

F. EJECUCIÓN DE LA ESTRATEGIA REGIONAL Y PLAN DE ACCIÓN PARA UN ENFOQUE INTEGRADO SOBRE LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS, INCLUIDO EL RÉGIMEN ALIMENTARIO, LA ACTIVIDAD FÍSICA Y LA SALUD

Antecedentes

79. En el 2006, el Consejo Directivo aprobó la resolución CD47.R9, *Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluido el régimen alimentario, la actividad física y la salud*, en virtud de la cual se insta a los Estados Miembros a que ejecuten políticas y planes integrados que estén orientados por la estrategia regional, y se solicita a la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) que fortalezca la capacidad de los Estados Miembros para ejecutar los enfoques integrados y multisectoriales, y que establezca alianzas nuevas o fortalezca las existentes. La estrategia regional sigue cuatro líneas de acción: políticas y promoción de la causa, vigilancia, promoción de la salud y prevención de las enfermedades, y control integrado de las enfermedades crónicas; además, se correlaciona bien con el Plan de acción de la OMS para la Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, aprobado en el 2008.

Puesta al día sobre la situación actual

80. Las enfermedades crónicas son actualmente la principal causa de muerte — 3,0 millones de defunciones¹— y discapacidad en la gran mayoría de los países de la Región de las Américas. En el 2005, cerca de 250 millones de personas, de un total de 890 millones en la Región, padecieron alguna enfermedad crónica, principalmente enfermedades cardiovasculares, cáncer, obesidad y diabetes. Estas enfermedades afectan particularmente a las poblaciones de ingresos medianos y bajos; se calcula que en el 2005 el número de personas obesas (IMC >30) mayores de 15 años era de 139 millones (25%), de los cuales 103 millones eran mujeres, y que esta cifra aumentará rápidamente hasta alcanzar los 289 millones (39%) en el 2015, de los cuales 164 millones serán mujeres.² También existe una preocupación creciente en relación con el rápido aumento de la obesidad en los niños y los adolescentes. El costo de las enfermedades crónicas en términos de sufrimiento humano y pérdidas económicas es enorme; sin embargo, son enfermedades prevenibles que pueden controlarse y prevenirse de una manera eficaz en función de los costos mediante la ejecución de políticas públicas, la reducción de los factores de riesgo y la prestación de servicios de salud encaminados al tamizaje, la detección temprana y el tratamiento de las enfermedades. Por ejemplo, la aplicación de

¹ Base de datos de HSD/NC sobre la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles.

² Calculado a partir de la InfoBase Mundial de la OMS. Puede consultarse en <https://apps.who.int/infobase/report.aspx>.

estrategias básicas para reducir el consumo de tabaco en 20%, reducir la ingesta de sal en 15% y recurrir a regímenes sencillos con varios medicamentos para tratar a los pacientes que presentan enfermedades cardiovasculares de alto riesgo podría evitar más de 3,4 millones de defunciones por enfermedades crónicas en la Región en un plazo de 10 años a un costo razonable.³

81. Desde que el Consejo Directivo aprobó en el 2006 la resolución sobre las enfermedades crónicas, casi todos los Estados Miembros han logrado avances considerables en la ejecución de los planes nacionales en el marco de sus programas de lucha contra dichas enfermedades, como se señala en el Informe de Fin de Bienio que se presentará al Comité Ejecutivo (véase el cuadro 1). En la mayoría de los casos, los países informaron haber superado los indicadores correspondientes a los resultados previstos a nivel regional relacionados con las enfermedades crónicas establecidos en el Plan Estratégico.

82. En el bienio 2008-2009, la OPS movilizó aproximadamente US\$ 21 millones de los \$28 millones presupuestados para apoyar el cumplimiento del Objetivo Estratégico 3⁴ relacionado con las enfermedades no transmisibles, la salud mental y los traumatismos. En el nivel internacional, el panorama de los recursos destinados a las enfermedades no transmisibles es, en el mejor de los casos, variado.⁵ Por ejemplo, en el 2008, la Fundación Bill y Melinda Gates y Bloomberg Philanthropies comprometieron \$500 millones para ayudar a 15 países de todo el mundo a mejorar el control del tabaco, de los cuales dos se encuentran en la Región de las Américas (Brasil y México). Entre 1995 y el 2005, las operaciones crediticias del Banco Mundial ascendieron a más de \$300 millones para las enfermedades no transmisibles y los traumatismos. Se desconoce el nivel de compromiso de la Asistencia Oficial para el Desarrollo destinada a las enfermedades no transmisibles, pero los cálculos preliminares indican que está entre el 1 y el 2% del total de la asistencia. La mayoría de los organismos de desarrollo internacional tienen dificultades para apoyar el control de las enfermedades no transmisibles porque estas no se encuentran incluidas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. A pesar de estas dificultades, algunos organismos bilaterales técnicos o donantes están invirtiendo en esta área, como la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América y el Organismo de Salud Pública del Canadá; sin embargo, se requieren esfuerzos para aumentar el nivel de atención y los recursos actuales, dada la enorme carga.

³ Gaziano T., et al. "Scaling-up interventions for chronic disease prevention: the evidence", *The Lancet*, 2007, 370: 1939-46; extrapolado a los países de América Latina y el Caribe.

⁴ El objetivo estratégico 3 consiste en prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos.

⁵ OMS. "NCDnet Working Group on Innovative Resourcing". Documento de antecedentes. Ginebra, 24 de febrero del 2010. www.who.int/ncdnet.

Política y promoción de la causa

83. En el 2010, una evaluación del estado de la capacidad nacional en materia de enfermedades crónicas para responder a este problema de salud pública en la Región indicó que 27 países de América Latina y el Caribe informaron haber realizado inversiones relacionadas con el programa para el control de las enfermedades crónicas, entre ellas, el nombramiento de un coordinador encargado del tema en el ministerio de salud, la capacitación del personal y la creación de alianzas multisectoriales. En comparación con el 2005, cuando el 63% de los países disponían de un coordinador o una unidad coordinadora nacional y de un presupuesto, actualmente todos los países informan de que disponen de ellos. Sin embargo, es necesario realizar más esfuerzos, ya que sólo 16 países están ejecutando un plan nacional para el control de las enfermedades no transmisibles. En el 2008, el Consejo Directivo también adoptó resoluciones sobre la diabetes, la obesidad y la prevención y el control del cáncer cervicouterino. Muchos países también han adoptado medidas importantes para integrar las enfermedades no transmisibles, incluido el acceso a los medicamentos, en los paquetes de protección social.

84. El Observatorio de Políticas CARMEN es una iniciativa conjunta de la OPS y el Centro Colaborador de la OPS/OMS sobre las políticas en materia de enfermedades no transmisibles a cargo del Organismo de Salud Pública del Canadá. Este observatorio funciona como una plataforma para la red de países e instituciones del continente que participan en el análisis y el seguimiento sistemáticos de las políticas en materia de enfermedades crónicas.

85. Se realizó una recopilación de las legislaciones de los países y territorios latinoamericanos y de habla inglesa del Caribe en materia de prevención y control de la obesidad, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, en el 2009 y el 2010, respectivamente, seguida de una publicación electrónica y de la redacción de recomendaciones para ayudar a actualizar la legislación cuando sea necesario. En la segunda mitad del 2010, durante la celebración de una reunión regional de legisladores, se dará comienzo a un plan de trabajo para mejorar la legislación sobre la prevención y el control de la obesidad en los países de América Latina y el Caribe.

86. Las consecuencias de las enfermedades crónicas y del envejecimiento para la economía, el fisco y el bienestar se analizaron en un taller regional celebrado en el 2009 que contó con la participación de 10 países y de representantes del Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco de Desarrollo Mundial. En el 2010 se emprenderá un estudio regional sobre la carga económica que suponen estas enfermedades. Los resultados se utilizarán para comprometer a las instancias normativas de los ministerios de salud y finanzas en una reunión que tendrá lugar en el 2011 y cuyo objetivo es aumentar el apoyo para abordar las enfermedades no transmisibles.

87. En el nivel subregional, los Jefes de Estado de la Comunidad del Caribe (CARICOM) celebraron en el 2007 una cumbre especial sobre las enfermedades crónicas. Los participantes se comprometieron a impulsar las políticas y vigilar la ejecución de lo establecido en la declaración correspondiente. El 13 de mayo del 2010, la Asamblea General de las Naciones Unidas decidió convocar una reunión de alto nivel sobre las enfermedades no transmisibles en septiembre del 2011, tras una propuesta de los países de la CARICOM. La Reunión del Sector de Salud de Centroamérica y República Dominicana y el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica⁶ adoptaron resoluciones sobre las enfermedades crónicas y el cáncer, y elaboraron un plan operativo anual que abarca siete actividades relacionadas con las enfermedades crónicas. El MERCOSUR⁷ ha colocado la vigilancia de las enfermedades crónicas en un lugar prioritario para orientar a los encargados de formular las políticas y adoptar decisiones. Se impartieron cursos sobre análisis y formulación de políticas, con referencia especial a las enfermedades crónicas, en los países de Centroamérica y el Caribe.

Vigilancia

88. La OPS/OMS apoya a los Estados Miembros en su labor para fortalecer sus sistemas de información sanitaria que dan seguimiento a las enfermedades crónicas; el apoyo consiste en proporcionarles orientación y herramientas encaminadas a ejecutar el método PanAm STEPS⁸ para la vigilancia de los factores de riesgo, así como una lista estandarizada de los indicadores mínimos, que incluye la mortalidad, la morbilidad, los factores de riesgos y la calidad de la atención. Veintisiete países destinatarios de la Región han definido el conjunto de indicadores básicos correspondientes a las enfermedades no transmisibles; 13 han establecido, con un método facilitado por la OPS, un sistema para recopilar estos datos y analizarlos desde la perspectiva de los determinantes sociales y de género. Se han establecido foros de debate sobre la vigilancia de las enfermedades no transmisibles mediante los grupos técnicos del MERCOSUR, la red de epidemiólogos del Caribe coordinada por el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y, en el caso de los países andinos, con el apoyo del Organismo Andino de Salud (ORAS). Veintisiete países destinatarios han elaborado al menos un informe sobre la situación de las enfermedades no transmisibles, o bien han incluido esa información en el informe de la situación sanitaria nacional. La OPS/OMS apoya la recopilación y el

⁶ RESSCAD/COMISCA: Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana/Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica.

⁷ MERCOSUR: Mercado Común del Sur.

⁸ El método PanAm STEPS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas en los adultos se concibió como parte de un esfuerzo en toda la OMS para ayudar a los países a crear y fortalecer su capacidad para llevar a cabo actividades de vigilancia. Para los países de ingresos bajos y medianos de la Región proporciona un punto de acceso para emprender la vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles. Asimismo, el método sirve como instrumento de armonización para recopilar y mostrar los datos en toda la Región de manera unificada.

análisis de los datos desglosados por sexo, edad y origen étnico, incluida la participación de los usuarios y productores procedentes de los gobiernos y la sociedad civil.

Promoción de la salud y prevención de las enfermedades

89. Un régimen alimentario saludable, el fomento de la actividad física y el control del tabaquismo siguen siendo los pilares de la estrategia regional. La mayoría de estos programas carecen de los recursos humanos y económicos necesarios. Diez países han notificado la puesta en práctica de métodos multisectoriales en toda la población para promover la reducción de los factores de riesgo para las enfermedades crónicas.

90. En el 2007, la OPS puso en marcha, en colaboración con el sector privado, la iniciativa “Las Américas sin grasas trans”, que promueve normas, recomendaciones y medidas voluntarias para eliminar las grasas trans de los alimentos procesados, y tiene la posibilidad de reducir el riesgo de la población para las enfermedades cardiovasculares.

91. En el 2009 se lanzó la iniciativa para la reducción de la sal en los alimentos, cuya meta es lograr un consumo máximo de sal de 5 g por persona al día para el 2020, a fin de prevenir las enfermedades cardiovasculares en la Región de las Américas. Se formó un grupo de expertos en la materia para delinear medidas para los gobiernos, la industria y la sociedad civil, conservando al mismo tiempo los beneficios de los programas de enriquecimiento de la sal. Argentina, Barbados, Canadá, Chile y Estados Unidos se encuentran entre los países que han colocado la reducción de la sal en los alimentos en un lugar prioritario de sus programas.

92. La creación, en julio del 2008, de la Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo permite poner en práctica programas integrales e intersectoriales, tanto sostenibles como coordinados, en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La Alianza aborda los determinantes sociales, por ejemplo, la desnutrición y la pobreza, como una manera de prevenir la obesidad y las enfermedades no transmisibles, dado que los niños desnutridos o con retraso del crecimiento suelen estar en mayor riesgo de padecer obesidad en la edad adulta. La participación de la sociedad civil en cuestiones como la publicidad de alimentos dirigida a los niños y la obesidad en los niños ha aumentado considerablemente durante los cinco últimos años, en particular en Brasil, Canadá, Chile, Estados Unidos y México.⁹

⁹ Los datos se obtuvieron durante la consulta de AMRO sobre la publicidad de alimentos y bebidas para niños y se basan en las respuestas de los países. Hasta la fecha no se ha dado a conocer al público ningún documento sobre esta consulta.

93. Se han establecido ciclovías recreativas en 76 ciudades de 14 países¹⁰ de todo el continente. En nueve países¹¹ se han creado programas de autobuses de tránsito rápido que contribuyen a reducir los embotellamientos y los accidentes de tránsito, además de facilitar las actividades físicas utilitarias y recreativas. Todos los países del Caribe han puesto en práctica el Día del Bienestar en el Caribe, haciendo énfasis en la actividad física masiva.

94. Veintisiete países han ratificado el Convenio Marco para el Control del Tabaco.¹² Aunque varios países han aumentado los impuestos al tabaco, sólo tres (Chile, Cuba y Venezuela) han logrado el objetivo de que al menos 75% del precio de venta al menudeo de los productos de tabaco se relacione con los impuestos. Ocho países cuentan con una legislación nacional o infranacional que prohíbe fumar en los lugares públicos y los lugares de trabajo cerrados.

95. La OPS también está promoviendo el concepto de la salud urbana como un medio para atender las necesidades de las personas en situación de vulnerabilidad, mediante una planificación urbana que fomenta la creación de espacios seguros para realizar actividad física y hábitos de alimentación saludable, dos factores protectores importantes para la prevención de las enfermedades crónicas. En el marco del Día Mundial de la Salud 2010, se estimuló a todos los países de la Región de las Américas a que promovieran actividades relacionadas con la actividad física y los modos de vida saludables. Los programas de la OPS sobre las escuelas y los lugares de trabajo saludables incluyen atención al régimen alimentario saludable, a la actividad física y a otras medidas que apoyan la prevención de las enfermedades crónicas. Uno de los objetivos principales del plan de salud de los trabajadores de la OMS es fomentar los lugares de trabajo saludables.

Manejo integrado de las enfermedades crónicas y los factores de riesgo

96. La OPS, en colaboración estrecha con los Estados Miembros, las asociaciones profesionales y otros asociados ha apoyado la formulación y ejecución de recomendaciones y protocolos basados en evidencias sobre el manejo integrado de las enfermedades crónicas, dirigidos al cáncer cervicouterino, el cáncer de mama, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. Actualmente, 18 países han notificado la aplicación de estrategias integradas de atención primaria de salud para mejorar la calidad de la atención prestada a las personas que tienen enfermedades crónicas. La OPS ha fomentado el modelo de atención de las enfermedades crónicas para mejorar la calidad de la

¹⁰ Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Estados Unidos, Canadá, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Perú.

¹¹ Brasil, Chile, Colombia, Estados Unidos, Canadá, Ecuador, Guatemala, México, Perú.

¹² OPS. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: Oportunidades y retos para su implementación en la Región de las Américas (documento CE146/INF/6-E), 2 de mayo del 2010.

asistencia prestada a las personas que padecen afecciones crónicas mediante los servicios de atención primaria de salud y 15 países lo están aplicando. Una evaluación rápida de la capacidad en materia de tratamiento de las enfermedades realizada en 24 países indicó que 23 de ellos (97%) tenían directrices o protocolos para la hipertensión y la diabetes y 20 (86%) disponían de protocolos para el cáncer, aunque una proporción muy baja disponía de directrices y protocolos para el control del peso y la actividad física. No hay políticas para el acceso a algunos medicamentos y servicios, en particular para los grupos de ingresos bajos. Todos los países de la Región tienen una lista de medicamentos esenciales para las enfermedades crónicas.

97. La subregión centroamericana ha elaborado, con el apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, una lista de los medicamentos esenciales, principalmente para el cáncer, a fin de realizar compras consolidadas a nivel subregional. Las enfermedades crónicas están asociadas con gastos exorbitantes para las familias, lo que agudiza y aumenta la pobreza. El acceso al tratamiento para las personas de ingresos bajos se ve obstaculizado por el hecho de que entre 39 y 63% de la población tiene que pagar la totalidad de los costos de los medicamentos básicos para la diabetes y la hipertensión.¹³ Entre 25 y 75% de los procedimientos y pruebas de laboratorio básicos, incluidas la vigilancia de la glucemia, las radiografías, las mamografías, los frotis de cáncer cervicouterino, la colonoscopia, los lipidogramas y la diálisis, no se mencionan en las directrices para tratar las enfermedades no transmisibles; sin embargo, están disponibles en cerca de 85% de los países de la Región. Los servicios de diálisis son accesibles en 83% de los países. Se calcula que alrededor de 40% de la población tiene que pagar de su bolsillo un promedio de \$99 por sesión de diálisis o \$15.500 al año.

Fortalecimiento de las redes y alianzas

98. La red CARMEN, integrada por los directores de los programas nacionales de lucha contra las enfermedades crónicas, los centros colaboradores de la OMS y las organizaciones no gubernamentales, se ha fortalecido y ampliado a 32 países. En colaboración con las instituciones académicas y técnicas regionales, y bajo la dirección de la escuela CARMEN, se han impartido cursos sobre la práctica de la salud pública basadas en evidencias, mercadeo social, actividad física y atención de las enfermedades crónicas.

99. En el 2009, la OPS estableció una alianza constituida de varias personas y organizaciones interesadas, el Foro de Asociados para la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas, para que funcione como instrumento para que el sector privado y la sociedad civil, junto con los Estados Miembros, tomen parte del proceso, habida cuenta de que un solo sector no puede resolver el problema. Este novedoso mecanismo

¹³ OPS. Capacidad Nacional del Manejo de las Enfermedades Crónicas en América Latina y el Caribe. 2009.

busca aprovechar las funciones y capacidades únicas de cada sector para adoptar medidas conjuntas a fin de lograr cambios políticos y ambientales encaminados a promover la salud y prevenir las enfermedades crónicas. Las reuniones futuras y la activación del foro están previstas para el 2010.

Próximas medidas

100. A pesar de los importantes avances realizados por los Estados Miembros en sus programas nacionales de lucha contra las enfermedades crónicas, la atención y los recursos dedicados a esta cuestión de salud pública no están acordes con la magnitud de la carga de morbilidad ni con los costos económicos que supone. La OPS y los Estados Miembros deben seguir colaborando para promover cambios en la política intersectorial antes, durante y después de la reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre las enfermedades no transmisibles que se celebrará en septiembre del 2011.

101. Los Estados Miembros y la OPS deben hacer un esfuerzo concertado para crear las competencias y la capacidad para la prevención y el control amplio e integrado de las enfermedades crónicas en todos los niveles, incluida la vigilancia, la política, el control del tabaco, la reducción del consumo de sal, los regímenes alimentarios saludables y la actividad física, el mejoramiento del manejo de las enfermedades y los mecanismos para la participación de varios grupos interesados en el problema, con una función fortalecida de liderazgo de los ministerios de salud.

102. Además, con el apoyo de la OPS, los Estados Miembros deben seguir aumentando el acceso a los medicamentos y los servicios de salud de calidad para el tamizaje, la detección temprana y el control de las enfermedades crónicas. Esto último comprende el autocuidado de los pacientes, sobre todo para tratar las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes en los grupos de población en situación de vulnerabilidad.

103. La OPS y los Estados Miembros seguirán mejorando la calidad y oportunidad de la información sanitaria concebida para orientar las políticas, la planificación y la evaluación, en especial la información acerca de los factores de riesgo. Asimismo, proseguirán los análisis con un enfoque de género y los métodos y las tecnologías nuevas (por ejemplo, encuestas por teléfono de línea o celular) para aumentar la participación.

104. La cooperación técnica entre los países sobre las prácticas y el intercambio de experiencias satisfactorias en relación con las enfermedades no transmisibles seguirá promoviéndose activamente. La OPS facilitará y apoyará los mecanismos y las oportunidades para el intercambio de experiencias entre los Estados Miembros, incluida la red CARMEN y las plataformas electrónicas.

105. La OPS y los Estados Miembros seguirán fortaleciendo en los niveles nacional y subregional las actividades, asociaciones y alianzas intersectoriales como una estrategia transversal fundamental. La OPS continuará apoyando a la red CARMEN y al Foro de Asociados como mecanismos innovadores para respaldar las actividades de los países encaminadas a hacer participar al sector privado y a la sociedad civil.

106. La OPS fortalecerá las actividades orientadas a apoyar a los Estados Miembros para que examinen sus legislaciones y normas destinadas a abordar las enfermedades crónicas y el control de tabaco, incluida la ejecución de las directrices de la OMS sobre la comercialización de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños, aprobadas por la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud.

**Cuadro 1: Indicadores de los resultados previstos a nivel regional (RPR)
Meta y lista de países y territorios que informan avance¹⁴**

Indicador del RPR	Texto del indicador del RPR	Meta para el 2009	Países y territorios que informan avance
3.1.3	Número de países cuyo ministerio de salud (o equivalente) cuenta con una unidad o un departamento de enfermedades crónicas no transmisibles con presupuesto propio	26	Argentina, Bahamas, Barbados, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay, Venezuela
3.1.4	Número de países donde se ha realizado una campaña integrada de promoción de la salud y lucha contra las enfermedades crónicas	10	Anguila, Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Dominica, Granada, Guyana, Islas Vírgenes Británicas, Montserrat, Panamá, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Trinidad y Tabago
3.2.4	Número de países que están ejecutando una política y un plan a nivel nacional para la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles	32 (no logrado)	Anguila, Argentina, Barbados, Belice, Bermuda, Bolivia, Canadá, Chile, Colombia, Cuba, Dominica, Ecuador, Estados Unidos, Granada, Guyana, Haití, Islas Caimán, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, México, Montserrat, Nicaragua, Panamá, Perú, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay, Venezuela
3.2.5	Número de países que participan en la red CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles en las Américas)	27	Anguila, Antigua y Barbuda, Antillas Holandesas, Argentina, Bahamas, Barbados, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, México, Montserrat, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay

¹⁴ Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud correspondiente al período 2008-2012 (versión de octubre del 2007).

Indicador del RPR	Texto del indicador del RPR	Meta para el 2009	Países y territorios que informan avance
3.3.4	Número de países que cuentan con un sistema nacional de presentación de informes sanitarios e informes anuales que incluyen indicadores de las enfermedades crónicas no transmisibles, así como sus factores de riesgo	28	Anguila, Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, Granada, Guyana, Haití, Jamaica, México, Montserrat, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Uruguay, Venezuela
3.5.4	Número de países que aplican la estrategia regional para un enfoque integrado a la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo dieta y actividad física	10 (no logrado)	Ecuador, Guatemala, Honduras, Jamaica, Trinidad y Tabago
3.6.4	Número de países que aplican las estrategias integradas de atención primaria de salud recomendadas por la OMS para el tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles	17	Anguila, Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Chile, Costa Rica, Cuba, Dominica, El Salvador, Guatemala, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, Montserrat, Nicaragua, Perú, Saint Kitts y Nevis, Suriname, Trinidad y Tabago, Venezuela
3.6.5	Número de países con servicios fortalecidos en el sistema de salud para el tratamiento de la dependencia del tabaco como resultado de la aplicación de las recomendaciones de políticas de la OMS	12	Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Cuba, Guatemala, Guyana, Jamaica, México, Panamá, Trinidad y Tabago, Uruguay, Venezuela
6.2.1	Número de países que han establecido un sistema nacional de vigilancia que usa el método PanAm STEPS (Método Panamericano Progresivo para la Vigilancia de los Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas) para presentar informes regulares sobre los principales factores de riesgo para la salud de los adultos	10	Anguila, Antillas Holandesas, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Chile, Costa Rica, Dominica, Granada, Guyana, Islas Vírgenes Británicas, Montserrat, Panamá, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Uruguay

Indicador del RPR	Texto del indicador del RPR	Meta para el 2009	Países y territorios que informan avance
6.2.3	Número de países que generan información sobre los factores de riesgo mediante registros y estudios de población para incluirla en la base regional de datos sobre enfermedades no transmisibles y factores de riesgo (NCD INFObase)	15	Argentina, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Estados Unidos, Guyana, México, Perú, Trinidad y Tabago, Uruguay
6.3.1	Número de países que han prohibido fumar en los establecimientos de salud y educativos de acuerdo al Convenio Marco para el Control del Tabaco	10	Anguila, Antigua y Barbuda, Argentina, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Honduras, Islas Vírgenes Británicas, México, Montserrat, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay, Venezuela
6.4.1	Número de países que han ejecutado políticas, planes o programas para la prevención de problemas de salud pública causados por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas y otras sustancias psicoactivas	13	Argentina, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Dominica, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú, República Dominicana, Uruguay
6.5.1	Número de países que han formulado guías nacionales para promover un régimen alimentario saludable y la actividad física, de acuerdo con la estrategia de Régimen Alimentario y Actividad Física	10	Argentina, Barbados, Belice, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Jamaica, México, Panamá, República Dominicana, Uruguay
6.5.2	Número de países que han iniciado o establecido sistemas rápidos de transporte colectivo en al menos una de sus ciudades principales	10	Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guatemala, México, Panamá, Uruguay, Venezuela
6.5.4	Número de países que han creado entornos propicios para los peatones y para trasladarse en bicicleta, programas de promoción de la actividad física e iniciativas de control de la delincuencia en al menos una de sus ciudades principales	7 (no logrado)	Brasil, Canadá, Chile, Estados Unidos, México

Indicador del RPR	Texto del indicador del RPR	Meta para el 2009	Países y territorios que informan avance
7.2.3	Número de países que han llevado a cabo la Iniciativa “Rostros, voces y lugares”	12	Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay, Venezuela
7.5.1	Número de publicaciones de la OPS que contribuyen a demostrar fehacientemente la repercusión que las desigualdades en materia de género tienen en la salud	12 (no logrado)	Chile, Cuba, Nicaragua, Panamá, República Dominicana
9.4.3	Número de países que han elaborado programas nacionales para ejecutar estrategias de promoción de prácticas alimentarias saludables a fin de prevenir las enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación	16	Anguila, Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Belice, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, El Salvador, Granada, Guatemala, Honduras, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, Montserrat, Nicaragua, Panamá, Perú, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Uruguay
12.3.2	Número de países con una lista nacional de productos y tecnologías médicos esenciales actualizada en los cinco últimos años, y utilizada para las adquisiciones o los reembolsos en el sector público	31	Anguila, Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, Montserrat, Nicaragua, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Venezuela
	Estados Miembros que han ratificado el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco ¹⁵		Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, Granada, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay, Venezuela

¹⁵ Para mayor información se puede consultar el documento CE146/INF/6-E.