto a las causas concretas de ENT.

21. Las iniciativas nacionales para reforzar los sistemas de registro civil y de mortalidad por causas concretas son una prioridad fundamental para muchos países. Se debe instruir a los médicos sobre la importancia de completar los certificados de defunción. En los lugares en donde muchas de las muertes no están atendidas por un médico, se pueden utilizar métodos alternativos, como una autopsia verbal, para completar los datos recopilados de los certificados de defunción. Para alcanzar el objetivo

mundial de datos de alta calidad sobre mortalidad se tiene que invertir a largo plazo en los métodos de registro civil.

Indicadores de la exposición

Alcohol

22. *Indicador:* Consumo anual per cápita de alcohol puro (registrado o no registrado) en la población adulta (de 15 o más años).

23. *Consecuencias para la salud pública:* Conseguir aminorar la carga de enfermedades atribuibles al alcohol constituye una prioridad de salud pública en el mundo entero, tal y como se afirma en la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. En dicha estrategia se define el uso nocivo del alcohol como un consumo de alcohol que provoca efectos sanitarios y sociales perjudiciales para el bebedor (consumo nocivo), 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 dañinos para la salud (consumo peligroso). Se estima que cada año mueren 2,3 millones de personas, o sea un 3,8% de toda mortalidad mundial, a causa del consumo de alcohol; y más de la mitad de esas muertes se deben a ENT y, en particular, a cánceres y enfermedades cardiovasculares. El riesgo de problemas de salud atribuibles al alcohol está correlacionado con los grados generales de consumo de alcohol, sin que se aprecie un efecto umbral para los cánceres y la hipertensión.

24. La estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol pone de manifiesto que el grado general de consumo de bebidas alcohólicas en una población, las pautas del mismo y el contexto local influyen en el uso nocivo del alcohol y los problemas conexos de salud pública. Los grados y los patrones del consumo de alcohol están interrelacionados: un aumento de la ingesta general de bebidas alcohólicas en una población determinada suele ir asociado con un incremento de la prevalencia de un uso problemático del alcohol y de pautas de consumo perjudiciales. Por el contrario, cuando disminuye la prevalencia de un consumo excesivo en una población determinada, baja el grado general de consumo de alcohol. En algunos países, entre el 10% y el 20% de los grandes bebedores son responsables de entre el 80% y el 90% del consumo alcohólico total de una población. Los datos disponibles indican que existe una relación entre el grado general de consumo de alcohol, calculado per cápita, y los principales problemas de salud asociados con el mismo.

25. *Selección del indicador:* Dos parámetros del consumo de alcohol tienen particular importancia para la prevención y control de las ENT: el grado general de consumo de alcohol y el patrón de este consumo. En lo referente al grado general de consumo de alcohol en las poblaciones, el consumo per cápita entre los adultos es un indicador ampliamente reconocido e implantado, para el cual la OMS recopila y analiza los datos en series temporales, e informa al respecto. Existe una relación entre el grado de consumo peligroso y dañino de bebidas alcohólicas y el grado de consumo per cápita que puede considerarse la única medida representativa fiable para poder vigilar el «uso nocivo del alcohol» tal y como se define en la estrategia mundial para reducir el uso del mismo. Se considera que la prevalencia de episodios de ingesta excesiva de alcohol es el mejor indicador para describir el patrón de consumo de bebidas alcohólicas y su relación con múltiples consecuencias negativas para la salud. Sin embargo, la medición de estos episodios de consumo excesivo plantea importantes problemas metodológicos, lo que impide recomendar que se utilice este indicador como indicador principal para fines de vigilancia a escala mundial, pues se basa en datos aportados por los mismos afectados, lo que podría propiciar sesgos significativos, una excesiva variabilidad de los datos resultantes de diferentes encuestas en una misma población, escasez de datos mundiales y regionales disponibles en series temporales para la mayor parte de los países del mundo y un elevado costo asociado a la recopilación de datos fiables para cada país. Se estudiaron los indicadores basados en la mortalidad y morbilidad cau-

sadas por el consumo de alcohol, tales como la cirrosis hepática alcohólica, la dependencia y las psicosis inducidas por el alcohol, aunque no se recomendaron a causa de las considerables dificultades para medirlos y de que la mayor parte de los Estados Miembros no disponen de datos sobre las tendencias.

26. *Referencias disponibles, métodos de medición y carencias:* Actualmente, 192 Estados Miembros disponen de datos sobre el consumo total anual (registrado o no registrado) per cápita (a partir de los 15 años de edad) en litros de alcohol puro. Esta información se fundamenta en los datos del gobierno sobre ventas nacionales y sobre exportación e importación, y en datos proporcionados por fuentes de la industria de bebidas alcohólicas y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, así como en estimaciones del consumo de alcohol no registrado. La evaluación de las variaciones en el consumo total de alcohol se basa en los cambios registrados en el consumo total de alcohol per cápita entre adultos (15 años o más), expresado en litros de alcohol puro por año. Al medir el consumo per cápita en los países en donde el número de turistas al año es al menos equivalente al número de habitantes, se tiene en cuenta a estos turistas. Desde 2004, la mayor parte de los Estados Miembros disponen de datos sobre el consumo total de alcohol (registrado y no registrado) y se han realizado importantes progresos para mejorar las estimaciones del consumo de alcohol no registrado.

Ingesta de grasas

27. *Indicador:* Prevalencia normalizada por edades de adultos (18 o más años) cuya ingesta media de energía total proviene de ácidos grasos saturados.

28. *Indicador:* Prevalencia normalizada por edades de adultos (18 o más años) cuya ingesta media de energía total proviene de ácidos grasos poliinsaturados.

29. *Consecuencias para la salud pública:* Se han relacionado las dietas excesivamente ricas en grasas con un mayor riesgo de obesidad, de cardiopatía coronaria, y de ciertos tipos de cáncer. Se considera en general que un alto consumo de ácidos grasos saturados es un factor que aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares. En 2002, los expertos que participaban en la Consulta Mixta OMS/FAO recomendaban una ingesta de AGS inferior al 10% del consumo total de energía de una persona para prevenir las ENT, y más recientemente, la OMS ha recomendado la misma proporción para reducir las enfermedades cardiovasculares. Un análisis publicado en la serie Balances alimentarios de la FAO señala que, en 2008, la ingesta de AGS se situaba en una franja de entre el 2% y el 35%, con más de 40 países que superaban ese 10%.

30. Un análisis de cohortes y de pruebas controladas aleatoriamente indica que al sustituir la aportación isocalórica de los ácidos grasos saturados por ácidos grasos poliinsaturados se reduce el peligro de enfermedades cardiovasculares, y se ha calculado que el riesgo de cardiopatías coronarias disminuye un 10% por cada 5% de incremento de aportación energética a partir de AGP.

31. *Selección del indicador:* Para realizar un seguimiento de los cambios de patrones de consumo es necesario recopilar el porcentaje de ingesta total de energía procedente de ácidos grasos saturados y de ácidos grasos poliinsaturados.

32. *Referencias disponibles, métodos de medición y carencias:* La mayor parte de las encuestas nutricionales realizadas en los países de altos ingresos (tales como Alemania, Australia, Canadá, Estados Unidos de América, Japón, Nueva Zelandia y Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte) tienen en cuenta la ingesta de AGS. Un examen de las encuestas nacionales sobre costumbres alimentarias indica que 60 países han recopilado datos sobre nutrición que contienen información referente a los AGS. Además, dentro del marco del proyecto sobre Carga mundial de la morbilidad se ha llevado

a cabo un importante metanálisis que se podrá consultar a finales de 2012. Si no existen informes sobre el consumo de ácidos grasos saturados, las proporciones correspondientes a los AGS y a los AGP se pueden deducir a partir de la ingesta total de grasas. Cuando no se dan los valores de ácidos grasos saturados en las bases de datos sobre la composición de los alimentos, es posible realizar una estimación de los AGS consumidos, desglosando la grasa total en alimentos o grupos de alimentos para calcular así la composición de ácidos grasos. Por ejemplo, el contenido de ácidos grasos de la grasa de los productos lácteos es bastante similar en la mantequilla, el queso, el yogur, etc. y es, por lo tanto, posible inferir el contenido de AGS y de AGP si se conoce el contenido total de grasas. Se puede proceder de la misma manera con las carnes, las nueces, las semillas y los aceites.

Bajo consumo de frutas y hortalizas

33. *Indicador:* Prevalencia normalizada por edades de adultos (personas de 18 o más años) que consumen en total menos de cinco raciones (400 gramos) al día de frutas y hortalizas.

34. *Consecuencias para la salud pública:* Aproximadamente 16 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad o AVAD (1,0%) y 1,7 millones (2,8%) de muertes en el mundo se pueden atribuir a un bajo consumo de frutas y hortalizas. Una ingesta adecuada de frutas y hortalizas reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares, cáncer de estómago y cáncer colorrectal. Existen pruebas fehacientes de que el consumo de grandes cantidades de alimentos energéticos, tales como los alimentos procesados con altos niveles de grasas y azúcares, fomentan la obesidad, mientras que ese no es el caso de los alimentos hipoenérgicos, tales como las frutas y las hortalizas.

35. *Selección del indicador:* Para prevenir las enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación, el objetivo de consumo diario recomendado para la población es de al menos 400 gramos de frutas y hortalizas.

36. *Referencias disponibles, métodos de medición y carencias:* Los datos sobre bajo consumo de frutas y hortalizas se recopilan mediante encuestas nutricionales y sobre conductas de riesgo para la salud. Estas encuestas deben incluir toda la ingesta de frutas y hortalizas, aplicando una cantidad normalizada de 80 gramos por ración.

Obesidad y sobrepeso

37. *Indicador:* Prevalencia normalizada por edades de obesidad, definida por un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 30 kg/m² en adultos (18 o más años).

38. *Indicador:* Prevalencia normalizada por edades de sobrepeso, definido por un índice de masa corporal igual o superior a 25 kg/m² en adultos (18 o más años), y con arreglo al patrón de crecimiento de adolescentes de la OMS.

39. *Consecuencias para la salud pública:* Está claramente comprobado que los malos resultados sanitarios y la mortalidad en general están relacionados con la obesidad. Al menos 2,8 millones de personas mueren cada año en todo el mundo por sobrepeso u obesidad, y se estima que 35,8 millones (2,3%) de AVAD se deben a la misma causa. En 2008, el 9,8% de los hombres y el 13,8% de las mujeres eran obesos (con un índice de masa corporal igual o superior a 30 kg/m²) frente al 4,8% de los hombres y el 7,9% de las mujeres que padecían el mismo problema en 1980. Se estima que 205 millones de hombres y 297 millones de mujeres de más de 20 años eran obesos en 2008, lo que supone un total de más de 500 millones de adultos en todo el mundo.

40. *Selección del indicador:* El índice de masa corporal es un índice sencillo de peso por altura que se utiliza habitualmente para determinar el sobrepeso y la obesidad en adultos. Se define como el peso de una persona en kilogramos divididos por el cuadrado de la altura en metros (kg/m^2). Estos indicadores aplican la definición de la OMS para el sobrepeso y la obesidad, según la cual un IMC igual o superior a 25 implica que existe «sobrepeso» y un IMC igual o superior a 30 indica «obesidad». El IMC es el instrumento más útil para medir el grado de sobrepeso y obesidad de la población ya que es el mismo para ambos sexos y para todos los adultos, sin importar la edad.

41. *Referencias disponibles, métodos de medición y carencias:* Los Estados Miembros pueden proporcionar gran cantidad de datos sobre la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en adultos. Estos datos se recopilan mediante encuestas de exámenes de salud y/o nutricionales, que incluyen medidas antropométricas (es decir, peso y altura). Los datos sobre la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes se reúnen principalmente mediante encuestas de salud a escolares.

Inactividad física

42. *Indicador:* Prevalencia normalizada por edades de adultos (18 o más años) con un nivel insuficiente de actividad física (definido como menos de 150 minutos de ejercicio de intensidad moderada a la semana, o su equivalente).

43. *Consecuencias para la salud pública:* La actividad física insuficiente ocupa el cuarto lugar entre los principales factores de riesgo de mortalidad. Cada año, es la causa de aproximadamente 3,2 millones de muertes y 32,1 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (lo que representa cerca del 2,1% de los AVAD en todo el mundo). El riesgo de muerte por cualquier causa es entre 20% y 30% más elevado en las personas que no tienen una actividad física suficiente frente a las que practican al menos 30 minutos de ejercicio físico moderado la mayor parte de los días de la semana. En 2008, se estimó que el 31% de las personas de 15 años o más no eran lo suficientemente activas (28% en el caso de los hombres y 34% en el de las mujeres).

44. *Selección del indicador:* El límite de menos de 150 minutos de actividad moderada por semana (o el equivalente) se escogió basándose en una gran variedad de pruebas científicas fiables que demuestran que, frente a las personas inactivas, las que alcanzaban ese umbral presentaban una mejor forma física, un menor riesgo de padecer discapacidades a causa de problemas de salud, e índices más bajos de diversas ENT crónicas.

45. Este indicador se calcula a partir de valores de la prevalencia por edad de personas con una actividad física insuficiente. La normalización por edad se hace con objeto de controlar las diferencias en la estructura etaria de la población a lo largo del tiempo y en diversos países. Se establecieron los 18 años como límite inferior de edad en razón de la naturaleza y disponibilidad de pruebas científicas pertinentes para los resultados sanitarios.

46. *Referencias disponibles, métodos de medición y carencias:* Los datos sobre patrones de actividad física se recopilan en las encuestas sobre conductas de riesgo para la salud. Dichas encuestas han de incorporar la actividad física de la población general en todos los ámbitos de la vida, tales como el trabajo, el hogar, los transportes y el tiempo de ocio.

Hiper glucemia/diabetes

47. *Indicador:* Prevalencia normalizada por edades de hiper glucemia/diabetes, definida por valores de glucosa plasmática en ayunas $\geq 7,0$ mmol/l (126 mg/dl) o de personas que toman medicación contra ella en la población adulta (18 o más años).

48. *Consecuencias para la salud pública:* La diabetes, los trastornos de la tolerancia a la glucosa y las alteraciones de la glucemia basal son categorías de riesgo de padecer diabetes y enfermedades cardiovasculares en el futuro. En 2008, se estimó que la prevalencia mundial de diabetes, definida por valores de glucosa plasmática en ayunas $\geq 7,0$ mmol/l (126 mg/dl) o de personas que toman medicación contra la hiperglucemia, era de casi un 10%.

49. *Selección del indicador:* Los valores de glucosa plasmática en ayunas se han seleccionado como indicador en razón de su amplia presencia en encuestas nacionales representativas. Aunque cada vez se acepte más la validez de la prueba de la HbA1c para diagnosticar la diabetes, no se recomienda utilizarla como método de vigilancia, debido a que su costo es más elevado que el de otros instrumentos de diagnóstico y a que sus mediciones no están normalizadas en las diversas poblaciones.

50. *Referencias disponibles, métodos de medición y carencias:* Más de 100 países, incluso países de ingresos bajos y medios, han hecho acopio de datos sobre glucosa plasmática en ayunas, mediante encuestas de exámenes de salud representativas a escala nacional. La glucosa se tiene que medir y no se debe contar con la información facilitada por la persona interesada. Además, las mediciones han de realizarse tras un ayuno de al menos ocho horas. Existen dos métodos principales de análisis de la química sanguínea, la química seca y la química líquida. La química seca utiliza sangre capilar extraída de un dedo para una prueba diagnóstica rápida. La química líquida emplea una muestra de sangre venosa para realizar pruebas en laboratorio. Para la recopilación de los valores de glucosa plasmática en ayunas la mayor parte de las encuestas realizadas entre la población han utilizado pruebas de diagnóstico rápido mediante química seca.

Hipertensión arterial

51. *Indicador:* Prevalencia normalizada por edades de hipertensión arterial (definida como tensión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o tensión arterial diastólica ≥ 90 mmHg) en la población adulta (18 años o más).

52. *Consecuencias para la salud pública:* Se estima que la hipertensión arterial es la causa de 7,5 millones de muertes, es decir aproximadamente el 12,8% del total de fallecimientos en todo el mundo, y de 57 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), lo que representa cerca del 3,7% del total de AVAD. La hipertensión arterial es un factor considerable de riesgo de padecer cardiopatías y accidentes isquémicos o hemorrágicos considerables. En 2008, la prevalencia general de hipertensión arterial en la población mundial de 25 años o más era del 40%.

53. *Selección del indicador:* En un entorno clínico se diagnostica hipertensión de grado 1 cuando la tensión arterial media, tomada dos o más veces en días separados, es igual o superior a 140/90 e inferior a 160/100. El tratamiento de la hipertensión sistólica y diastólica para lograr valores inferiores a 140/90 se asocia a una disminución de complicaciones cardiovasculares.

54. *Referencias disponibles, métodos de medición y carencias:* Un número considerable de países, incluidos muchos con ingresos bajos y medios, han recopilado datos sobre mediciones de la tensión arterial durante encuestas de examen de la salud. La tensión arterial debe medirse y no se debe contar con la información facilitada por la persona interesada.

Hipercolesterolemia

55. *Indicador:* Prevalencia normalizada por edades de hipercolesterolemia (definida como colesterol total igual o superior a 5,0 mmol/l o 190 mg/dl) en la población adulta (18 años o más).

56. *Consecuencias para la salud pública:* La hipercolesterolemia aumenta los riesgos de enfermedades o accidentes cardiovasculares. Se estima que en todo el mundo una tercera parte de las cardiopatías isquémicas pueden atribuirse a altos niveles de colesterol. En general, se calcula que la hipercolesterolemia causa 2,6 millones de muertes (4,5% del total) y 29,7 millones de AVAD, lo que representa 2% del total de los mismos. La hipercolesterolemia es una de las principales causas de carga de enfermedad tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo pues es un factor de riesgo de padecer cardiopatías y accidentes isquémicos o hemorrágicos. En 2008, la prevalencia mundial de hipercolesterolemia entre la población adulta era del 39% (37% en el caso de los hombres y 40% en el de las mujeres). Entre 1980 y 2008 los valores medios de colesterol en la población mundial han cambiado poco, disminuyendo menos de 0,1 mmol/l por decenio tanto en hombres como en mujeres.

57. *Selección del indicador:* la definición de la hipercolesterolemia en $\geq 5,0$ mmol/l o 190 mg/dl es la que aplica la OMS en sus directrices para la evaluación y el manejo de riesgo cardiovascular.

58. *Referencias disponibles, métodos de medición y carencias:* Cerca de 50 países disponen de datos representativos a escala nacional sobre hipercolesterolemia, y muchos de ellos son países de ingresos bajos y medios que han recopilado datos sobre el colesterol total mediante encuestas nacionales representativas. Los valores del colesterol se tienen que medir y no se debe contar con la información facilitada por la persona interesada. Existen dos métodos principales de análisis de la química sanguínea, la química seca y la química líquida. La química seca utiliza sangre capilar extraída de un dedo para una prueba diagnóstica rápida. La química líquida emplea una muestra de sangre venosa para realizar pruebas en laboratorio. Para la recopilación de los valores de colesterol, la mayor parte de las encuestas realizadas entre la población han utilizado pruebas de diagnóstico rápido mediante química seca

Ingesta de sal/sodio

59. *Indicador:* Ingesta diaria media de sal (cloruro de sodio), en gramos y normalizada por edades en la población adulta (18 o más años).

60. *Consecuencias para la salud pública:* La cantidad de sal (cloruro de sodio) ingerida es un factor determinante de considerable importancia que aumenta los niveles de tensión arterial, la hipertensión y los riesgos cardiovasculares en general. Según las recomendaciones de la OMS, para prevenir las enfermedades cardiovasculares que son la principal causa de mortalidad en el mundo, el consumo diario de sal no debe superar los 5 gramos (aproximadamente 2 gramos de sodio) por persona al día. Sin embargo, los datos facilitados por diversos países indican que la mayor parte de las poblaciones toman mucha más sal de la recomendada. En los países con ingresos altos, aproximadamente el 75% de la sal que se consume proviene de alimentos procesados y comidas preparadas fuera del hogar. En muchos países de ingresos bajos y medios, la mayor parte del sodio que se ingiere procede de la sal añadida al preparar la comida o en la mesa o de condimentos como las salsas de pescado y de soya. Reducir los niveles actuales de ingesta de sodio (entre 9 y 12 gramos al día) para alcanzar la cantidad recomendada de 5 gramos diarios tendría un efecto considerable sobre la tensión arterial y las enfermedades cardiovasculares, y permitiría evitar cada año hasta 2,5 millones de muertes causadas por ataques cardíacos o accidentes cardiovasculares en todo el mundo.

61. *Selección del indicador:* Según las recomendaciones de la OMS, para prevenir las enfermedades cardiovasculares que son la causa principal de mortalidad en el mundo, el consumo diario de sal debe ser inferior a 5 gramos (aproximadamente 2 gramos de sodio) al día. Las estrategias encaminadas a reducir el consumo de sal son una de las «mejores inversiones» en la prevención de las ENT.

62. *Referencias disponibles, métodos de medición y carencias:* Los datos sobre medidas de ingesta de sal/sodio a escala nacional son escasos y los valores del consumo de la población solo están disponibles en unos pocos países, la mayor parte de ellos con ingresos altos. Como parte de la actualización del proyecto Carga mundial de la morbilidad, se están preparando estimaciones por países del consumo medio de sal/sodio en la población, que estarán disponibles a finales de 2012. Actualmente, se está realizando un trabajo sustancial que cuenta con colaboraciones en el ámbito regional con objeto de poner en marcha mecanismos de vigilancia, en particular en los países con ingresos bajos y medios. Por ejemplo, en el marco del método progresivo de la OMS para la vigilancia se está constituyendo un módulo sobre ingesta de sodio que incorporará tanto las cuestiones relacionadas con la evaluación de las fuentes de sodio, como las basadas en muestras de orina, lo que, en el futuro, facilitará la redacción de informes utilizando ese indicador. El método de referencia normalizado que se utiliza para estimar la ingesta de sal consiste en recoger la orina durante 24 horas, aunque hay otros métodos, tales como recogida de muestras de orina y encuestas de frecuencia de consumo de alimentos probablemente más fáciles de manejar a escala de la población.

Tabaco

63. *Indicador:* Prevalencia normalizada por edades del consumo actual de tabaco en las personas de 15 o más años.

64. *Consecuencias para la salud pública:* El tabaco, con independencia de cómo se consuma, fumado, sin humo o indirecto, representa un riesgo para la salud. No se ha demostrado que exista un nivel seguro de tabaquismo. Actualmente, todos los usuarios de tabaco (diarios y ocasionales) corren el riesgo de sufrir diversos problemas de salud a lo largo de su vida, y de padecer ENT en la edad adulta. Casi seis millones de personas fallecen cada año a raíz del consumo de tabaco, lo que representa el 6% de la mortalidad femenina y el 12% de la masculina en el mundo. Entre esas muertes, puede que unas 600 000 correspondan a no fumadores expuestos al humo indirecto y más de cinco millones se puedan atribuir a un consumo directo del tabaco. Se estima que el tabaco fumado es la causa de cerca del 71% de los cánceres de pulmón mortales, del 42% de las enfermedades respiratorias crónicas y de casi el 10% de las muertes por cardiopatías isquémicas. En 2008, la prevalencia de fumadores actuales adultos de ambos sexos era del 22% en todo el mundo (36% en el caso de los hombres y 8% en el de las mujeres).

65. *Selección del indicador:* Si bien las intervenciones contra el tabaco deben abordar los problemas asociados con los dos tipos de exposición al tabaco, el que se fuma y el tabaco sin humo, actualmente solo se puede fijar un objetivo realista en el caso del tabaco fumado pues se dispone de más datos sobre tendencias a lo largo del tiempo para esa forma de consumo, lo que permite un análisis de tendencia más significativo. Por «tabaco que se fuma» se entiende cualquier método de fumar ese producto.

66. *Referencias disponibles, métodos de medición y carencias:* De conformidad con el artículo 20 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, los países deben establecer un sistema nacional de vigilancia epidemiológica del consumo de tabaco y mantener una base de datos actualizada sobre los programas de vigilancia. La OMS, bajo la dirección del Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco ha elaborado un conjunto de indicadores sobre el tabaco y de preguntas pertinentes que se pueden utilizar en todas las encuestas de cualquier parte del mundo. Aunque todos los países acopian datos sobre el tabaco fumado no todos incluyen datos sobre el tabaco sin humo. Además de los países en donde el consumo de tabaco sin humo ya representa un problema considerable, se alienta a todos los demás a que incluyan la prevalencia de ese tipo de consumo pues la industria tabaquera mundial está promocionando cada vez más esa forma de uso. Hasta ahora la atención mundial se ha centrado en vigilar el tabaco fumado en razón de la calidad y cantidad de datos disponibles sobre este tipo de

consumo, que además están más completos a lo largo del tiempo que los que se refieren al tabaco sin humo.

Indicadores de la respuesta del sistema de salud

Detección del cáncer cervicouterino

67. *Indicador:* Prevalencia de mujeres con edades comprendidas entre los 30 y los 49 años que hayan sido examinadas al menos una vez, para detectar cáncer cervicouterino.

68. *Consecuencias para la salud pública:* Se estima que en 2008 hubo 530 000 casos de cáncer cervicouterino y 270 000 muertes en el mundo a causa de esa enfermedad, de ellas más de un 80% ocurrieron en países con ingresos bajos y medios. El cáncer del cuello del útero es el cáncer más común en las mujeres de los países con ingresos bajos y medios. En los países con ingresos altos se ha generalizado el tamizaje de ese tipo de cáncer y el resultado ha sido un descenso drástico de la mortalidad por cáncer cervicouterino en los últimos tres decenios.

69. Más del 95% de la carga de cáncer cervicouterino se podría evitar con programas de detección de buena calidad y de vacunación contra los virus VPH16 y VPH18, siendo este último el agente causal de más del 70% de este tipo de cáncer. La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) ha concluido que hay pruebas suficientes de que el tamizaje del cáncer del cuello de útero puede reducir la mortalidad por esta enfermedad en un 80% o más de las mujeres examinadas. Los recientes avances realizados con tecnologías adaptadas a los lugares con bajos recursos hacen que la detección y el tratamiento de las lesiones precancerosas del cuello uterino sean viables y muy costoefectivos para todos los países. La detección temprana y el tratamiento de estas lesiones precancerosas aumentan considerablemente las posibilidades de sobrevivir, y son particularmente importantes en los países en desarrollo en donde el acceso a tratamientos costosos contra el cáncer es limitado.

70. En los lugares con recursos altos, la citología (prueba de Papanicolaou) es la prueba de detección más comúnmente utilizada. Entre las diversas pruebas de detección viables en los lugares con recursos bajos, la prueba del virus del papiloma humano (VPH) y la inspección visual con ácido acético han demostrado ser eficaces para reducir la mortalidad por cáncer cervicouterino. La prueba del VPH ha resultado ser más sensitiva y tener una mejor reproductibilidad y un valor negativo predictivo superior ante la citología y la inspección visual. Sin embargo, el costo actual de esta prueba hace que sea prohibitivo un uso generalizado de la misma.

71. *Selección del indicador:* El tamizaje del cáncer cervicouterino tiene como finalidad detectar cambios precancerosos que, de no tratarse, pueden degenerar en cáncer. En los lugares con pocos recursos, el objetivo son las mujeres de entre 30 y 49 años, ya que este tipo de afección es poco frecuente en las mujeres de menos de 30 años y más común en las mayores de 40. De realizarse los reconocimientos médicos en mujeres más jóvenes, se detectarían muchas lesiones que podrían no llegar a ser cáncer, lo que implicaría un número considerable de tratamientos innecesarios, lo que no resultaría costoefectivo. Los nuevos programas deberían empezar por reconocer a las mujeres de 30 años o más, y abarcar a las más jóvenes únicamente cuando se haya atendido al grupo de mayor riesgo. De acuerdo con las recomendaciones de la OMS, si una mujer puede someterse a un examen una sola vez en su vida, la edad óptima es entre los 35 y los 45 años.

72. *Referencias disponibles, métodos de medición y carencias:* Aproximadamente la cuarta parte de todos los países disponen de datos de referencia sobre la cobertura del tamizaje. Sin embargo, la mayor parte de esos datos proviene de programas y no son representativos de la población nacional. Puede que los datos procedan de encuestas representativas de la población del país. Sin embargo, la

validez de la información sobre las pruebas, facilitada por las propias interesadas, no se ha comprobado claramente en los países de ingresos bajos y medios.

Farmacoterapia para prevenir los ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares

73. *Indicador:* Farmacoterapia (comprendido el control de la glucemia) y asesoramiento para personas de 40 o más años que presenten un riesgo del 30% o superior de ataque cardíaco y accidente cerebrovascular a 10 años, (o que ya padezcan una dolencia cardiovascular).

74. *Consecuencias para la salud pública:* Las intervenciones basadas en la población no son suficientes por sí solas para prevenir los ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares en personas que tengan un riesgo del 30% o superior de padecer en los 10 años siguientes una dolencia cardiovascular. Los que se sitúan en ese nivel de riesgo presentan normalmente múltiples factores de riesgo en un grado moderado, tales como tabaquismo, hipertensión, hipercolesterolemia y/o diabetes. Para prevenir los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares en esa población, se tienen que reducir los riesgos cardiovasculares mediante asesoramiento y farmacoterapia adecuados. La experiencia histórica en los países de ingresos altos, que han conseguido una disminución de los índices de mortalidad por dolencias cardiovasculares, indica que aproximadamente el 50% de ese descenso se puede atribuir a la reducción de riesgos cardiovasculares mediante tratamientos, incluida la prevención secundaria. El riesgo absoluto en que se basa este indicador es la opción más costoeficaz para alcanzar ese objetivo.

75. Se estima que la carga de las enfermedades cardiovasculares disminuiría al menos una tercera parte si se abordaran todos los riesgos conexos a través de la atención primaria de salud.

76. *Selección del indicador:* La OMS recomienda la aplicación de la farmacoterapia para prevenir y controlar los ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares, en razón de su viabilidad, gran efectividad y asequibilidad, incluso en los países de ingresos bajos y medios. Se considera que este enfoque es una de las «mejores inversiones», pues es más costoefectiva y menos cara que las intervenciones convencionales contra un único factor de riesgo como podría ser el tratamiento de la hipertensión o de la hipercolesterolemia.

77. *Referencias disponibles, métodos de medición y carencias:* Actualmente, se dispone de datos sobre la cobertura de farmacoterapia administrada a las personas que presenten un perfil de riesgo en los países de ingresos altos y en algunos de ingresos medios. Si se quiere establecer una referencia para este indicador, se habrá de obtener información sobre accidentes cardiovasculares y tratamientos medicamentosos aprovechando las encuestas, actuales o previstas, que los Estados Miembros acopien entre la población para recopilar datos sobre factores de riesgo (tensión arterial, glucosa y colesterol). Se pueden utilizar los gráficos de la OMS/ISH de predicción de riesgos o herramientas nacionales de predicción para incorporar los datos sobre factores de riesgos y la información sobre los tratamientos, lo que permitiría determinar la terapia adecuada que se ha de administrar a las personas que presenten un riesgo del 30% o superior de padecer en los 10 años siguientes un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular.

Medicamentos esenciales y tecnologías básicas para tratar las principales ENT

78. *Indicador:* Disponibilidad de tecnologías básicas y de medicamentos genéricos esenciales contra las enfermedades no transmisibles, en centros tanto públicos como privados, en particular en los centros de atención primaria. Para los medicamentos la lista mínima comprendería al menos aspirina, algún tipo de estatina, algún inhibidor de enzima convertidora de angiotensina, alguna clase de diuréticos tiazídicos, algún bloqueador de los canales de calcio de acción prolongada, metformina, insulina, un broncodilatador y un esteroide inhalatorio. En lo referente a tecnologías se tendría que disponer de

al menos un tensiómetro, una balanza, material para medir la glucosa y el colesterol en la sangre con las tiras correspondientes y las tiras para la orina destinadas a las pruebas de albúmina.

79. *Consecuencias para la salud pública:* Si los centros de salud no disponen de medicamentos eficaces y de equipos de diagnóstico y seguimiento esenciales para tratar las ENT, los pacientes sufrirán a corto y largo plazo los efectos adversos de su enfermedad. Últimamente muchos países de ingresos altos han comunicado escasez de medicamentos y los sistemas de información se han actualizado para hacer acopio y difundir rápidamente ese tipo de datos. La OMS ha recopilado datos de 2779 centros en 40 países en desarrollo en donde se comprueba que la disponibilidad de medicamentos genéricos contra las ENT es de 36% en el sector público y del 55% en el sector privado. Recientemente, la OMS apoyó unas encuestas para evaluar la disponibilidad y preparación de los servicios en Sierra Leona y en Zambia, y los resultados obtenidos fueron muy similares.

80. *Selección del indicador:* La OMS recomienda que las personas con un perfil de riesgo alto, incluidos los diabéticos, se sometan a una farmacoterapia con objeto de prevenir y controlar los ataques cardiacos, accidentes cerebrovasculares y complicaciones de la diabetes. Este conjunto de tecnologías y medicinas serán una de las «mejores inversiones» pues permitirán que estas intervenciones se puedan aplicar en los centros de atención primaria.

81. *Referencias disponibles, métodos de medición y carencias:* Todos los países de ingresos altos disponen de sistemas para informar sobre la disponibilidad de medicamentos contra las ENT. Estas fuentes se pueden utilizar para generar datos sobre las existencias. Se han emprendido numerosas encuestas sobre disponibilidad y precios en los países de ingresos bajos y medios, y los resultados ya se pueden consultar.

82. Es probable que cada país aplique directrices nacionales ligeramente diferentes para los tratamientos y, por lo tanto, la lista de los medicamentos por examinar se deberá adaptar a la situación de cada país. Sin embargo, como se ha demostrado en otras encuestas, la disponibilidad general es comparable a lo largo del tiempo y entre los diversos países. Para actuar de forma concreta y consistente puede que se tenga que ajustar la lista de medicamentos cuyas existencias se han de verificar, teniendo en cuenta las directrices nacionales.

Cuidados paliativos

83. *Indicador:* Acceso a cuidados paliativos, medido por el nivel de consumo (en equivalentes de morfina) de analgésicos opioides fuertes (excluida la metadona) por cada muerte por cáncer.

84. *Consecuencias para la salud pública:* Cada año, cuando el tratamiento curativo ya no es una opción, decenas de millones de pacientes con enfermedades no transmisibles precisan de cuidados paliativos que alivien su sufrimiento o les aseguren la mejor calidad de vida posible hasta su fallecimiento. Aunque los cuidados paliativos se consideren una parte integral de los servicios de salud para muchas de las ENT, la gran mayoría de los pacientes no tienen acceso a esos cuidados y, por consiguiente, han de aguantar un sufrimiento evitable. La Declaración Política 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 reconoce la necesidad de cuidados paliativos para las personas aquejadas de ENT.

85. *Selección del indicador:* Este indicador es una medida representativa eficaz para evaluar los avances de los cuidados paliativos para todas las enfermedades potencialmente mortales, entre otras las ENT.

86. *Referencias disponibles, métodos de medición y carencias:* Ya se recopilan los datos necesarios cada año. La OMS proporciona estimaciones sobre el número de muertes debidas al cáncer. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) publica un informe con los datos del consumo anual de narcóticos, entre ellos los analgésicos opioides fuertes, utilizando la información facilitada por los países. Se utiliza la cantidad equivalente de morfina como unidad de medida normalizada de las dosis de opioides fuertes, y para permitir una combinación y comparación de diferentes opiáceos utilizados con fines medicinales. Esta ecuación se extrae de las proporciones de dosis diarias definidas (administración de dosis orales para todos excepto en el caso del fentanyl que es transdérmico), tal y como lo describe el Centro Colaborador de la OMS sobre Métodos Estadísticos relativos a Medicamentos. Debido al uso generalizado de la metadona en las terapias de sustitución de opiáceos y a su uso relativamente raro para paliar los dolores moderados o graves, en algunos casos también se utiliza el equivalente de morfina excluyendo la metadona. Se ha propuesto utilizar ese equivalente para evitar que el consumo de metadona para el tratamiento de la drogodependencia distorsione los cálculos.

Políticas de eliminación de los ácidos grasos trans de producción industrial

87. *Indicador:* Adopción de políticas nacionales que eliminen de la cadena alimentaria los aceites vegetales parcialmente hidrogenados, reemplazándolos con ácidos grasos poliinsaturados.

88. *Consecuencias para la salud pública:* Los ácidos grasos trans (AGT) son perjudiciales para los lípidos sanguíneos, el metabolismo del ácido graso y la función endotelial, provocando inflamación y, por lo tanto, incrementando el riesgo de diabetes de tipo 2 y de enfermedades cardiovasculares. Los AGT incrementan el riesgo de cardiopatías coronarias, a causa de sus efectos negativos sobre los lípidos séricos, ya que aumentan la lipoproteína de baja densidad y reducen la lipoproteína de alta densidad en la sangre aún más que las grasas saturadas. El consumo de AGT a partir de aceites vegetales parcialmente hidrogenados es particularmente nocivo para la salud pues implica múltiples factores de riesgo cardiovascular y contribuye de forma considerable a aumentar el riesgo de cardiopatías coronarias. Además, el AGT también refuerza la resistencia a la insulina, especialmente entre las personas con factores de riesgo (por ejemplo con hiperglucemia, sobrepeso y obesidad, o que no tienen actividad física).

89. La OMS recomienda eliminar el consumo de AGT. En 2002, los expertos que participaron en la Consulta Mixta OMS/FAO recomendaron para prevenir las ENT una ingesta de AGS inferior al 1% del consumo total de energía de una persona. En 2007, en la actualización científica de la OMS, se acordó que los AGT debieran considerarse como aditivos alimentarios industriales sin beneficios demostrados y que representaban un claro peligro para la salud de las personas.

90. *Selección del indicador:* La sustitución de los ácidos grasos trans producidos industrialmente por ácidos grasos poliinsaturados es una de las «mejores inversiones» para prevenir las ENT.

91. *Referencias disponibles, métodos de medición y carencias:* La política de seguimiento y el programa de implantación para este indicador se incorporarán sistemáticamente en las encuestas de la OMS sobre capacidad nacional en materia de ENT y en el examen de la Organización sobre política de nutrición a escala mundial.

Promoción de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo trans, azúcares libres o sal, dirigida a los niños

92. *Indicador:* Adopción de políticas nacionales para reducir el impacto que tiene en los niños la promoción de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo trans, azúcares libres o sal.

93. *Consecuencias para la salud pública:* Los datos de las revisiones sistemáticas sobre la magnitud, la naturaleza y los efectos de la promoción de alimentos dirigida a los niños llevan a la conclusión de que los métodos publicitarios de gran alcance y otras formas de comercialización de alimentos enfocados a los niños son comunes en todo el mundo. La mayor parte de esta promoción se refiere a alimentos ricos en grasas, azúcar o sal. Los datos científicos también demuestran que la publicidad televisiva influye en las preferencias alimentarias, las solicitudes de compra y las pautas de consumo de los niños. Los anuncios en televisión se han venido complementando gradualmente con una combinación cada vez más polifacética de mensajes publicitarios que se centran en la identificación de una marca y el establecimiento de relaciones con los consumidores. La promoción de alimentos dirigida a los niños es en la actualidad un fenómeno mundial, tiende a ser plural e integrada, y se vale además de innumerables conductos y mensajes.

94. *Selección del indicador:* En mayo de 2010, con ocasión de la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud, los Estados Miembros de la OMS aprobaron un conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños (véase la resolución WHA63.14). La principal finalidad de estas recomendaciones consiste en orientar los esfuerzos de los Estados Miembros para idear nuevas políticas o reforzar las existentes con respecto a los mensajes publicitarios de alimentos dirigidos a los niños, con objeto de reducir las repercusiones que tienen sobre este público la promoción de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos trans, azúcares libres o sal. Varios países ya han empezado a aplicar la resolución WHA63.14, entre ellos España, Irlanda, Malasia, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y Suecia.

95. *Referencias disponibles, métodos de medición y carencias:* En la resolución WHA63.14 (subpárrafo 2.3) la Asamblea de la Salud insta a los Estados Miembros a establecer un sistema para vigilar y evaluar la aplicación de las recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños. La política de seguimiento y el programa de implantación para este indicador se incorporarán sistemáticamente en las encuestas de la OMS sobre capacidad nacional en materia de ENT y en el examen de la Organización sobre política de nutrición a escala mundial.

Vacunación contra infecciones cancerígenas

96. *Indicador:* Administración de vacunas contra infecciones cancerígenas: virus del papiloma humano (VPH) y virus de la hepatitis B (VHB).

97. *Consecuencias para la salud pública:* Se estima que en 2008 murieron 694 000 personas de cáncer de hígado (477 000 hombres y 217 000 mujeres). En razón de esa elevada letalidad (relación general de mortalidad a incidencias de 0,93), el cáncer hepático ocupa el tercer puesto mundial en lo que a mortalidad por cáncer se refiere. El virus de la hepatitis B (VHB) es el principal agente etiológico del cáncer de hígado pues es responsable del 54% de los casos de cáncer hepático en el mundo (59% en los países en desarrollo). Además, el VHB también puede provocar cirrosis hepática y se calcula que un total de 600 000 personas mueren cada año de infecciones crónicas por hepatitis B, principalmente de cirrosis y de cáncer del hígado. Las personas infectadas de forma crónica presentan un riesgo de entre 15% y 25% de morir prematuramente debido a una cirrosis o un cáncer hepático relacionados con el virus. La hepatitis B es prevenible con la vacuna actualmente disponible, que es segura y eficaz, y la OMS recomienda que dicha vacuna se incluya en los programas nacionales de vacunación infantil. La principal estrategia para alcanzar el objetivo consiste en lograr una vacunación infantil universal con tres dosis de vacuna contra la hepatitis B, y administrando la primera dosis en las 24 primeras horas de vida.

98. Cada año, se registra aproximadamente medio millón de nuevos casos de mujeres con cáncer del cuello del útero. El cáncer cervicouterino está causado por ciertos tipos de virus del papiloma hu-

mano (VPH) y es la forma más común de cáncer en las mujeres de los países en desarrollo. En muchos países se ha aprobado el uso de dos vacunas contra el VPH. Los resultados de las pruebas clínicas han demostrado que ambas vacunas son seguras y eficaces para prevenir las infecciones con los dos tipos de VPH que causan la mayor parte de los cánceres cervicouterinos y de las lesiones precancerosas en el cuello del útero.

99. *Selección del indicador:* La OMS considera que la prevención del cáncer hepático mediante vacunación contra la hepatitis B, es una de las «mejores inversiones». Se trata de una vacuna que puede ser muy costoefectiva y distribuirse a un precio inferior a US\$ 10 por niña vacunada.

100. *Referencias disponibles, métodos de medición y carencias:* Los datos sobre los virus del papiloma humano y de la hepatitis B se extraen de las encuestas sobre prevalencia llevadas a cabo para vigilar la cobertura de los programas nacionales de inmunización. La encuesta de la OMS y del UNICEF sobre inmunización y las bases de datos de los programas nacionales de inmunización facilitan información sobre la cobertura de un número importante de países.

PARTE 2: METAS MUNDIALES DE APLICACIÓN VOLUNTARIA

101. El cuadro 2 facilita unos ejemplos de metas mundiales de aplicación voluntaria que los Estados Miembros habrán de estudiar durante las seis reuniones de los comités regionales, según lo solicitado en la decisión WHA65.8. El logro de una selección de metas para 2025 representaría un importante avance en pro de la prevención y control de las enfermedades no transmisibles.

102. Un número limitado de metas facilitará un fundamento para las necesidades mundiales de vigilancia. En el párrafo 63 de la Declaración Política, se insta a los Estados Miembros a fijar objetivos nacionales basados en la situación de cada país, con arreglo a la orientación que proporcione la Organización Mundial de la Salud, con objeto de evaluar los avances conseguidos para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles, sus factores de riesgo y sus elementos determinantes. Asimismo, esos objetivos nacionales contribuirán al logro de las metas mundiales.

Criterios para la selección de indicadores y metas en el marco mundial de vigilancia

103. Las posibles metas enumeradas en el cuadro *infra* se han evaluado aplicando los criterios siguientes:

- i) Gran importancia epidemiológica y para la salud pública.
- ii) Coherencia con las principales estrategias, en particular con las prioridades que figuran en la estrategia mundial para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles y su correspondiente plan de acción, en la Declaración Política y en el marco de la OMS para las prioridades de los sistemas de salud, con objeto de vigilar la exposición, resultados y respuesta de los sistemas de salud.
- iii) Existencia de pruebas de la eficacia y viabilidad de las intervenciones de salud pública.
- iv) Pruebas de la viabilidad a escala nacional, en particular en lo que se refiere a los países de ingresos bajos y medios.

- v) Existencia de instrumentos exactos para la recopilación de datos y posibilidad de establecer una referencia y realizar un seguimiento de los cambios a lo largo del tiempo.

104. Para calcular esas metas, se ha evaluado el comportamiento histórico del percentil 10 superior de países, con objeto de establecer el grado de éxito que se puede llegar a alcanzar. La OMS fijará las referencias normalizadas por edad para 2010 para todas las metas, basándose en los datos disponibles y en métodos de estimación para subsanar la carencia de datos, como se especifica en el Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010.¹ Las metas provisionales para 2015 y 2020 se fijarán una vez que las metas mundiales finales hayan sido aprobadas por los Estados Miembros. Para 2025 deberán haberse alcanzado esas metas. Se facilita una lista de las mismas (por orden alfabético inglés), clasificadas por componentes del marco mundial de vigilancia.

Cuadro 2: Ejemplos de metas mundiales de aplicación voluntaria (con indicadores y fuentes de datos)

Metas relacionadas con los resultados	Indicador	Fuente(s) de datos
1. Mortalidad prematura por ENT		
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 enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas	Sistema de registro civil, con certificado médico de la causa del fallecimiento o encuesta con autopsia verbal
Metas relacionadas con la exposición	Indicador	Fuente(s) de datos
2. Alcohol		
Reducción relativa del 10% de la ingesta total de alcohol (en particular el consumo peligroso y nocivo)	Consumo anual (registrado y no registrado) per cápita (de 15 años o más) de alcohol puro en litros	Estadísticas oficiales y sistemas de información para la producción, importación, exportación, y datos sobre ventas o impuestos
3. Ingesta de grasas		
Reducción relativa del 15% del porcentaje medio de la ingesta calórica total procedente de ácidos grasos saturados, con objeto de alcanzar el nivel recomendado de menos de un 10% de la ingesta total de energía	Porcentaje medio normalizado por edades de la ingesta calórica total procedente de ácidos grasos saturados en la población adulta (18 años o más)	Encuestas nacionales

¹ Las metas de prevalencia están normalizadas por edad para descartar cualquier efecto sobre la mortalidad o la prevalencia, basándose en diferentes distribuciones de edades entre las poblaciones y a lo largo del tiempo. En los futuros informes, todos los indicadores estarán normalizados por edad. Sin esa normalización no estaría claro si las diferencias entre índices o prevalencias se deben a la edad o a otros factores.

4. Obesidad		
Detener el aumento de la prevalencia de obesidad	Prevalencia normalizada por edades de obesidad en adultos (18 años o más)	Encuestas nacionales (con mediciones)
5. Inactividad física		
Reducción relativa del 10% en la prevalencia de la inactividad física	Prevalencia normalizada por edades de adultos (18 años o más) con un nivel insuficiente de actividad física	Encuestas nacionales
6. Hipertensión		
Reducción relativa del 25% de la prevalencia de la hipertensión	Prevalencia normalizada por edades de hipertensión arterial en la población adulta (18 años o más)	Encuestas nacionales (con mediciones)
7. Hipercolesterolemia		
Reducción relativa del 20% de la prevalencia de la hipercolesterolemia	Prevalencia normalizada por edades de hipercolesterolemia en la población adulta (18 años o más)	Encuestas nacionales (con mediciones)
8. Ingesta de sal/sodio		
Reducción relativa del 30% de la ingesta diaria media de sal de la población, con el objetivo de alcanzar un consumo inferior a 5 gramos al día, que es lo recomendado	Ingesta diaria media de sal normalizada por edades, en la población adulta (18 años o más)	Encuestas nacionales (con mediciones)
9. Tabaco		
Reducción relativa del 30% de la prevalencia de fumadores actuales de tabaco	Prevalencia normalizada por edades de fumadores actuales de tabaco en las personas de 15 años o más	Encuestas nacionales
Metas relacionadas con la respuesta de los sistemas de salud	Indicador	Fuente(s) de datos
10. Farmacoterapia para prevenir los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares		
El 50% de las personas que lo necesitan reciben farmacoterapia y asesoramiento para prevenir los ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares	Farmacoterapia (comprendido el control de la glucemia) y asesoramiento para personas de 40 años o más que presenten un riesgo del 30% o superior de ataque cardíaco y accidentes cerebrovasculares en los 10 años siguientes (incluyendo los que ya padezcan una dolencia cardiovascular)	Encuestas nacionales

11. Medicinas esenciales y tecnologías básicas para tratar las principales ENT		
80% de disponibilidad de tecnologías básicas y medicamentos genéricos esenciales necesarios para tratar las principales ENT, tanto en los centros públicos de salud como en los privados	Disponibilidad de tecnologías básicas y de medicamentos genéricos esenciales necesarios para tratar las principales ENT, en centros tanto públicos como privados, en particular en los centros de atención primaria	Datos de los centros

Descripción detallada de las metas que se han de alcanzar para 2025

105. A continuación se facilita una descripción completa de cada meta propuesta, de las razones que la justifican y de la forma en que se puede lograr. A la luz de la decisión WHA65.8 de la Asamblea Mundial de la Salud, se ha procedido a clasificar las metas del siguiente modo: «metas aprobadas», «meta con amplio respaldo», y «meta con apoyo para su desarrollo ulterior».

Metas aprobadas

Mortalidad prematura por ENT

106. *Meta:* Reducción relativa del 25% de la mortalidad total por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, o enfermedades respiratorias crónicas.

107. *Definición de la meta:* El objetivo propuesto de reducción relativa del 25% durante los 15 años del periodo 2010-2025 está fundamentado en un análisis de las tendencias históricas alcanzadas por el indicador durante los recientes decenios. Para definir esta meta se analizaron los datos facilitados por 81 Estados Miembros con al menos 15 años de datos en un sistema de registro civil durante el periodo de 1980 a 2010, y que cumplieran con los criterios de calidad en cuanto a exhaustividad y atribución de la causa del fallecimiento. La tasa media anual de la disminución se calculó como la probabilidad incondicional de muerte por alguna de las cuatro causas entre los 30 y los 70 años (personas de ambos sexos) para cada país, partiendo de los datos disponibles correspondientes a ese periodo de 30 años, y teniendo en cuenta el percentil 24 más alto respecto de los 81 países (véase la figura 3). Suponiendo, de forma conservadora, que los demás Estados Miembros que no disponen de datos históricos de calidad tan alta se sitúen todos por debajo de ese nivel, ese percentil correspondería al percentil 10 para todos los Estados Miembros y a una tasa media anual de disminución del orden del 2% al año. La meta para el periodo de 15 años que va de 2010 a 2025 se fijó por tanto en un 25% de reducción relativa (2% de reducción compuesta anual durante 15 años).

Cuadro 3: Estimación a escala regional de la esperanza de vida y probabilidades de morir exactamente entre los 30 y los 70 años en 2009

	Esperanza de vida a la edad de 30 años	Edad prevista de muerte	Probabilidad de morir (%) entre los 30 y los 70 años exactamente
Países de ingresos altos	51,0	81,0	18
Países de ingresos bajos y medios			
Región de África	35,5	65,5	54
Región de las Américas	47,2	77,2	26

Región de Asia Sudoriental	41,5	71,5	39
Región de Europa	42,0	72,0	39
Región del Mediterráneo Oriental	42,5	72,5	36
Región del Pacífico Occidental	45,9	75,9	27

Fuente: Tablas de vida de la OMS para el año 2009 (Estadísticas 2011 de la Organización Mundial de la Salud).

108. *Viabilidad:* la experiencia histórica de los países con mejor comportamiento durante el periodo 1980-2010 ha mostrado que es posible lograr reducciones muy sustanciales de la mortalidad por ENT y que la meta propuesta es viable. Las «mejores inversiones» para las intervenciones de prevención y tratamiento pueden aportar una disminución muy importante de las tasas de mortalidad para los cuatro grupos principales de enfermedades. Por ejemplo:

- i) La OMS ha estimado que los cinco principales riesgos relacionados con el comportamiento y la alimentación —índice alto de masa corporal, bajo consumo de frutas y hortalizas, inactividad física, consumo de tabaco e ingesta de alcohol— son la causa del 30% de las muertes por cáncer.
- ii) La OMS ha estimado que ocho factores de riesgo —uso nocivo del alcohol, consumo de tabaco, hipertensión, índice de masa corporal alto, hipercolesterolemia, hiperglucemia, bajo consumo de frutas y hortalizas e inactividad física— son la causa del 61% de los fallecimientos por problemas cardiovasculares. Es posible conseguir una reducción adicional de la mortalidad mediante intervenciones específicas de los servicios de salud para atender a las personas con un alto riesgo cardiovascular y a los pacientes que hayan sufrido algún accidente cardiovascular agudo.
- iii) Cerca del 60% de los casos de diabetes en adultos puede prevenirse modificando el estilo de vida y otras reducciones de la mortalidad se pueden conseguir mediante diagnóstico y tratamiento.
- iv) Aproximadamente el 60% de las muertes por enfermedades respiratorias crónicas se pueden atribuir al consumo de tabaco o a la exposición al humo de combustibles sólidos en espacios cerrados.

Metas con amplio respaldo

Hipertensión

109. *Meta:* reducción relativa del 25% de la prevalencia de la hipertensión (definida como tensión arterial sistólica superior o igual a 140 y/o tensión arterial diastólica superior o igual a 90).

110. *Definición de la meta:* El porcentaje de reducción propuesto se basa en la experiencia histórica correspondiente al periodo 1980-2010 respecto a las reducciones relativas logradas en los países situados en el percentil 10 más alto.

111. *Viabilidad:* Esta meta se puede lograr poniendo en marcha intervenciones para reducir el consumo de sal, fomentando dietas saludables que incluyan un mayor consumo de frutas y hortalizas y una menor ingesta de grasas saturadas, esforzándose en reducir el sobrepeso y la obesidad y realizando exámenes para detectar y tratar la hipertensión.

Consumo de tabaco fumado

112. *Meta:* Reducción relativa del 30% de la prevalencia de fumadores actuales de tabaco.

113. *Definición de la meta:* El descenso porcentual propuesto se ha basado en las reducciones de la prevalencia de fumadores que algunos países con ingresos altos y medios han logrado, aplicando programas enérgicos contra el tabaco. Basándose en los datos extraídos del informe de la OMS sobre la epidemia mundial del tabaquismo, se han analizado las tendencias de las tasas de prevalencia de los fumadores de tabaco en el caso de los Estados Miembros que hayan terminado de implantar medidas concretas, adoptadas al más alto nivel, para reducir la demanda. Este análisis indica que los países de ingresos altos y medios han conseguido una disminución anual de un 1% en la prevalencia del tabaco fumado. Por consiguiente, este logro se tradujo en un 30% de reducción relativa para 2025, lo que se considera posible y viable.

114. *Viabilidad:* Esta meta se puede lograr aplicando en su totalidad el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT OMS) y, en particular, requiere medidas al más alto nivel para reducir la demanda, por ejemplo impuestos sobre los productos de tabaco, grandes etiquetas ilustradas con advertencias para la salud, leyes encaminadas a lograr espacios sin humo, y prohibición de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.

Ingesta de sal/sodio

115. *Meta:* Reducción relativa del 30% de la ingesta diaria media de sal de la población, con el objetivo de alcanzar un consumo inferior a 5 gramos al día (aproximadamente 2 gramos de sodio), que es lo recomendado.

116. *Definición de la meta:* De acuerdo con la recomendación oficial de la OMS, la ingesta diaria de sal se debe limitar a 5 gramos por adulto (18 años o más), para evitar las enfermedades cardiovasculares. La reducción porcentual propuesta se basa también en la recomendación de la OMS para la prevención de enfermedades cardiovasculares que estipula que se tiene que incitar activamente a todas las personas a reducir el consumo de sal en al menos una tercera parte. De acuerdo con los datos disponibles, se estima que la ingesta actual de sal es de entre 9 y 12 gramos diarios.

117. *Viabilidad:* Para lograr esta meta se tienen que llevar a cabo intervenciones destinadas a disminuir el uso de la sal, como podrían ser campañas en los medios de comunicación para informar a los consumidores y permitirles tomar decisiones con conocimiento de causa, o la reducción del contenido de sal en los alimentos procesados mediante una reformulación del producto. El número de países que han implantado estrategias para disminuir el consumo de sal/sodio es limitado, y los datos facilitados por dichos países (por ejemplo, Finlandia, Reino Unido) han demostrado que, en un periodo de 7 a 10 años, la ingesta media diaria de sal puede bajar hasta de un 30%. Actualmente, algunos países de ingresos bajos y medios también están aplicando estrategias para reducir el uso de la sal/sodio, o tienen planeado hacerlo en un futuro próximo.

Inactividad física

118. *Meta:* Reducción relativa del 10% en la prevalencia de la inactividad física.

119. *Definición de la meta:* Se ha demostrado que el descenso porcentual propuesto es realizable, pues se basa en las reducciones de la prevalencia de adultos con una actividad física insuficiente, conseguidas por los países que han puesto en marcha intervenciones de salud pública eficaces y factibles

destinadas a promover el ejercicio físico entre los adultos. Tanto los países con ingresos altos como los países con ingresos medios pueden ofrecer ejemplos de actuaciones nacionales. Canadá posee la historia más larga de medidas contra la inactividad física, adoptadas a escala nacional, y los datos muestran que entre 1981 y 2002 los índices de participación han ascendido de 21% a 42%, lo que representa un incremento del 21% durante ese periodo. En Brasil, el seguimiento de datos sobre actividad física revela que entre 2002 y 2008, periodo en el que se han fomentado considerablemente las medidas destinadas a aumentar la actividad física en diversos lugares, se ha conseguido reducir en un 6% la proporción de adultos con actividad física insuficiente. En Singapur y Tailandia se han observado resultados similares. Estos ejemplos revelan que la magnitud del cambio que puede lograrse mediante acciones nacionales es del orden de un 1% anual.

120. *Viabilidad:* Una intervención fundamental para alcanzar el objetivo de reducción de la inactividad física consiste en utilizar los medios de comunicación para promover el ejercicio físico. Además, este puede fomentarse mediante la aplicación de directrices nacionales sobre la actividad física, políticas nacionales que velen por la accesibilidad y seguridad de las actividades de marcha, ciclismo, deportes y demás ocupaciones recreativas, y otras formas de políticas públicas en diversos sectores, tales como el transporte, la educación, los deportes y el diseño urbano. Entre los lugares en donde promover la actividad física figuran escuelas y lugares de trabajo así como el ámbito comunitario.

Metas con apoyo para su desarrollo ulterior

Obesidad

121. *Meta:* Detener el aumento de la prevalencia de obesidad.

122. *Definición de la meta:* El objetivo propuesto es ambicioso. Un examen de los datos nacionales revela que en el periodo 1980-2010 la prevalencia mundial de obesidad se ha duplicado, apuntando que es urgente actuar a escala mundial.

123. *Viabilidad:* Para alcanzar esta meta se han de emprender un conjunto de acciones, con el fin de velar por un equilibrio energético óptimo, estimulando una dieta más sana y actividad física desde una edad temprana. No hay datos disponibles que demuestren claramente la existencia de intervenciones factibles y adaptables a escala nacional que hayan conseguido invertir las tendencias existentes. En mayo de 2012, mediante la resolución WHA65.6, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó una meta mundial consistente en lograr que no aumenten los niveles de sobrepeso en la niñez de aquí a 2025, para los lactantes y niños menores de cinco años. Puesto que está demostrado que el sobrepeso y la obesidad tienden a perpetuarse a lo largo de la vida, si se quiere cumplir con el objetivo en adultos de aquí a 2025, se debe detener el aumento del sobrepeso en lactantes y niños pequeños, y adoptar medidas para prevenir el sobrepeso y la obesidad en la infancia y adolescencia.

Ingesta de grasas

124. *Meta:* Reducción relativa del 15% de la ingesta media de energía proveniente de ácidos grasos saturados, con objeto de alcanzar el nivel recomendado de menos de un 10% de la ingesta total de energía.

125. *Definición de la meta:* El objetivo de disminución del 15% se basa en los resultados que, según lo observado, se han conseguido mediante múltiples estrategias aplicadas en diversas poblaciones, las cuales han permitido reducciones absolutas de entre el 3% y el 9% de la ingesta de energía proveniente de ácidos grasos saturados, en el transcurso de periodos que van de 5 a 30 años. En Finlandia, la

ingesta de AGS ha decrecido, pasando del 22% en 1972 al 13% en 2007, gracias a un consumo cada vez mayor de leche desnatada en vez de leche entera, de margarinas bajas en grasa a base de aceite de colza y de quesos desnatados. Islandia ha disminuido el consumo de alimentos con grasas saturadas, principalmente leche y productos lácteos, mantequilla, cordero y margarina, consiguiendo así reducir del 40% al 36% la ingesta de energía procedente de grasas. En Mauricio, se consiguió que esta reducción fuera del 3,5% al sustituir con aceite de soja el aceite de palma que se utilizaba habitualmente para cocinar. En Polonia, la supresión a principios de los años noventa de los subsidios gubernamentales a la producción de mantequilla y de manteca tuvo como resultado un cambio en las costumbres alimentarias, aumentando el uso de aceites vegetales, lo que conllevó una disminución del 7% de la ingesta de AGS y un aumento de la proporción de ácidos grasos poliinsaturados frente a las grasas saturadas que pasó de 0,33% en 1990 a 0,56% en 1999.

126. *Viabilidad:* Para alcanzar esta meta se tendrán que introducir políticas encaminadas a incrementar el consumo de productos con un bajo contenido de AGS y medidas destinadas a inducir un cambio en las costumbres alimentarias, sustituyendo los ácidos grasos saturados por ácidos grasos poliinsaturados.

Alcohol

127. *Meta:* Reducción relativa del 10% de la ingesta total de alcohol (en particular el consumo peligroso y nocivo).

128. *Definición de la meta:* La meta de una disminución del 10% en el consumo total de alcohol es coherente con los logros documentados en un número considerable de países. De acuerdo con los datos de la OMS, entre 1990 y 2005, la ingesta de bebidas alcohólicas (medida en consumo per cápita) decreció en 46 países, entre los cuales, la Argentina, el Canadá, Chile, Francia, Italia, Nueva Zelandia y Suiza. Durante ese periodo, 17 países europeos lograron una reducción relativa del consumo de alcohol de entre el 13% y el 47%. Durante el periodo 1990-2005, aproximadamente 70 países experimentaron un incremento relativo del consumo de bebidas alcohólicas per cápita en un 10% y un crecimiento exponencial de los niveles generales de ingesta de alcohol. Invertir la tendencia ascendente del consumo de alcohol es un objetivo legítimo para los países que se estén enfrentando a un incremento constante del mismo. Se estima que si se puede lograr una reducción relativa del 10% del consumo general de alcohol se conseguirán prevenir 43 000 muertes y 670 000 AVAD a causa de enfermedades no transmisibles, solo en la población mundial de entre 15 y 64 años. Si se incluyen en los cálculos los trastornos neuropsiquiátricos, el número de AVAD evitados se triplicaría.

129. *Viabilidad:* Para alcanzar esta meta se tendrá que contar con la aplicación y observancia de políticas sobre el alcohol eficaces y costoefectivas, así como con actuaciones concertadas y pertinentes de todas las partes interesadas, en consonancia con la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol.

Hipercolesterolemia

130. *Meta:* Reducción relativa del 20% de la prevalencia de la hipercolesterolemia (definida como colesterol total igual o superior a 5,0 mmol/l o 190 mg/dl o superior).

131. *Definición de la meta:* La reducción porcentual propuesta se basa en la experiencia histórica correspondiente a las reducciones relativas conseguidas durante el periodo 1980-2010 por los países situados en el percentil 10 más alto.

132. *Viabilidad:* Esta meta se podrá alcanzar fomentando dietas saludables que incluyan un mayor consumo de frutas y hortalizas y una menor ingesta de grasas saturadas, esforzándose en reducir el sobrepeso y la obesidad, promoviendo una mayor actividad física y realizando exámenes para detectar y tratar la hiperlipidemia.

Disponibilidad de medicamentos esenciales y tecnologías básicas para tratar las principales ENT

133. *Meta:* Lograr un 80% de disponibilidad de tecnologías básicas y medicamentos genéricos esenciales necesarios para tratar las principales ENT, tanto en los centros de salud públicos como en los privados.

134. *Definición de la meta:* El objetivo de 80% de disponibilidad se ha utilizado en el plan estratégico a plazo medio de la OMS para el periodo 2008-2013 y en la Estrategia del Programa de Medicamentos Esenciales para el periodo 2008-2013.

135. *Viabilidad:* En muchos países con ingresos bajos y medios ya se ha alcanzado una disponibilidad del 80% en materia de vacunas, antirretrovirales, y medicamentos contra la tuberculosis y el paludismo. Si se cuenta con la voluntad política y una adecuada financiación se puede lograr un acceso universal a los medicamentos genéricos esenciales para combatir las ENT.

Farmacoterapia para prevenir los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares

136. *Meta:* El 50% de las personas que lo necesitan reciben farmacoterapia y asesoramiento para prevenir infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares.

137. *Definición de la meta:* La experiencia histórica de los países con ingresos altos en donde se han conseguido disminuir las tasas de mortalidad por problemas cardiovasculares, demuestra que aproximadamente el 50% del descenso es atribuible a la reducción de riesgos cardiovasculares mediante tratamientos, incluida la prevención secundaria.

138. *Viabilidad:* Para alcanzar esta meta se han de reforzar los servicios de atención primaria con objeto de que se encarguen de la detección temprana y del tratamiento de las personas con enfermedades cardiovasculares o de las que corren un riesgo alto de padecerlas, y que han utilizado la diabetes y la hipertensión como puntos de acceso.

= = =