Organización Mundial de la Salud

65.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD **A65/6**
Punto 13.1 del orden del día provisional **20 de abril de 2012**

Prevención y control de las enfermedades no transmisibles

Resultados de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y de la Primera Conferencia Ministerial Mundial sobre Modos de Vida Sanos y Control de las Enfermedades No Transmisibles

Informe de la Secretaría

1. En su resolución WHA64.11, la Asamblea de la Salud pidió a la Directora General, entre otras cosas, que informara a la 65.ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre los resultados de dos reuniones de alto nivel: la primera Conferencia Ministerial Mundial sobre Modos de Vida Sanos y Control de las Enfermedades No Transmisibles (Moscú, 28 y 29 de abril de 2011); y la Reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (Nueva York, 19 y 20 de septiembre de 2011). En consecuencia, y conforme a la petición contenida, entre otros documentos, en la resolución 66/2 de la Asamblea General de las Naciones Unidas y la Declaración Política de la Reunión de alto nivel, la Directora General preparó un informe que el Consejo Ejecutivo examinó en su 130.ª reunión.[1] A partir de ahí el Consejo adoptó la resolución EB130.R7,[2] en la cual, entre otras cosas, pedía a la Directora General que aplicara determinados aspectos de la Declaración Política y presentase a la 65.ª Asamblea Mundial de la Salud un informe sobre esa labor. El presente documento viene a responder a la petición que el Consejo formuló a la Directora General en el párrafo 2(1)(*e*) de que sometiera a la Asamblea un informe sustantivo sobre los progresos realizados en la preparación de un marco mundial de vigilancia integral que comprenda un conjunto de indicadores y metas mundiales de aplicación voluntaria para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles.[3]

2. En la resolución EB130.R7 se definen una serie de plazos para aplicar las medidas requeridas. En este informe se ofrecen datos sobre el proceso seguido y sus resultados a 30 de marzo de 2012.

---

[1] Véanse los documentos EB130/6 y EB130/2012/REC/2, actas resumidas de la octava y la novena sesiones.

[2] En el documento EB130/2012/REC/1 figuran la propia resolución y las repercusiones financieras y administrativas que para la Secretaría entraña su adopción.

[3] Además, los documentos A65/7 y A65/7 Add.1 responden a la petición, formulada en el párrafo 2(3) de la resolución EB130.R7, de que la Directora General presentara un informe sobre los progresos realizados y un calendario para las aportaciones de la OMS sobre opciones para fortalecer y facilitar medidas multisectoriales a fin de prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles por conducto de una colaboración efectiva.

Antes de que empiece la Asamblea Mundial de la Salud se publicará otro informe con información actualizada sobre los progresos realizados.[1]

PROCESO DE ELABORACIÓN

3. En la línea marcada por la Declaración Política, y en respuesta a la resolución EB130.R7, el proceso para elaborar un marco mundial de vigilancia integral dotado de un conjunto de indicadores y metas mundiales de aplicación voluntaria para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles ha seguido adelante, de forma transparente y participativa, como se explica a continuación:

a) De diciembre de 2011 a febrero de 2012 la OMS organizó una consulta por internet con los Estados Miembros en torno a un documento de debate sobre el marco de vigilancia y el conjunto de indicadores y metas para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles. Presentaron comentarios por escrito 21 Estados Miembros.

b) El 15 de diciembre de 2011 se celebró un diálogo oficioso con organizaciones no gubernamentales (ONG), centrado en el marco mundial de vigilancia y eventuales recomendaciones para establecer un conjunto de metas de aplicación voluntaria. Asistieron y formularon observaciones sobre el proceso y el contenido del documento de debate 23 entidades.

c) El 9 de enero de 2012 se celebró una consulta presencial oficiosa con Estados Miembros y organismos, fondos y programas de las Naciones Unidas, centrada en el marco y las metas voluntarias, a la cual asistieron 43 Estados Miembros y 11 organismos del sistema de las Naciones Unidas.

d) A principios de febrero de 2012 se publicó en el sitio web de la OMS un resumen de los debates mantenidos durante la consulta, incluidas las preguntas planteadas por los Estados Miembros.

e) Los días 9 y 10 febrero de 2012 la Región de Europa de la OMS celebró en Oslo una consulta técnica regional sobre vigilancia, seguimiento y evaluación de las enfermedades no transmisibles, tras la cual se hizo llegar a los Estados Miembros de la Región, para que lo examinaran, un resumen de los debates mantenidos.

f) A partir de todas esas consultas, y atendiendo a las reacciones de los Estados Miembros, se ha preparado una segunda versión del documento de debate sobre el marco mundial de vigilancia y los indicadores y eventuales recomendaciones para establecer un conjunto de metas mundiales de aplicación voluntaria.

g) Del 22 de marzo al 19 abril de 2012 se procederá a una segunda consulta por internet con los Estados Miembros y organismos, fondos y programas de las Naciones Unidas acerca del marco, los indicadores y las metas. Conforme a lo dispuesto en la resolución EB130.R7, durante esa consulta se invitará igualmente a ONG y al sector privado a que den su parecer sobre el segundo documento de debate.

[1] Documento A65/6 Add.1.

h) Los días 26 y 27 abril de 2012 se celebrará una segunda consulta presencial con Estados Miembros y organismos, fondos y programas de las Naciones Unidas en torno al proyecto de marco, indicadores y metas, durante la cual la Secretaría facilitará un resumen de las opiniones sobre el segundo documento de debate expresadas por las ONG y el sector privado en el curso de la segunda consulta por internet.

i) El 30 abril de 2012 se celebrará un segundo diálogo oficioso con organizaciones no gubernamentales sobre el segundo documento de debate.

j) Para el 2 mayo de 2012 está previsto un diálogo oficioso con el sector privado sobre el segundo documento de debate.

k) Se invitará a los Estados Miembros a que asistan a los dos foros mencionados en los párrafos *i*) y *j*) *supra*.

l) Basándose en las reacciones que haya suscitado el segundo documento de debate durante las consultas por internet y presencial y en los diálogos oficiosos con ONG y el sector privado, la Secretaría presentará a la Asamblea de la Salud, para que lo examine, un addendum al presente informe sustantivo sobre los progresos realizados.[1]

SITUACIÓN DEL PROCESO DE DEFINICIÓN DEL MARCO, LOS INDICADORES Y LAS METAS

4. A continuación se expone el proceso de elaboración del marco mundial dotado de un conjunto de indicadores y metas. Se trata de una labor en curso, basada en el asesoramiento que prestaron a la Secretaría en 2010 y 2011 dos grupos de la OMS: el Grupo de referencia sobre epidemiología y el grupo de trabajo técnico sobre metas relativas a las enfermedades no transmisibles, así como en las observaciones sobre el primer documento de debate formuladas por los Estados Miembros en los procesos ya descritos. Esta labor se guía también por los párrafos pertinentes de la parte dispositiva de la resolución EB130.R7.

5. En el curso de las consultas presencial y por internet, los Estados Miembros pidieron a la Secretaría que: facilitase información más detallada sobre los criterios utilizados para seleccionar las metas e indicadores propuestos; describiese el nexo existente entre el marco mundial de vigilancia y sus indicadores y metas; proporcionase información sobre los métodos utilizados para el trabajo de modelización que fundamentó los procesos de definición de las metas; reforzase la dimensión de equidad de los indicadores y metas; facilitase más pormenores sobre el grado de realismo de los indicadores y metas mundiales; y describiese la relación existente entre los indicadores y metas mundiales y eventuales procesos nacionales de definición de metas. Los Estados Miembros también plantearon dudas sobre la idoneidad de parte de los indicadores y metas propuestos, a la vez que destacaban ciertas ausencias, como la de indicadores y/o metas referentes a la inactividad física, a algunos otros factores de riesgo ligados a la alimentación o al acceso a medicamentos y medios de diagnóstico.

6. Durante el diálogo oficioso mantenido el 15 diciembre de 2011, las organizaciones no gubernamentales asistentes subrayaron, entre otras cosas, la importancia de establecer metas realistas, definir metas e indicadores de los que se pueda pedir cuentas a los gobiernos e incluir metas adicionales sobre

[1] Documento A65/6 Add.1.

temas como el acceso a los medicamentos, la inactividad física o la caries dental, así como metas referidas específicamente a la población infantil.

7. En el segundo documento de debate (revisado) de la OMS se presentan a grandes rasgos un marco mundial de vigilancia y un conjunto de indicadores para seguir de cerca los avances en la prevención y reducción de las enfermedades no transmisibles. El marco mundial está basado en el marco nacional de vigilancia recomendado para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles,[1] que integra tres elementos principales: *a*) vigilancia de los resultados (morbilidad y mortalidad específica por enfermedad); *b*) vigilancia de la exposición (factores de riesgo); y *c*) vigilancia de las respuestas del sistema de salud. Los indicadores básicos (y toda meta asociada a ellos) incluidos en el marco deben ser realistas y mensurables y basarse en datos contrastados. En el segundo documento de debate también se presenta a grandes líneas un proyecto de recomendaciones de la OMS sobre un conjunto de metas mundiales de aplicación voluntaria, con indicadores y fuentes de datos definidos, que han de cumplirse para 2025.

8. El marco mundial de vigilancia contiene un grupo de indicadores básicos, del cual un pequeño subconjunto se acompaña de metas mundiales de aplicación voluntaria.

9. En cuanto a los criterios utilizados para seleccionar metas mundiales e indicadores, debían reunir las siguientes características: *a*) tener clara incidencia en términos epidemiológicos y de salud pública; *b*) guardar coherencia con las principales estrategias mundiales y regionales; *c*) referirse a intervenciones de salud pública eficaces, factibles y científicamente fundamentadas; *d*) ser demostradamente alcanzables en los países, sobre todo en los de ingresos bajos y medios; y *e*) ofrecer instrumentos de recogida de datos, así como la posibilidad de determinar un nivel de partida y a partir de ahí seguir de cerca la evolución en el tiempo.

10. Atendiendo a esos criterios y a los comentarios de los Estados Miembros recibidos hasta finales de febrero de 2012, en el segundo documento de debate se proponen cinco metas mundiales: una referida a la mortalidad (reducción relativa del 25% de la mortalidad total por enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes o enfermedad respiratoria crónica) y otras cuatro relativas a factores de riesgo (reducción de la prevalencia de la hipertensión arterial, el consumo de tabaco, la inactividad física y la ingesta de sal).

11. Se ha optado por un pequeño número de metas mundiales que sienten las bases para determinar las necesidades mundiales de vigilancia, procurando sobre todo tener la seguridad de que sean factibles en todo tipo de contextos regionales y nacionales. La meta de mortalidad está muy supeditada al grado de cumplimiento de las otras cuatro metas (relativas a los factores de riesgo) y a la medida en que se avance en otros indicadores clave en materia de enfermedades no transmisibles. Las metas mundiales fueron definidas tras un estudio científico de la situación y las tendencias actuales y una valoración crítica de su factibilidad. En la medida de lo posible, para cifrarlas se utilizaron los resultados de los países que forman el 10% superior (con mejores resultados) en los últimos 10 años. El año de referencia para evaluar los progresos es 2010, y el año final es 2025. Las metas mundiales se formulan en términos de reducción relativa entre 2010 y 2025.

---

[1] Véase el *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/es/index.html/, consultado el 28 de marzo de 2012).

12. Además de indicadores acompañados de metas mundiales, el marco mundial de vigilancia contiene también otros indicadores básicos de la OMS que, si bien no cumplen todos los criterios, se refieren a parámetros considerados muy importantes para reducir las enfermedades no transmisibles. Este segundo grupo de indicadores, elegidos principalmente por su influencia en la salud pública y su carácter mensurable, engloba un conjunto más amplio de afecciones, factores de riesgo e intervenciones. A continuación se relaciona el conjunto amplio de indicadores básicos que se propone integrar en el marco mundial de vigilancia. También se indican los indicadores básicos que se proponen como metas.

Indicadores básicos para la vigilancia de las enfermedades no transmisibles

Resultados

- Probabilidad incondicional de muerte entre los 30 y los 70 años de edad por enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes o enfermedad respiratoria crónica (meta).
- Incidencia de cánceres, por tipo de cáncer.

Exposición a factores de riesgo

- Prevalencia normalizada por edades del consumo actual de tabaco en las personas de 15 o más años (meta).
- 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) (%) (meta).
- Ingesta diaria mediana de cloruro de sodio normalizada por edades en la población adulta (personas de 18 o más años) (%) (meta).
- 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.
- Consumo per cápita de alcohol puro (registrado o no registrado, y en tal caso estimado) en la población adulta (litros).
- Prevalencia normalizada por edades de episodios de consumo excesivo de bebidas alcohólicas en la población adulta (personas de 18 o más años) (%).
- Prevalencia normalizada por edades de hipertensión arterial (definida como tensión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o tensión arterial diastólica ≥90 mmHg) o de personas que toman medicación contra ella en la población adulta (18 o más años de edad) (%) (meta).
- Prevalencia normalizada por edades de hiperglucemia/diabetes (definida por valores de glucosa plasmática en ayunas ≥ 7,0 mmol/L (126 mg/dl) o de personas que toman medicación contra ella en la población adulta (18 o más años de edad) (%).
- Prevalencia normalizada por edades de sobrepeso y obesidad (definidos por un índice de masa corporal superior a 25 kg/m^2 [sobrepeso] y a 30 kg/m^2 [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 hipercolesterolemia (definida por un valor de colesterol total ≥ 5,0 mmol/l o 190mg/dl) en la población adulta (18 o más años).

Respuesta de los sistemas nacionales de salud

- Adopción de políticas nacionales que eliminen parcialmente de la cadena alimentaria los aceites vegetales hidrogenados.
- Adopción de políticas nacionales para reducir el impacto en los niños de la comercialización de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo trans, azúcares libres o sal.
- Terapia multimedicamentosa (comprendido el control de la glucemia) para personas de 30 o más años que presenten un riesgo de ataque cardiaco y accidente cerebrovascular a 10 años ≥ 30%, o que ya padezcan una dolencia cardiovascular.
- Prevalencia de mujeres de entre 30 y 49 años sometidas por lo menos una vez a pruebas de detección de cáncer cervicouterino.
- Administración de vacunas contra virus asociados a cánceres: papilomavirus humano y virus de la hepatitis B.
- Disponibilidad de medicamentos esenciales genéricos contra las enfermedades no transmisibles, en centros tanto públicos como privados.
- Disponibilidad de ciertos medios básicos de diagnóstico esenciales (instrumental para medir la glucemia y la tensión arterial) para la detección sistemática de 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.

13. Convendría hacer balance de los progresos a escala mundial cada cinco años, esto es, en 2015, 2020 y 2025. Cabe la posibilidad de fijar metas intermediarias en función de la progresión lineal hacia las metas establecidas para 2025. En la presentación de informes se debe encontrar un equilibrio entre la implicación y diligencia de los países, por un lado, y la comparabilidad y transparencia de los procesos, por el otro, de manera que sea posible compartir enseñanzas y medir los avances. Ello exige una estrecha coordinación entre la presentación de informes por países y los análisis a escala mundial.

14. Harán falta sólidos sistemas de vigilancia en los países. Conforme a los párrafos 45 y 60 de la Declaración Política, los Estados Miembros deben conceder un mayor grado de prioridad a la vigilancia para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles, fortalecer los sistemas de vigilancia y seguimiento en los países e incrementar y jerarquizar las partidas presupuestarias para actividades de vigilancia.

Metas e indicadores nacionales adaptados a la situación de los países

15. De acuerdo con el párrafo 63 de la Declaración Política, los Estados Miembros deben considerar la posibilidad de establecer, a partir de las pautas marcadas por la OMS, metas e indicadores nacionales de prevención y control de las enfermedades no transmisibles adaptados a la situación de cada país.

16. A tal efecto la Secretaría seguirá prestando a los países en desarrollo, y especialmente a los países menos adelantados, asistencia técnica y apoyo a la creación de capacidades para fortalecer sus sistemas nacionales de vigilancia y seguimiento, perfeccionando en particular la obtención de datos y estadísticas sobre factores de riesgo, determinantes de la salud y niveles de mortalidad mediante encuestas integradas en los sistemas nacionales de información sanitaria ya existentes.

LABOR FUTURA

17. En el párrafo 62 de la Declaración Política se exhorta a la OMS a que elabore recomendaciones por conducto de sus órganos deliberantes para establecer, antes de fines de 2012, un conjunto de metas mundiales de aplicación voluntaria para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles.

18. En la resolución EB130.R7 se pide a la Directora General, entre otras cosas, que finalice el trabajo sobre los indicadores y metas del marco mundial de vigilancia, basándose en una consulta con los Estados Miembros realizada antes de que termine 2012, y que informe a la 66.ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 132.ª reunión, de la aplicación de las recomendaciones relativas a los párrafos 61 y 62 de la Declaración Política.

19. De conformidad con el párrafo 45 de la Declaración Política, los Estados Miembros deben promover, establecer o apoyar y reforzar para 2013, según proceda, las políticas y planes nacionales multisectoriales de prevención y control de las enfermedades no transmisibles.

20. En el párrafo 64 de la Declaración Política se pide al Secretario General que, «en estrecha colaboración con la Directora General de la OMS, presente antes de fines de 2012 a la Asamblea General, en su sexagésimo séptimo periodo de sesiones, para que sean examinadas por los Estados Miembros, opciones para fortalecer y facilitar medidas multisectoriales a fin de prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles por conducto de una alianza de colaboración efectiva». A tales efectos, la Secretaría ha presentado a la Asamblea de la Salud un informe independiente sobre los progresos realizados y un calendario para las aportaciones de la OMS al informe del Secretario General de las Naciones Unidas.[1]

21. En la resolución EB130.R7 se pide a la Directora General, entre otras cosas, «que presente a la 66.ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, un plan de acción de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles para 2013-2020, con fines de examen y posible adopción».

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

22. Se invita a la Asamblea de la Salud a que tome nota del informe e imparta nuevas orientaciones.

= = =

[1] Documento A65/7.